



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**  
Relatório de Estágio

**A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de  
Transição para a Parentalidade**

**Andreia Sofia Pereira Antunes Norton Brandão**

---

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia  
Relatório de Estágio**

**A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de  
Transição para a Parentalidade**

**Andreia Sofia Pereira Antunes Norton Brandão**

Orientador: Prof. Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos

---

**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives.”*

(Florence Nightingale)

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de dar um agradecimento especial à Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos, orientadora do presente relatório, pela sua perícia, disponibilidade, amabilidade, carinho e suporte ao longo deste percurso.

Agradecer a todos os orientadores envolvidos nos demais ensinamentos clínicos, pelo acolhimento, paciência e ensinamentos. Ao EEESMO Ignacio Tobias, pela sua genialidade no cuidado à mulher, boa disposição e alento em dias tempestuosos. À EEESMO Vanessa Cunha pelo seu rigor, competência e amparo constante.

A todas as mulheres, mães, casais, famílias, com os quais tive oportunidade de contactar, assistir, ensinar, aprender, refletir e sobretudo partilhar momentos únicos que farão parte, para sempre, da minha história do cuidar.

Aos meus queridos amigos, pelas palavras de motivação e momentos de descontração proporcionados. Pela forma como respeitaram a minha ausência e incentivaram a minha caminhada.

À minha família, aos meus sogros, e especialmente à minha mãe, a minha inspiração de sempre e para sempre. Pelo seu sorriso contagiante, colo e amor incondicional eternos. Por ter acreditado sempre em mim, e nunca me ter largado a mão. Espero-a orgulhosa onde quer que esteja.

Ao meu marido, pelo companheirismo, suporte infindável, palavras de alento e compreensão pelo tempo abdicado em família, para que este percurso fosse possível.

Obrigada por acolheres os meus sonhos, tornando-os um bocadinho teus.

Por último, à minha filha. Aquela que me faz querer ser melhor pessoa, melhor exemplo. Que acredita em mim na sua forma mais pura. Obrigada, meu amor, por seres sol e vida, todos os dias.

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

BCG - Bacillus Calmette-Guérin

BCF - Batimentos cardíacos fetais

CTG - Cardiotocografia

ACOG - Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia

CE - Comissão de Ética

CAM - Conselheira em Aleitamento Materno

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*

DGS - Direção Geral de Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem da Lisboa

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ER - Estágio com Relatório

Hp - Helicobacter pylori

HPP - Hemorragia no pós-parto

HG - Hiperémese Gravídica

hCG - Hormona Gonadotrofina Coriónica Humana

IST Infeções Sexualmente Transmissíveis

ICM - International Confederation of Midwives

JBI – “*Joanna Briggs Institute*”

MRM - Mastectomia Radical Modificada

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RCEEEESMOG - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RN - Recém-nascido

RS - Revisão *Scoping*

TP - Trabalho de parto

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

## RESUMO

O presente relatório, inserido no âmbito do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da ESEL, descreve o desenvolvimento da aquisição de competências previstas para obtenção do título de Especialista e Grau de Mestre em Saúde Materna e Obstetrícia. A temática selecionada para aprofundamento foi “A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade”.

O pós-parto, enquanto transição, exige um reajustamento na nova dinâmica familiar, essencialmente pelas necessidades de cuidado ao RN e autocuidado da mulher. A atual falta de investimento por parte do Sistema Nacional de Saúde, suas instituições e profissionais de saúde, em relação à assistência disponibilizada no período pós-parto, gera lacunas ao nível das adaptações e desenvolvimento de competências emergentes desta fase de vida. A Visita Domiciliária por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia assume-se como uma possível resposta a esta problemática, ao potenciar o autocuidado e autoestima da mulher, promover os cuidados ao RN, prevenir complicações e melhorar a funcionalidade familiar.

O estudo realizado procurou compreender as expectativas da mulher face à visita domiciliária enquanto recurso facilitador do processo de transição para a parentalidade, partindo da questão orientadora “Quais os benefícios da Visita Domiciliária face às dificuldades/necessidades da mulher/família no puerpério?”. Adotou-se uma metodologia quantitativa, com participação de vinte (20) mulheres a vivenciar o puerpério. A informação foi recolhida através da aplicação de um formulário em contexto de internamento hospitalar. Os resultados obtidos revelam necessidades de apoio no pós-parto, relativas à saúde física e psicossocial da mulher e aos cuidados ao RN. Salientam ainda a importância atribuída pela mulher à visita domiciliária de enfermagem nos primeiros dias aquando do regresso a casa, após alta hospitalar.

Conclui-se que a visita domiciliária deverá fazer parte das intervenções de enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, como forma de assegurar a continuidade dos cuidados no pós-parto, à mulher, RN e família em ambiente domiciliar.

**Palavras-chave:** Transição; Visita Domiciliária; Enfermagem Obstétrica e Pós-parto.

## **ABSTRACT**

This report, included within the scope of the 11th Master's Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing, at ESEL, assumes the development and acquirement of skills expected to obtain the title of Specialist and master's degree in Maternal Health and Obstetrics. The theme selected for further study was "The Home Visit as a resource that enables a smooth Transition process to Parenthood".

The postpartum, as a transition care period, requires readjustments on the new familiar dynamic, essentially to respond to the care of a newborn and woman's self-care. The current lack of investment from the National Health System, his institutions, and health professionals in relation to the assistance provided in postpartum period, creates gaps on the adaption and development of skills that take place in this phase of life. The home visit by the obstetric nurse specialist in maternal health is a possible answer to this problem, by enhancing women's self-care and self-esteem, promoting care for the newborn, preventing complications, and improving family functionality.

The study carried out sought to understand the expectations of women regarding the home visit, as a resource that enables a smooth transition process to parenthood, starting from the guiding question "What are the benefits of the Home Visit taking into account the difficulties/needs of the woman/family in the puerperium?". A quantitative methodology was adopted, with the participation of twenty (20) women experiencing the puerperium. The information was collected through the use of a form applied during the hospital stay. The results obtained reveal the need of postpartum support related to woman's physical and psychosocial health and care for the newborn. They also emphasize the importance given by woman regarding the nursing home visit within the first days when returning home, after hospital discharge.

It is concluded that the home visit should be part of the nursing interventions in Maternal Health and Obstetrics, as a way to ensure the continuity of care in the postpartum period, for woman, newborn and family in a home environment.

**Keyword:** Transition Care; Home Visit; Obstetric Nursing; Postpartum Period.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL .....	15
1.1. Parentalidade: um processo de transição – Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	15
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	23
2.1. Revisão scoping .....	23
2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa.....	24
2.1.2. Critérios de inclusão e exclusão .....	24
2.1.3. Estratégias de pesquisa .....	25
2.1.4. Achados da pesquisa .....	26
2.2 Recolha de dados .....	29
2.2.1. População alvo e amostra .....	30
2.2.2. Método de recolha de dados .....	30
2.2.3. Apresentação e discussão dos resultados.....	32
2.2.3.1. Apresentação e caracterização da amostra .....	32
2.2.3.2 Apresentação dos resultados.....	33
2.2.3.3. Discussão dos Resultados.....	36
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE .....	40
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Grau de Mestre .....	40
3.2 Competências específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	42
3.2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e nos períodos pré-concepcional e pré-natal .....	44
3.2.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, e/ou que vivencia processos de saúde/doença ginecológica .....	52
3.2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto .....	60
3.2.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto...	63

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	69
5. LIMITAÇÕES.....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS .....	81
Anexo I – Panfletos .....	82
Anexo II – Guião de Visita Domiciliária.....	88
Anexo III – Folha de Experiências Mínimas.....	93
APÊNDICES.....	96
Apêndice I - Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE.....	97
Apêndice II - Resultados da pesquisa na base de dados CINAHL .....	99
Apêndice III – Termos de pesquisa da revisão scoping.....	101
Apêndice IV – Fluxograma .....	103
Apêndice V – Tabela de Extração de Resultados.....	105
Apêndice VI – Formulário “Expetativas das mulheres (puérperas) face à Visita Domiciliária de Enfermagem, para resposta às necessidades do Puerpério” .....	113
Apêndice VII – Consentimento Informado .....	115
Apêndice VIII – Parecer da Comissão de Ética .....	117

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório (ER) do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua elaboração prevê a identificação, descrição, análise e reflexão das experiências vivenciadas no decorrer do percurso académico, que permitiram o aprofundar de conhecimentos teóricos e sua mobilização na prática clínica, com vista ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, traçadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (Regulamento nº 140/2019), bem como a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019) previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019). Uma vez que, no final deste percurso académico, se pretende a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), o presente relatório integra ainda o desenvolvimento de competências específicas para acesso a este título (Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto), implicando uma apresentação com discussão pública do mesmo.

Previamente à elaboração deste relatório, foi proposto no âmbito da Unidade Curricular (UC) - Opção, a elaboração de um Projeto de Estágio, onde se esperava uma reflexão e delineação do percurso dos vários contextos de Ensino Clínico (EC), e no qual se incluía o aprofundamento de uma temática de interesse ligada à Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia. O desenvolvimento desta temática acrescentou objetivos específicos ao presente relatório, e norteou uma grande parte do desenvolvimento da sua construção. A temática por mim selecionada “A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade” foi assim trabalhada durante o EC, por meio de experiências vivenciadas, permitindo, ao mesmo tempo, a aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e culturais.

A escolha do tema supracitado foi incentivada, por um lado, pelo gosto pessoal que tenho em relação ao apoio à transição para a parentalidade e, por outro, por considerar uma área que tem merecido pouca atenção e investimento por parte dos profissionais de saúde. A tomada de consciência relativamente à existência de lacunas no apoio a mulheres e famílias, em específico, no período pós-parto, levou à vontade de me debruçar sobre este assunto de forma aprofundada, procurando respostas que possam otimizar a intervenção do enfermeiro especialista, face à problemática mencionada. A

reflexão sobre este tema traz a vontade de se repensar em cuidados que assegurem uma transição para a parentalidade mais saudável, e o desejo do desenvolvimento de competências especializadas, que me permitam uma evolução pessoal e profissional baseada numa enfermagem avançada, com maior capacidade de resposta face às dificuldades levantadas pelo período pós-parto, potenciando a saúde da mulher e sua família.

Segundo Camarneiro (2007), o pós-parto é uma fase de transição, um momento de grande vulnerabilidade, na qual ocorre um reajustamento biofisiológico paralelamente a uma readaptação psicológica, ao nível da imagem corporal e dos papéis relacionais familiares. Além disso, correm mudanças paralelas, decorrentes do processo de parentalidade e que também elas exigem reajustamento e reorganização por parte das famílias envolvidas, podendo isso repercutir-se no seu processo de desenvolvimento (Soares, 2008). Estas transições exigem uma série de adaptações e desenvolvimento de competências, no sentido de responder às necessidades da nova dinâmica familiar. Trata-se de processo que acarreta grandes desafios, podendo ter repercussões futuras na mulher, RN e/ou família, caso não se consigam mobilizar estratégias de ajuste a esta nova fase de vida (Pereira, 2012).

A enfermagem, enquanto profissão, tem por finalidade “ajudar o indivíduo, família e comunidade a desenvolver as suas potencialidades de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e na promoção de mecanismos de adaptação às mudanças da vida” (Guerreiro, 2003 citado por Soares, 2008), tornando-se uma das principais estruturas de suporte às famílias, nas suas diferentes transições decorrentes do seu ciclo de vida. O enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação das transições das famílias, determinação do seu impacto no sistema familiar e na participação junto destas no planeamento de intervenções que possam reduzir o impacto dos stressores decorrentes da transição na saúde da família (Soares, 2008). Em situações de transição para a parentalidade, o enfermeiro deve procurar minimizar a experiência de tensão dos casais, procurando assegurar-lhes a maior autonomia possível no exercício da sua parentalidade (Nyström e Öhrling, 2004 citado por Soares 2008).

A implementação das visitas domiciliárias às famílias, por parte do enfermeiro, surge assim como algo necessário, já que este profissional pode apreciar de forma cautelosa como está o casal a vivenciar esta fase, identificando as suas necessidades de assistência emergentes. Esta intervenção domiciliária torna possível um momento de clarificação de dúvidas, deteção precoce de complicações associadas ao pós-parto e

RN, e apresenta-se como forma de apoio e capacitação das famílias nesta adaptação à sua nova fase do ciclo vital familiar (Lowdermilk e Perry, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1998), os cuidados pós-natais devem ser centrados nas famílias, de forma individual, multidisciplinar, holística e culturalmente contextualizados. Sabendo que o período pós-parto é particularmente significativo para a mulher, família e bebê, com necessidades de adaptação física e psicológica, é fundamental que os enfermeiros que atuam nesta área sejam então capazes de demonstrar competências direcionadas a estas necessidades e atuem o mais precocemente possível, de forma a minimizar complicações neste período.

Tomey & Alligood (2004), citando Mercer, destacam o papel dos enfermeiros enquanto profissionais com a interação mais sustentada e intensa no ciclo da maternidade/paternidade, pelo que a forma como este processo é vivenciado pode ser facilitado pelos contributos da enfermagem, sobretudo através de cuidados especializados. Desta forma, não restam dúvidas que a temática escolhida tem todo o interesse para a prática, não só pela procura da melhoria dos Cuidados Obstétricos em Enfermagem, mas também pela necessidade de ver aumentada a qualidade na experiência de transição para a parentalidade.

O presente relatório constitui o último ciclo para a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista e do grau académico de Mestre, sendo o seu objetivo geral a descrição e análise reflexiva do percurso de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e de Mestre, com vista à progressão no caminho profissional. Numa ótica de contributo de novos conhecimentos para a prática, incluí então a temática eleita, aprofundando a mesma no decorrer da aquisição das competências previstas. Face a esta temática foi definido como principal objetivo: refletir sobre a importância do EEESMO na Transição para a Parentalidade, no que se refere ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade. Quanto aos objetivos mais específicos sobre a temática, são eles: conhecer por meio de achados de estudos as principais dificuldades emergentes do processo de transição para a parentalidade e identificar os achados da Prática Baseada na Evidência que sustentam a influência positiva do EEESMO e seus contributos para uma melhoria na resposta às necessidades da mulher e família no seu período pós-parto.

No que se refere à estrutura, este relatório está dividido em seis capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao “Enquadramento Teórico e Concetual”, com apresentação dos principais conceitos, modelo concetual da Teoria das Transições de Afaf Meleis e

evidência científica sobre a temática em estudo. No segundo capítulo insere-se o “Enquadramento Metodológico”, que inclui dois subcapítulos, correspondentes às metodologias trabalhadas: revisão *scoping* (RS) e Recolha de dados através de formulário. Quanto ao terceiro capítulo, descreve o percurso de aquisição de competências da especialidade e do grau de mestre, segundo uma prática reflexiva do cuidar a mulher, inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo reprodutivo. O quarto capítulo apresenta as considerações éticas inerentes ao percurso para a realização do presente relatório. O quinto capítulo reflete as limitações encontradas no decorrer da elaboração do relatório e percurso de EC e o sexto capítulo apresenta as considerações finais. Por último, seguem-se as referências bibliográficas utilizadas durante este relatório, apresentadas no final dos capítulos anteriormente descritos.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

## 1.1. Parentalidade: um processo de transição – Teoria das Transições de Afaf Meleis

Com origem no latim (*parentāle*), parentalidade diz respeito a um processo maturativo, que conduz a uma reestruturação psicoafectiva, e que permite a dois adultos tornarem-se pais, isto é, terem capacidade de dar resposta a necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s) (Leal, 2005, citado por Silva & Carneiro, 2014). Segundo Cruz (2013), a parentalidade foca-se num conjunto de ações iniciadas pelas figuras parentais junto dos seus filhos, de forma que estes se possam desenvolver de forma plena, aproveitando os recursos disponíveis no seio das suas famílias ou comunidade.

A parentalidade implica uma série de competências parentais (conhecimentos e habilidades dos pais), que lhes permite desenvolverem com perícia o seu papel parental, potenciando o crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Quanto maior e melhor for o nível de competências parentais, mais saudável poderá ser o meio da criança e a atenção dedicada às suas necessidades (Ribas & Bornstein, 2005, citado por Cardoso, Silva e Marin, 2015).

De acordo com Mercer (2004) e Meighan (2004), citados por Tralhão (2020), a parentalidade ocorre por meio de quatro etapas. A primeira etapa, ou antecipativa, que acontece ainda durante a gravidez, com a experimentação do papel parental por parte dos pais, bem como das alterações sociais e psicológicas ligadas ao processo. A segunda etapa, ou formal, durante a qual se dá o nascimento do bebé e onde se desenrola o papel parental numa ótica das expectativas dos outros, e na qual os pais imitam os especialistas, procurando orientação e validação dos mesmos. A terceira etapa, ou informal, em que pais desenvolvem uma parentalidade única, com preocupação em adaptarem-se às necessidades e exigências da sua criança. E a quarta e última etapa, nomeada de pessoal, em que os pais desempenham o seu papel e parentalidade com confiança e competência.

Ainda que de forma faseada, a parentalidade obriga a mudanças profundas no ciclo de vida das famílias, implicando, por isso, processos de adaptação capazes de proporcionar a transição de um estado para outro, que seja mais ajustado à realidade de quem o vivencia (Meleis, 2010, citada por Relvas, 2004). A parentalidade envolve transições individuais, conjugais e sociais para as mães e pais (Soares, 2008), podendo estas serem assumidas como uma oportunidade de evolução dos envolvidos. No entanto, estas transições também podem ser encaradas como momentos de crise, já que as mudanças que lhe estão associadas são múltiplas e complexas (Soares, 2008).

Assim, a parentalidade, ao exigir alterações ao nível dos papéis e importantes mudanças nas relações, pode ser vivenciada como um momento de confusão e desequilíbrio, em que fluem sentimentos contraditórios (Lowdermilk & Perry, 2008) tais como alegria, felicidade, realização pessoal, ansiedade, alteração de humor, depressão, preocupação, insegurança nas capacidades parentais, isolamento e baixa autoestima (Vieira, Martins, Macedo & Guerra, 2008). Segundo Meleis (2010), a transição para a parentalidade pode estar associada a um período de grande instabilidade e vulnerabilidade, que exige a aquisição de novos conceitos, hábitos e comportamentos. A mesma autora acrescenta ainda que as estratégias de *coping* são uma ferramenta de destaque para estes processos de transição, uma vez que promovem que a adaptação aos novos papéis aconteça mais facilmente.

Conhecer as transições humanas para melhor conseguir apoiá-las é um dos grandes desafios da enfermagem, e assume-se cada vez mais como uma prioridade no processo de cuidar. Os enfermeiros, enquanto cuidadores, ao longo dos processos de transição assumem um papel relevante tanto na preparação para os mesmos, como na facilitação da sua vivência. Segundo Meleis e Trangnstein (2010), a enfermagem apresenta como principal objetivo ajudar as pessoas a passarem por transições saudáveis de forma que estas possam obter resultados igualmente saudáveis, fazendo parte da sua arte e ciência proporcionar saúde e bem-estar durante as transições. Estas experiências únicas são alvo de intervenções específicas de enfermagem que proporcionam conhecimento e empoderamento a quem as experiencia, garantindo-lhes maior autonomia na gestão do seu processo de transição. As terapêuticas de enfermagem podem assumir-se como preventivas e/ou interventivas nas transições, através da compreensão dos fenómenos que as caracterizam (Meleis, 2010).

Para melhor entendimento dos fenómenos a que esta última autora se refere, é importante olharmos para a Teoria das Transições, desenvolvida por si, e que serve de orientação à prática profissional de enfermagem enquanto apoio aos processos de transição.

Segundo Meleis (2010, p.41) as transições são definidas como “processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvendo fluxo ou movimento de um estado para o outro”. Implica uma qualquer alteração no estado de saúde, nos papéis sociais desenvolvidos, nas expectativas de vida, nas habilidades sociais e culturais, ou ainda na capacidade de gerir respostas humanas (Abreu 2008 citando Meleis).

A teoria das transições, pensada e desenvolvida enquanto teoria de médio alcance, fala-nos de três domínios essenciais aos processos de transição, orientadores das práticas.

São eles: a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras, inibidoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e ainda as terapêuticas de enfermagem (intervenções e atividades), relativamente a uma situação de mudança (Meleis, 2010).

Segundo Meleis & Schumacher (2010), as transições são processos complexos e dinâmicos e podem ser de natureza desenvolvimental, situacional, de saúde/doença e organizacionais. As transições de desenvolvimento são as que decorrem do decurso normal de vida, ocorrendo em fases previsíveis (mudanças no ciclo vital). As transições situacionais estão associadas a acontecimentos que geram alterações de papéis sociais. As transições de saúde/doença dizem respeito à passagem do estado saudável ou bem-estar ao estado de doença. E, por último, as transições organizacionais são as que se desencadeiam por meio de alterações no seio social, político ou económico. Todas estas transições implicam alterações na vida de quem as vivencia, sendo possível que estas ocorram individualmente ou em simultâneo, e que estejam ou não inter-relacionadas.

Meleis e Schumacher (2010) referem a existência de fatores que podem determinar a experiência da transição positiva ou negativamente, são eles: os significados, expectativas, conhecimentos e preparação, ambiente envolvente e o bem-estar físico e emocional. Identificar estes fatores é fundamental para melhor compreender o processo de transição, e assim intervir de forma a promover respostas mais saudáveis ao mesmo.

Para Meleis (2010), e articulando com a temática iniciada no presente capítulo, a transição de natureza comportamental que maior destaque tem merecido por parte da enfermagem é a transição para a parentalidade. Esta ocorre na vida dos pais, exigindo dos mesmos, preparação, conhecimentos e habilidades próprias. É uma transição de desenvolvimento, que implica a redefinição de papéis, e a passagem de um estado para outro.

Para Martins (2013), este período do ciclo vital torna pertinente e necessária uma intervenção de enfermagem específica, dirigida ao reforço de competências e de recursos, e à minimização de vulnerabilidades, em que o enfermeiro funciona como facilitador e mediador de todo o processo transicional. No entanto, e para que este profissional seja capaz de apoiar estes processos de parentalidade, deve assegurar que conhece e compreende as experiências parentais, com vista ao alcance de uma transição bem-sucedida, por meio de objetivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (Meleis, 2010). A autora reforça ainda que os enfermeiros são os prestadores de cuidados que melhor atentam às modificações e exigências que as

transições impõem, pelo que estão mais capacitados na preparação e facilitação de aprendizagens de novas competências e conhecimentos que se ligam a experiências como a parentalidade.

Neste sentido, o enfermeiro deverá estar desperto para as dificuldades inerentes ao processo de Transição para a Parentalidade, para que possa intervir de forma mais eficiente na preparação e orientação do mesmo. Foi partindo desta ideia, e com uma perspetiva de facilitação do processo de Transição para a Parentalidade, que surgiu a necessidade de identificar essas mesmas necessidades e que serão discutidas no próximo capítulo.

#### **1.1.1.1. Dificuldades Inerentes à Transição para a Parentalidade**

Transitar para a parentalidade, conforme referido, exige novas aprendizagens, novos comportamentos e o confronto com novos papéis. Esta fase acarreta incertezas e inseguranças, sobretudo assim que ocorre o nascimento do bebé, já que é nessa altura que existe um novo ser que exige cuidados, ao mesmo tempo que se dá o puerpério da mulher.

De entre as principais dificuldades apontadas durante este período, destacam-se as associadas à mulher e sua fisiologia do parto e puerpério, as psicossociais e as de cuidado ao recém-nascido (RN). No que diz respeito às dificuldades associadas à fisiologia do parto e puerpério, salienta-se a dor e o desconforto da mulher, sobretudo no pós-parto, que lhe traz uma experiência de mal-estar, limitando francamente os seus afazeres diários. As suas queixas dolorosas incidem sobretudo na zona abdominal, perineal, mamária, mamilar, muscular e/ou articular, que são as partes do corpo com maior relação face ao trabalho de parto e pós-parto, e que acabam extremamente saturadas pelo cansaço de ambos os processos. Além disso, a mulher refere bastante desconforto ao nível intestinal e anal, relacionado com a obstipação instalada no pós-parto, e pela presença de hemorroidal, respetivamente (Afonso 1998; Mendes 2009, citados por Santos, 2011).

Também a fadiga e a falta de disponibilidade para o seu autocuidado são sentidas e descritas pela mulher como sendo outra das principais dificuldades nesta fase de transição, despertando em si uma série de preocupações constantes. Esta falta de energia e cansaço acumulados, a juntar às alterações emocionais/psicológicas próprias do puerpério, indisponibilidade para o autocuidado e sua relação com os outros, formam as principais dificuldades relatadas pela mulher, ao nível psicossocial (Afonso, 1998, citado por Santos, 2011).

Esta sensação de fadiga permanente, descrita acima, para além de dificultar a adaptação da mulher à sua nova condição, condicionam igualmente a forma como esta responde às demandas do novo bebé. A falta de tempo e disposição, o *blues* pós-parto ou mesmo a depressão pós-parto da mulher, tornam-se fatores limitantes do cuidado mãe-bebé (Afonso, 1998, citado por Santos, 2011).

Relativamente aos cuidados ao RN, as dificuldades mais apontadas, de forma geral, referem-se à alimentação, higiene, manipulação, mobilização, posicionamento e vestuário do mesmo, sobretudo após a alta da maternidade. É nesse momento que as mulheres referem maior confronto com dúvidas e preocupações, sentindo que a informação que dispõem é muitas vezes díspare e contraditória, ou por outro lado que as suas limitações físicas e sentimentos de ansiedade e insegurança abalam o desenrolar do seu papel parental (Marques, 1997 citado por Santos, 2011).

A alimentação do RN e os cuidados de higiene são as principais preocupações descritas em estudos realizados no âmbito das dificuldades das puérperas no período pós-parto. A alimentação, nomeadamente o aleitamento materno, por um lado traz dúvidas e dificuldades ligadas à amamentação propriamente dita, e por outro eventuais desconfortos ao nível das mamas e mamilos, que fomentam a vontade de abdicar desta prática. A falta de apoio na amamentação, sobretudo em alturas mais desafiantes como a descida de leite, intensifica o receio relativamente à falta de competência parental no que diz respeito à alimentação do RN. Os cuidados de higiene ao RN parecem ser outra dificuldade major para o casal nesta altura, sobretudo em situações de total inexperiência em cuidar de crianças. Receios como a insegurança e o medo em manusear ou segurar o filho, por ser associado a um ser “frágil” e “escorregadio”, tornam a experiência de cuidados de higiene e conforto ao RN mais desafiante (Afonso 1998, citado por Santos, 2011).

Sabemos que todas as dificuldades aqui expostas e outras demais fazem parte daquilo que é a adaptação à parentalidade. Tornar-se mãe ou pai é um processo complexo e contínuo, com períodos de maior instabilidade e exigente, sobretudo na aquisição de competências, conhecimentos e habilidades. Os desafios próprios da transição para a parentalidade são inevitáveis na vida de um casal, mas o apoio que lhe é disponibilizado pode fazer toda a diferença na forma como mãe e pai vivenciam esta experiência.

### **1.1.1.2. Papel do Enfermeiro EESMO na Parentalidade**

O sucesso na transição é possível e esperado, contudo é fundamental que os pais nela envolvidos sejam apoiados durante a sua parentalidade, principalmente nestes períodos que se associam a maior instabilidade e insegurança.

Os enfermeiros, cuja sua intervenção se relaciona intimamente com o bem-estar do outro e com o seu reequilíbrio em situações de stress, podem ser figuras de destaque na aquisição destas habilidades parentais. Uma intervenção de enfermagem específica, direcionada para o reforço de competências e de recursos, com atenuação de vulnerabilidades, pode efetivamente facilitar o processo de transição (Martins, 2013). O enfermeiro, partindo do conhecimento e compreensão da experiência de transição e da perceção do impacto que esta possa gerar num sistema familiar, tem competências que lhe permitem planear intervenções junto e com estas famílias, facilitando-lhes o processo (Soares, 2011).

Segundo Mercer (2002), o apoio profissional na transição para o papel parental passa por um envolvimento positivo com os pais. Este último deverá ser propiciado pela promoção da autoestima dos mesmos, pela valorização das suas crenças, pela promoção da sua interação com a criança, pela motivação da expressão das suas expectativas e pela estimulação da aprendizagem de habilidades, sempre com foco nas relações conjugais e funcionalidade familiar.

Preparar para a parentalidade e apoiar o desenvolvimento da mesma, intervindo de forma precoce e partindo de necessidades reais, é uma das grandes preocupações do enfermeiro especialista na área de saúde materna. Vivenciar o processo de transição para a parentalidade lado a lado com estas famílias torna possível um melhor reajustamento e adaptação das mesmas aos seus novos papéis. É neste sentido, e articulando este capítulo com a grande temática em estudo, que podemos afirmar que a manutenção do acompanhamento das famílias no período pós-parto é essencial, já que é nesta fase que se torna mais evidente o desenvolvimento ou não de competências parentais. Identificar as fragilidades do processo de transição para a parentalidade desde cedo permite ao enfermeiro intervir precocemente, prevenindo maiores complicações.

A visita domiciliária (VD) de enfermagem realizada a estas famílias poderá assumir-se como um instrumento relevante na concretização do acompanhamento das mesmas, já que viabiliza o apoio direto e efetivo durante estas transições.

### **1.1.1.3.A Visita Domiciliária do EESMO como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade**

Conforme tem sido exposto até aqui, o pós-parto é uma fase na qual ocorrem múltiplas alterações na vida da mulher/família, sobretudo pela chegada de um novo ser e alterações na dinâmica familiar.

Para a mulher é um período crucial, no qual se vê ultrapassar mudanças a nível físico, psicológico e hormonal, que a sujeitam a novas aprendizagens, não só na forma como lida com o seu corpo, mas igualmente com as suas emoções. O pós-parto vem acompanhado de stress fisiológico e psicológico intenso, face a estas novas necessidades de aprendizagem, que podem provocar grande instabilidade no seio familiar (Almeida, Nelas & Duarte, 2016). Por outro lado, o casal transita para a parentalidade, confrontando-se com novas exigências, para as quais pode não ter respostas (cognitivas, comportamentais e emocionais), e cujas habituais estratégias de *coping* lhe parecem ineficazes, desenvolvendo por isso situações de stress, que, segundo Meleis (2007) citado por Sequeira (2011), o torna mais vulnerável, podendo afetar o seu bem-estar e saúde.

Nesta lógica, torna-se imprescindível o apoio e uma atenção distinta, em que exista espaço para esclarecimento de dúvidas que dizem respeito às mudanças vivenciadas por esta altura (Luz et al, 2016). Há necessidade de um cuidado individualizado e holístico, que seja capaz de minimizar os constrangimentos provocados pela ansiedade do puerpério e parentalidade, e que potencie o melhor que estas fases podem trazer. Este cuidado, por meio de um apoio biopsicossocial ainda durante o puerpério, pode ser um excelente contributo, sobretudo na aquisição das competências de parentalidade das famílias (Almeida et al, 2016).

A VD, por meio de uma enfermagem especializada, constitui-se como uma ferramenta essencial ao exercício da parentalidade, como forma de apoio à mulher e família, em áreas como: educação, interação, orientação e autonomia nos cuidados ao RN, que possam ter ficado menos desenvolvidas à data da alta hospitalar. No que respeita à mulher especificamente, a VD é igualmente relevante, uma vez que potencia o seu autocuidado, promove a sua recuperação física e psicológica e intervém ao nível da prevenção e deteção de complicações da mesma (Almeida et al, 2016).

É no domicílio, no pós-parto, que emergem as principais dúvidas, incertezas e inseguranças que corrompem a confiança não apenas da mulher face ao seu autocuidado, mas sobretudo do casal em relação aos cuidados a prestar ao elemento recém-chegado. A visita ao domicílio facilita a perceção destas inseguranças familiares

potenciadoras de stress, podendo contribuir para a minimização das mesmas através não só do esclarecimento de dúvidas, como igualmente do reforço positivo face aos progressos já alcançados (Luz et al, 2016). Após a alta hospitalar, é de extrema importância que a visita seja realizada o mais precocemente possível, de preferência até ao final da primeira semana de vida do RN, a fim de detetar o mais rapidamente possíveis problemas, facilitar a intervenção e contribuir neste sentido para a diminuição da mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida do binómio mãe-bebé (Lucena et al, 2018).

A ausência deste tipo de apoio em tempo ideal pode comprometer a prevenção de complicações não só para o RN como para a mulher (Lucena et al, 2018). A VD permite conhecer a realidade e o ambiente natural destas famílias, potenciando uma intervenção individual e personalizada. Conhecer o ambiente familiar é uma vantagem no processo de apoio a estas famílias, uma vez que permite chegar a dados sobre circunstâncias de vida das mesmas, que de outra forma não seriam acessíveis (Luz et al, 2016). O domicílio não é apenas um espaço físico onde a mulher e a família habitam, é um local presente de sentimentos, atitudes, comportamentos e aspirações, no qual os cuidados de enfermagem envolvem mais do que técnicas ou procedimentos, estes abarcam situações de empatia, preocupação, interesse e apoio nas dificuldades (Almeida, 2016). As VD são uma ferramenta que permite, efetivamente, maior tempo para cuidados complexos, centrados nas particularidades e história de cada família (Fracolli, Reticena, Abreu & Chiesa, 2018).

Sabendo então, que a VD pode ser um recurso facilitador do processo de transição para a parentalidade, é importante que o investimento nesta área cresça e que esta possa ser efetivamente parte integrante dos cuidados do EESMO no pós-parto. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMOG, 2019), o enfermeiro especialista na área de Saúde Materna deve cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, pelo que podemos considerar que o EESMO é um profissional de primeira linha na realização destas visitas, uma vez que lhe compete continuar a cuidar destas mulheres e suas famílias, no seio da comunidade. Esta intervenção do EESMO justifica-se, de forma mais evidente, através do reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros (2019), entre outras, das competências em: conceber, planear, coordenar, supervisionar e implementar programas de intervenção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando uma parentalidade responsável; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN durante o pós-natal; informar, orientar e apoiar a mulher no autocuidado e

cuidado do RN; e identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade.

A VD por parte do enfermeiro especialista pode assim constituir-se como um instrumento essencial ao alcance de respostas saudáveis, já que este profissional tem capacidades ao nível da avaliação da transição da família, de determinação do seu impacto no sistema familiar e de planeamento de intervenções que reduzam os stressores associados à mesma. O enfermeiro tem um papel de destaque na minimização das experiências de tensão do casal/pais no âmbito da transição para a parentalidade, tornando-os o mais autónomos possível no exercício da sua parentalidade (Soares, 2011). Segundo Martins (2013), a visita domiciliária é uma intervenção com efeitos positivos na transição da parentalidade, permitindo a prática de enfermagem de excelência.

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **2.1. Revisão scoping**

A *RS* é uma ferramenta que possibilita encontrar um corpo de literatura e/ou estudos disponíveis com evidências emergentes sobre determinado tópico, garantindo uma visão geral ou detalhada do seu foco. O principal objetivo deste tipo de revisão de literatura, é identificar e mapear evidências disponíveis sobre temáticas de interesse (Munn et al, 2018).

No presente capítulo do relatório inclui-se uma *RS*, com a qual se pretendeu mapear os benefícios da VD face às dificuldades/ necessidades da mulher/família no período pós-parto, procurando a melhor e mais atual evidência científica sobre este assunto. Esta revisão vai de encontro à concretização dos objetivos delineados e expostos anteriormente, bem como ao desenvolvimento das competências propostas inicialmente. A presente *RS* foi iniciada na UC Opção, partindo das orientações do “*Joanna Briggs Institute*” (JBI) 2020, que preconiza para revisões da literatura deste tipo a utilização da mnemónica “população”, “conceito” e “contexto” – PCC, na construção de um título objetivo quanto à pertinência da revisão.

O *background* desenvolvido nesta *scoping* partiu de uma pesquisa de literatura exaustiva sobre a temática, procurando as principais dificuldades do pós-parto ou transição para a parentalidade da mulher/família e os benefícios da VD no apoio a estas dificuldades, com envolvimento do enfermeiro especialista em obstetrícia.

O prolongamento deste percurso académico forçou à repetição da pesquisa sempre que se justificou, no sentido de identificar a existência da evidência mais atual possível, tendo sido contemplada neste trabalho a correspondente ao ano de 2022.

### **2.1.1. Objetivo e questão de pesquisa**

A *RS* assumiu o título de “Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade: uma revisão *scoping*” com o objetivo de mapear os benefícios da Visita Domiciliária face às dificuldades/necessidades da mulher/família no período pós-parto. Para dar início à revisão, foi então formulada uma questão de investigação “Quais os benefícios da Visita Domiciliária face às dificuldades vivenciadas pela mulher/família no período pós-parto?” partindo da mnemónica PCC, mais concretamente: P- mulher/família no pós-parto, C- Visita Domiciliária, C- Domicílio.

### **2.1.2. Critérios de inclusão e exclusão**

Partindo da revisão de literatura realizada previamente e que deu suporte ao *background* da presente *RS*, foram determinados critérios de inclusão e exclusão, relativamente aos seus participantes, tipo de estudo, e quanto à língua e ano de publicação. Relativamente aos participantes, optou-se por incluir todas as mulheres/famílias no período pós-parto, excluindo as que não tenham qualquer tipo de experiência de parentalidade. No que se refere ao tipo de estudo, incluíram-se todos os estudos qualitativos, quantitativos ou revisões sistemáticas da literatura. Em relação à língua, foram consideradas todas as publicações em português, inglês ou espanhol, excluindo todos os restantes idiomas. E no que diz respeito ao ano da publicação, optou-se por incluir apenas as que foram publicadas depois do ano de 2015, restringindo a pesquisa a um universo temporal de sete (7) anos, excluindo-se assim todas as de publicação anterior a esse ano, ou ainda as que se encontram repetidas nas diferentes bases de dados. Este universo temporal é justificado pelo facto de ter iniciado este projeto em 2019, e na altura ter sido realizada uma *RS* com inclusão das publicações dos últimos cinco anos. Desta *scoping* anterior, existem artigos correspondentes ao ano 2015 e 2016 que utilizei para fundamentação da temática, e que por terem conteúdo de grande interesse, pretendo manter a sua inclusão. Assim, estendi a nova *scoping* (do presente ano 2022) a sete (7) anos em vez de cinco (5), contemplando esses dois (2) anos relativos à publicação dos artigos em questão.

### 2.1.3. Estratégias de pesquisa

A pesquisa de dados nesta revisão *scoping*, teve como objetivo identificar os estudos existentes relativamente à VD no período pós-parto. O processo de pesquisa foi abrangente, tendo em vista identificar os estudos primários publicados, literatura cinzenta e estudos não publicados, assim como a existência de revisões sistemáticas da literatura. Para a pesquisa de estudos não publicados recorreu-se ao Google Académico.

Segundo as orientações do JBI (2020), a estratégia de pesquisa deve ser realizada em 3 etapas distintas. Numa primeira etapa foi feita uma pesquisa mais limitada, em duas bases de dados relevantes para a temática. As bases de dados indicadas para a realização deste protocolo de revisão *scoping* são a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL). Neste sentido, realizou-se uma pesquisa através da plataforma EBSCOhost, limitando-se à MEDLINE *with full text* e CINAHL *with full text*, com limitação temporal aos últimos sete anos, conforme já referido anteriormente. Após pesquisa inicial, procedeu-se a uma análise das palavras incluídas nos títulos e resumos dos artigos obtidos, bem como dos termos de indexação presentes nos mesmos. Esta primeira etapa permitiu a definição dos descritores de pesquisa, dos termos naturais de pesquisa e dos critérios de inclusão e exclusão anteriormente apresentados.

Para a segunda etapa foi realizada uma pesquisa ordenada a partir de um conjunto de palavras-chave e termos de indexação, nas duas bases de dados, separadamente. Quando concretizada na base de dados MEDLINE (Apêndice I), verificaram-se quais os termos indexados possíveis para cada uma das palavras-chave, e ainda termo natural que lhe está associado, a pesquisa de termos com truncatura e seguidamente agregaram-se os termos com o operador booleano [OR]. Posteriormente a esta agregação, foi realizada uma pesquisa com a associação igual, mas desta vez com o operador booleano [AND]. Seguidamente procedeu-se a uma nova pesquisa na base dados CINAHL (Apêndice II), utilizando as mesmas palavras-chave anteriormente utilizadas na MEDLINE, repetindo-se todo o processo de agregação e associação. Para melhor compreensão da pesquisa, procedeu-se à construção de uma tabela (Apêndice III), na qual se encontram reunidos os termos, correspondentes às palavras-chave previamente definidas, utilizados durante as pesquisas nas bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Da operacionalização anteriormente descrita resultaram duzentos e vinte e cinco artigos (225) na base de dados CINAHL e seis (6) artigos na base de dados MEDLINE. Foi realizada uma leitura dos títulos de cada um dos artigos, e seu respectivo resumo, e selecionados posteriormente os artigos para leitura e análise na íntegra. Esta seleção fez-se por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos previamente, resultando num total de doze (12) artigos de interesse para a investigação. A estratégia de seleção dos estudos descrita encontra-se apresentada sob a forma de fluxograma, segundo sugestão do JBI, no Apêndice IV.

Na última fase, ou terceira etapa, procedeu-se à leitura do texto integral dos doze (12) artigos selecionados e foi elaborada uma tabela de extração de resultados (Apêndice V), cujo objetivo foi mapear os dados extraídos dos artigos em questão.

Serão seguidamente apresentados os achados resultantes da pesquisa, com a evidência científica dos demais autores, que corroboram as respostas face à questão de investigação.

#### **2.1.4. Achados da pesquisa**

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), o enfermeiro especialista deverá ser responsável pela procura da melhor evidência científica na qual se deve basear a sua prática clínica. Neste sentido, foram assim analisados os artigos obtidos a partir da *RS*, e que servirão para trazer novos contributos não apenas para este relatório, mas sim para a minha prática clínica, enquanto futura enfermeira especialista.

O período pós-parto, como já foi referido anteriormente, é um período que implica profundas alterações a diferentes níveis, sejam elas de natureza biológica, psicológica ou social. Tornar-se mãe e/ou pai é um dos maiores desafios que a vida traz ao ser humano, e que exige o desenvolvimento de mecanismos que facilitem a adaptação a este novo papel. Neste processo, exacerbam-se as demandas da transição para a parentalidade, resultando em mudanças francas no estilo de vida da mulher/casal, que transcendem o relacionamento entre ambos. Surgem necessidades de cariz variado, face à chegada do novo ser. De entre as mais apontadas pelas mulheres/casais, encontram-se o défice de conhecimentos quanto à amamentação, a sobrecarga diária de afazeres domésticos, o sofrimento mental, as depressões puerperais e a falta de apoio nos cuidados ao recém-nascido, que conduzem a sentimentos de insegurança, medo, dúvidas e incerteza (Mazzo et al, 2018).

A ausência de atendimento destas necessidades pode ser considerada um risco para a saúde dos intervenientes no processo, já que a ocorrência destes sentimentos de maior vulnerabilidade pode comprometer a vivência da transição para a parentalidade. Neste sentido, é fundamental que se destaque a necessidade crescente de uma assistência qualificada, durante este processo de transição, com enfoque nas necessidades destas mulheres/famílias e sua capacitação ao nível das competências parentais. Conforme foi sendo referido ao longo do presente trabalho, este suporte qualificado pode apresentar-se sob a forma de VD.

Realizada por profissionais de saúde com competências específicas, a VD pode ser encarada como uma excelente estratégia de atenção na transição para a parentalidade, ao mesmo tempo que se intervém na prevenção de complicações no pós-parto. Oferece à mulher e família um apoio sob a forma de informação, suporte psicossocial, motivação, treino e cuidado, que conferem maior confiança e segurança e controlo do ambiente familiar. O enfermeiro, nomeadamente o EESMO, tem conhecimentos diferenciados sobre a anatomia e fisiologia da mulher, sobre as possíveis alterações emocionais que esta desenvolve, sobre as características físicas e comportamentais do RN, identificando os cuidados essenciais para cada situação, o que, por isso, o torna num profissional com grande habilidade para intervenção no período pós-parto, nomeadamente em contexto de VD. Ele priva com a mulher/casal estabelecendo maior relação de confiança e terapêutica, planeando intervenções direcionadas às suas necessidades.

Segundo Graça (2010) citando Spock & Rothenber (1997), o cuidado domiciliário realizado pelo enfermeiro apresenta como principais objetivos aconselhar, orientar e ajudar as famílias na prestação de cuidados; proporcionar-lhes maior comodidade e individualização nas intervenções, possibilitando-lhes ao mesmo tempo maior abertura para exposição de preocupações e necessidades. A VD apresenta-se assim como um momento privilegiado de partilha entre os profissionais e os pais, no qual estes últimos se encontram motivados para a aquisição de conhecimentos, que lhes facilitem a função parental.

A VD permite um cuidado individual e próximo com as famílias, acedendo à sua realidade, ao mesmo tempo que lhes é transmitida confiança e potencializado o seu desempenho. Segundo Teixeira (2009), a VD é uma forma de intervenção eficaz na promoção dos cuidados essenciais à mãe e RN, potenciando o autocuidado, melhorando a recuperação física e psicológica da mulher, diagnosticando precocemente possíveis complicações puerperais, facilitando a adaptação da família em relação ao

bebé e ao desenvolvimento de um bom relacionamento enfermeiro-mulher-família, com possibilidade de privacidade e disponibilidade. A VD possibilita, ainda, uma observação da prestação direta de cuidados ao RN por parte dos pais, diagnosticando possíveis situações de risco, o impacto do RN na relação do casal, ao mesmo tempo que promove o aconselhamento, apoio e orientação nas preocupações demonstradas face às habilidades parentais.

Os diferentes estudos considerados para o presente projeto, nomeadamente os selecionados durante a *SR*, evidenciam igualmente as consequências positivas do apoio profissional de enfermagem, bem como da VD. Todos eles são unânimes no que diz respeito à relação direta de ambos, com a melhoria da qualidade de vida das mulheres/famílias no período pós-parto e transição para a parentalidade.

Segundo os autores, Wiklund, Pettersson & Bostrom (2018), a continuidade dos cuidados no pós-parto, com participação individual e adaptada do casal e mobilização de informações consistentes, promove maior segurança no processo de parentalidade. As práticas educativas, realizadas pelo profissional de saúde no puerpério, e que se baseiam na autonomia e valorização dos conhecimentos sociais das famílias, são essenciais para o colmatar das suas necessidades biopsicossociais (sobretudo da mulher) neste período (Dodou, Oliveira, Oriá, Rodrigues, Pinheiro & Luna, 2017). O contacto com o profissional de saúde contribui evidentemente para uma transição mais suave no pós-parto, ajudando a prevenir e gerir complicações tanto maternas, como infantis (Brodribb, Hawley, Mitchell, Mathews & Zakarija-Grkovic, 2019).

Após a *RS*, é possível ainda, reforçar mais uma vez os benefícios da VD, destacando-se: a prevenção ou minimização dos sentimentos de ansiedade e medo perante as dificuldades de transição para a parentalidade; diminuição do stress mental da mulher/família resultantes dos cuidados ao RN, tais como: amamentação, gestão do peso e outras abordagens físicas diretas ao bebé (Tamura, 2019); melhoria nos esclarecimentos em relação ao planeamento familiar e questões de morbilidade e mortalidade materna (Andrade, Santos, Maia, & Mello, 2015); empoderamento no autocuidado da mulher e cuidados ao RN (Aaserud et al, 2017); melhoria da satisfação do bem-estar da mulher e do RN (aconselhamento parental); abertura de caminho para redes de apoio social (Panagopoulou et al, 2017); resolução de problemas relacionados com obstipação, fadiga e depressão pós-parto (mais associados à mulher) (Milani et al, 2017); aumento do vínculo entre as unidades de saúde e a família, reduzindo o risco de complicações no pós-parto (Medeiros & Costa, 2016) e uma maior capacitação da

mulher/casal em lidar com os novos papéis (maior previsibilidade, disponibilidade e confiança) (Dahlberg, Haugan & Aune, 2016).

Em suma, o papel do enfermeiro é descrito, na maioria destes estudos, como fundamental no suporte familiar, destacando-se a ideia de que as suas intervenções desenvolvidas em contexto de VD podem conferir resultados mais efetivos que as implementadas em contexto de instituição.

A sua prática em contexto domiciliário promove o fortalecimento de vínculos entre o profissional e as famílias cuidadas, proporcionando ambientes de maior confiança e ajuda, onde impera o respeito pelos valores e rotinas familiares. Os cuidados de enfermagem durante a VD vão muito além das técnicas ou intervenções, eles englobam fundamentalmente atitudes como: empatia, preocupação, interesse e apoio perante as dificuldades (Oliveira, 2017).

A título de conclusão, podemos efetivamente dizer que a VD é uma prática de excelência, que gera ganhos em saúde, especialmente pela redução de complicações no que respeita ao casal e ao RN. Permite uma abordagem holística e uma maior aproximação da situação real de cuidados, favorecendo assim o bem-estar da mulher, RN e família no decorrer da transição para a parentalidade.

## **2.2 Recolha de dados**

De acordo com o modelo do processo de investigação, uma vez elaborados os elementos teóricos e definido o tipo de estudo, é necessário escolher a técnica de recolha, necessária à construção dos instrumentos que permitem a obtenção de dados sobre a realidade (Vilelas, 2017).

Depois de ter optado pelo estudo quantitativo, selecionei como instrumento para a recolha de dados, o questionário. No entanto, e como este último resultou numa lista de questões fechadas, que tinham como objetivo serem colocadas oralmente às inquiridas e preenchidas pelo inquiridor, acabei por intitular o instrumento de “formulário” (Apêndice VI). Este instrumento, pretendia assim, recolher de forma sistemática e organizada, a informação acerca da população em estudo (mulheres/puérperas em contexto de pós-parto) no que diz respeito “aos benefícios da visita domiciliária face às dificuldades/necessidades no puerpério?”. Esta última questão, serviu de linha orientadora ao processo de investigação, tendo sido definida como questão de pesquisa.

A fim de operacionalizar a questão supracitada, delineei como **objetivo geral** o de: Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o período pós-

parto, por meio de **objetivos específicos** como: Compreender a importância atribuída pela mulher, à VD de Enfermagem no seu pós-parto; identificar quais as principais dificuldades sentidas pela mulher/família no período pós-parto; implementar medidas de apoio à mulher/puérpera que vivencia a experiência de pós-parto (em contexto de EC), facilitando o seu processo de transição para a parentalidade, e ainda, avaliar o impacto desse mesmo apoio na mulher/família e sua transição para a parentalidade.

### **2.2.1. População alvo e amostra**

A população é o conjunto de todos os indivíduos que desejamos investigar, que apresentam uma ou mais características em comum e se encontram num espaço ou território conhecido. Uma vez que a população é constituída por um número elevado de pessoas, extrai-se uma amostra da mesma, que nos permita obter conclusões semelhantes às que chegaríamos caso estudássemos toda a população (Vilelas, 2017).

Para o presente estudo definiu-se como população todas as mulheres em puerpério que já tivessem experienciado pelo menos um pós-parto, ou seja, todas as mulheres/puérperas a vivenciar pelo menos o segundo processo de puerpério. Este critério deveu-se ao facto de se pretenderem estudar as experiências relativamente ao pós-parto, sendo que teria pouco interesse procurar conhecer estas experiências em mulheres acabadas de iniciar o seu primeiro puerpério, as quais provavelmente, ainda não seriam capazes de identificar as necessidades sentidas.

A amostra representativa desta população, e que deu resposta aos formulados aplicados, foram um total de vinte (20) mulheres puérperas.

Como critérios de inclusão definiu-se então: ser mulher, puérpera e ter uma ou mais experiência de pós-parto, ficando excluídas todas as que não reunissem estes critérios.

### **2.2.2. Método de recolha de dados**

Depois de um aprofundamento da temática em estudo, a partir da evidência científica disponível, foi a vez de confrontar estes dados teóricos com a realidade em terreno.

Conforme foi referido anteriormente, a aplicação do formulário tinha como objetivo recolher informação, a um grupo representativo de mulheres puérperas e que já tivessem experienciado um pós-parto. Este instrumento foi elaborado partindo dos objetivos propostos para o relatório e questão de pesquisa supracitada. A sua implementação decorreu em contexto de Puerpério numa enfermaria hospitalar, durante o EC em Sala de Partos. A ideia inicial seria aplicar os formulários durante outros

contextos de EC, contudo o parecer ético da instituição hospitalar apresentou grande demora na sua emissão, o que limitou a aplicação deste instrumento de colheita de dados, apenas ao período de estágio do último contexto de EC.

Este instrumento foi constituído então por questões fechadas, integrando uma linguagem de fácil compreensão e acompanhado por um consentimento informado (apêndice VII) entregue previamente às inquiridas. O formulário estava organizado da seguinte forma: Parte I – Caracterização sociodemográfica e obstétrica (idade, escolaridade, número de filhos, idade dos filhos, intercorrências na gravidez e tipo de parto); Parte II – Expetativas da mulher face à VD de Enfermagem, em resposta às principais necessidades do puerpério: (local onde frequentou as consultas de vigilância materna, se frequentou algum curso de preparação para o nascimento ou parentalidade, se considera ter obtido todos os conhecimentos para cuidar do RN e, se sim, quem lhe forneceu os conhecimentos referidos, importância atribuída à VD (à mulher/RN/família) nos primeiros dias após alta hospitalar e, por último, quais as situações específicas do pós-parto que provocaram maior apreensão (cuidados ao RN, autocuidado, isolamento social, ficar só com o RN, o retorno ao trabalho e/ou afastamento do trabalho). Todas estas questões procuravam identificar as principais dificuldades sentidas pela mulher em relação ao pós-parto, mas igualmente a importância atribuída pela mesma à VD neste mesmo período.

Foi assegurada a confidencialidade e anonimato na aplicação dos formulários, anulando qualquer tipo de risco ou dano para os participantes. O consentimento informado, também ele escrito com linguagem simples e sem ambiguidades, expunha as intenções do estudo e garantia o carácter confidencial do mesmo. Neste sentido, as participantes eram apenas identificadas pelos seus dados sociodemográficos, incluídos na primeira parte do formulário.

Para aplicação destes formulários, foi solicitada uma autorização (Apêndice VIII) à Comissão de Ética (CE) da instituição onde o estudo se concretizou, que demorou cerca de seis meses a emitir o seu parecer. Por este motivo estes formulários foram apenas aplicados no período decorrido entre 23 junho 2021 e 31 de julho de 2021 num primeiro momento e entre o período de 1 de setembro de 2021 até 6 de novembro 2021 num segundo momento. Esta interrupção da sua aplicação deveu-se à pausa letiva para férias.

## 2.2.3. Apresentação e discussão dos resultados

O presente capítulo apresenta e caracteriza a amostra da população inquirida, e respetivos resultados obtidos, após aplicação dos formulários.

### 2.2.3.1. Apresentação e caracterização da amostra

Conforme já foi referido anteriormente, o formulário foi aplicado a uma amostra de vinte (20) mulheres. Relativamente à idade (**Gráfico 1**), 25% corresponde à faixa etária compreendida entre os 19-24 anos; 60% das mulheres encontra-se na faixa entre os 25-34 anos; e 15% situa-se na faixa etária acima dos 35 anos.

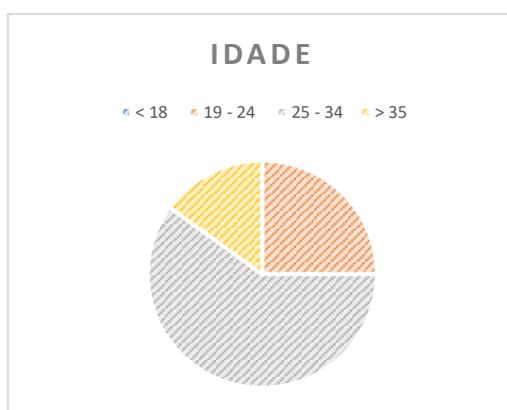


Gráfico 1

A maioria das inquiridas, 40%, refere ter o 12º ano de escolaridade, sendo que 35% completou o 4º ano de escolaridade e 25% apresenta uma licenciatura, mestrado ou doutoramento (**Gráfico 2**)

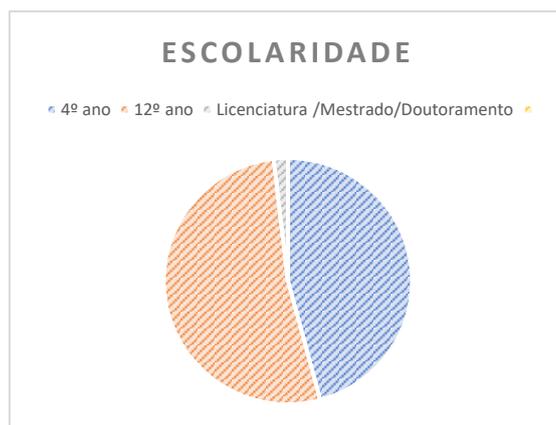


Gráfico 2

Quanto ao número de filhos (**Gráfico 3**), a resposta com maior expressão foi a de 2 filhos com 55% dos resultados obtidos, 40% com 3 filhos e apenas 5% da amostra, com um número total de 4 filhos.

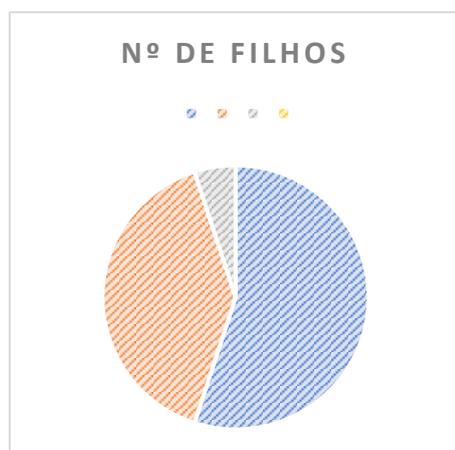


Gráfico 3

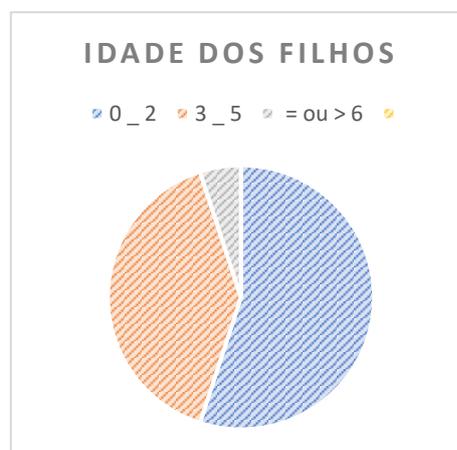


Gráfico 4

No que diz respeito à idade dos filhos (**Gráfico 4**), a maioria destes, com 48% dos resultados, apresentam idade compreendida entre os 0-2 anos, 34% das crianças têm entre os 3-5 anos, 18% tem idade igual ou superior a 6 anos.

Na questão sobre a ocorrência de complicações na gravidez, não existiram respostas positivas, sendo que 100% das respostas foram “não”. Já quanto ao tipo de parto, 20% das inquiridas refere ter tido um parto distócico, ao contrário da maioria, com 80% dos resultados, que mencionaram partos eutócicos.

### 2.2.3.2 Apresentação dos resultados

Após o tratamento dos dados, estes devem ser organizados de forma prática e racional, a fim de melhor compreensão do fenómeno em estudo. Os dados colhidos podem ser apresentados sob a forma de representação gráfica, possibilitando uma visão rápida e geral do fenómeno estudado (Vilelas, 2017). Neste sentido, abaixo encontra-se a apresentação dos dados, de forma descritiva e sob representação gráfica com devida numeração e identificação, no que respeita à informação que apresentam.

Quando inquiridas quanto ao local onde frequentaram as consultas de vigilância de saúde materna, 84% das mulheres referiram ter frequentado a mesma em Centro de Saúde, 14% indicou ter feito vigilância em local privado e/ou hospital, e apenas 2% das inquiridas não fez qualquer consulta de seguimento (**Gráfico 5**).

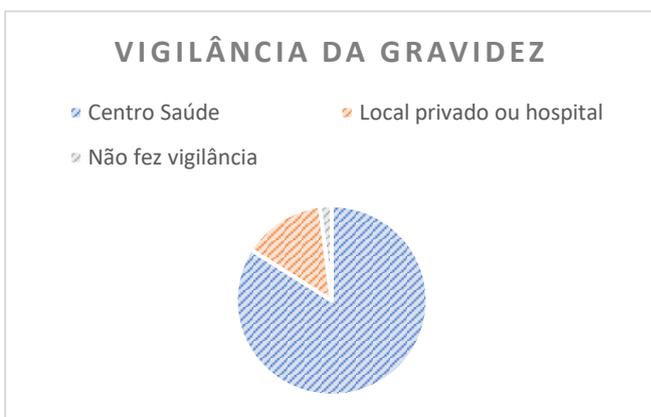


Gráfico 5



Gráfico 6

Quanto à frequência do curso de preparação para o nascimento ou parentalidade (**Gráfico 6**), apenas uma pequena amostra, de 10% das mulheres, referem ter frequentado algum curso de preparação, 90% não teve qualquer contacto com estas formações.

50% das inquiridas admite não ter obtido todos os conhecimentos para cuidar do seu recém-nascido, pelo contrário 50% afirma que obteve esses mesmos conhecimentos (**Gráfico 7**) Quanto à forma como estes conhecimentos foram transmitidos, 70% identificou a família como fonte, 20% mencionou a equipa de enfermagem e 10% revelou terem sido os amigos (**Gráfico 8**).



Gráfico 7

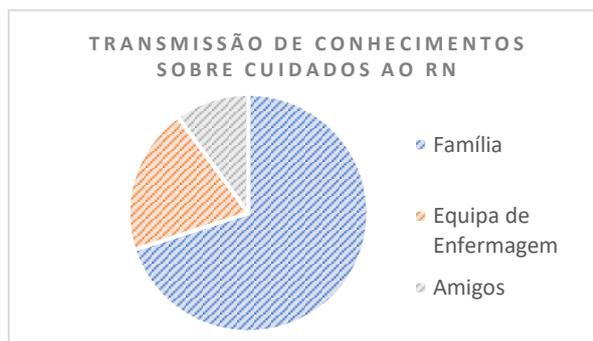


Gráfico 8

Relativamente à importância da realização de uma VD de Enfermagem à mulher, RN e família, nos primeiros dias após alta hospitalar, 90% da amostra considera que seria importante, apenas 10% refere que não (**Gráfico 9**).

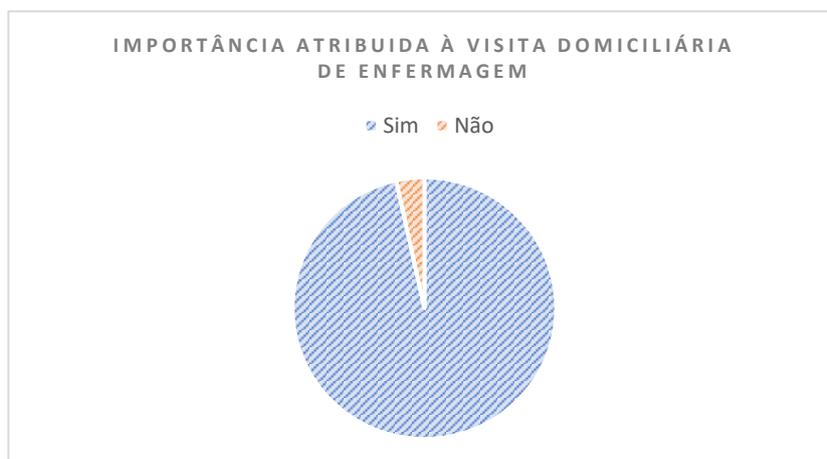


Gráfico 9

Por último, e sobre as situações específicas do pós-parto que provocaram maior apreensão na mulher, e conforme podemos constatar na **Tabela 1**, a maioria das inquiridas identifica os “cuidados ao recém-nascido” como a principal causa de preocupação, com 47% das respostas. Por outro lado, destaca-se igualmente o “autocuidado” com 33% das respostas, assumindo-se como outra das grandes preocupações da mulher no pós-parto. O “isolamento social” auferiu 13% do total das respostas, e 7% das mulheres refere como situação apreensiva no pós-parto, o ter de “ficar sozinha com o RN”. Quando às causas relacionadas com o “regresso ao trabalho precocemente”, “ficar afastada do trabalho” ou “outros”, não foram mencionadas pelas inquiridas, pelo que não tiveram qualquer tipo de expressão em percentagem.

Situações	Nº Vezes mencionada	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Cuidados ao RN	14	47%	47%
Autocuidado	10	33%	80%
Isolamento Social	4	13%	93%
Ficar sozinha em casa com RN	2	7%	100%
Retomar ao trabalho precocemente	0	0%	100%
Ficar afastada do bebé	0	0%	100%
Outros	0	0%	100%
Total Respostas	30	100%	

Tabela 1 – Análise das situações mais apreensivas para a mulher no pós-parto

### **2.2.3.3. Discussão dos Resultados**

Após apresentação dos resultados, é essencial que se faça uma discussão dos mesmos, de forma a responder à questão de investigação e aos objetivos definidos para o presente estudo. Segundo Fortin (2009), é através da discussão que o investigador analisa os resultados obtidos na investigação, associando-os à problemática e à questão colocada sobre a mesma, realizando um confronto entre os resultados alcançados e os resultados de investigação de outros autores.

#### **Importância atribuída à Visita Domiciliária de Enfermagem no Pós-Parto**

A amostra do estudo realizado conforme já descrito é constituída por vinte 20 mulheres, puérperas, das quais 90% considera a VD um evento importante tanto para si quanto para o recém-nascido e família convivente, aquando do regresso a casa (após alta hospitalar) (**Gráfico 10**). Apenas 10% não demonstra interesse na VD, sendo esta mesma amostra, a que refere não ter apresentado qualquer situação apreensiva no pós-parto (**Tabela 1**), o que poderá indicar que o interesse pela VD é atribuído às mulheres que experienciaram, efetivamente, dificuldades no seu puerpério.

Segundo um estudo realizado por Tamura (2019), a um total de 271 mulheres, e que estuda as expetativas destas face à visita domiciliária no pós-parto, um total de 174 manifestaram o desejo de uma VD um ou dois meses após o parto, 114 mulheres gostariam de receber essa visita até ao final do primeiro mês pós-parto, e 180 respostas revelaram o desejo das participantes de receberem mais do que uma VD no seu pós-parto. Este estudo divulgou ainda que 87,8% das inquiridas refere preferência por enfermeiras/os obstetras, nestas mesmas visitas. Estes dados corroboram os resultados obtidos no estudo acima, do presente relatório, quanto à importância da VD, pois não só as inquiridas demonstram interesse evidente nestas visitas, como algumas manifestam ainda o desejo de receber esta visita mais do que uma vez.

Num outro estudo realizado por Aaserud (2016) no qual se pretendia compreender as experiências das mulheres com visitas domiciliárias, por parte uma enfermeira parteira no início do pós-parto, verificou-se que as mulheres alvo da VD mencionam o desenvolvimento de capacidades para lidar com as novas circunstâncias de vida. As inquiridas afirmam que a VD de Enfermagem contribui para a promoção da sua saúde no período pós-parto, uma vez que lhes permite a aquisição de habilidades e autonomia essenciais para satisfação das suas necessidades. O mesmo estudo revela a satisfação das mulheres em relação às informações e orientações fornecidas pelas enfermeiras parteiras durante a visita em domicílio, reforçando o valor atribuído a estes momentos com profissionais da área da obstetrícia.

O estudo realizado por Milani (2017) corrobora a importância da VD de Enfermagem, para a mulher, no período pós-parto, evidenciando de forma consistente os seus benefícios destacados pelas inquiridas. Segundo estas últimas, os programas de cuidados domiciliares no pós-parto apresentam efeitos significativos no seu estado de saúde e sua satisfação ao nível social. Mulheres que receberam apoio de obstetrícia em contexto de domicílio relatam melhor qualidade de serviço, comparativamente ao serviço em contexto hospitalar, apresentando maiores níveis de satisfação quando experienciam as visitas domiciliares no pós-parto.

Dahlberg, Haugan & Aune (2016), num estudo que pretendia avaliar as experiências das mulheres em relação aos cuidados de obstetrícia, em contexto de VD, no período pós-natal, destacam mais uma vez a importância concedida aos cuidados domiciliares. Devido à curta duração dos internamentos hospitalares em puerpério, a VD, realizada por uma enfermeira/o parteira/o é fundamental para a mulher, que identifica este apoio como crucial, especialmente na sua capacidade em lidar com o seu novo papel de mãe.

Relacionando os estudos referidos acima, pode dizer-se que há efetivamente importância atribuída pela mulher à VD de Enfermagem, sobretudo quando realizada por um enfermeiro competente na área da obstetrícia. Estes momentos de apoio à mulher, RN e família em casa, são identificados em diferentes estudos como essenciais, numa fase em que se experiencia uma exigente mudança e adaptação aos novos papéis familiares.

### **Situações específicas do pós-parto que provocaram maior apreensão na mulher**

Em relação às situações referidas pelas mulheres, que lhes provocaram maior apreensão no período pós-parto, e conforme mencionado anteriormente, destacam-se os “cuidados ao RN” com uma percentagem de 47% e o “autocuidado” com 33% das respostas. Com menos expressão, mas ainda assim igualmente identificadas como dificuldades do puerpério, ficam o “isolamento social” com um total de 13% das respostas e o “ficar sozinha em casa com o RN” com 7%. Em estudos anteriormente selecionados, no decurso do presente relatório, há evidência que revela estas mesmas preocupações por parte da mulher, confirmando, por outro lado, a existência de necessidades de apoio no período pós-parto em contexto domiciliário.

Tamura (2019) procurou identificar no seu estudo sobre “Expetativas das mães sobre a visita domiciliária no primeiro ano pós-parto” as necessidades sentidas pelas mulheres ligadas a esta fase. Como principais preocupações, surgiram as associadas aos cuidados ao RN, nomeadamente: a amamentação, a progressão de peso e outras abordagens físicas direcionadas ao bebé. As mulheres deste estudo, além das

dificuldades supracitadas, manifestaram o seu desejo de realização de visitas domiciliárias por parte de enfermeiros parteiros, como forma de apoio à família no pós-parto. Um outro estudo conduzido por Andrade, Santos, Maia, & Mello (2015), cujas participantes eram mulheres em período de puerpério, enfatizou também as necessidades das inquiridas, associadas aos cuidados ao RN, que mais uma vez surgem como principal foco de atenção, com destaque para os desafios da amamentação. Também Milani (2017) identificou no seu estudo sobre os “efeitos da visita domiciliária a mulheres no pós-parto”, problemas relacionados com o autocuidado da mulher, nomeadamente fadiga, obstipação, contraceção, e ocorrência da depressão no pós-parto. Além disso, este estudo revelou mais uma vez a necessidade de apoio ao nível da amamentação, no âmbito dos cuidados ao RN. Em conclusões, o mesmo autor revela ainda os benefícios associados à intervenção por meio de VD no pós-parto, na resolução destas necessidades, destacando os efeitos positivos, sobretudo ao nível do estado de saúde da mulher.

Mazzo, et al (2017), num estudo relativo à “perceção das puérperas sobre o seu período pós-parto”, identifica igualmente necessidades ligadas ao autocuidado da mulher, que a tornam mais vulnerável à vivência do puerpério. De um modo geral, as mulheres inquiridas referem sentimentos e desconfortos inerentes ao pós-parto, que afirmam aumentar a sua sobrecarga emocional. O cansaço, a exaustão física e a privação de sono são apontadas como situações que limitam o seu autocuidado, a sua privacidade e a sua disponibilidade para a intimidade do casal. No que diz respeito aos cuidados ao RN, referem existência de carências ao nível de informações sobre aleitamento materno e dificuldades nos cuidados de higiene e conforto ao RN (banho e limpeza do coto umbilical). É de destacar que este estudo revela ainda uma forte desvalorização do ser mulher e do seu autocuidado em função da atenção dedicada ao cuidado ao recém-nascido.

Os estudos mencionados vêm fortalecer a temática aprofundada neste relatório, no sentido em que dão voz às mulheres, suas carências e necessidades de apoio no pós-parto. O puerpério é um momento no qual a mulher vivencia muitas dúvidas em relação ao autocuidado, ao RN, aleitamento materno e planeamento familiar, carecendo de intervenção de enfermagem qualificada, que atenda as suas necessidades físicas e psicossociais, promovendo a sua saúde (Gomes & Santos, 2017).

A VD pode constituir-se um recurso efetivo nesta promoção, facilitando todo este processo de adaptação inerente ao pós-parto. Segundo a OMS (2015), é fundamental fortalecer o atendimento pós-natal através da VD, só assim será possível uma boa

prática no cuidado pós-natal para todas as mulheres e também RN. A intervenção de enfermagem à puérpera e sua família, no seu contexto domiciliário, permite uma melhor adequação dos cuidados prestados e facilita a expressão de dificuldades e sentimentos por parte do casal/família. Além disso, a VD à puérpera/recém-nascido e família apresenta-se como estratégia de suporte e ajuda, proporcionando apoio e aconselhamento, promovendo desta forma uma melhor adaptação à parentalidade (Almeida, Nelas e Duarte, 2016).

### 3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE

Competência: *“um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”*

(Le Boterf, 1995)

#### 3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Grau de Mestre

Os cuidados de enfermagem apresentam atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, com vista ao acompanhamento das necessidades em cuidados de saúde. A enfermagem avançada por meio de uma especialização e diferenciação dos profissionais é uma realidade cada vez mais comum e desejada, no sentido de melhorar a atuação e a qualidade em saúde. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além do desenvolvimento das competências específicas enunciadas pela respetiva especialidade, que os profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, que se apliquem em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, descritas pelo RCCEE (2019). Estas competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros com especialidade, deverão ser desenvolvidas por meio da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de sustento efetivo ao exercício profissional especializado em contexto de formação, investigação e assessoria (RCCEE, 2019).

Para melhor definição e regulamentação das competências comuns, foram definidos quatro domínios que as agrupam, sendo que todos estes devem ser atingidos pelo enfermeiro especialista, independentemente do âmbito da sua especialidade. São eles o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e por último o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Este último domínio tem particular importância para a enfermagem, já que se pretende, por meio da especialização, que esta se torne uma enfermagem avançada, onde coexiste um nível aprofundado de prática e conhecimento. É fundamental que o enfermeiro especialista invista na construção de conhecimento científico e por sua vez o traga para a prática clínica, de forma que se atualizem constantemente os modelos de atualização, com vista à melhor qualidade nos cuidados. O domínio do desenvolvimento das aprendizagens das competências comuns do enfermeiro especialista estimula assim uma enfermagem especializada/avançada em constante evolução e aperfeiçoamento do seu *core*. A

atualização desta disciplina traz maior segurança ao nível das intervenções realizadas, maior capacidade de desenvolvimento de competências e ainda maior fundamentação perante processos de tomada de decisão.

As competências comuns do enfermeiro especialista são, no seu geral, instigadoras de uma contínua produção científica e de uma prática baseada na evidência. Podemos dizer que são promotoras de uma enfermagem de prática avançada, em que deverá ter lugar uma análise, reflexão e crítica constante sobre o que somos, o que fazemos e o porquê.

Além das competências comuns do enfermeiro especialista, necessárias ao exercício profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Obstetrícia e com grau de Mestre, é igualmente exigida a obtenção das competências de mestrado. Estas incluem: a posse de conhecimentos e capacidades de compreensão que permitam ao profissional o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos no seu primeiro ciclo, com destaque para a área de investigação; a aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e complexas relacionadas com a sua área de especialização; a capacidade de integrar conhecimentos, gerir questões complexas, desenvolver soluções e juízos em casos de informação limitada ou incompleta e ainda refletir sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas mesmas soluções e/ou juízos ou os condicionem; a capacidade comunicacional, tendo em vista a comunicação de conclusões e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades; e por último a demonstração de competências que permitam o desenvolvimento de uma aprendizagem contínua, de forma auto-orientada ou autónoma (Decreto-Lei nº65/2018).

Podemos dizer que tanto as competências comuns do enfermeiro especialista como as de grau de mestre procuram uma constante atualização das práticas com vista a um exercício da profissão com excelência. Esta prática diferenciada acontece por meio da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos baseados em evidência recente e mobilização de uma formação avançada, isto é, recorrendo a investigação científica. Este aprofundar de teorias e com sua extensão para a prática, pressupõe que os profissionais especialistas e com grau de mestre se baseiem numa prática na qual se integra pesquisa, educação e gestão.

No decorrer do EC, posso afirmar que as diferentes experiências vivenciadas, e que permitiram o desenvolver e aprofundar das competências enunciadas neste capítulo, foram determinantes para atingir um nível avançado na minha formação profissional. Todo o processo de estágio contribuiu para a progressão do meu grau de autonomia

profissional, competência na tomada de decisão clínica, realização de avaliações, diagnósticos e prescrição de intervenções e ainda responsabilidade na gestão de situações emergentes. Toda a prática desenvolvida foi sustentada na formação graduada em curso, com aplicação de conhecimentos aprofundados, capazes de dar resposta às necessidades de saúde, na área da especialidade. Foram desenvolvidas habilidades próprias ao enfermeiro especialista e mestre, cujas características permitiram uma prestação de cuidados mais efetiva e eficiente e um maior raciocínio clínico e fundamentação da atuação.

Todas as aprendizagens foram levadas a processo contínuo de reflexão, essencial não só na identificação das potencialidades e fragilidades enquanto profissional e ser humano, mas igualmente na consciencialização e problematização da prática. A reflexão apresenta-se à enfermagem como ferramental vital de aprendizagem, assumindo-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos. É uma habilidade indispensável em contexto clínico, nomeadamente enquanto estudantes de enfermagem, permitindo que estes se tornem autoconscientes, prestando melhores cuidados com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016). A reflexão foi, no decorrer do EC, uma das melhores estratégias de aprendizagem, tendo-me permitido uma maior perceção face à evolução de competências desenvolvidas e adquiridas, um repensar sobre as responsabilidades éticas e sociais enquanto profissional com categoria de especialista e mestre, e ainda, um fortalecer de autoconhecimento.

Em suma o desenvolvimento das competências da especialidade e grau de mestre foi norteadas por uma prática reflexiva, baseada em evidência científica recente, com desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que melhor suportam a área da especialidade em questão.

### **3.2 Competências específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica atua no âmbito do ciclo reprodutivo da mulher, sendo esta a entidade beneficiária dos seus cuidados, entendida como ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminação. A mulher, alvo dos cuidados em saúde materna e obstetrícia, é vista numa perspetiva individual contemplando o seu todo, integrando a sua inter-relação com a sua comunidade e ambiente nos quais vive e se desenvolve (RCEEEESMO, 2019).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é o profissional a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas que

Ihe permitem que possa realizar a vigilância da mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde/doença nos períodos pré concecional, pré, intra e pós natal e ao recém-nascido até ao 28º dia de vida, assim como no âmbito da Educação Sexual, do Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e em Saúde Pública (OE, 2010). Este reconhecimento é feito pela entidade reguladora do país, por meio de qualificações académicas exigidas e que distinguem o enfermeiro parteiro/a como um profissional autónomo, responsável, que trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, procurando os melhores resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher, assegurando uma vigilância com qualidade (ICM, 2017).

O enfermeiro/a parteiro/a possui um corpo único de conhecimentos, habilidades e atitudes que lhe permite um exercício da profissão com autonomia, parceria, ética e responsabilidade (ICM, 2017). Neste sentido, e para que possa ser certificado enquanto EESMO, este profissional deverá passar por processos formativos e demonstrar competências específicas na área da sua especialidade, e que se encontram descritas pelo regulamento orientador da mesma (RCEEEESMO, 2019).

De acordo com o RCEEEESMO (2019), as competências exigidas ao EESMO para sua categoria profissional são:

“a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, 2019, p.13560).

O leque de competências apresentadas no RCEEEESMO incluem um descritivo, unidades de competências e respetivos critérios de avaliação, possibilitando um melhor entendimento por parte do EESMO face aos seus pressupostos de atuação.

Seguidamente, é apresentado o percurso de aprendizagens e aquisição de competências realizado ao longo do EC, com descrição das atividades práticas desenvolvidas durante os vários contextos. Esta exposição será dividida em subcapítulos, nomeados pelas diferentes competências do EESMO, anteriormente descritas.

### **3.2.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e nos períodos pré-concepcional e pré-natal**

Segundo o RCEEEESMO (2019), as competências do EEESMO englobam intervenção em momentos-chave do ciclo de vida da mulher. O Planeamento Familiar, Período Pré-concepcional e Pré-natal são alguns exemplos destes momentos, e para o quais é reservado este subcapítulo, no qual falarei das intervenções realizadas nestes âmbitos e que me permitiram o desenvolvimento das competências do EESMO que lhes são inerentes.

Ao nível do Planeamento Familiar e Período Preconcepcional, o contexto de cuidados de saúde primários durante o EC foi o que melhor me permitiu o desenrolar da prática nestas áreas, assim como a aquisição das competências previstas. Em conjunto com a enfermeira orientadora, especialista em saúde materna e obstetria, realizei diferentes consultas de enfermagem dentro da área do planeamento familiar e saúde materna (gravidez), que foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos e desenvolvimento dos apreendidos em teoria anteriormente.

A Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutor, suas funções e processos. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2008), os vários componentes da saúde reprodutiva são capazes de se influenciar de forma contínua, atuando no controlo da fertilidade, infeções sexualmente transmissíveis (IST), na melhoria da experiência de sexualidade, gravidez, infertilidade, pré-natal, parto, de qualidade de vida, segurança e sobrevivência das crianças. Desta forma, os cuidados em contexto de saúde reprodutiva visam proporcionar qualidade e segurança na vida sexual, com liberdade de escolha quanto ao momento de conceção e número de filhos, com direito à informação, ao planeamento familiar e a uma saúde sexual potenciadora de vida e de relação interpessoal.

As consultas de planeamento familiar têm um papel importante na promoção de estilos de vida saudáveis e na melhoria contínua de saúde e bem-estar da mulher, casal e família (DGS, 2018). Graças a estas, é possível intervir de forma a promover uma sexualidade mais segura, planear a fecundidade, auxiliar no processo de transição para a parentalidade e minimizar as complicações em saúde das famílias.

Durante as Consultas de Planeamento Familiar realizadas no decorrer do EC, no âmbito da saúde sexual, tive oportunidade de realizar vários momentos de educação para a saúde, nos quais informei e esclareci essencialmente sobre: o uso de contraceptivos (início e sua adequação), ciclo menstrual, conjugalidade e proteção face a doenças sexualmente transmissíveis.

No que se refere à saúde sexual e cuidados contraceptivos, foram diversos os momentos nos quais elucidei sobre: a diversidade de métodos contraceptivos, as suas vantagens e desvantagens, forma de atuação e eficácia, modo de utilização, efeitos adversos possíveis, sinais de alerta, proteção contra IST e interrupção do método para o reinício da fertilidade (DGS, 2008). Em todas as situações, foi realizado apoio na escolha do método contraceptivo, centrado no perfil e desejos da mulher e/ou casal. Além destas consultas, foi-me possível assistir e auxiliar o processo de colocação e extração de anticoncepcionais, garantindo à mulher, mais uma vez e previamente, toda a informação pertinente face ao procedimento. Como é sabido, nem todos os métodos contraceptivos conferem proteção face às IST, pelo que as consultas de planeamento assumiram-se também como momentos de sensibilização para os cuidados a ter de forma a evitar comportamentos de risco, sobretudo em camadas mais jovens e adolescentes. Há ainda a salientar a sensibilização igualmente realizada no que diz respeito à gravidez indesejada, com elucidação relativamente às consequências que esta pode implicar.

A consulta de enfermagem pressupõe que exista uma avaliação inicial, se elabore um plano de cuidados individual e personalizado, no sentido de auxiliar a capacitação do outro ao nível do seu autocuidado (Ministério da Saúde, 2011). Desta forma, todas as consultas desenvolvidas tiveram como enfoque o empoderamento da mulher/casal, partindo das suas necessidades reais e expectativas, enfatizando o seu potencial. Isto só foi possível por meio de uma anamnese aprofundada em cada consulta e registos da mesma em plataforma informática e/ou em Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. Todas as consultas envolveram, além da anamnese, uma avaliação de sinais vitais, do índice de massa corporal e despiste face à realização dos exames ginecológicos de rotina (citologia, ecografia mamária ou mamografia) preconizados pela DGS. As informações recolhidas foram rigorosamente acrescentadas ao processo da mulher/casal, sendo que alguma situação identificada como desvio da normalidade e fora da minha área de atuação foi reportada ao profissional da área mais competente, para sua resolução.

Quando à promoção dos cuidados pré-concepcionais, não existiram muitas oportunidades para assistir às consultas para esse efeito. Apesar de terem grande impacto na prevenção de complicações no âmbito da gravidez, parto e mesma na saúde da criança, estas consultas são pouco requeridas por parte de muitos casais/famílias. Por mais planeamento da gravidez que exista, a recorrência a estes cuidados ainda não apresenta a expressão desejada. Em contexto de planeamento familiar aproveitei, em conjunto com a orientadora, para apelar à utilização deste recurso, evidenciando os seus benefícios para uma melhor qualidade e experiência na saúde reprodutiva.

Os cuidados de saúde no período pré-natal foram outro dos momentos trabalhados durante o EC, tendo grande parte da experiência ocorrido em contexto de Centro de Saúde. Para situações de gravidez de baixo risco, está previsto que a vigilância pré-natal ocorra em contexto de cuidados primários, idealmente com seguimento realizado por um médico de família e por um enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia. O período pré-natal envolve um acompanhamento específico e especializado, no qual se pretende promover um desenvolvimento saudável da gravidez, com minimização do risco de complicações durante o parto e com o nascimento de uma criança saudável (Martins, 2014). Para que este acompanhamento se dê uniformemente nas diferentes instituições, com a mesma linha de atuação, a DGS elaborou um programa de vigilância da gravidez (baixo risco), que orienta os profissionais, com vista a uma intervenção focada na mudança. Sendo a gravidez, segundo o programa supracitado, um momento oportuno para alteração e melhoria no estilo de vida da mulher/família, prevê-se que os profissionais desenvolvam durante as consultas temáticas de sensibilização com vista a comportamentos mais saudáveis. Este programa sugere que a grávida realize a sua primeira consulta de vigilância às doze semanas de gestação, e que faça um total de cerca de dez consultas até ao final da mesma. Os cuidados pré-natais desenrolam-se essencialmente por meio de educação para a saúde, partindo de informações previamente recolhidas em relação à saúde, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial da mulher e família. Durante o planeamento das intervenções, a história clínica e obstétrica são as que apresentam maior destaque para os profissionais. (DGS, 2015).

Tive oportunidade então de realizar vigilância na gravidez ao longo do EC, o que exigiu enorme responsabilidade no que diz respeito à revisão de conteúdos previamente estudados, sobretudo em relação a cuidados específicos de acordo com a idade gestacional da mulher ou suas necessidades particulares. Só desta forma foi possível uma melhor monitorização da gravidez, adequando frequentemente a educação para a saúde desenvolvida e igualmente a minha prática. Segundo o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (RCEEEESMO), uma das competências descritas neste âmbito é a de “conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável, ao mesmo tempo que se identificam riscos ou desvios ao padrão normal da gravidez”, pelo que, no decorrer das consultas realizadas, desenvolvi rastreio e intervenções, com associação de medidas de educação para a saúde, de forma a colmatar certas necessidades e/ou referenciar outras além da área de atuação. Para tal, e conforme já referido, elaborei frequentemente uma anamnese

completa da mulher, recolhi a sua história obstétrica, realizei o seu exame objetivo geral e ginecológico, de forma que pudesse intervir sempre da forma mais individual e personalizada possível. De acordo com a informação disponível e idade gestacional da grávida, mobilizei temáticas, como: a adaptação da mulher/casal à gravidez; progressão ponderal e estado nutricional (aconselhamento sobre o ganho de peso ao longo da gravidez); alimentação na gravidez e cuidados na prevenção das infeções alimentares; promoção do exercício físico na gravidez; vigilância da saúde oral; rastreios analíticos e ecográficos, conversando sobre os mesmos, e indicando quando realizar os rastreios seguintes; consumo de substâncias nocivas ou psicoativas; suplementação na gravidez (iodo, ácido fólico e ferro); estado vacinal e necessidade de vacinação na gravidez; sinais e sintomas de desvios da normalidade na gravidez; conjugalidade na gravidez, entre outras informações adequadas e individualizadas às necessidades da mulher/casal/família em questão. Tal como nas consultas de planeamento, também nestas consultas fui realizando os devidos registos, desta vez no boletim de saúde da grávida, segundo diretriz da DGS (circular normativa n.º 16/2001), assegurando mais uma vez a transmissão da informação relevante e a continuidade dos cuidados.

Conforme já supracitado, as consultas de vigilância da gravidez são momentos essenciais, em que ocorre de forma sistemática a partilha de informação. Esta informação é fundamental para que possa existir uma boa conduta ao longo do processo de gravidez, para que possam ocorrer mudanças de comportamentos e sobretudo para garantir tomadas de decisão informadas, por parte da grávida e sua família. A fim de reforçar esta intervenção, no âmbito da educação para a saúde, a enfermeira orientadora sugeriu-me a elaboração de cinco panfletos de apoio (Anexo I), cujas temáticas foram: O que levar na mala da maternidade; Alimentação na Gravidez; Desconfortos do 1º Trimestre da Gravidez; Desconfortos do 2º Trimestre da Gravidez e Desconfortos do 3º Trimestre da Gravidez, que ficariam disponíveis na Unidade de Saúde Familiar (USF) onde decorreu este contexto de EC. A ideia seria tornar estes panfletos mais uma ferramenta de educação/capacitação da mulher/casal grávido. Uma vez que a USF era bastante recente, o desenvolvimento deste tipo de material foi um excelente apoio, sobretudo para a equipa de enfermagem, que no momento se encontrava em processo de adaptação e inovação dos seus instrumentos de trabalho. Sei que neste momento os panfletos se encontram disponíveis na unidade referida, tendo tido um excelente feedback em relação ao seu design e conteúdo por parte da equipa de profissionais em geral.

No âmbito da temática em estudo, sobre a VD, e porque infelizmente não me foi possível realizar nenhuma durante o EC, visto atravessarmos um momento de pandemia, optei

pela construção de um Guião de Visita Domiciliária (mãe-recém-nascido-família) (Anexo II) em conjunto com as enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Saúde Infantil da USF. A elaboração deste guião surgiu da necessidade da existência de uma orientação às visitas domiciliárias no pós-parto, que retomariam assim que a situação pandémica o permitisse. A atenção dedicada a este instrumento foi mais uma oportunidade de envolvimento com a temática em aprofundamento, e ao mesmo tempo de sensibilização sobre a mesma aos profissionais que estiveram envolvidos.

Como já foi referido anteriormente, o nascimento de uma criança é um acontecimento primordial na vida das famílias, pelo que a saúde da mulher durante a gravidez é um bem considerado indispensável. A OE (2015) determina que o acompanhamento no período pré-natal deve ser centrado na mulher/casal, implementando cuidados de parceria e capacitação dos mesmos. Neste sentido, destacam-se a comunicação e educação para a saúde, enquanto ferramentas de eleição, face a esta necessidade de capacitação do outro sobre a sua saúde. Assim, cabe ao enfermeiro especialista, mais uma vez, procurar estratégias comunicacionais que lhe permitam empoderar a mulher/casal no seu processo de saúde/doença e/ou de transição. É neste raciocínio que, destaco a importância da comunicação ao nível da prestação de cuidados, enquanto competência essencial do enfermeiro especialista, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento das competências parentais destas mulheres/casal. É precisamente através da comunicação, que podemos desenrolar, no âmbito do desenvolvimento das capacidades parentais, a modalidade de “Preparação para o nascimento”.

Segundo a DGS (2015) é essencial esta preparação para o nascimento e parentalidade, através de cursos à mulher/casal, no sentido de lhes assegurar confiança e competências parentais, garantindo-lhes maior segurança e autocontrolo no desenrolar das suas capacidades. A temática selecionada para estudo no presente relatório foca a importância do EESMO enquanto facilitador do processo de transição para a parentalidade. Acredito que a preparação para o nascimento e parentalidade seja uma das melhores ferramentas para minimizar o impacto face à exigência dos novos papéis que a parentalidade implica.

Neste sentido, procurei envolver-me no curso de preparação para o nascimento e parentalidade disponibilizado pela USF, ainda que este tenha sofrido algumas alterações, assumindo a forma de curso online, tendo em conta a situação de pandemia vivenciada na altura. Este curso é desenvolvido por uma enfermeira especialista na área da obstetrícia, pertencente a uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e que

de forma acolhedora me integrou no planeamento, organização e direção dos diferentes módulos teórico-práticos. O curso é composto por nove sessões (teórico-práticas), das quais oito decorrem no pré-natal e uma no pós-parto. Os temas são: Trabalho de Parto e Parto/Decisão Esclarecida; Conhecer o bebé - Capacidades e Competências; Aleitamento Materno; Exercícios Físicos e Respiratórios e Plano de Parto; Orientação Social na Parentalidade; Cuidados ao bebé e família; Puerpério e Adaptação à Parentalidade. Foi precisamente nesta última sessão, de Adaptação à Parentalidade, que tive maior oportunidade de participação, o que possibilitou maior aprofundamento da temática de interesse do presente relatório.

A dinâmica destas sessões foi muito interessante. Cada uma delas foi organizada partindo das necessidades de esclarecimento/intervenção levantadas no início da sessão, por cada mulher/casal. Estes expunham as suas dúvidas e/ou anseios relativamente ao bebé ou à mãe/família, e depois, em conjunto (eu e a enfermeira orientadora) íamos desmistificando, informando e explorando soluções de resposta. Para além da nossa intervenção de enfermagem, também a partilha de experiências entre famílias acabou por trazer a todos contributos essenciais. Foram momentos muito ricos, essencialmente pelo reforço da confiança e segurança destas famílias, quase sempre abaladas pela vulnerabilidade própria da chegada da parentalidade.

Ainda no que concerne aos cuidados em período pré-natal, o contexto de cuidados à grávida/casal em situação de Risco Materno-Fetal, que se desenrolou num internamento hospitalar, permitiu o desenvolvimento da competência específica “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2019). Durante este momento de EC, foram aprofundados conhecimentos teóricos e desenvolvidas competências técnicas, científicas, relacionais, comunicacionais e éticas que garantiram uma prestação de cuidados especializados à mulher/feto/família, a vivenciar situações de risco materno-fetal. Além disso, tal como em todos os outros contextos, foi mobilizada a capacidade crítica e reflexiva face às intervenções planeadas e desenvolvidas, contribuindo isto para um desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira ESMO.

Os cuidados em situações de risco materno-fetal pretendem conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, e/ou cooperação com outros profissionais nos cuidados a estas mulheres (OE, 2019). Para que esta forma de atuação se torne possível, salienta-se a elaboração dos planos de cuidados, fundamentais para uma intervenção

holística, individual e ajustada às necessidades de cada mulher e respetiva família. Assim, uma das atividades que me permitiu melhor desenvolver a competência de cuidado especializado à mulher/família em situação de risco materno-fetal, foi a elaboração de planos de cuidados. Tendo por base o diagnóstico de gravidez de risco, conhecendo a mulher em todas as suas dimensões, procurando compreender a sua vivência face ao processo patológico e respetivas necessidades manifestadas, foram realizados diferentes planos de cuidados. Estes eram concebidos de forma personalizada, assegurando a individualidade da pessoa cuidada, as suas crenças, valores, com intervenções que se destacavam pelo reforço do potencial da mulher/família, pelo auxílio no seu processo de gestão emocional e empoderamento face ao seu autocuidado.

No decorrer das intervenções previstas em planos de cuidados, e de acordo com cada situação clínica específica, foram desenvolvidas atividades autónomas, tais como: avaliação inicial (recolha cuidada da história clínica, antecedentes pessoais e obstétricos, dados pré-natais); avaliação do bem-estar fetal por meio de auscultação de batimentos cardíacos fetais e/ou monitorização cardiotocográfica (CTG); avaliação de sinais vitais; avaliação do peso e vigilância de sinais e sintomas de alerta (indicadores de presença de patologia ou agravamento da presente). Foi constantemente promovido o devido suporte emocional em situações de maior fragilidade ou quando assim se justificou, tendo sido igualmente realizada, sempre que necessária, sensibilização para adoção de comportamentos potenciadores de melhor qualidade de saúde pré-natal. No que diz respeito a intervenções interdependentes, foi possível desenvolver cuidados mais específicos às patologias existentes. Destaco a administração de terapêutica antidiabética em situações de Diabetes Gestacional, terapêutica tocolítica em situações de Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), terapêutica hipertensiva em Hipertensão ou Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia, corticoterapia, colaboração em exames laboratoriais ou ecográficos, entre outras intervenções dirigidas às patologias em tratamento.

De entre as patologias trabalhadas durante este contexto, a APPT foi a mais comum entre as mulheres internadas. Segundo Graça (2017), esta é definida pela presença de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com distensão do segmento inferior uterino, sem alteração do colo uterino, antes da 37ª semana de gestação. A intervenção neste tipo de diagnóstico pressupõe uma vigilância apertada da grávida mediante internamento, assegurando o seu repouso total ou relativo, a limitação da sua atividade física e relações sexuais, a administração de terapêutica tocolítica profilática (bloqueadores dos canais de cálcio e os antagonistas de ocitocina), de terapêutica antibiótica e ou de neuroprotecção fetal através de administração de corticoterapia

(Betametasona ou Dexametasona). As intervenções acima, foram instituídas de acordo com a especificidade de cada caso clínico e de acordo com os protocolos definidos pela instituição hospitalar.

Outra patologia muito trabalhada em contexto de risco materno-fetal e que resultou num estudo de caso durante o EC, foi a Hiperémese Grávida (HG). Segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) (20015), a HG é a causa mais comum de hospitalização no início da gravidez e a segunda maior causa de internamento no decorrer de toda a gravidez. A sua etiologia é pouco conhecida, embora se acredite que seja multifatorial. Estudos indicam que esta patologia possa estar ligada a aspetos hormonais/neuroendócrinos (devido a alterações nos níveis de Hormona Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG)), estrogénios e progestagénios), aspetos genéticos (história de HG na família - mãe, irmã ou parente próxima direta) e ainda com aspetos psicológicos/psiquiátricos (maior labilidade emocional ou depressão anterior da mulher). Existe ainda a hipótese de relacionar a incidência da HG com a presença de *Helicobacter pylori* (Hp) na mulher grávida, no entanto, e segundo London, Grube, Sherer, & Abulafia, (2017) não será o mecanismo principal na sua fisiopatologia. Uma vez que a sintomatologia da HG é comum à sintomatologia de outras patologias, é fundamental um diagnóstico diferencial, sendo este feito essencialmente por meio de dados laboratoriais. De acordo com Boeling et al, (2016) e Machado & Fazenda, (2017), existem alterações ao nível analítico que nos podem indicar que estamos perante uma HG, quando associadas, embora as mais comuns sejam a presença de hiponatremia, hipopotassemia e hipoclorémia no Ionograma.

Habitualmente a abordagem terapêutica por parte do enfermeiro ESMO em situações de HG com internamento passa pela hidratação endovenosa com fluidos isotónicos, reposição de eletrólitos e adequado aporte calórico, com vigilância da evolução do peso da grávida. Além disso, pode ainda administrar terapêutica que ajude à minimização das náuseas e vômitos, tal como Vitamina B6 (Piridoxina) em conjunto com o Succinato de doxilamina; anti-histamínicos; antagonistas dopaminérgicos como a: Metoclopramida, Prometazina, Droperidol; terapêutica benzodiazepínica; antagonistas serotoninérgicos como o Ondaseterom e ainda corticoesteróides, embora estes últimos sejam apenas utilizados caso não exista resposta à restante terapêutica referida anteriormente, pelo seu risco de deformações fetais (fenda palatina) (Boeling et al, 2016; Machado & Fazenda, 2017).

Outras patologias foram trabalhadas durante a prestação de cuidados de saúde a grávidas em internamento por risco materno-fetal. Em contexto de sala de partos, no

serviço de urgência ginecológica e obstétrica e última etapa do EC, foi possível encontrar diagnósticos tais como: pré-eclampsia, hipertensão arterial crônica ou induzida pela gravidez, síndrome de HELLP, hemorragias dos diferentes trimestres, diabetes gestacional, entre outros que contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas e essenciais a cuidados diferenciados em vigilância pré-natal de risco.

A necessidade de internamento durante a gravidez pode constituir um período de grande incerteza e stress para a grávida e para a sua família. O comprometimento do bem-estar materno-fetal vem condicionar a tranquilidade emocional e/ou física da mulher. Neste sentido o EESMO pela proximidade no seu cuidado, torna-se um elemento de referência na minimização do impacto negativo psicossocial da mulher/família no decorrer desta experiência, podendo facilitar o processo de aceitação e/ou integração da mesma.

A vulnerabilidade de uma mulher grávida em situação de risco destaca o papel do enfermeiro obstetra e a competência necessária para dar resposta às problemáticas diárias. Neste sentido, e enquanto futura EESMO, assumi no decorrer deste Ensino Clínico uma prestação de cuidados especializada, distinta e direcionada, partindo, conforme já pude referir, de uma identificação cuidada das necessidades/problemas reais das grávidas/famílias em questão. Pude desenvolver relações terapêuticas com estas mulheres, criando vínculos de confiança, que me permitiram não apenas capacitá-las para a gestão da sua gravidez de um modo saudável, mas igualmente escutá-las, apoiá-las e confortá-las, num momento em que se vivencia um período pandémico, cuja partilha dos medos e angústias é grande maioria das vezes, suprimida pela ausência do companheiro/família.

A intervenção de enfermagem na grávida em situação de risco materno-fetal é desafiante pela sua especificidade. No entanto, foi esta sua natureza que me conferiu maior riqueza em experiências e aprendizagens pessoais e profissionais, as quais levarei comigo para a vida e para a prática futura enquanto ESMO.

### **3.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, e/ou que vivencia processos de saúde/doença ginecológica**

O EESMO apresenta um papel fundamental na área da Ginecologia, uma vez que o seu conjunto de competências lhe garante (com base nos seus conhecimentos, evidência científica e experiência) maior capacidade e qualidade de intervenção, quer na prevenção, quer na promoção da saúde ginecológica. Neste sentido, a experiência de EC em contexto de internamento ginecológico proporcionou-me a oportunidade de

desenvolvimento de competências para cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nas quais se inclui a mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, facilitando-lhe a sua adaptação à nova situação (RCEEEESMO, 2019).

Durante a permanência na enfermaria de Ginecologia em contexto hospitalar, foi possível o contacto com situações de metrorragias, carcinoma da mama, doença inflamatória pélvica, drenagem de abscessos da mama, neoplasia do colo do útero e ainda vários casos de aborto. O aborto é um dos principais motivos de internamento em ginecologia no hospital no qual decorreu esta experiência.

De acordo com Moura (2017), o aborto assume-se como o final de uma gravidez, de forma induzida ou espontânea, sem que se alcance o tempo de gestação e que seja permitida teoricamente a viabilidade fetal. A OMS (2013) considera uma situação de aborto caso a gravidez termine antes das vinte e duas (22) semanas completas em idade gestacional ou se o peso do produto de concepção for inferior a quinhentas gramas. Existe uma etiologia muito variada para situações de aborto, sendo que as mais comuns tendem a ser as anomalias ovulares em produto de concepção, doença materna, incontinência cervical, exposição a agentes físicos ou químicos, fatores imunológicos, disfunções endócrinas, entre outros (Moura, 2017). Identificam-se seis tipos de abortos espontâneos: ameaça de aborto, aborto retido ou diferido, aborto em evolução, aborto incompleto, aborto completo e a designação geral de aborto espontâneo de repetição ou recorrente. A ameaça de aborto ocorre quando uma gravidez em evolução é intercedida por uma metrorragia; o aborto retido significa uma gestação intrauterina não evolutiva ou retenção integral das estruturas; o aborto em evolução apresenta-se sob a forma de metrorragias e dor, com abertura do colo uterino, existindo expulsão iminente ou já em curso das estruturas ovulares; o aborto incompleto significa que houve expulsão das estruturas ovulares, no entanto ainda há presença de restos ovulares intrauterinos em exame ecográfico; por último no aborto completo, todas as estruturas ovulares são expulsas, não existindo quaisquer restos intrauterinos em ecografia, estando o útero a regressar à sua dimensão pré-gravídica (Moura, 2017).

Em caso de possibilidade de aborto, a confirmação da gravidez é essencial para dar prosseguimento à situação clínica. A hemorragia vaginal é por norma o foco de atenção em enfermagem quando falamos do aborto. A confirmação da sua origem, a avaliação da sua gravidade e repercussão sobre o estado geral da mulher garante uma melhor abordagem inicial e antecipa complicações iminentes. Habitualmente o tratamento em processo de aborto passa por uma atitude expectante e/ou recurso a terapêutica

medicamentosa (prostaglandinas ou anti progestativos), evitando-se habitualmente o tratamento cirúrgico (curetagem). De acordo com a OMS (2013), esta última, pelos riscos que apresenta, é habitualmente utilizada em casos de sangramento abundante ou prolongado com risco de anemia, se existir infecção do produto evidente ou ainda a pedido da mulher.

O EESMO, enquanto profissional com formação académica especializada e a par da sua experiência igualmente em cuidados gerais, deverá saber prevenir, diagnosticar, referenciar e intervir de forma eficaz, melhorando as respostas em situações de aborto e hemorragia na gravidez. A sua prática em obstetrícia inclui treino, planeamento e combinação de habilidades, no que diz respeito a estas temáticas, por forma a aumentar a precisão da sua intervenção e antecipar possíveis descompensações no estado clínico da mulher (Rogan e Morrow, 2018).

O desenvolvimento das competências nesta área de atuação pressupõe ainda capacidade no apoio em relação ao processo de doença. Estas experiências adversas e potencialmente traumáticas podem influenciar francamente o bem-estar físico, mas igualmente o emocional e eventualmente social da mulher/família. Tal como em outras doenças do foro ginecológico, o aborto tem impacto ao nível da qualidade de vida da pessoa, requerendo cuidados nos quais se inclua a capacidade de apoio à gestão do processo vivenciado, intervindo numa dinâmica holística, com vista à melhor qualidade de vida. Assim, ao longo da intervenção neste contexto, destacou-se o desenvolvimento da minha capacidade de ajuda à mulher face ao ajuste ao seu processo de doença, superação de bloqueios e reforço das suas competências enquanto pessoa ativa no seu processo de cuidados.

Estas competências por parte do EESMO, que dão suporte ao ajuste da pessoa a uma nova realidade, e que favorecem o seu tratamento numa ótica de parceria de cuidados com máxima promoção da sua autonomia, são essenciais em processos de saúde/doença ginecológica, ganhando particular destaque em contexto de doença oncológica. Durante o EC em internamento de Ginecologia, tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres com doença oncológica da mama. Estas atravessam um momento de grande fragilidade física e emocional, exigindo competências do EESMO em capacitação, empoderamento, e essencialmente comunicação.

Conforme pude testemunhar, a mulher afetada pela neoplasia da mama atravessa um processo de tratamento exigente, sendo habitualmente submetida a quimioterapia, a radioterapia, a imunoterapia e/ou cirurgia da mama (mastectomia). Em muitos casos, o cancro da mama significa a perda de uma estrutura/órgão do corpo (a mama), que por

sua vez implica uma nova adaptação, sobretudo no que diz respeito à auto-imagem e qualidade de vida. É uma batalha dura e avassaladora, e em muitos casos causadora de angústia e revolta. Consegui sentir, na relação que estabeleci com estas mulheres, que sofrem como que um atentado à sua feminilidade, sexualidade e em alguns casos, à sua maternidade. Para além disto, também a perda do cabelo (alopécia provocada pela quimioterapia) e o aumento de peso, impactam fortemente a sua imagem corporal, levando a uma franca diminuição da autoestima e inibição social.

O enfermeiro especialista pode ter um papel privilegiado no suporte a estas situações. Segundo o RCEEEESMO (2019), o enfermeiro EESMO tem competências de planeamento, implementação e avaliação, tanto de intervenções, como de medidas de suporte emocional e psicológicas à mulher (ou homem em situações muito específicas) em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. Durante a minha passagem pela Ginecologia (internamento), e prestação de cuidados diretos a estas mulheres em processo de doença oncológica da mama, o desenvolvimento de competências neste âmbito foi bastante rico, contudo igualmente difícil, sobretudo em termos de gestão de emoções vivenciadas. Não foi fácil perceber o que cada mulher sentia, ou que esperança tinha em relação a tudo, ou se ainda lhe sobrava alguma. Quando se trata de patologias, cujos diagnósticos são uma incógnita no que diz respeito à evolução, é mais complexo conduzir a nossa intervenção, não digo na prestação de cuidados propriamente dita, mas essencialmente na forma como comunicamos.

Desde o primeiro dia de contacto, que procurei transmitir esperança, confiança e força a estas mulheres. Até porque é isso que procuro fazer sempre enquanto profissional, independentemente do contexto em que esteja inserida. Não basta olhar para a doença, é preciso cuidar da dimensão psicológica de quem a vivencia. Acredito que nós, enfermeiros de uma forma geral, temos um papel fundamental no alimento da esperança de quem cuidamos.

Conforme referi anteriormente, tive oportunidade de prestação direta de cuidados a mulheres com neoplasia da mama, tendo todas elas sido submetidas a Mastectomia Radical Modificada (MRM). Esta neoplasia consiste num tumor maligno, que se desenvolve a partir da proliferação rápida e desordenada das células do órgão (mama), que podem crescer nos tecidos circundantes ou metastizar para áreas distantes do corpo (Rodrigues, 2017). O desenvolvimento desta doença pode associar-se a fatores genéticos e não genéticos. Os genéticos são hereditários sem possibilidade de alteração, enquanto os fatores não genéticos estão relacionados com o ambiente em que a pessoa vive, comportamentos e hábitos alimentares que podem ser modificados.

Os fatores não genéticos abarcam: a dieta, o exercício físico e a exposição a fatores ambientais (OMS, 2019). Os sinais e sintomas que lhe estão associados, e que levam à suspeita, podem ser o: aparecimento de nódulo ou tumoração na mama ou axila, a secreção ou corrimento mamilar, a retração da pele da mama ou do mamilo, a ulceração da pele da mama a alteração na coloração ou na sensibilidade da pele da mama ou da aréola (OMS, 2019). Habitualmente o surgimento destes sinais/sintomas levanta a necessidade de um exame clínico da mama. Posteriormente a este, e para ser feito um diagnóstico efetivo, recorre-se a exames complementares, tais como a: ecografia da mama e mamografia. As biópsias são realizadas quando se pretende estudar o tipo de neoplasia presente. Este tipo de tumores envolve toda uma equipa multidisciplinar, já que se pretende um tratamento integral da pessoa em questão.

A Mastectomia Radical Modificada (MRM) foi o tratamento com o qual mais contacto tive, tendo sido dentro da neoplasia ginecológica, aquele em que mobilizei mais teoria e prática. Envolve a remoção cirúrgica do tecido mamário total e a remoção dos gânglios linfáticos/axilares (linfadenectomia). Trata-se de um tratamento que procura não só remover o tumor da mama, como ainda travar a disseminação das células cancerígenas para outros órgãos. Posteriormente à remoção do tecido da mama e gânglios, estes últimos são estudados, para que se consiga perceber a possibilidade de existência de algum tipo de células cancerígenas espalhadas para além da mama (Breastcancer.Org, 2020).

Inicialmente, e quando comecei a cuidar estas mulheres, e pela especificidade de cada caso, tive necessidade de olhar para a literatura mais recente e saber exatamente que tipo de intervenções se adequam a cada um e porquê. Todos os internamentos para MRM implicam uma anamnese cuidada durante o primeiro contacto, uma rotina pré-operatória, no dia antes e próprio dia da cirurgia, e um encaminhamento para bloco operatório em hora previamente marcada. Quando regressam no pós-operatório, os cuidados são mais específicos e dirigidos, requerendo especial atenção.

Habitualmente estas mulheres apresentam um penso e dreno(s) no local intervencionado. A dor e a limitação da mobilidade tornam-se condicionantes à qualidade de vida destas pessoas, pelo que, numa primeira abordagem, foi o que me sugeriu maior preocupação. Controlar a dor (assegurando meios farmacológicos ou não-farmacológicos) e realizar ensinamentos em relação à nova dinâmica corporal, foram intervenções que mobilizei com estes doentes de forma permanente e preocupada. Além disso, assegurei-lhes a minha empatia, estabelecendo uma relação de ajuda, com base na confiança que ia crescendo a cada contacto. A empatia em relação à vivência

desta doença é fundamental para que sintam que não estão sós. Um simples “eu estou aqui”, “o que eu puder ajudar diga-me”, “como se sente em relação a tudo isto?”, reflète-se no outro enquanto expressão da nossa preocupação e valorização da sua vivência.

Nós enfermeiros, sobretudo em circunstâncias como esta que se atravessa (pandemia) em que não são facilitadas as visitas dos familiares, acabamos por ser uma base de apoio, tanto física como emocional para a mulher. É importante conhecer o tipo de pessoa que estamos a cuidar, o seu contexto e crenças, no sentido de melhor adequar as nossas intervenções, garantindo assim um cuidado holístico e humanizado. Foi muito através do contacto permanente, demoradas conversas e sobretudo da escuta, que acolhi confidências cruciais, que me levaram a melhores resultados no trabalho com estas utentes.

Relativamente a cuidados à ferida do pós-cirúrgico (limpeza, observação de sinais de infeção, colocação de novo penso), vigilância ou remoção dos drenos, adequação de um molde de mama em espuma, avaliação de medidas para as próteses, entre outros procedimentos mais técnicos, foram competências francamente aprofundadas, pelas várias oportunidades que surgiram de cuidados neste âmbito. Quanto ao pós-operatório, procurei conhecer as intercorrências mais comuns, de forma a conseguir geri-las da melhor forma possível. A dor é sem dúvida o foco de atenção mais evidente, no entanto podem surgir infeções do local intervencionado, necroses da pele, lesões nervosas, fraqueza no membro superior do lado da mama envolvida, deiscência ou fibrose cicatricial, problemas respiratórios e seromas. Podemos ainda observar, em momento mais tardio, a diminuição da amplitude de movimentos do ombro e cotovelo, linfedema e/ou alterações na sensibilidade e funcionalidade do membro (do lado da cirurgia) e ainda modificações posturais (Camões, 2014).

Todas estas alterações podem afetar a forma como a recuperação funcional decorre e interferir com os nossos cuidados. As limitações provocadas pela cirurgia, a juntar às alterações eventualmente presentes (desencadeadas pelo tratamento de quimioterapia, radioterapia e/ou imunoterapia), condicionam francamente a recuperação física e psicológica destas pessoas, condicionando por sua vez a sua qualidade de vida. O enfermeiro especialista, pelos contributos trazidos da sua formação específica na área, uma forma de cuidar especializada e individualizada, segundo uma visão holística e dirigindo os cuidados ao problema e/ou fase de processo da doença, reunirá todas as condições para intervir, garantindo a melhor qualidade de vida possível a estes doentes.

Nestes casos específicos, em que se fala de doença oncológica ginecológica, a educação para a saúde e capacitação da pessoa para seu reajuste às alterações

impostas pela doença apresentam-se como ferramentas poderosas para o EESMO, já que permitem promover um aumento da confiança e segurança à mulher face ao seu autocuidado. Por outro lado, e com vista a uma relação terapêutica eficaz, o EESMO deve assegurar a estas mulheres que as angústias, receios, sentimentos são valorizados, que os seus medos são desmistificados, garantindo a sua proteção em momentos mais vulneráveis, com respeito pelas suas crenças. De acordo com Costa, Fraga, Maliska, Matos & Salum (2018), perante este tipo de diagnósticos, o enfermeiro especialista, por ser um profissional dotado de competências, desempenha um papel fundamental na aplicação das suas competências relacionais, tendo oportunidade de criar um vínculo e promover um cuidado diferenciado, através da assistência qualificada, acolhedora e humanizada. Cada mulher vivencia o seu processo de forma particular e intensa, pelo que intervir neste campo, exige de nós profissionais, maior sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino.

Este subcapítulo reflete o desenvolvimento de competências no que diz respeito igualmente a situações de mulher em processo de climatério. Este último trata-se de um período que se pode estender entre os trinta e cinco (35) e os sessenta e cinco (65) anos de vida da mulher, em que ocorre uma inibição folicular ovárica, que leva a uma queda progressiva do estrogénio, resultando no encerramento do ciclo menstrual, a chamada menopausa. Trata-se de uma transição da vida reprodutora para a não reprodutora (Silva, Freire e Nascimento, 2019). Durante esta transição a mulher sofre alterações hormonais e emocionais com as quais tem que lidar, de forma menos ou mais intensa. Durante o climatério ocorre então o processo de menopausa, que corresponde à cessação permanente da menstruação, reconhecida como tal, apenas em situações onde coexista amenorreia durante doze (12) meses e a perda folicular ovárica definitiva (Silva, Freire e Nascimento, 2019). Esta última pode trazer à mulher sintomas como alterações na libido, alterações de humor, dispareunia, atrofia vaginal, incontinência urinária, infeções urinárias de repetição, osteopenia, sobretudo nos primeiros cinco (5) anos após o seu início.

Tanto o climatério como a menopausa, apresentam um impacto na qualidade de vida das mulheres que vivenciam estes processos. Podem ser considerados momentos de crise, dúvida e receio, uma vez que envolve questões relativas ao final da vida reprodutora, bem como questões ligadas ao envelhecimento e que se relacionam com alterações à sexualidade. A assistência adequada dos profissionais de saúde, face às vivências relacionadas com esta etapa do ciclo de vida da mulher, é fundamental para que possam encarar este processo com maior naturalidade (Silva, Freire e Nascimento, 2019).

Neste sentido, o EESMO deve apresentar conhecimentos e competências que lhe permitam transmitir informação a estas mulheres como forma de melhor prepará-las em relação a estes períodos, facilitando mais uma vez a sua adaptação a processos de transição. O empoderamento da mulher face a esta temática, em momentos de consulta de saúde sexual, pode ser uma excelente oportunidade de intervenção, promovendo uma chegada mais tranquila e natural do fim da etapa reprodutora e uma melhor qualidade em saúde da mulher.

No que diz respeito às competências desenvolvidas neste âmbito, decorreram do contacto com mulheres internadas em contexto de doença ginecológica. Assim, aquando do levantamento das suas necessidades e planeamento de atividades para as mesmas, foi tido em conta o seu processo de transição à menopausa e/ou o diagnóstico precoce e prevenção de complicações, em período de climatério. Neste sentido, procurei de forma consistente assegurar cuidados especializados que contribuíssem para um bem-estar da mulher, na adaptação às demais fases do seu ciclo de vida reprodutiva, bem como no encerramento do mesmo.

Findo o EC, considero ter alcançado com sucesso as competências no âmbito da vivência de processos de saúde/doença ginecológica. Em todas as minhas intervenções no contexto ginecológico, procurei proporcionar um sentimento de acompanhamento e cuidado à mulher, transmitindo informações de forma adequada a cada situação, tendo por base o respeito pelo princípio da sua autonomia. Desta forma, julgo ter sido capaz de manter relações terapêuticas eficazes.

O enfermeiro EESMO assume um particular destaque na sua preparação para situações de carácter mais complexo, sendo que a área da ginecologia exige um corpo de conhecimentos específicos. É fazendo uso destes conhecimentos e desenvolvendo competências como as da comunicação, que, enquanto futura enfermeira especialista desta área, poderei assegurar cuidados de maior qualidade. Gostava apenas de acrescentar que o desenvolvimento deste tipo de competências, como é o caso da comunicação e relação com o outro, não se prendem apenas com as experiências vivenciadas. Prende-se, igualmente, com a nossa reflexão sobre as práticas, exatamente como tenho feito até então, no presente relatório. É na reflexão que nos encontramos com a nossa consciência pessoal e profissional, que somos capazes de autocrítica e pôr em questão determinadas situações. É na reflexão que comunicamos com nós próprios, encontramos autoconhecimento, avaliamos o nosso desempenho e procuramos aperfeiçoar constantemente a nossa prática.

### **3.2.3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

No decorrer do EC, a oportunidade de cuidar a mulher em trabalho de parto e parto, deu-se em contexto de sala de partos (hospitalar). Este foi o momento alto da translação de conhecimentos sobre esta etapa do ciclo de vida reprodutivo da mulher. O trabalho de parto e o parto são momentos únicos, nos quais deverá ser assegurado um cuidado humanizado e seguro, promovendo o mais possível a autonomia da mulher.

A equipa de saúde que acompanha estas mulheres e famílias nesta fase tão especial das suas vidas deve ser constituída por profissionais capazes de olhar a mulher/acompanhante como seres humanos integrais e indivisíveis, com autonomia e participação no processo de gerar e parir um filho (Carraro, et al, 2008). Sendo o trabalho de parto e parto um momento não isento de riscos, ao enfermeiro ESMO é exigido um conjunto de competências específicas que lhe garantam uma tomada de decisão rápida e segura no sentido de salvaguardar o melhor possível o bem-estar materno e do feto ou RN.

Acompanhar o trabalho de parto por meio de cuidados qualificados implica apoiar a grávida/casal, assegurando que a sua gravidez termine de forma esclarecida e em parceria de cuidados, com desfecho num parto em que o bem-estar materno-fetal esteja assegurado e que seja o menos traumático possível para ambos. Para tal, durante o EC, desenvolvi e aprofundei competências técnicas, científicas, relacionais, comunicacionais e éticas que me possibilitaram cuidados especializados e humanizados em sala de partos.

Em relação às intervenções de enfermagem que me permitiram, enquanto futura enfermeira especialista, estar capacitada para assistência à mulher durante o seu trabalho de parto de forma segura e autónoma (OE, 2019) foram desenvolvidas as seguintes:

- Apoio da grávida/acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, com escuta e esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação frequente do bem-estar físico e psicológico da grávida e acompanhante;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal por meio de monitorização de parâmetros como: batimentos cardíacos fetais (BCF), Cardiotocografia (CTG), movimentos fetais sentidos pela mulher e contratilidade uterina (tocograma);

- Avaliação de sinais vitais da grávida (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação, temperatura corporal e dor);
- Otimização de ambiente calmo e tranquilo (mínima luminosidade e ruído, posicionar a cama em posição de conforto, disponibilização de bola de pilates ou cadeirão);
- Vigilância contínua da perda de líquido vaginal (cor, quantidade e cheiro);
- Administração de analgesia ou outra terapêutica prescrita e avaliação do seu efeito;
- Apoio à realização da técnica de analgesia locorregional e administração de terapêutica analgésica por via epidural para alívio da dor;
- Monitorização da evolução do trabalho de parto por meio de avaliação de cervicometria ou segundo sinais ou sintomas manifestados pela mulher;
- Ensinos sobre: trabalho de parto (TP) e seus estádios, analgesia locorregional, medidas não farmacológicas de controlo da dor (hidroterapia, respiração, cromoterapia, musicoterapia), ingesta em TP e hidratação, alternância de posições, liberdade de movimentos e sobre todas as intervenções desenvolvidas em todo o processo;
- Incentivo à deambulação, utilização da bola de pilates e mudança de posição no leito;
- Encorajamento para expressão de sentimentos, medos e percepções por parte da grávida/casal.

No que se refere às intervenções dirigidas ao parto e que igualmente promoveram o desenvolver de competências da especialidade, de forma a assegurar um ambiente de cuidados seguro e com autonomia, foram elas:

- Apoio ao momento expulsivo com orientação e esclarecimento sobre o mesmo;
- Controlo da dor da grávida (métodos farmacológicos e não farmacológicos);
- Monitorização do bem-estar materno-fetal durante o parto e desvios ao padrão normal de evolução, por meio de avaliação de sinais e sintomas na mulher e através de CTG;
- Execução de partos, em ambiente seguro e com aplicação de técnicas adequadas;
- Avaliação imediata do RN ao nascer, e se necessário, aplicação de medidas de suporte de adaptação à vida extrauterina;
- Promoção do contacto pele-a-pele entre mãe-RN;

- Avaliação da puérpera no pós-parto imediato (integridade do canal de parto) com aplicação de técnicas de reparação (sutura perineal) se ocorrência de qualquer trauma perineal;
- Promoção da hemostase, na laceração ou episiotomia;
- Aplicação gelo perineal;
- Vigilância de sinais vitais, da pele e mucosas, da involução uterina, da presença de Globo de *Pinard* e avaliação dos lóquios (quantidade, cheiro e presença de coágulos);
- Administração de ocitocina, via endovenosa, pós-parto;
- Realização de ensinamentos à puérpera sobre cuidados à ferida perineal e vigilância das perdas hemáticas vaginais;
- Registo de todas as ocorrências em sistema informático e documental e posterior transferência da puérpera e RN para o recobro.

De forma geral, foram estas as atividades desenvolvidas que permitiram maior abertura do meu leque de competências, nomeadamente as previstas enquanto enfermeira ESMO. Ainda que já estivesse familiarizada profissionalmente com este contexto, e que tenha oportunidade de trabalhar diariamente na área da saúde da mulher e recém-nascido, o EC em sala de partos mostrou-me, de forma mais evidente, a responsabilidade e exigência que acarreta a autonomia da prática do EESMO. Este profissional, de forma permanente, mobiliza conhecimentos com vista a intervenções, que obrigam a uma constante, e na maioria das vezes difícil, tomada de decisão. Este processo de decisão procura um equilíbrio entre as competências que emanam da profissão e a garantia da preservação da humanidade no cuidado. Além de todos os seus conhecimentos técnicos e científicos no âmbito da sala de partos, o EESMO escuta, suporta, conforta e capacita, tornando-se uma referência pela sua presença assídua e empatia em momentos de maior vulnerabilidade.

Ainda que esta especialidade se destaque pela autonomia profissional, este EC contribuiu para reforçar a importância do trabalho em equipa multidisciplinar. Quando existem situações que fogem ao seu leque de competências, o EESMO deve saber identificar aquelas em que a sua intervenção deverá ser apoiada ou até substituída por outro profissional. Cuidados de excelência passam por uma intervenção multidisciplinar que une conhecimentos dos demais profissionais, de forma a alcançar uma resposta mais holística e o mais humanizada possível. A experiência em sala de partos permitiu-me compreender que pedir ajuda aos colegas ou à equipa médica é uma mais-valia, quando se trata de assegurar o bem-estar materno-fetal, e que isto se sobrepõe a outras

vontades próprias. Trabalhar em equipa fomenta processos de tomada de decisão mais conscientes e permite referenciar situações que nos ultrapassam, numa perspetiva de lhes dar continuidade em cuidados. Os partos distócicos, realizados por médicos, são exemplos de situações nas quais o enfermeiro deteta impossibilidade de execução do parto eutócico e por isso solicita apoio à equipa clínica. Além disso, nestes casos é ainda acionada a presença de um outro profissional, o neonatologista, que assegura a facilitação da adaptação do RN à vida extrauterina em conjunto com o EESMO. O trabalho em equipa proporciona maior segurança à mulher, bebé e igualmente aos próprios profissionais de saúde.

#### **3.2.4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto**

Entende-se por puerpério, o período de seis semanas após o parto, no qual a mulher recupera das alterações anatomofisiológicas inerentes à sua gravidez. Este implica uma nova dinâmica familiar, pela existência de um bebé, o que pressupõe uma redefinição de papéis, nomeadamente parentais. É no puerpério que mais se evidencia a transição para a parentalidade, sendo este dos principais eventos e mais complexos que a mulher pode experimentar/vivenciar. Pela sua complexidade e exigência, podemos compreender que é um período de grande vulnerabilidade, tanto ao nível físico como psicológico. Os cuidados de qualidade nesta altura são essenciais para uma transição saudável ao assumir o novo papel e experiência positiva durante o processo.

Segundo Campos (2017), os enfermeiros são, no âmbito do pós-parto, os grandes protagonistas dos cuidados, através das características específicas das suas competências profissionais. De acordo com o RCEEEESMO (2019), o EESMO deve apresentar competências em cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Neste sentido, ao longo do EC, e mais concretamente em contexto de puerpério (enfermaria) e em recobro do bloco de partos, várias experiências proporcionaram-me o aprofundar e desenvolver das competências previstas para os cuidados especializados em período pós-parto. Estas permitiram não só o cuidado à mulher na sua vivência do pós-parto, mas igualmente o diagnóstico e a prevenção precoce de possíveis complicações na sua saúde e na do recém-nascido.

O puerpério em contexto de enfermaria é um momento privilegiado, já que permite uma vigilância contínua da mãe-bebé, e de atenção aos primeiros sinais de desvio da normalidade em ambos. Quando mãe e bebé chegam ao serviço de enfermaria de

Obstetrícia, após o puerpério imediato (duas horas após o parto) decorrido no bloco de partos, é realizado um acolhimento inicial de ambos. Após acolhimento destes, é feita uma primeira avaliação da mulher, que inclui: avaliação dos sinais vitais e de todas as estruturas envolvidas na gravidez e parto, essencialmente: pele e mucosas, mamas, útero, períneo, ânus e membros inferiores. Em alguns casos, observamos ainda a sutura abdominal (se cesariana), avaliando a sua integridade e evolução da cicatrização. Esta avaliação obstétrica, pressupõe sempre um registo em local próprio (plataforma digital hospitalar), no qual descrevemos tudo o que foi observado e as alterações eventualmente existentes.

Para além da puérpera, também o recém-nascido é alvo da nossa observação. Esta por sua vez inclui: as características da pele e mucosas, estruturas anatómicas (cabeça, tórax, abdómen, genitais e extremidades), coto umbilical, reflexos, alimentação, frequência e características das eliminações (vesical e intestinal), ou ainda avaliação de situações específicas detetadas ao nascer. Ainda que aparentemente o RN apresente boas condições de desenvolvimento, é imprescindível uma avaliação inicial cuidada e contínua deste, reconhecendo que algumas complicações acontecem no puerpério precoce (das duas horas até ao décimo dia pós-parto), pelo que a vigilância deve manter-se apertada.

O puerpério é efetivamente um período vulnerável, em que os cuidados de enfermagem qualificados devem incidir ao nível da prevenção de complicações, conforto físico e emocional e em ações educativas que ajudam a mulher a cuidar de si e do bebé. Para tal, não me basta uma intervenção baseada unicamente na observação e avaliação da díade, é essencial escutar as necessidades das mulheres e valorizar as suas manifestações (Maia, 2020). Por vezes, é através da escuta da puérpera que mais facilmente identificamos os desvios da normalidade, e por outro lado, intervimos de uma forma individual, dirigida e oportuna. Apesar dos cuidados serem, na minha opinião, cada vez mais uniformes e especializados nesta área, as complicações do pós-parto, acontecem diariamente. De entre elas podemos destacar as hemorragias pós-parto e os problemas com as mamas (decorrentes do aleitamento materno).

No internamento de Obstetrícia, a vigilância da mulher no que diz respeito às perdas vaginais é alvo de grande atenção, especialmente porque a atonia uterina é das intercorrências com maior incidência neste serviço. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012), a vigilância do tónus uterino através da apalpação abdominal é recomendada em todas as mulheres, a fim de possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto. Neste sentido, a avaliação da involução uterina e das

características dos lóquios, são das principais intervenções do EESMO, sabendo que um útero mal contraído e lóquios aumentados podem indicar a retenção de restos placentares ou membranas (Lobão, 2017). A ausência de tónus uterino impossibilita não só a involução uterina, mas igualmente a hemostase do local da ferida placentar, que é a maior causa de hemorragia no pós-parto. Para além desta situação, outras são possíveis e a que devemos estar atentos para despiste, nomeadamente a existência de lacerações vaginais, que podem requerer nova avaliação, e igualmente motivo de maior volume de perda sanguínea vaginal.

É fundamental reforçar o conhecimento dos profissionais de saúde nestas matérias, essencialmente no que se refere à hemorragia no pós-parto (HPP). Todos os profissionais da equipa de enfermagem devem ser treinados e capazes de reconhecer os primeiros sinais de HPP, devendo intervir de maneira ágil e eficiente para controlar a hemorragia, promovendo o melhor possível a saúde da mulher e prevenindo a mortalidade materna. Para além da hemorragia no pós-parto, também as alterações mamárias, decorrentes do processo de amamentação, são apontadas como sendo das principais intercorrências durante este período. Estas devem-se sobretudo, à inadequada informação por parte dos profissionais de saúde e falta de apoio às mulheres (Maia et al, 2020).

Os desafios com a amamentação são muitos, e a sua superação é influenciada totalmente pelo acompanhamento que as mulheres recebem por parte de quem delas cuida. O EESMO, na sua formação, adquire competências específicas para garantir a saúde da mulher, nomeadamente na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (RCEEEESMO, 2019). É essencial o desenvolvimento de intervenções que lhe permitam apoiar a mulher na adaptação ao processo de amamentação, de forma a prevenir complicações no mesmo. As dificuldades na pega correta, no posicionamento do bebé à mama, os mamilos com dor, traumas, fissuras, e até a mastite, são aspetos a ter em conta, de forma que sejam fornecidas todas as orientações necessárias, no momento de incentivar e apoiar a amamentação da mulher no pós-parto.

O aconselhamento profissional vem reforçar a autoestima e confiança materna na capacidade de amamentar. A inadequada informação e falta de ajuda nesta área contribui não apenas para o desenvolvimento de problemas mamários, conforme supracitado, como contribui fortemente para o abandono precoce do aleitamento materno.

Durante o meu EC, em puerpério, e fazendo-me valer não apenas dos conhecimentos desenvolvidos em contexto da formação enquanto EESMO, mas igualmente do curso

de Conselheira em Aleitamento Materno (CAM) e como membro da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (que inclui a promoção e proteção do aleitamento materno), tive oportunidade de desenvolver competências no âmbito da amamentação, através do suporte a mulheres/mães no decorrer deste processo.

Assim, considero ter tido um papel bastante ativo em todos os cuidados sobre amamentação à mulher, nomeadamente: na adaptação do recém-nascido à mama e correção da pega; nos diferentes tipos de posicionamento possíveis para conforto durante a amamentação ; sinais de fome e prontidão do bebé para mamar; cuidados a ter de forma a prevenir complicações mamárias (fissuras, ingurgitamento mamário) tais como: a hidratação dos mamilos com colostro após amamentar, a aplicação de calor na mama (antes de amamentar) e de frio (depois), o esvaziamento da mama manualmente, entre outros; extração de leite materno com bomba, e ainda conservação e envio de leite materno para o RN internado em Neonatologia.

Na minha ótica, a presença de um profissional, nomeadamente um enfermeiro especialista na assistência a este tipo de cuidados, tem um impacto muito positivo, sobretudo ao nível da prevenção de complicações relacionadas com a amamentação e/ou mamárias. Admito que seja preciso sensibilizar mais profissionais para esta temática, sobretudo por meio de formações desenvolvidas em contexto hospitalar. É importante que a mulher possa contar com profissionais que protejam o seu processo de aleitamento materno, atuando por meio de uma assistência individualizada, qualificada e humanizada, reconhecendo as necessidades específicas de cada bebé.

A capacitação da mulher para cuidar do recém-nascido é uma das principais intervenções do EESMO, em contexto de puerpério. Apesar de se encontrar também vulnerável por todas as suas alterações próprias do pós-parto, físicas e psicológicas, a puérpera apresenta necessidades de aprendizagem em relação ao seu bebé, que devem ser trabalhadas durante o seu internamento. Diversas temáticas foram trabalhadas com estas mulheres durante o meu EC, umas a partir dos relatos das suas dúvidas e anseios, outras pelas necessidades por mim detetadas, procurando validar e reforçar os conhecimentos pré-existentes, introduzindo outros novos, de uma forma oportuna. É fundamental percebermos que tipo de conhecimento as mulheres trazem consigo, de forma que possamos investir mais tempo nas temáticas que lhe são menos familiares.

Todas as minhas intervenções se basearam numa abordagem empoderadora da mulher face ao próprio autocuidado e do seu bebé. É preciso acreditar que a mulher tem capacidades próprias, necessitando apenas que lhe sejam dadas as ferramentas

(informação) para sua possível tomada de decisão. Aquando da realização de educação para a saúde à mulher, tive em conta os seus desejos, valores e crenças, potenciando a sua participação ativa no processo de cuidados, com promoção da sua autonomia e responsabilidade.

A educação para a saúde sobre os cuidados ao RN é feita desde o momento em que a mulher entra na enfermaria de obstetrícia e até à alta. Numa primeira abordagem à mãe-bebé, é normal esclarecerem-se alguns assuntos relacionados com: risco de asfixia, posicionamentos seguros no bebé, prevenção de acidentes, entre outros. O choro, a alimentação, a eliminação (vesical e intestinal), o banho e outros cuidados ao recém-nascido foram por mim trabalhados frequentemente, sobretudo a limpeza do coto umbilical (água e sabão), limpeza dos olhos (com compressas e soro fisiológico), mudança de fralda (quando e como), despiste de hipoglicémia (no RN de risco) e vigilância da pele e mucosas no RN com risco de Hiperbilirrubinémia.

Realizei vacinação do plano em vigor aos RN, nomeadamente a vacina da prevenção da Hepatite B, explicando sempre à mãe o porquê da sua administração, os possíveis efeitos e próximas tomas. Não realizei a vacina da prevenção da tuberculose (Bacillus Calmette-Guérin - BCG), no entanto assisti à sua administração por várias vezes e também sobre ela dei a informação necessária. Tive oportunidade de fazer o Diagnóstico Precoce (Teste do Pezinho) aos RN cujo internamento se prolongava por três dias ou mais. Toda a vacinação realizada foi registada em boletim de saúde do RN, boletim de vacinas, no sistema hospitalar e na plataforma de vacinação nacional.

No que diz respeito à continuidade de cuidados do RN, no momento da alta assegurei o reforço de alguns ensinamentos feitos ao longo do internamento e falei sobre segurança do RN durante o seu transporte no ovo. Além disso, assegurei informação relativamente ao encaminhamento para o Centro de Saúde da mãe-bebé ou para consultas de especialidade (em casos específicos), entregando por fim as notas de alta médica e de enfermagem. Todas estas intervenções acima descritas, e que por mim foram planeadas, concebidas e avaliadas, permitiram desenvolver de forma aprofundada a competência “Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal” (RCEEEESMOG, 2019), e por outro lado empoderar a mulher para o seu papel parental.

De acordo com a temática em estudo neste projeto, em que se pretende compreender de que forma o EESMO pode facilitar o processo de transição para a parentalidade, posso afirmar que o puerpério (hospitalar), se assume como uma oportunidade efetiva para auxílio a este processo. Este contexto possibilita conhecer diretamente as

capacidades da mulher e suas necessidades, intervindo de forma a minimizar o impacto deste evento que é o início da parentalidade. O EESMO com competências próprias no âmbito da preparação para a parentalidade e apoio no pós-parto por meio de educação para a saúde, é o profissional mais habilitado na promoção do desenvolvimento e/ou aprofundamento das competências parentais da mulher, permitindo que esta obtenha uma melhor gestão da sua saúde e do seu bebé, com maior segurança e autonomia nos cuidados.

Findo o percurso deste EC, estou totalmente motivada para o início do meu percurso enquanto ESMO, acreditando que levo comigo experiências e competências que possam dar ainda mais brilho ao trabalho nesta especialidade. De uma forma sintética, desenvolvi: 110 **exames pré-natais** (número mínimo: 100), 41 **partos eutócicos** (mínimo: 40), 72 **vigilâncias/prestação de cuidados à mulher em situação de risco** (mínimo: 40 – incluindo trabalho de parto e puerpério), prestação de **cuidados** a 121 **puérperas saudáveis** (número mínimo: 100), e prestação de **cuidados** a 111 **RN saudáveis** (mínimo: 100) (Anexo III).

Além destas oportunidades de aprendizagem e competências desenvolvidas, trago na bagagem alguns projetos, e com eles a vontade de fazer mais pela Saúde Materna, perspetivando transições nestas fases de vida mais saudáveis e menos impactantes na vida da mulher/casal/famílias, potenciando ao máximo o melhor que ela traz.

## 4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Código Deontológico é um pilar essencial na prática dos enfermeiros, já que nele estão enunciados os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e comunidade a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, e nas responsabilidades assumidas pela profissão. A ação do enfermeiro deve por isso ser pautada pelos princípios éticos e morais que emanam do seu código deontológico, de forma a assegurar a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro. Esta liberdade e dignidade deverão estar implícitas no exercício da responsabilidade profissional, evidenciando-se na relação entre quem cuida e quem recebe cuidados. Desta relação profissional-utente, são valores universais a observar por parte do primeiro: a igualdade, a liberdade a responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015; Lei n. 156/2015).

No decorrer do EC, o desenvolvimento da minha prática, na área da especialidade, orientou-se pelas normas, princípios éticos e pela deontologia profissional. Neste sentido, e de acordo, com os princípios éticos e deontológicos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Livro de Bolso do Enfermeiro Obstetra, 2015): trabalhei em parceria com as mulheres e famílias, promovi a capacitação/empoderamento das mulheres/casais em todos os momentos do ciclo de vida reprodutiva; obtive sempre o consentimento informado em qualquer procedimento executado; esclareci personalizadas todas as dúvidas/anseios inerentes aos processos de saúde/doença ginecológica e ou obstétrica; ofereci assistência à mulher durante a pré-conceção, gravidez, parto e pós-parto integrando respeito pelo exercício do seu direito à integridade física, autodeterminação, privacidade e sigilo; privilegiei um modelo de assistência holístico atendendo às dimensões biopsicossociais da mulher; assumi responsabilidade pelas decisões que tomei e/ou deleguei, orientando a mulher/família para outro profissional de saúde capaz de responder a algum problema que tenha ultrapassado as minhas competências.

A minha conduta teve foco na humanização dos cuidados, com constante preocupação pelo acolhimento, compreensão e respeito pela mulher e seus coniventes significativos, criando relações de ajuda e promovendo a autonomia destes nos processos de saúde/doença e no desenvolvimento das suas potencialidades (OE, 2015; Lei n. 156/2015). Esta humanização do cuidar adotada teve por base os quatro princípios do Modelo Principalista: beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2015). Relativamente ao princípio da beneficência, procurei ajudar a mulher/família a obter o que é para seu benefício, com

sua liberdade de escolha, contrariando a tendência comum do paternalismo; em relação ao princípio da não-maleficência, tentei proteger a mulher/família no sentido de evitar que qualquer dano lhes pudesse ser provocado, promovendo o bem e a defesa dos seus valores e interesses; quanto ao princípio do respeito pela autonomia, considerei a mulher e família seres autónomos, com capacidades de escolha e liberdade de ação e decisão. Para isso, providenciei toda a informação de forma que estas escolhas/decisões fossem livres e esclarecidas. Por último, e quanto ao princípio da justiça, promovi a equidade nos cuidados, com preocupação pela distribuição equitativa dos recursos que dispunha pelas diferentes mulheres/famílias cuidadas (OE, 2015; Lei n. 156/2015).

A submissão do formulário de registo das respostas de mulheres em puerpério sobre a importância da VD no pós-parto à apreciação da Comissão de Ética Hospitalar, que mereceu o seu parecer favorável (Apêndice VIII), foi também uma outra forma de assegurar o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Ao longo do EC, a reflexão foi a ferramenta mais mobilizada no que diz respeito à minha orientação ética e deontológica da profissão. Refletir tornou possível uma avaliação constante da minha prática e dos meus processos e resultados de tomada de decisão. Além disso, refletir permitiu-me ainda garantir que os cuidados por mim prestados, asseguravam o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (OE, 2015; Lei n. 156/2015), promovendo a melhoria contínua da qualidade da minha conduta, com vista à excelência do exercício. Posto isto, posso afirmar que foi conseguida uma prática responsável e rigorosa quanto aos princípios éticos e deontológicos e que foi alcançada uma enfermagem avançada, fundamental ao desempenho da especialidade.

## **5. LIMITAÇÕES**

Relativamente às limitações no decurso do EC e do presente relatório, foram essencialmente devidas à presença de restrições relacionadas com a pandemia (SARS-CoV-2) durante a prestação de cuidados. Como objetivo inicial, tinha proposto a inclusão dos conviventes significativos da mulher cuidada, envolvendo-os sempre que possível nas intervenções planeadas, o que acabou por não ser realista, uma vez que foi limitada a presença do acompanhante em quase todos os contextos do EC. Infelizmente, foi necessária uma readaptação dos objetivos e das estratégias de intervenção, trabalhando maioritariamente só e apenas com a mulher. Houve uma necessidade emergente do desenvolvimento de novas formas de cuidar, que pudessem dar as melhores respostas à mulher, agora mais frágil e insegura, pela limitação do seu acompanhamento familiar nestas etapas importantes do seu ciclo de vida.

Outra das limitações experienciadas foi a obtenção tardia do parecer da CE hospitalar, para a aplicação de formulários de apoio ao estudo, sobre a temática em aprofundamento no presente relatório. Este parecer foi emitido seis meses após realização do seu pedido à CE, tendo restringido a aplicação do formulário apenas ao último contexto de EC. Desta forma, as oportunidades de aplicação deste instrumento foram diminutas, levando a uma quebra no número da amostra inquirida, ao contrário do que inicialmente expectei.

Por último, referir a minha interrupção letiva, por motivos pessoais, que acabou igualmente por se apresentar como limitação à construção deste projeto, uma vez que prolongou o seu tempo de entrega e obrigou à atualização frequente do seu conteúdo.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O final deste percurso culminou no presente relatório de estágio, que terá discussão pública e que me permitirá fechar o ciclo enquanto aluna da especialidade em Saúde Materna e Obstétrica e iniciar um novo ciclo profissional enquanto EESMO. Este relatório descreve os principais eventos que marcaram esta minha caminhada, com destaque pelas oportunidades de aprendizagem e pelo desenvolvimento de competências exigidas para o título da especialidade.

Esta trajetória é um conciliar de conhecimentos teóricos previamente aprendidos com novos conhecimentos extraídos das experiências vivenciadas, é uma reflexão permanente sobre as práticas, sobre autoconhecimento e sobre reconhecimento do outro enquanto parceiro no cuidar. Este percurso assegurou-me um corpo de saberes, capacidades e habilidades que me permitem agora uma atuação especializada em Saúde Materna, com adequação dos cuidados às necessidades de saúde da mulher e sua família, conduzindo-me a um exercício profissional de enfermagem avançada. Esta última garante um nível aprofundado de prática e conhecimento, mas carece de responsabilidade em relação à atualização permanente da disciplina da enfermagem. Por isso mesmo, neste relatório apresentei novos conhecimentos, obtidos por meio da investigação, que me permitiram trazer contributos para a construção de conhecimento científico, e poderão vir a originar atualização dos modelos de atuação. Este investimento na disciplina conferiu-me maior segurança nas intervenções realizadas, maior capacidade de consolidação de competências e maior fundamentação perante o processo de tomada de decisão.

Prestar cuidados de enfermagem especializados durante todo o ciclo de vida reprodutiva da mulher promove transições mais saudáveis, através do apoio ao desenvolvimento das suas competências, facilitando sobretudo o seu processo de parentalidade. Enquanto futura EESMO e com a preocupação relativamente à transição para a parentalidade da mulher/casal, manifestada como grande temática deste relatório, privilegiei ao longo de todo o EC uma prática na qual se incluíssem relações de ajuda, com implementação frequente de estratégias de empoderamento, tais como estratégias de *coping*, procurando aumentar o nível de conhecimentos e capacidades parentais, com consequentes transições mais saudáveis. A prestação de cuidados individualizados a cada família, capacitando a mesma para a gestão da própria saúde foi uma das minhas linhas orientadoras de atuação, intervindo em cada fase do seu ciclo de vida, aproveitando sempre o momento potencial de mudança ou melhoria da sua qualidade de vida. Esta individualidade dos cuidados permitiu-me uma prática

alicerçada no respeito e empatia pela mulher/família, promovendo e protegendo da melhor forma o seu bem-estar físico, psicológico e emocional.

Com a realização deste relatório e procura de evidência relativamente às dificuldades sentidas pelas mulheres/famílias no decorrer da transição para a parentalidade, pude constatar, após aplicação de formulários, que as manifestações das inquiridas confirmam a evidência que descreve a existência de várias carências em apoio a determinadas necessidades do pós-parto. Estas necessidades são sobretudo ao nível dos cuidados ao RN e autocuidado da mulher, e são vivenciadas mais intensamente em contexto de domicílio. Este confronto entre a evidência disponível e a realidade encontrada vem reforçar a ideia da extrema importância da VD de enfermagem no pós-parto, enquanto recurso facilitador da transição para a parentalidade. As visitas ao domicílio durante o período de puerpério, apresentam-se como essenciais para a proteção da saúde materno-infantil, ao detetarem complicações precocemente e prevenirem riscos na díade. O EESMO poderá assim assumir um papel de destaque com responsabilidade nesta área de intervenção, já que é um profissional bem treinado e com competências específicas que lhe conferem a capacidade de prestar cuidados à mulher, bebé e família no pós-parto, em contexto domiciliário.

No entanto, é fundamental considerar as visitas domiciliárias como parte integrante dos planos de alta e investir em profissionais neste âmbito, proporcionando oportunidades de formação em serviço. Este poderá ser identificado como um autêntico desafio para políticas de saúde, sendo importante que estas se atualizem no sentido de encarar a necessidade de VD no pós-parto, como uma forma de obter melhores resultados em saúde materna e infantil e consequentemente, maiores ganhos em saúde no geral.

Espero que este relatório, e sobretudo o estudo sobre a temática supracitada, possam servir de alguma forma para dar voz a algumas das mulheres/mães e famílias, que sentem este pós-parto de uma forma tão isolada e desapojada, com receios, angústias e frustrações que impedem a sua transição saudável para a parentalidade, fase esta que devia ser das mais bonitas das suas vidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaserud, T., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. (2017). Home visits by midwives in the early postnatal period. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning* (Only English version of the articles needs to be processed).

Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamenese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.

Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita domiciliária no Pós-Parto. *Millenium*, (50), 267-281.

Andrade, R., Santos, J., Maia, M., & Mello, D. (2015). Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Escola Anna Nery*, 19(1), 181- 186.

Boelig, R.; Barton, S.; Saccone, G.; Kelly, A.; Edwards, S.; & Berghella, V. (2016). Interventions for treating hyperemesis gravidarum (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10.1002/14651868.CD01060 7.pub2

Boelig, R.; Barton, S.; Saccone, G.; Kelly, A.; Edwards, S.; & Berghella, V. (2016). Interventions for treating hyperemesis gravidarum (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10.1002/14651868.CD01060 7.pub2

Breastcancer.org (2020). What is a mastectomy? Acedido em 16/12/2021. Disponível em [https://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what\\_is](https://www.breastcancer.org/treatment/surgery/mastectomy/what_is)

Brodribb, W., Hawley, G., Mitchell, B., Mathews, A., & Zakarija-Grković, I. (2019). Face-to-face health professional contact for postpartum women: A systematic review. *Women and Birth*.

Camarneiro, A. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.

Camões, M. J. (2014). *A mulher mastectomizada: o enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado* (Tese de Doutoramento).

Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLogos*, 15(1), 91-101.

Cardoso, A., Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 11-20.

Carraro, T., Knobel, R., Frello, A., Gregório, V., Grüdtner, D., Radünz, V., & Meincke, S. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17, 502-509.

Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia. (2015). Practice Bulletin No. 153: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. Vol.126. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287788>

Costa, R., Fraga, T., Maliska, I., Matos, E., & Salum, N. (2018). Processo de Enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos Enfermeiros. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(3), 2-9.

Cruz, O. (2013). Parentalidade. Porto: Livpsic – Edições de Psicologia

Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57-62.

Decreto-Lei nº 65/ 2018, de 16 de agosto, Diário da República, 1ª série, nº 157. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Orientação n.º 010/2015: Disponibilidade de métodos contraceptivos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dodou, H., Oliveira, T., Oriá, M., Rodrigues, D., Pinheiro, P., & Luna, I. (2017). Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(6), 1250-1258.

Fracolli, L., Reticena, K., Abreu, F., & Chiesa, A. (2018). A implementação de um programa de visitas domiciliárias com foco na parentalidade: um relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.

Fortin, M. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, D.L.

Graça, L. (2010). Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: um estudo quasi-experimental.

Graça, L. M. (2017). Maturidade Fetal. In Graça, L. M., Medicina Materno-Fetal. (pp.191 - 197). Lisboa: Lidel.

Graça, L. M. (2017). Maturidade Fetal. In Graça, L. M., Medicina Materno-Fetal. (pp.333 - 348). Lisboa: Lidel.

Gomes, G. & Dos Santos, A. (2017). Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 211-220.

International Confederation of Midwives (2017). Definition of Midwifery. 2017. Acedido a 30-01-2022. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>

International Confederation of Midwives. (2019). Essential competencies for Midwifery practice. 2019, Update 2019. Acedido a 10-01-2022. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

Joanna Briggs Institute (2020). JBI manual for evidence synthesis: 2020 Edition. Austrália: jbi.global.

Lei n.º 156/2015 (2015). Capítulo VI: Deontologia profissional. Diário da República, 1ª série (n.º 181 de 16-09-2015), p.8077-8080.

Lobão, F. (2017). A esperança numa gravidez com complicações (Tese de Doutoramento).

London, V.; Grube, S.; Sherer, D. & Abulafia, O. (2017). Hyperemesis Gravidarum: a review of recent literature. *Pharmacology*. Vol.100, pp. 161- 171.

Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta.

Lucena, D., Guedes, A., Cruz, T., Santos, N., Collet, N., & Reichert, A. (2018). Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.

Luz, V., Carvalho, J., Sales, S., Siqueira, M., Vieira, T., Coelho, D., & Barbosa, M. (2016). Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera. *Revista Interdisciplinar*, 9(1), 13-23.

Maia, C., Silva, C., Bastos, A., Santos, D., & Silva, F. (2020). Principais Complicações do Puerpério. *Hígia-Revista de Ciências da Saúde e Sociais Aplicadas do Oeste Baiano*, 5(1).

Martins, C. (2013). *A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de Enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Martins, M. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - uma reflexão. *Revista brasileira de enfermagem*, 67(6), 1008-1012.

Mazzo, M., Brito, R., Silva, I., Feitosa, M., Lima, M., & Silva, E. (2018). Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2).

Medeiros, L., & Costa, A. (2016). Postpartum period: the importance of home visits given by the nurse in Primary Health Care. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 112-119.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the nursing mission. In: Meleis, A. - *Transitions Theory Middle - Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. p. 65-73

Mercer, R. (2002). *Transitions to parenthood*. NurseweekK.

Milani, H., Amiri, P., Mohseny, M., Abadi, A., Vaziri, S., & Vejdani, M. (2017). Postpartum home care and its effects on mothers' health: A clinical trial. *Journal of*

research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 22.

Moura, J. (2017). Hemorragias do Primeiro Trimestre. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal*. (pp.294 - 299). Lisboa: Lidel.

Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-7.

Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2015). *Practice Standards for Midwives*. (2<sup>a</sup> ed.). Ireland: Bord Altranais agus Cnáimhseachais na hÉireann.

Oliveira, F. (2017) *Visitação domiciliária no pós-parto: necessidades sentidas pela díade parental*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*, 2, 1-54. Lisboa: DGS

Panagopoulou, V., Hancock, J., & Tziaferi, S. (2017). Midwifery in the Postnatal Period: A Systematic Review of the Literature. *Nosileftiki*, 56(2).

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132.

Pereira, M. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Regulamento nº140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2<sup>a</sup> Série (N.º 26 de 06-02-2019), p.4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 391/2019 (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário de República, 2<sup>a</sup>série (N.º 85 de 03-05-2019), p.13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. 3rd ed. Porto. Edições Afrontamento.

Rodrigues, C. (2017). *Qualidade de vida em mulheres adultas mastectomizadas* (Tese de Doutoramento).

Rogan, M., & Morrow, G. (2018). Maternal critical care: Informing and influencing local commissioners. *British Journal of Midwifery*, 26(4), 232-238.

Santos, F. (2011). *Vivência de mulheres no puerpério: significado atribuído à revisão pós-parto* (Master's thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Silva, J., Freire, M., & Nascimento, E. (2019). O conhecimento como estratégia de enfrentar os desafios de conviver com o climatério. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa*, 6(1).

Soares, H. (2008). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentabilidade: intervenção de enfermagem.

Sousa, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 17-26.

Tamura, T. (2019). Expectations of mothers regarding postpartum home visits within one year of delivery. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 33(1).

Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em debate* 15 (1), 165-178.

Tomey, A., Alligood, R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI\_IP Santarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30.

Turan, S., & Derya, Y. (2021). Os efeitos dos cuidados de obstetrícia prestados às mães primíparas durante o período pós-parto no apego materno e no crescimento pós-traumático. *Obstetrícia*, 103, 103140.

Vilelas, J. (2017). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: a systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35-42.

World Health Organization. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization.

World Health Organization (2019) Programa nacional de prevenção e controlo do cancro do colo uterino e da mama. Disponível em [https://extranet.who.int/ncdccc/Data/MOZ\\_D1\\_Normas%20Cancro%20da%20Mama%20web.pdf](https://extranet.who.int/ncdccc/Data/MOZ_D1_Normas%20Cancro%20da%20Mama%20web.pdf)

Vieira, A, Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais em transição para a parentalidade: revisão da literatura. *Servir (Lisboa, Portugal)*, 56 (3-4), 146-154.

# **ANEXOS**





## O QUE LEVAMOS NA MALA DA MATERNIDADE

# Mala da Maternidade



### Para o bebé:

- 2 ou 3 mudas de roupa completas em saquinhos individuais com:
- Roupa interior: body de manga comprida, calça interior com pé ou meias;
- Roupa de cima: Baby-grow, vestido, conjunto de 2 peças ou cueiros (se tiverem manga comprida não necessita casaco);
- Fraldas de pano em algodão (opcional);
- Fraldas para o bebé;
- Toalhetes de higiene ou compressas;
- Envolta;
- Pente para cabelo e limas de papel.

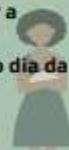
No dia da alta o bebé necessita de cadeira-ovo para a saída do hospital.

### Para a Mãe:

- Estojo de higiene pessoal;
- 3 camisas de dormir ou pijamas com abertura à frente;
- Roupão confortável;
- 1/2 sutiãs de amamentação;
- 5/6 cuecas (preferencialmente descartáveis);
- Pensos higiénicos;
- Chinelos quarto e/ou para o banho;
- 2/3 sacos para guardar a roupa suja;
- Roupa e calçado para o dia da alta;

### Outros:

- Cartão de identificação;
- Medicação que faça em casa;
- Telemóvel (uso limitado).

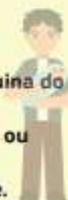


### Para a entrada no Bloco de Partos:

- Boletim de Saúde da Grávida, exames realizados na gravidez ou outros importantes;
- Saco com a primeira roupa do bebé (body interior, baby-grow, gorro e envolta);
- Kit para colheita de células estaminais, se for o caso.

### Para o Pai:

- Snacks e água;
- Moedas para a máquina do café e de comida;
- Máquina fotográfica ou telemóvel;
- Medicação que tome.



(No caso de ficar em regime de internamento com a mãe-bebé, levar: muda de roupa, pijama e estojo de higiene).

## Como deve aumentar o peso na gravidez ?



## ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ

Tudo o que precisa de saber



Durante a gravidez é natural que o seu peso aumente. Isto deve-se à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do bebé, volume do útero e do sangue, tecido mamário e gordura de reserva.

No entanto o ganho de peso durante a gravidez deve acontecer de forma equilibrada, para que o crescimento fetal seja saudável, evitando os riscos de complicações no parto e pós-parto para a mãe e para o bebé.

## Alimentação saudável na gravidez: como?

A alimentação da grávida deverá ser uma alimentação saudável, ou seja, completa, equilibrada, variada e segura, de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos.

### Dicas para uma alimentação saudável durante a gravidez:

- Fazer 5 a 6 refeições por dia, mais ou menos de 3 em 3 horas;
- Privilegiar o consumo de hortícolas, iniciando as refeições com uma sopa de legumes;
- Preferir o peixe gordo (salmão, arenque, atum, sardinha) e as carnes brancas, como as aves e o coelho;
- Limitar o consumo de carne vermelha a 2 ou 3 vezes por semana;
- Consumir cerca de metade dos cereais, como pão, arroz e massa, sob a forma integral;
- Comer 3 a 4 porções de fruta por dia;
- Comer 3 porções de laticínios meio-gordos ou magros por dia;
- Preferir sempre os óleos vegetais, como azeite;
- Moderar o consumo de sal, evitando produtos e alimentos com excesso de sal;
- Beber cerca de 2/3 litros de água por dia;
- Praticar atividade física moderada;
- Evitar as bebidas alcoólicas.

## SEGURANÇA ALIMENTAR

### TOXOPLASMOSE

Parasita que se encontra nas fezes dos gatos, na terra ou carne mal cozinhada.

#### Cuidados:

- Evitar frutas e legumes crus, ou lavá-los muito bem antes de os consumir;
- Cozinhar bem a carne, não ingerir crua ou mal passada;
- Usar luvas de tivar que manipular areia do seu gato ou se fizer jardinagem;
- Higiene das mãos sempre antes e após preparação de alimentos.

### SALMONELOSE

Doença transmitida através da carne de aves mal cozinhada ou ovos crus.

#### Cuidados:

- Evitar consumo de aves e ovos ou cozinhá-los muito bem antes do consumo.

### LISTERIOSE

Doença bacteriana transmitida através de alimentos contaminados.

#### Cuidados:

- Evitar leite e produtos lácteos não pasteurizados.
- Evitar peixe e carne crus ou mal cozinhados.

## OUTROS CUIDADOS

### VITAMINAS

Existem vitaminas que a mãe deve tomar ao longo da gravidez como forma de reduzir os riscos no desenvolvimento do seu bebé. São elas:

- **Ácido Fólico (VitB9)** - Previne malformações cerebrais e da coluna vertebral do bebé;
- **Iodo** - Ajuda ao desenvolvimento do sistema nervoso central do bebé;
- **Ferro** - Previne a anemia na mãe e reduz o risco de baixo peso do bebé ou que nasça antes do tempo.

### EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico ao longo da gravidez, caso não existam indicações contrárias, é totalmente recomendado. Deve ter uma duração de cerca de 30 minutos por dia, idealmente 5 dias por semana. No entanto, este exercício deve ser de baixo impacto, e de acordo com a tolerância da grávida.

Devem ser evitados exercícios de contacto físico e ou risco de trauma abdominal.

Informações da DGS

### Alterações do Humor

(Ocorre sobretudo pelas alterações hormonais)

#### Cuidados a ter:

- Aumente os momentos de repouso e relaxamento;
- Partilhe as suas preocupações e sentimentos com o seu companheiro e/ou profissionais de saúde.



EM CASO DE DÚVIDA  
OU DESCONFORTO  
PERSISTENTE,  
CONTACTE-NOS.

## DESCONFORTOS DA GRAVIDEZ: 1º TRIMESTRE



### No primeiro trimestre de gravidez pode sentir:

- Náuseas e vómitos;
- Alterações mamárias;
- Vontade de urinar mais frequentemente;
- Cansaço ou Sonolência;
- Alterações de humor.

### Náuseas ou Vómitos:

(Ocorrem devido a alterações hormonais)

#### Cuidados a ter:

- Realizar 6 refeições diárias, ingerindo pequenas quantidades;
- Comer de 3/3 horas e à noite evitar estar mais de 8 horas sem comer;
- Comer 2/3 bolachas ou tostas antes de levantar da cama, levantando-se lentamente;
- Evitar o cheiro de determinados alimentos (café, tabaco, comidas gordurosas e muito condimentadas);
- Beber água no intervalo das refeições.

### Alterações mamárias:

(Ocorre devido à preparação das mamas para a amamentação)

**Pode ter:** sensibilidade nas mamas, alteração na cor do mamilo e aréola e aumento da mama até dois tamanhos.

#### Cuidados a ter:

- Deve aplicar um creme diário para evitar o aparecimento de estrias e usar um soutien próprio de suporte (de algodão e alças largas).



### Vontade de urinar mais frequentemente

(Ocorre pelo aumento do útero que vai exercer pressão sobre a bexiga, diminuindo a sua capacidade de armazenamento)

#### Cuidados a ter:

- Continue a beber muita água durante o dia, 1,5L a 2L;
- Evitar beber líquidos antes de ir dormir.

### Cansaço ou Sonolência

(Ocorre devido a alterações físicas e hormonais)

#### Cuidados a ter:

- Aumente os períodos de descanso;
- Caminhe diariamente, cerca de 30 minutos/dia;
- Tome os suplementos alimentares prescritos e procure ingerir alimentos ricos em ferro.

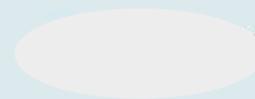
## ALTERAÇÕES NA PELE

(Aumento da pigmentação; Cloasma gravídico (pano); Acne; Pele mais oleosa; Comichão; Estrias.)

- Aplicar diariamente óleo ou creme hidratante;
- Usar protetor solar;
- Usar solução calmante no banho;
- Usar roupas largas e confortáveis;
- Manter as unhas cortadas e limpas;
- Hidratar-se bem, aumentando o aporte de líquidos (água/chá).



## Desconfortos da gravidez: 2º Trimestre



## DORES NAS COSTAS

- Adotar uma postura correta;
- Aplicar calor no local de maior desconforto (ou massagem se possível);
- Repousar por períodos;
- Usar soutien para suporte e/ou cinta de gravidez para apoio da barriga;
- Calçar calçado confortável, evitar os saltos;
- Evitar carregar pesos.

## HEMORROIDAS

- Ingerir muita água e fibras;
- Colocar gelo no local ou pomada adequada para aliviar o desconforto.

## VARIZES

- Fazer caminhadas para ativar a circulação;
- Evitar cruzar as pernas, quando estiver sentada, e tentar elevá-las quando estiver deitada;
- Evitar apanhar muito sol nas pernas ou lavá-las com água quente;
- Usar meias de descanso pode ajudar ao alívio do desconforto.



## OBSTIPAÇÃO

- Alimentação rica em fibras;
- Beber muita água (2 litros ao dia);
- Praticar exercício físico moderado ou caminhar 30 minutos por dia.

## AZIA

- Fazer várias refeições diárias (cerca de 6/dia) em doses pequenas;
- Evitar alimentos com gordura, fritos, salgados, ácidos e bebidas com gás;
- Não deitar imediatamente após as refeições;
- Mastigar muito bem os alimentos.

### Insónias

- Fazer exercícios de relaxamento consciente;
- Incentivar a massagem dorsal e lombar;
- Apoiar partes do corpo com almofadas;
- Tomar um duche quente e beber um leite quente antes de ir para a cama.



### Edema

- Realizar exercício físico moderado (caminhadas);
- Alternar períodos de pé e sentada;
- Reposar com as pernas elevadas;
- Massajar as pernas no sentido de baixo para cima;
- Usar meias de contenção para grávidas;
- Evitar exposição ao calor/sol.

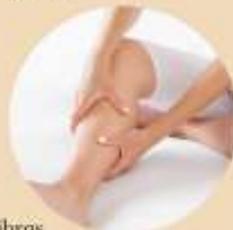


### Faltar de Ar

- Adotar uma postura correta e evitar esforços;
- Dormir com almofadas altas, ficando com uma boa inclinação;
- Quando sentir falta de ar, levantar os braços acima da cabeça e inspirar profundamente, desta modo, aumenta o espaço disponível para o pulmão, permitindo uma maior oxigenação sua e do bebé;
- Evitar refeições em grande quantidade.

### Comichão

- Hidratar bem o corpo;
- Secar a pele sem esfregar e evitar coçar;
- Usar roupa mais larga e de algodão;
- Evitar banho com água muito quente.



### Cãibras

- Elevar as pernas várias vezes;
- Reduzir a intensidade do exercício físico;
- Flexionar os pés com as pernas esticadas pressionando os joelhos, até o espasmo desaparecer;
- Aplicar calor no local e massajar a musculatura;
- Transmitir ao médico, caso situação se agrave.



## Desconfortos da gravidez: 3º Trimestre

### Urinar mais vezes

- Esvaziar a bexiga várias vezes;
- Fortalecer o pavimento pélvico - exercitando os músculos do períneo. (contrair o mesmo durante 5 segundos e relaxar - repetir 5-10 vezes);
- Reduzir a ingestão de líquidos ao final do dia;
- Urinar sempre antes de ir para a cama;
- Utilizar um penso higiénico de proteção.

### Pressão na zona perineal

- Reposar e relaxar sempre que tiver desconforto;
- Se muito dor, falar com médica obstetra.

### Contrações preparatórias Braxton Hicks

- Reposar;
- Alternar a posição;
- Praticar técnicas de respiração durante as contrações;
- Ingerir cerca de 1,5L por dia;
- Se dor persistente, contactar médico obstetra.



## 1. RECÉM-NASCIDO

### 1.1 Avaliação Física

1. Idade	Sexo <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc
2. Peso	
3. Perímetro cefálico	
4. Comprimento	
5. Pele <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Marmoreada	Observações _____
6. Choro <input type="checkbox"/> Vígoroso <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Fraco	Observações _____
7. Tónus <input type="checkbox"/> Simetria <input type="checkbox"/> Assimetria	Observações _____
8. Face Olhos <input type="checkbox"/> Presença de secreções <input type="checkbox"/> Fixa objeto ou face humana a 30cm Nariz <input type="checkbox"/> Presença de secreções. Observações _____ Boca <input type="checkbox"/> Integridade. Observações _____	
9. Pavilhão auricular <input type="checkbox"/> Correta implantação	Observações _____
10. Pescoço <input type="checkbox"/> Sem posição viciosa	Observações _____
11. Tórax <input type="checkbox"/> Simetria <input type="checkbox"/> Implantação mamilar	Observações _____
12. Abdómen <input type="checkbox"/> flacidez, simetria e sem pregas	Observações _____
13. Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Sem alterações. Observações _____	
14. Dorso <input type="checkbox"/> Simetria das pregas glúteas	Observações _____
15. Ânus <input type="checkbox"/> Sem alterações	Observações _____
16. Genitais Menina <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Corrimento Menino <input type="checkbox"/> Testículos na bolsa escrotal	Observações _____

### 1.2 Avaliação Geral da Postura, Tónus e Reflexos

1. Tónus muscular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotónico <input type="checkbox"/> Hipertónico	Observações _____
2. Reflexos Primitivos <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> Preensão Palmar/Plantar <input type="checkbox"/> Marcha automática	Observações _____

### 1.3 Necessidades

<b>1. Alimentação</b> <input type="checkbox"/> Leite Materno <input type="checkbox"/> Leite Artificial <input type="checkbox"/> Pega Correta <input type="checkbox"/> Corrigir Pega Duração das mamadas _____ Intervalo entre mamadas _____ Observações _____
<b>2. Eliminações</b> <input type="checkbox"/> Sem alterações. Observações _____
<b>3. Sono</b> Horas de sono noturnas _____ <input type="checkbox"/> Sono Tranquilo <input type="checkbox"/> Sono Agitado Observações _____
<b>4. Higiene</b> <input type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Pouco Cuidada Observações _____
<b>5. Segurança</b> <input type="checkbox"/> Condições ambientais adequadas ao recém-nascido Observações _____
<b>6. Vinculação com família</b> <input type="checkbox"/> Com a mãe <input type="checkbox"/> Com o Pai Observações _____

## 2. PUÉRPERA

### 2.1 Avaliação Física

<b>1. Peso</b>
<b>2. Sinais Vitais</b> + Temperatura _____ + Tensão Arterial _____ + FC _____ + FR _____ + Dor _____ Localização _____
<b>3. Pele</b> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Pálida
<b>4. Mucosas</b> <input type="checkbox"/> Hidratadas <input type="checkbox"/> Desidratadas
<b>5. Mamas</b> <input type="checkbox"/> Coloostro <input type="checkbox"/> Leite Materno <input type="checkbox"/> Tensas <input type="checkbox"/> Moles Alterações _____
<b>6. Mamilos</b> <input type="checkbox"/> Bem formados <input type="checkbox"/> Pouco proeminentes <input type="checkbox"/> Rasos <input type="checkbox"/> Umbilicados <input type="checkbox"/> Invertidos <input type="checkbox"/> Íntegros <input type="checkbox"/> Macerados <input type="checkbox"/> Fissuras Observações _____
<b>7. Abdómen</b> <input type="checkbox"/> Mole e depressível <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Sutura abdominal <input type="checkbox"/> Sinais inflamatórios Observações _____

<p><b>8. Útero</b></p> <p><input type="checkbox"/> Contraído</p> <p>Observações _____</p>
<p><b>9. Períneo</b></p> <p><input type="checkbox"/> Íntegro</p> <p><input type="checkbox"/> Sutura (episiotomia)</p> <p><input type="checkbox"/> Boa evolução cicatricial</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais inflamatórios Observações _____</p>
<p><b>10. Vagina</b></p> <p><input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Disúria</p> <p>Observações _____</p>
<p><b>11. Lóquios</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hemáticos <input type="checkbox"/> Sero-hemáticos <input type="checkbox"/> Serosos <input type="checkbox"/> Purulentos</p> <p><input type="checkbox"/> Pequena quantidade <input type="checkbox"/> Moderada quantidade <input type="checkbox"/> Abundante quantidade</p> <p><input type="checkbox"/> Cheiro característico <input type="checkbox"/> Cheiro fétido</p> <p>Observação _____</p>
<p><b>12. Eliminação</b></p> <p>Vesical <input type="checkbox"/> Normal</p> <p>Observações _____</p> <p>Intestinal <input type="checkbox"/> Regular</p> <p>Observações _____</p>
<p><b>13. Membros Inferiores</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sem alterações</p> <p><input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sinal de Homans (+)</p>

## 2.2 Outras vigilâncias

<p><b>1. Higiene</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Descuidada</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados à zona perineal adequados</p>
<p><b>2. Estado nutricional</b> (hábitos alimentares e estilo de vida saudável)</p> <p><input type="checkbox"/> Bem nutrida <input type="checkbox"/> Mal nutrida</p> <p>Observações _____</p>
<p><b>3. Estado emocional</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Desanimada <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Transtorno psicótico <input type="checkbox"/> Preocupada/ fatigada</p> <p><input type="checkbox"/> Necessidade de Apoio _____</p> <p style="text-align: right;">*(Avaliar necessidade de aplicação de Escala de Edimburg – ANEXO I)</p>
<p><b>4. Planeamento Familiar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Contraceção</p> <p>Método _____</p> <p>Reinício da atividade sexual e eventuais dificuldades sexuais</p> <p>_____</p>

### 2.3 Necessidades da mulher/família

<b>1. Necessidades manifestadas pela mulher/família</b>	<b>Ensinos realizados</b>
<b>2. Encaminhamentos</b> (Pessoas e/ou instituições de apoio e resposta às necessidades básicas da tríade mãe/bebê/pai)	
<b>3. Necessidade de nova visita</b>  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  • <b>Data:</b>  • <b>Hora:</b>	

\*Preenchimento do BSG, BSR / PF

**Data:**

\_\_\_\_\_

**Enfermeiro/a:**

\_\_\_\_\_

**Anexo III – Folha de Experiências Mínimas**

**13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities**

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>202</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>110</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>41</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>2</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>16</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>4</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>30</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>56</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>9</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>7</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>121</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>111</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>18</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>12</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 4
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 8
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 10

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 3
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 0
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 0
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 11 / 02 / 2022

Estudante/*Student*

Andreia Sofia Pereira Antunes Arroz Brandão

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

\_\_\_\_\_

Dr.ª Anabela Ferreira da Silva

## **APÊNDICES**

**Apêndice I - Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE**

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S8	(home) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	6
S5	home	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	49,018
S4	midwife OR nurse midwives OR midwifery	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	19,407
S3	visitors OR house calls OR ambulatory care OR nurses community health	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10,084
S2	postpartum	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	12,084
S1	women	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	205,360

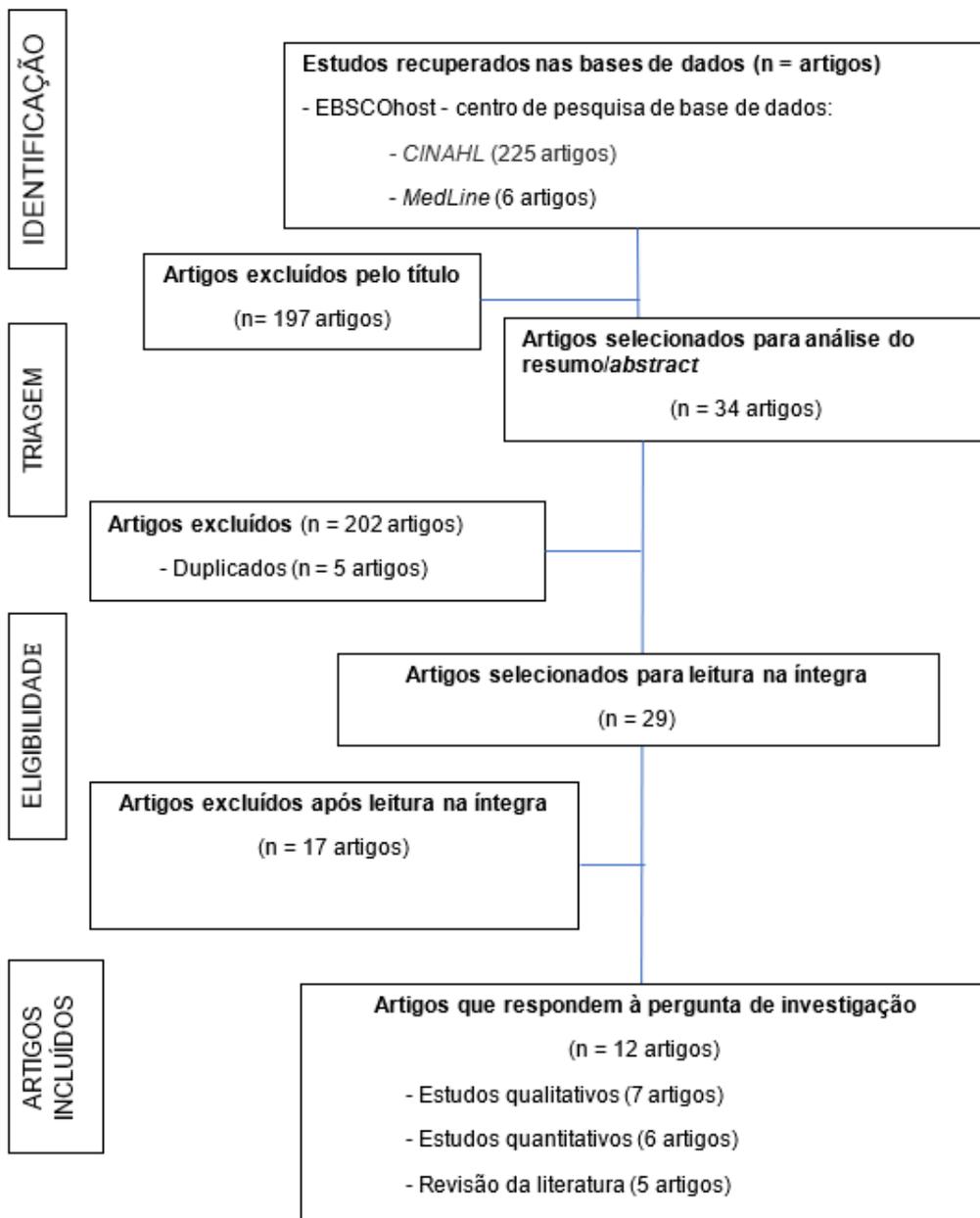


#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	(woman) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	225
S4	home	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	35,746
S3	visits OR home visits OR midwife OR health visiting	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	32,437
S2	postpartum OR postnatal	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,976
S1	woman	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	101,217

**Apêndice III – Termos de pesquisa da revisão scoping**

	<i>Termos da Questão</i>	<i>Termos pesquisa MEDLINE</i>	<i>Termos pesquisa CINAHL</i>
<i>População</i>	Mulher no período pós-parto (women; postpartum)	Women; Postpartum;	Women; Postpartum; Postnatal
<i>Conceito</i>	Visita Domiciliária (visits)  Midwife	visits  Midwife; Nurse Midwives; Midwifery	Visits Home Visits  Midwife and Health Visiting
<i>Contexto</i>	Domicílio (home)	Home	Home

## **Apêndice IV – Fluxograma**



**Apêndice V – Tabela de Extração de Resultados**

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
<p><b>Missler, M. et al.</b></p> <p><b>Effectiveness of a psycho-educational intervention to prevent postpartum parental distress and enhance infant wellbeing</b></p> <p><b>2018</b></p>	<p>Testar os efeitos da intervenção profissional na educação pré-natal psico-educacional para evitar o sofrimento parental pós-parto e melhorar o bem-estar tanto dos pais como do bebê</p>	<p>128 mulheres grávidas e os seus companheiros</p>	<p>Oferta de um livro e vídeo (no pré-natal) , uma visita domiciliária às 34-36 semanas e um telefonema 4 semanas após o nascimento</p>	<p>Estudo randomizado com ensaio controlado</p>	<p>A intervenção psicoeducativa é crucial. Intervindo durante a gravidez e nos primeiros meses após o nascimento, é possível prevenir ou minimizar a angústia entre pais e bebês em dificuldades como: amamentação e sono. É uma intervenção de baixo custo e fácil de implementar e pode ser distribuída em grande escala apoiando um grande número de pais e bebês durante um período crucial das suas vidas.</p>
<p><b>Tamura, T.</b></p> <p><b>Expectations of mothers regarding postpartum home visits within one year of delivery</b></p> <p><b>2019</b></p>	<p>Investigar as expectativas das mães em relação a visitas pós-parto em casa, em menos de um ano após o parto e para esclarecer as necessidades das mães durante as visitas</p>	<p>594 mulheres pós-parto</p>	<p>Aplicação de um questionário pós visita domiciliária, no qual se avaliam: (1) atributos básicos, (2) situação e método da visita, (3) a condição do recém-nascido, (4) o apoio pós-parto (5), as expectativas das mães em relação a visitas pós-parto em casa (agendamento, número de visitas, tempo, ocupação do</p>	<p>Estudo randomizado</p>	<p>O período pós-parto inclui um grande stress mental, contudo os cuidados mais desejados são: a amamentação, pesagem da criança, e outras abordagens físicas diretas à mesma.</p> <p>As mulheres manifestaram vontade em ter várias visitas ao longo dos dois primeiros meses pós-parto. Expressaram ainda o desejo dessa mesma visita ser realizada pela parteira ou profissional ligado a um hospital ou clínica.</p>

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
	domiciliares pós-parto		visitante, tipo de cuidados) e (6) um espaço livre para comentários adicionais		
<p><b>Andrade, R., Santos, J., Maia, M., &amp; Mello, D.</b></p> <p><b>Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health</b></p> <p><b>2015</b></p>	<p>Apresentar uma reflexão sobre a influência de alguns fatores relacionados com saúde da mulher no puerpério e os seus efeitos na saúde infantil</p>	<p>Mulheres no período de puerpério</p>	<p>Estudo teórico e reflexivo, baseado na literatura e na percepção dos autores, com o objetivo de compreender a atenção que é dada à saúde materno-infantil no puerpério</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<p>O estudo enfatizou aspetos importantes a ter em conta no puerpério, tais como: a necessidade da não separação da mãe-bebé no puerpério, os desafios da amamentação, importância do planeamento familiar e questões sobre morbilidade e mortalidade materna. Destacou a importância da promoção da saúde e qualidade de vida da mulher-mãe, família e recém-nascido. Contextos de vida saudáveis beneficiam o bebé.</p>

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
<p><b>Aaserud, T. et al.</b></p> <p><b>Home visits by midwives in the early postnatal period</b></p> <p><b>2016</b></p>	<p>Compreender as experiências das mulheres com visitas domiciliárias de uma parteira local, no início do período pós-parto</p>	<p>9 mulheres que foram alvo de visita domiciliária no pós-parto</p>	<p>Estudo realizado com 9 entrevistas semiestruturadas. Tem por base teórica a promoção da saúde, estratégias de <i>coping</i>, <i>empowerment</i>, autonomia e relação da parteira com a mulher (mãe)</p>	<p>Estudo qualitativo Entrevista Semiestruturada</p>	<p>Este estudo indica que as visitas domiciliárias realizadas pelas parteiras locais, podem contribuir para que as mulheres sejam capazes de lidar com as novas circunstâncias de vida, sejam capazes de satisfazer as necessidades individuais e melhorar o seu poder. As parteiras visitantes têm habilidades que contribuem para a promoção da saúde no período pós-parto.</p>
<p><b>Panagopoulou, V. et al.</b></p> <p><b>Midwifery in the Postnatal Period</b></p> <p><b>2017</b></p>	<p>Analisar criticamente os diferentes métodos de cuidados obstétricos no período pós-natal</p>		<p>Revisão da literatura realizada com base na metodologia PRISMA. Bases de dados científicas: Pubmed, Cochrane Library, Biomed Central e Google Ssholar</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura; Metassíntese qualitativa</p>	<p>Existe evidência consistente relativamente aos benefícios da alta precoce e visita domiciliária no pós-natal. Não só reduzem os custos, como melhoram a satisfação da saúde e bem-estar da mãe e do recém-nascido. As visitas proporcionam orientação adequada em relação aos cuidados ao RN, aconselhamento parental, aprimoramento das redes de apoio social e promoção da amamentação exclusiva. A continuidade dos cuidados de obstetrícia em casa, proporciona uma rede multidisciplinar de consulta e</p>

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
					encaminhamento a outros prestadores de cuidados.
<p><b>Milani, H. et al.</b></p> <p><b>Postpartum home care and its effects on mothers health</b></p> <p><b>2017</b></p>	<p>Avaliar os efeitos da visita domiciliária</p>	<p>Ensaio clínico num total de 276 mulheres (92 mulheres-intervenção e 184 mulheres - controlo)</p>	<p>Fornecer assistência (visita domiciliária) a mulheres no pós-parto e avaliar os benefícios desta intervenção</p>	<p>Revisão da literatura; Estudo comparativo (ensaio clínico); Estudo quantitativo</p>	<p>Mulheres que recebem intervenção de apoio no pós-parto têm benefícios ao nível da amamentação, da contração e na resolução de problemas relacionados com obstipação, fadiga e depressão pós-parto. O programa de cuidados domiciliários no pós-parto tem efeitos positivos no estado de saúde das mães e sua satisfação ao nível social.</p>
<p><b>Medeiros, L. &amp; Costa, A.</b></p> <p><b>Postpartum period: the importance of home visits given by the nurse in Primary Health Care</b></p> <p><b>2016</b></p>	<p>Compreender a importância atribuída pelos enfermeiros (que atuam na saúde primária) em relação às visitas domiciliárias no período puerperal</p>	<p>38 enfermeiros</p>	<p>Aplicação de entrevistas semiestruturadas a enfermeiros, com posterior análise do conteúdo à luz da abordagem teórica de Bardin</p>	<p>Estudo Quantitativo; Entrevista Semiestruturada</p>	<p>A visita domiciliária é uma ferramenta que aproxima a Unidade de Saúde da realidade vivenciada pela puérpera. Esta é imprescindível, podendo contribuir para a redução da morbimortalidade da puérpera e RN, aumentar o vínculo entre a unidade e família e diminuir os riscos de complicações pós-parto. Contudo, ainda apresenta desafios para que se alcance uma assistência satisfatória.</p>

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
<p><b>Dahlberg, U., Haugan, G., &amp; Aune, I.</b></p> <p><b>Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period</b></p> <p><b>2016</b></p>	<p>Avaliar as experiências das mulheres em relação aos cuidados de obstetrícia em contexto de visita domiciliária, durante o período pós-natal</p>	<p>24 mulheres que tiveram a experiência da visita domiciliária.</p>	<p>Gravação (e posterior tradução) das diferentes entrevistas durante a realização a dinâmica focus-group</p>	<p>Estudo Qualitativo Entrevistas (focus-group)</p>	<p>Os cuidados oferecidos no período pós-natal precoce, são cruciais para ajudar a mulher a acreditar na sua capacidade de lidar com o seu novo papel de mãe. O relacionamento pessoal com a parteira responsável pelas visitas domiciliárias, oferece maior previsibilidade, disponibilidade e confiança à mulher.</p>
<p><b>Dodou, H., Oliveira, T., Oriá, M., Rodrigues, D., Pinheiro, P., &amp; Luna, I.</b></p> <p><b>Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers</b></p> <p><b>2017</b></p>	<p>Compreender as representações sociais das mulheres puérperas relativamente ao conteúdo das práticas educativas realizadas pela enfermagem no puerpério</p>	<p>19 mulheres puérperas</p>	<p>Aplicação de entrevistas semiestruturadas (10 minutos) em contexto de visita domiciliária, com objetivo de compreender o significado atribuído à prática educacional no período pós-parto. A Teoria das Representações Sociais foi usada como referência teórica</p>	<p>Estudo Descritivo e Qualitativo (entrevistas semiestruturadas)</p>	<p>É necessário redirecionar as práticas educativas no puerpério, a fim de cobrir o necessidades biopsicossociais das mulheres neste período de vida. As ações educativas devem basear-se no modelo de problematização, com um estímulo para a autonomia das mães/puérperas e a valorização dos seus conhecimentos sociais.</p>

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
<p><b>Brodribb, W., Hawley, G., Mitchell, B., Mathews, A., &amp; Zakarija-Grković, I.</b></p> <p><b>Face-to-face health professional contact for postpartum women</b></p> <p><b>2019</b></p>	<p>Compreender o efeito do contacto presencial do profissional de saúde com mulheres no pós-parto (nas primeiras quatro semanas após alta hospitalar), em resultados de saúde materno-infantis</p>	<p>8332 mulheres saudáveis, mães de bebês e de termo (37-42 semanas)</p>	<p>Revisão da literatura realizada com base na metodologia PRISMA. Bases de dados científicas: Cochrane Registo de Ensaios Controlados, Medline, Embase, Índice Cumulativo de Enfermagem e Literatura aliada à Saúde. E ainda pesquisa física em 30 revistas e processos de conferências</p>	<p>Revisão da literatura: estudos qualitativos e quantitativos; Meta-análises</p>	<p>O contacto do profissional de saúde com mãe-bebê, no primeiro mês após o nascimento, pode contribuir para uma transição mais suave no pós-parto, ajudando a prevenir e gerir complicações infantis e maternas e a reduzir despesas dos sistemas de saúde.</p>
<p><b>Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., &amp; Boström, A.</b></p> <p><b>New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care</b></p> <p><b>2018</b></p>	<p>Compreender de que forma experienciam os pais os cuidados pós-parto em relação à informação e segurança</p>		<p>Pesquisa sistemática na base de dados PubMed e CINAHL para literatura publicada entre Janeiro de 2002 e agosto de 2017</p>	<p>Revisão da literatura: estudos qualitativos e quantitativos</p>	<p>A continuidade dos cuidados no pós-parto, com participação dos pais (individual e adaptada), informações consistentes, bem como sua preparação para a parentalidade, parecem ser fatores importantes relacionados com a segurança pós-parto dos pais.</p>

Autor, Título do Estudo e Ano	Objetivo do Estudo	Participantes	Intervenção	Tipo de Estudo	Principais resultados/Conclusões
<p data-bbox="210 363 472 392"><b>Turan, S., &amp; Derya, Y.</b></p> <p data-bbox="136 432 546 603"><b>The effects of midwifery care provided to primiparous mothers during the postpartum period on maternal attachment and post-traumatic growth</b></p> <p data-bbox="309 647 371 676"><b>2021</b></p>	<p data-bbox="584 363 797 699">Determinar os efeitos dos cuidados de obstetrícia prestados às mães primíparas durante o período pós-parto sobre o vínculo materno e o crescimento pós-traumático</p>	<p data-bbox="831 363 1025 603">128 mulheres puérperas (64 mulher no grupo de controlo e 64 mulheres no grupo experimental)</p>	<p data-bbox="1070 331 1391 1066">Realização de 3 visitas domiciliárias no período de puerpério (até ao 42º dia) às mulheres do grupo experimental; Entrega de um livro com informações sobre cuidados maternos pós-parto e cuidados neonatais, após as visitas. Este serviria para orientar a prestação de cuidados adequados em domicílio, fornecendo informações críticas durante o período pós-parto. Aplicação de formulários de informações pessoais, o Maternal Attachment Inventory (MAI) e o Inventário de Crescimento Pós-traumático (PTGI)</p>	<p data-bbox="1435 363 1630 571">Estudo Quantitativo Quase Experimental em grupo de controlo com pré-teste/pós-teste</p>	<p data-bbox="1682 363 2181 539">Constatou-se que a assistência obstétrica prestada às mães primíparas durante o puerpério teve um efeito positivo nos níveis de crescimento pós-traumático e vínculo materno.</p>

**Apêndice VI – Formulário “Expetativas das mulheres (puérperas) face à  
Visita Domiciliária de Enfermagem, para resposta às necessidades do  
Puerpério”**

Formulário sobre as “Expectativas das mulheres (puérperas) face à Visita Domiciliária de Enfermagem, para resposta às necessidades do puerpério”.

**Parte I – Caracterização Sociodemográfica**

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Escolaridade: Quarto Ano  12º Ano  Bacharelato  Licenciatura  Outro  Qual?

3- Nº de Filhos \_\_\_\_\_

4- Idade dos filhos \_\_\_\_\_

5- Houve intercorrências na gravidez? (se sim, quais?)

6- Tipo de Parto \_\_\_\_\_

**Parte II – Expectativas da mulher face à Visita Domiciliária de Enfermagem, em resposta às principais necessidades do puerpério.**

1 – Frequentou as consultas vigilância saúde materna:

- No Centro de Saúde

- No seu médico particular  - Outro  Qual? \_\_\_\_\_

- Não fez vigilância

2 – Frequentou algum Curso de Preparação para o Nascimento ou Parentalidade?

Sim  Não

3 – Considera que obteve todos os conhecimentos para cuidar do seu filho Recém-nascido?

Sim  Não

3.1 – Quem lhe forneceu os conhecimentos referidos na pergunta anterior?

Médico  Enfermeiro  Familiar  Amigo  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

4 - Considera que seria importante para si a realização de uma Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, nos primeiros dias aquando do regresso a casa?

Sim  Não

5 – Que situações específicas do pós-parto (relativas à mãe-RN-família) a deixaram mais apreensiva? (Cuidados ao RN, autocuidado, isolamento social, ficar sozinha com o RN, retomar o trabalho precocemente ou ficar afastada do trabalho, (...)). Porquê?

**Apêndice VII – Consentimento Informado**

Exma. Senhora,

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que estou a frequentar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, enquadra-se a realização de um projeto de estágio, sobre o tema "A Visita Domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade". Para a aplicação deste projeto, importa auscultar a opinião das Puérperas/ Famílias do Hospital [REDACTED]. O presente formulário, destina-se assim, a auscultar a sua opinião sobre as expetativas face à Visita Domiciliária de Enfermagem à puérpera/RN e família. Pretende-se desta forma, conhecer as necessidades, sentidas por si, nesta fase (puerpério) e qual a importância desta visita, enquanto apoio no regresso a casa. O presente formulário tem carácter confidencial. Agradeço a sua preciosa colaboração.

Andreia Sofia Norton Brandão (nº 80514 OE)

Por favor, dê o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo se concorda com o seguinte:

***Eu, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permitindo a utilização dos dados por mim fornecidos para o mesmo.***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Apêndice VIII – Parecer da Comissão de Ética**

## PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 066/2021

TIPO DE ESTUDO: TESE DE MESTRADO

Tese de Mestrado:

A visita domiciliária como recurso facilitador do processo de Transição para a Parentalidade

Após reunião de 23 de Junho de 2021, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados), estando de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [REDACTED] presentes em reunião de 23 de Junho de 2021:

Presidente	Dr.ª Teresa Brandão
Vice Presidente	Dr.ª Carla Carneiro
Vogais	
	Dr. José Tomé
	Dr. Vasco Rodrigues
	Enf.ª Helena Cardoso
	Pe. Pedro Monteiro

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [REDACTED], cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 23 de Junho de 2021, Parecer Favorável.

P/ A Presidente da Comissão de Ética

Dr.ª Teresa Brandão

[REDACTED]  
*Carla Carneiro*

(CARLA CARNEIRO)