



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Fatores que influenciam a introdução de aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento após o parto

Bruna Correia Arieiro

Viana do Castelo, abril de 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

utad

UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Fatores que influenciam a introdução de aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento após o parto

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo no âmbito do Consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho nº 12705/2022 em Diário da República, 2ª série — N.º 211 — 2 de novembro de 2022.

Bruna Correia Arieiro

Orientadora: Andreia Gonçalves

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Viana do Castelo, abril de 2025

Arieiro, B. C. (2025) - *Relatório de Estágio de Natureza Profissional: Fatores que influenciam a introdução de aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento após o parto*. Viana do Castelo: Relatório final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio, para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Palavras-chave: Aleitamento artificial; Recém-nascido; Internamento hospitalar; Pós-parto

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional foi uma jornada repleta de desafios, aprendizagens e conquistas, que só foi possível graças ao apoio, incentivo e orientação de várias pessoas e instituições, às quais expresso o meu profundo agradecimento.

Agradeço, primeiramente, aos docentes e colaboradores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pela partilha de conhecimentos e suporte ao longo do percurso académico. Um reconhecimento especial às professoras *Andreia Gonçalves* e *Conceição Freitas*, cuja orientação e disponibilidade foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho, assim como o apoio, preocupação, exigência, incentivo e pelos saberes partilhados ao longo de todo o processo.

Expresso também a minha gratidão a todos os profissionais que me acolheram e orientaram durante o estágio, em especial às enfermeiras *Marlene* e *Marta* pelo profissionalismo, paciência e pelos ensinamentos que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço às pessoas e famílias que confiaram em mim durante esta experiência, permitindo-me aprender e evoluir com as suas histórias.

À minha família e amigos, que estiveram sempre ao meu lado, com amor incondicional, incentivo e palavras de motivação nos momentos mais difíceis, a minha eterna gratidão. Sem o vosso apoio, esta etapa não seria possível.

Por fim, a todos que, de forma direta ou indireta, fizeram parte deste percurso, o meu mais sincero obrigada.

"A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como tal requer uma dedicação tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor."

Florence Nightingale

ÍNDICE

PARTE I CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA

PROFISSIONAL 1

1- Enquadramento do Estágio de Natureza Profissional 3

2- Caracterização da Organização onde se desenvolve o estágio 5

3- Pressupostos Teóricos à Prática de Cuidados 8

PARTE II ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 11

1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 13

2- Competências Específicas adquiridas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 17

2.1- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto 17

2.2- Reflexão sobre as Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica 37

PARTE III COMPONENTE INVESTIGATIVA 40

1- Enquadramento teórico 43

1.1- Amamentação 43

2- Metodologia 47

2.1- Objetivo e Finalidade do estudo 47

2.2- Identificação da questão de investigação 47

2.3- Tipo de Estudo: Scoping Review 48

2.4- Critérios de Inclusão e Exclusão 49

2.5- Estratégia de Pesquisa 50

2.6- Processo de Seleção dos Estudos 51

2.7- Extração e Análise de dados 53

3- Apresentação dos resultados 54

3.1- Caracterização dos estudos 54

3.2- Caracterização dos resultados 61

4- Discussão dos resultados 62

5- Conclusão do estudo.....	73
<i>CONCLUSÃO GERAL</i>	75
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	77
<i>APÊNDICES.....</i>	89
Apêndice I: Atividade “Medidas de alívio da dor”	90
Apêndice II: Estratégia de pesquisa	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama PRISMA.....	52
Figura 2: Categorização dos resultados	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos Artigos Seleccionados	55
--	----

RESUMO

Introdução: A Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia exige que o Enfermeiro Especialista atue de forma autónoma, com uma intervenção especializada, independente e/ou interdependente. Para tal, é imprescindível que possua competências técnico-científicas avançadas, capacidade de pensamento crítico e reflexivo, bem como habilidades interpessoais, comunicacionais e ético-deontológicas. O Estágio de Natureza Profissional foi uma oportunidade única para aplicar e aprofundar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, permitindo o desenvolvimento de competências essenciais nesta área. Este relatório reflete sobre as experiências vividas durante o estágio, com ênfase na introdução do aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento hospitalar pós-parto. A amamentação, amplamente recomendada pela Organização Mundial da Saúde como a melhor forma de nutrição para o recém-nascido, no entanto, observou-se uma elevada introdução de fórmulas infantis ainda no ambiente hospitalar, um fator que pode comprometer a continuidade do aleitamento materno. Assim, é fundamental identificar os fatores que influenciam a introdução de fórmulas lácteas artificiais, reconhecendo que, embora a relação não seja sempre direta, o seu entendimento permite colmatar barreiras e criar estratégias mais eficazes na promoção da amamentação exclusiva.

Objetivo: Este relatório tem como objetivo desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do Estágio de Natureza Profissional; contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da implementação de práticas baseadas em evidência científica; e apresentar os resultados da investigação realizada. O estudo de investigação teve como objetivo mapear o conhecimento científico existente acerca dos fatores que levam à introdução do aleitamento artificial durante o internamento hospitalar.

Metodologia: A prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família, pautou-se pelos pressupostos teóricos de Afaf Meleis com a Teoria das Transições. Foi realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, com base nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para a componente investigativa, recorreu-se à metodologia de *Scoping Review*, seguindo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute*, com

a questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento hospitalar após o parto?”.

Resultados: Durante o estágio, foram adquiridas as competências necessárias para a prática especializada de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Também o estudo de investigação desenvolveu conhecimentos aprofundados na área da amamentação. Os resultados dos 12 estudos analisados revelaram quatro categorias de fatores associados à introdução do aleitamento artificial: fatores maternos (percepção insuficiente de leite, ansiedade, idade materna, exaustão e preferência), fatores neonatais (idade gestacional, peso ao nascimento, perda de peso, hipoglicemia, icterícia, dificuldades na pega), práticas hospitalares e apoio profissional (tipo de parto, atraso no contacto pele a pele e não amamentar na 1ª hora de vida) e influência familiar e sociocultural (escolaridade materna, condição socioeconómica e pressão familiar/social).

Conclusão: Os objetivos do estágio foram alcançados, tendo-se verificado um crescimento significativo em competências técnicas, científicas e relacionais na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica. O Enfermeiro Especialista desempenha um papel essencial na promoção e apoio ao aleitamento materno, sendo fundamental implementar estratégias que previnam a introdução precoce do aleitamento artificial sem necessidade clínica. Este estudo evidencia a importância da formação contínua dos profissionais de saúde e da implementação de políticas hospitalares que priorizem o aleitamento materno, garantindo uma abordagem baseada na evidência e centrada na família.

Palavras-chave: Aleitamento artificial; Recém-nascido; Internamento hospitalar; Pós-parto.

ABSTRACT

Introduction: Maternal Health and Obstetric Nursing requires the Specialist Nurse to act autonomously, with a specialised, independent and/or interdependent intervention. To this end, it is essential that they possess advanced technical-scientific competences, critical and reflective thinking skills, as well as interpersonal, communication and ethical-deontological skills. The Professional Internship was a unique opportunity to apply and deepen the theoretical knowledge acquired throughout the course, allowing the development of essential skills in this area. This report reflects on the students' experiences during the internship, with an emphasis on the introduction of artificial feeding to the newborn during the postpartum hospital stay. Breastfeeding is widely recommended by the World Health Organisation as the best form of nutrition for the newborn, yet high frequency of introduction of infant formula while still in hospital was observed, a factor that can compromise the continuity of breastfeeding. It is therefore essential to identify the factors that influence the introduction of artificial milk formulas, recognising that, although the relationship is not always direct, understanding these factors helps to overcome barriers and develop more effective strategies to promote exclusive breastfeeding.

Objective: This report aims to develop skills in the provision of specialised Maternal Health and Obstetric Nursing care, to describe and reflect on the activities carried out and skills acquired during the Professional Internship; to contribute to improving the quality of care provided through the implementation of practices based on scientific evidence; and to present the results of the research carried out. The aim of the research study was to map existing scientific knowledge about the factors that lead to the introduction of artificial feeding during hospitalisation.

Methodology: The provision of specialised nursing care to women, newborns and their families was based on the theoretical assumptions of Afaf Meleis and Transitions Theory. A critical-reflective analysis was made of the activities carried out, based on the common and specific competences of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. For the research component, the Scoping Review methodology was used, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute, with the research question: 'What factors influence the introduction of artificial breastfeeding to the newborn during hospitalisation after childbirth?'.

Results: During the internship, the necessary skills for specialised nursing practice in maternal and obstetric health were acquired. The research study also developed in-depth knowledge in the area of breastfeeding. The results of the 12 studies analysed revealed four main categories of factors associated with the introduction of artificial feeding: maternal factors (perception of insufficient milk, anxiety, maternal age, exhaustion and preference), neonatal factors (gestational age, birth weight, weight loss, hypoglycaemia, jaundice, difficulties in latching on), hospital practices and professional support (type of delivery, delay in skin-to-skin contact and not breastfeeding in the first hour of life) and family and sociocultural influence (maternal education, socioeconomic status and family/social pressure).

Conclusion: The objectives of the internship were achieved, with significant growth in technical, scientific and relational skills in the area of maternal health and obstetric nursing. The specialist nurse plays an essential role in promoting and supporting breastfeeding, and it is essential to implement strategies that prevent the early introduction of artificial breastfeeding without clinical need. This study highlights the importance of continuous training for health professionals and the implementation of hospital policies that prioritise breastfeeding, ensuring an evidence-based, family-centred approach.

Keywords: Artificial feeding; Newborn; Hospital admission; Postpartum.

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. - et alli (e outros)

p. - página

s.d. - sem data

nº - número

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACOG- *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

BP- Bloco de Partos

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CMESMO- Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG- Cardiotocografia

DGS- Direção-Geral da Saúde

DMC- Departamento da Mulher e da Criança

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP- Estágio de Natureza Profissional

ESS- Escola Superior de Saúde

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

IHAC- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

IPVC- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

JB- Joanna Briggs Institute

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

OE- Ordem dos Enfermeiros

PIEB- Programmed Intermittent Epidural Bolus System

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

RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REN- Relatório de Estágio de Natureza Profissional

RN- Recém-nascido

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SU- Serviço de Urgência

TP- Trabalho de Parto

ULS- Unidade Local de Saúde

UTAD- Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

WHO- World Health Organization

PARTE I
CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL

1- Enquadramento do Estágio de Natureza Profissional

Em conformidade com o plano de estudos publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 211 de 2 de novembro de 2022, o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) do Consórcio constituído pelo Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Instituto politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) integra o Estágio de Natureza Profissional (ENP).

O ENP ocorre no 2º semestre do 2º ano do curso, com uma carga de 30 ECTS, o que equivale a um total de 810 horas de trabalho do estudante. Destas, 640 horas são de contacto direto. Especificamente, 420 horas foram dedicadas ao contexto clínico, 10 horas a seminários para apoio na elaboração dos trabalhos, 10 horas a orientação tutorial e 200 horas para suporte no desenvolvimento do relatório (IPB, IPVC & UTAD, 2023).

Entre 19 de fevereiro e 31 de julho de 2024, ocorreu o ENP no contexto do Bloco de Partos (BP) de uma unidade de cuidados hospitalares. Este estágio focou-se no desenvolvimento de competências essenciais na vigilância, planeamento, intervenção e interdependência dos cuidados prestados à parturiente e à sua família durante o Trabalho de Parto (TP), com o objetivo de garantir um parto seguro e otimizar a saúde da mãe e do Recém-nascido (RN) na adaptação à vida extrauterina.

Os objetivos do ENP, incluem aplicar conhecimentos no planeamento, execução e avaliação de cuidados especializados nesta área. Além disso, visam interpretar a complexidade das intervenções baseadas em evidências científicas para a prestação e gestão de cuidados ao longo do ciclo vital, abrangendo famílias, grupos e comunidades em diferentes níveis de prevenção. Outro objetivo é integrar princípios éticos e legais da profissão no desenvolvimento de ações autónomas ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica. Também se procura participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção em Saúde Materna e Obstétrica, documentar os cuidados e intervenções realizados, e sistematizar evidências para integrar conhecimentos técnico-científicos, éticos e relacionais, além de desenvolver a capacidade crítica e fundamentar a tomada de decisões. (IPB, IPVC & UTAD, 2023).

A escolha de realizar um ENP foi motivada pela necessidade de aprofundar as competências desenvolvidas em estágios anteriores, com o objetivo de melhorar o

desempenho profissional no futuro. Também pela necessidade da aquisição de competências e experiências mínimas obrigatórias específicas na área dos cuidados especializados à mulher inserida na família, durante o TP e parto, para o exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), plasmadas no Regulamento nº 391/2019 publicado em Diário da República, 2.^a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

No contexto do ENP e das competências específicas do EEESMO, faz parte a realização de um estudo de investigação baseado nas necessidades observadas. Este estudo foi projetado para desenvolver capacidades tanto ao nível pessoal quanto profissional, além de pretender melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O foco da investigação foi a introdução de aleitamento artificial no hospital em contexto de internamento puerpério.

A opção por este tema surge da observação de que muitos RN recebem alta hospitalar já com fórmula introduzida. Dada a importância do aleitamento materno, considerou-se importante investigar os fatores que contribuem para a introdução do aleitamento artificial entre o nascimento e a alta hospitalar, a fim de compreender melhor as circunstâncias que podem estar a influenciar essa prática e, assim, aprimorar a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, optou-se por realizar uma *scooping-review* para mapear os determinantes que influenciam a introdução do aleitamento artificial entre o nascimento e a alta hospitalar, possibilitando que esta informação se torne num recurso de apoio e suporte a todos os profissionais que prestam cuidados neste período, incluindo o serviço onde decorreu o ENP.

A prática de cuidados foi fundamentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que fornece uma estrutura para a compreensão das transições que as mulheres vivenciam durante a gravidez, o parto e o pós-parto, como mudanças físicas, emocionais e sociais.

2- Caracterização da Organização onde se desenvolve o estágio

O hospital que integra o BP onde decorreu o ENP pertence a uma Unidade Local de Saúde (ULS), em que consiste numa unidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que presta, de forma integrada, cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população residente na sua área de influência.

A Unidade Local de Saúde (ULS) abrange todo o distrito, com 2.219 km², 231.293 habitantes e uma densidade populacional de 104,2 pessoas/km². A população é composta por 11,2% de jovens (<15 anos), 28,1% de idosos (≥65 anos) e 60,7% em idade ativa (15-64 anos). A região representa 2,26% da população nacional e 6,5% da Região Norte, com um índice de envelhecimento de 252 e 2,2 ativos por idoso (Unidade Local de Saúde do Alto Minho, n.d.).

A missão da ULS é identificar necessidades de saúde e oferecer respostas integradas, otimizando recursos e garantindo a qualidade e eficiência. Como visão pretende tornar-se uma organização otimizada e focada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do distrito, servindo como modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

Este hospital divide-se em vários departamentos, o Departamento da Mulher e da Criança (DMC), estabelecido no final de 2006, é uma estrutura de gestão intermediária que desempenha um papel significativo e distinto na prestação de cuidados a grávidas, RN, crianças e adolescentes. O DMC inclui os serviços de obstetrícia, ginecologia, pediatria, consulta externa de pediatria e unidade de cuidados intensivos neonatais. A gestão do departamento é autónoma e está a cargo de uma diretora, uma enfermeira e uma gestora.

O serviço de obstetrícia é composto por várias unidades, incluindo a consulta externa materno-fetal, o serviço de urgência (SU) de obstetrícia/ginecologia, o internamento de grávidas (com 9 camas), o bloco de partos (com 5 unidades individualizadas) e o internamento de puerpério (com 12 camas e 12 berços).

A consulta externa materno-fetal atualmente encontra-se num piso distinto dos restantes serviços do departamento, disponibilizando a realização de diagnóstico pré-natal, consultas de reavaliação de risco obstétrico, ecografias obstétricas e consultas de

termo, sendo a consulta de enfermagem assegurada por EEESMO. Em 2023, foram registradas 3,233 consultas de obstetrícia de diagnósticos pré-natais.

O SU em obstetrícia está localizado no mesmo espaço físico das demais unidades, recebe mulheres encaminhadas pela urgência geral do hospital. A unidade conta com uma sala de enfermagem, onde são realizados alguns procedimentos como colheitas de amostras, uma sala médica dedicada à obstetrícia e outra à ginecologia.

Em relação ao internamento de grávidas, este serviço recebe grávidas de alto risco, em processo de abortamento, em início do TP, e admite pacientes provenientes do SU, da consulta externa de materno-fetal ou transferidas de outros hospitais. O serviço conta com uma separação física em relação ao internamento de puerpério e BP, estando atualmente localizado na ala do serviço de ginecologia.

Relativamente ao BP, compreende 5 unidades individualizadas de cuidados intraparto, permitindo a permanência 24/24 horas de um acompanhante, e uma sala de reanimação neonatal. O parto distócico por cesariana é realizado no bloco operatório central, no entanto o serviço de BP iniciou obras de requalificação onde será incluído um bloco para a realização de cesarianas. Segundo os dados do Consórcio Português de Dados Obstétricos no ano de 2023 realizaram-se 1207 partos neste BP sendo 60.64% eutócicos e 39.35% cesarianas.

Finalmente, o internamento de puerpério atualmente dispõe de unidades individualizadas, promovendo o alojamento conjunto mãe/RN e permitindo, sempre que possível e viável, a permanência de um acompanhante escolhido pela puérpera por 24 horas. Nesta área funcional, foi criado um gabinete individualizado para observação do RN. Ainda neste espaço encontra-se um gabinete de apoio social com a presença constante de uma assistente social, e uma sala de registo de nascimento sob a responsabilidade da Conservatória do Registo Civil.

O serviço de obstetrícia dispõe de duas atividades direcionadas às mulheres que procuram ou estão no processo de escolha desta unidade para cuidados intraparto. Semanalmente, num dia fixo um EEESMO da unidade realiza uma visita à maternidade com os casais que manifestem esse desejo. Também semanalmente ocorre a consulta de plano de parto sob orientação de um EEESMO. Esta consulta é uma oportunidade para os casais discutirem e elaborarem um plano detalhado onde estão refletidos os desejos e

vontade dos mesmos para o TP e parto. As visitas e a consulta de plano de parto carecem de agendamento prévio.

No serviço de obstetrícia, os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar composta por médicos obstetras/ginecologistas, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Os EEESMO trabalham em sistema rotativo, o que significa que não há uma equipa dedicada exclusivamente ao BP. É importante destacar que os enfermeiros de cuidados gerais e os especialistas em saúde infantil e pediátrica atuam exclusivamente no internamento de puerpério

Além disso, há a colaboração de outros profissionais, como anestesiistas, neonatologistas, pediatras, técnicos de serviço social e psicólogos. Atualmente, a equipe médica é formada por 17 médicos especialistas, 5 médicos internos e 5 médicos tarefeiros. A equipe de enfermagem é composta por 24 enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, dois enfermeiros especialista em saúde infantil e pediátrica e nove enfermeiros de cuidados gerais. A equipe de assistentes operacionais inclui 17 assistentes e uma encarregada operacional, e a equipe multidisciplinar também conta com dois assistentes técnicos.

3- Pressupostos Teóricos à Prática de Cuidados

Fundamentar a prática de enfermagem em teorias é crucial. O conhecimento teórico fortalece os EEESMO orientando o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional, aumentando a probabilidade de sucesso. Aprofundar o conhecimento sobre os fundamentos teóricos permite que os EEESMO comuniquem claramente as suas práticas a outros profissionais de saúde, promovendo assim a autonomia profissional. Além disso, a integração das teorias na prática profissional desenvolve capacidades analíticas e de pensamento crítico, clarifica valores e pressupostos, e orienta os objetivos na prática, no ensino e na investigação em enfermagem (Tomey & Alligood 2004).

Ao longo dos anos, a enfermagem em saúde materna e obstétrica tem procurado consolidar-se como uma disciplina científica. É importante destacar que as bases da profissão estão alicerçadas em teorias que orientam e sustentam a prática diária dos EEESMO, garantindo uma abordagem fundamentada e de qualidade. Várias teorias têm contribuído com conceitos essenciais para a compreensão e implementação do cuidado de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Estes princípios teóricos foram fundamentais para estabelecer modelos e princípios que orientaram a prática ao longo de todo o estágio, contribuindo para o fortalecimento e evolução da identidade profissional (Tomey & Alligood 2004).

Assim, ao considerar a importância das teorias na prática de enfermagem em saúde materna e obstétrica, destaca-se com relevância a Teoria das Transições de Afaf Meleis no contexto da saúde materna e obstétrica. A saúde materna e obstétrica é um campo onde esta teoria se aplica de forma muito relevante, pois envolve diversas transições significativas na vida das mulheres, como o caso do nascimento de um filho, um momento de significativa transição e adaptação para o casal.

Após vários anos a refletir sobre transições, Afaf Meleis desenvolveu uma teoria de médio alcance, a qual designou de Teoria das Transições. Meleis desenvolveu esta Teoria como uma forma de compreender o desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante as situações de stress. A teoria identifica transições como períodos de mudança, que podem ser de desenvolvimento, saúde/doença, situacionais ou organizacionais. Na área da saúde, essas transições são vistas como momentos críticos que requerem apoio adequado para facilitar a adaptação e o bem-estar das pessoas (Meleis, 2010).

A Teoria de Transições de Afaf Meleis é composta por quatro componentes principais: a natureza das transições, que aborda os tipos de transição, a sua duração e as mudanças associadas; as condições que influenciam as transições, que incluem fatores pessoais, sociais e comunitários que podem facilitar ou dificultar o processo; os padrões de resposta, que descrevem as reações dos indivíduos às transições, variando de um bom ajustamento a dificuldades significativas; e os processos de facilitação, que envolvem as intervenções e estratégias dos profissionais de saúde para apoiar e promover uma transição mais suave e bem-sucedida. (Meleis, 2010).

Segundo Hwang et al., (2022), a mulher, além de assumir o papel de mãe, vivencia e adapta-se a diversas mudanças multidimensionais ao longo da gravidez e no período pós-parto. Portanto, enfermeiros e EEESMO devem basear-se na compreensão das mudanças físicas, psicológicas, sociais e relacionais vivenciadas pelas mulheres durante o período de transição para a maternidade, oferecendo cuidados de enfermagem que considerem essas diversas dimensões. Consultar e fornecer aconselhamento contínuo sobre os vários aspectos da transição que as mulheres experimentam após o parto pode promover uma transição bem-sucedida para a maternidade.

Enquanto EEESMO, detemos uma posição privilegiada para intervir nos processos de facilitação descritos por Meleis, que incluem a educação para a saúde, o empoderamento das mulheres, o envolvimento da família no cuidado e a construção de um relacionamento terapêutico de confiança. No contexto obstétrico, essas estratégias são essenciais para preparar a mulher para o parto e para o período pós-natal, promovendo uma transição segura e saudável. É igualmente importante reconhecer as complexidades das transições associadas à maternidade e ser capacitados para identificar os fatores que influenciam essas transições aplicando intervenções que facilitem o ajustamento e o bem-estar das mulheres durante e após a gravidez (Hwang et al., 2022).

PARTE II
ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os enfermeiros especialistas devem guiar as suas práticas por um conjunto de normas e diretrizes que asseguram a prestação de cuidados de alta qualidade e segurança aos utentes. De entre os vários regulamentos e normas importa destacar o *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (OE, 2019a).

Este regulamento define os padrões e diretrizes fundamentais que orientam a prática profissional em diversas especialidades da enfermagem e estabelece um quadro normativo que assegura que todos os enfermeiros especialistas operem com um elevado nível de competência, ética e profissionalismo. Este regulamento garante a prestação de cuidados de saúde de qualidade, promovendo a segurança e o bem-estar dos utentes. Além disso, a adesão a estas normas contribui para a credibilidade e a confiança na profissão de enfermagem, proporcionando uma base sólida para a melhoria contínua e a inovação na prática clínica.

Ao enfermeiro especialista reconhece-se a “(...) *competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem (...)*” (OE, 2019a, p.4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista são fundamentais para garantir um padrão elevado de cuidado e profissionalismo em todas as áreas de especialização, incluindo a saúde materna e obstetrícia.

O domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** envolve desenvolver uma prática profissional que respeita as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, assegurando práticas que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a, p.4745). Durante o todo o percurso, procurou-se exercer uma prática baseada nas normas e protocolos institucionais e legais do serviço, assim como o uso das plataformas de registo. Estes servem não apenas para uma uniformização do cuidar pela equipa multidisciplinar, evitar resultados adversos, mas apresentam também uma segurança para a equipa e para os utentes.

A análise de documentos essenciais para o exercício e regulamentação da profissão de Enfermagem, como o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015a) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1996) forneceram uma

base sólida para o desenvolvimento de uma prática especializada, fundamentada nas diretrizes éticas e deontológicas da profissão. Os protocolos e normas institucionais estabeleceram padrões claros para as intervenções, reduzindo a variabilidade nos cuidados e minimizando a ocorrência de erros. O uso de plataformas de registo, por sua vez, permitiu uma documentação detalhada de todas as intervenções realizadas, criando um histórico preciso das ações e decisões tomadas. Isso não só facilitou a continuidade dos cuidados entre os profissionais, como também pode servir de um meio de proteção legal para os enfermeiros, ao demonstrar que todas as ações realizadas estão em conformidade com as diretrizes e boas práticas.

Além disso, a comunicação transparente e eficiente desempenhou um papel essencial em garantir que as parturientes estivessem plenamente informadas sobre cada procedimento, obtendo o consentimento informado de maneira consciente e voluntária, respeitando os seus direitos e autonomia.

A competência de **melhoria contínua da qualidade** envolve um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governança clínica, desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a). "A qualidade em saúde envolve a prestação de cuidados acessíveis, equitativos e adequados, com foco na competência profissional, no uso otimizado dos recursos e na promoção da adesão e satisfação dos cidadãos. Esse conceito abrange a adequação dos serviços às necessidades e expectativas da população, essencial para uma assistência segura e humanizada" (Solla & Chioro, 2020, p. 15).

Assim, a formação contínua das equipas é essencial para garantir a atualização e uniformização dos cuidados prestados de modo a corresponder as necessidades e expectativas. Durante o decorrer do estágio, foi identificada como necessidade da equipe de EEESMO explorar as estratégias de conforto e de alívio da dor durante o TP. Em resposta a essa demanda, foi organizada, de forma voluntária, uma formação específica sobre “Medidas de alívio da dor” (Apêndice I). Essa iniciativa visou estimular o conhecimento da equipa sobre métodos não farmacológicos, oferecendo um leque mais abrangente de opções para o cuidado das parturientes. A formação foi conduzida utilizando uma metodologia participativa e integrativa, abordando diversas técnicas não farmacológicas, esses métodos foram apresentados com base em evidências científicas e

na prática clínica, destacando as suas vantagens, indicações e formas de aplicação durante as diferentes fases do TP. Além de atualizar o conhecimento técnico da equipa, a formação proporcionou um espaço para troca de experiências e discussão sobre os benefícios e desafios do uso dessas medidas no contexto obstétrico. A formação também reforçou a importância de uma abordagem centrada na mulher, onde a escolha das intervenções não farmacológicas é feita em conjunto com a parturiente, respeitando suas preferências, autonomia e singularidade.

De acordo com os dados do hospital referentes a 2023, 61% dos partos eutócicos realizados contaram com analgesia epidural, enquanto 39% das mulheres recorreram a outros métodos ou não utilizaram qualquer forma de alívio da dor. A escolha deste tema revelou-se particularmente relevante, uma vez que, embora a analgesia epidural seja amplamente solicitada, observa-se um crescente interesse por parte das mulheres em explorar alternativas para o alívio da dor durante o TP e parto.

Durante todo o período de ensino clínico, procurou-se realizar práticas de elevada qualidade, com o objetivo de garantir um ambiente seguro e terapêutico para todos as parturientes. Para isso, foram implementadas abordagens baseadas em evidências científicas e em protocolos institucionais, assegurando que cada intervenção respeitasse os princípios éticos e as necessidades individuais das utentes.

O domínio da **gestão dos cuidados** inclui a gestão dos cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e também adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019a). Nesta área a gestão eficaz dos cuidados é particularmente importante devido à variabilidade e imprevisibilidade da demanda. Os serviços podiam, em determinados momentos, estar vazios e, repentinamente, tornarem-se ocupados por diversas parturientes, cada uma apresentando necessidades específicas e diferentes graus de urgência, assim era necessária uma capacidade de resposta rápida e precisa às demandas emergentes. A articulação com outros profissionais de saúde foi igualmente importante. Obstetras, neonatologistas e anestesistas desempenham papéis fundamentais, a adoção de uma comunicação clara e eficaz entre a equipe de enfermagem e esses especialistas garante que todas as necessidades das parturientes sejam atendidas de maneira integrada.

Tornou-se significativa a avaliação rápida das situações e a tomada de decisões informadas de forma eficaz para garantir que todas as parturientes recebessem os melhores cuidados possíveis. Isso incluiu a capacidade de reavaliar constantemente as prioridades e ajustar os planos conforme as circunstâncias mudavam.

O domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** envolve o progresso do autoconhecimento e da assertividade, assim como uma práxis clínica baseada na evidência científica (OE, 2019a). Durante o ENP, aplicou-se este domínio ao focar no autoconhecimento e na atualização de conhecimentos baseados nas evidências científicas mais recentes.

A atualização de conhecimentos é basilar, assim como compreender as áreas com maior dificuldade para que estas possam ser mais exploradas. Assim, inicialmente, realizou-se uma autoavaliação para identificar competências e áreas que necessitavam de melhoria. São exemplos a comunicação e determinadas técnicas como episiorrafia que ao longo do tempo foram treinadas e praticadas tornando estes processos cada vez mais eficazes. A orientação de outras profissionais, principalmente das tutoras, foi aqui essencial. Manteve-se sempre um diálogo, possibilitando receber feedback acerca da prestação de cuidados e ter abertura para colocar dúvidas que ocorressem. Esse processo foi elementar para aumentar o autoconhecimento e a confiança, encorajando o juízo crítico e permitindo a tomada de decisões bem como a comunicação com a equipe multidisciplinar e as pacientes.

Estas competências comuns permitem proporcionar cuidados seguros e de alta qualidade. Ao aplicá-las na prática, o enfermeiro especialista não só melhora os resultados para os pacientes, mas também contribui para a evolução contínua da profissão. A reflexão sobre a própria prática, a adesão aos princípios éticos e legais, o compromisso com a melhoria contínua e a gestão eficaz dos cuidados são componentes básicas para qualquer enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização.

2- Competências Específicas adquiridas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O Regulamento n.º 391/2019 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* estabelece o perfil de competências específicas que os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica devem possuir nesta área de atuação, conforme estabelecido pela Lei n.º 156/2015. Este regulamento define as competências clínicas especializadas necessárias para a certificação dos EEESMO, garantindo que eles estão aptos a cuidar da mulher inserida na família e comunidade nas diversas fases do ciclo reprodutivo, incluindo o planeamento familiar, o período pré-concepcional e pré-natal, intraparto, pós-natal, climatério e na situação de saúde/doença ginecológica. Ao detalhar as responsabilidades e áreas de intervenção, o documento promove a qualidade e uniformidade dos cuidados prestados, estabelecendo padrões claros para a certificação e avaliação dos enfermeiros. Dessa forma, reforça também a confiança dos cidadãos na competência dos profissionais de saúde e contribui para a melhoria contínua da prática de enfermagem, protegendo a saúde materna e obstétrica (OE, 2019b).

2.1- Cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), o EEESMO desempenha um papel crucial durante o TP, parto e pós-parto, atuando para garantir o bem-estar materno e neonatal. No TP, o EEESMO acompanha a mulher, avaliando a evolução do processo, assegurando um ambiente seguro e oferecendo suporte físico e emocional para uma experiência positiva. Durante o parto, o EEESMO presta cuidados especializados que otimizam a saúde tanto da mãe quanto do RN. No pós-parto, o EEESMO promove a recuperação da puérpera, apoia a adaptação à parentalidade e garante cuidados ao RN, promovendo o seu desenvolvimento e bem-estar. Em todo o processo, este profissional também presta apoio à pessoa significativa que acompanha a parturiente, assegurando uma experiência de parto harmoniosa e positiva para todos (OE, 2021).

Assim, a prestação de cuidados à mulher e ao casal no contexto hospitalar, particularmente no BP, revelou-se central na aquisição e desenvolvimento das competências atribuídas ao EEESMO. As experiências e atividades realizadas durante o estágio serão expostas nesta secção.

A admissão da parturiente ao serviço de obstetrícia é um processo que marca o início dos cuidados durante o TP. Ao chegar ao hospital, a grávida é recebida no SU de obstetrícia por um EEESMO, neste momento, deverá ser estabelecida a primeira relação terapêutica, fundamentada na empatia e na confiança. Price (2017), destaca a importância da relação terapêutica entre o EEESMO e a parturiente durante a admissão ao serviço de obstetrícia. Este vínculo inicial, alicerçado na empatia e na confiança, determina a experiência de acolhimento, compreensão e segurança percebida pela grávida. Esta abordagem facilita uma comunicação aberta e eficaz, permitindo ao EEESMO compreender as necessidades individuais da parturiente. Dessa forma, é possível oferecer suporte emocional adequado, propor um plano de cuidados personalizado e discutir sobre os procedimentos a serem realizados e o processo do TP.

Como mencionado anteriormente, o hospital oferece uma consulta de plano de parto, e neste primeiro momento, é perguntado ao casal se o elaboraram. O plano de parto é um documento no qual a grávida, muitas vezes em conjunto com o seu parceiro e o EEESMO, detalha as suas preferências e expectativas para o TP, o nascimento e os cuidados pós-parto. Este plano pode incluir preferências sobre o ambiente do parto, métodos de alívio da dor, intervenções médicas, e a presença do companheiro durante o parto. Segundo Néné et al., (2016), a importância do plano de parto reside na sua capacidade de empoderar a grávida, promovendo uma experiência de parto mais personalizada, informada e alinhada com os seus desejos e necessidades, torna-se por isso necessário ser do conhecimento de toda a equipa para que as práticas sejam ajustadas às preferências do casal.

A observação de um grande número de casais que possuía plano de parto foi significativa e revela uma tendência crescente entre os casais em busca de uma participação mais ativa e consciente no processo de parto. Isso demonstra uma mudança cultural, onde os casais estão cada vez mais informados sobre as suas opções. Durante o ENP muitas parturientes não apresentavam um plano de parto por escrito. Ainda assim, isso não impediu que suas preferências e desejos fossem discutidos verbalmente,

respeitados e levados em consideração ao longo de todo o processo. Todas as dúvidas foram esclarecidas, garantindo uma experiência de parto que estivesse em harmonia com as suas expectativas e necessidades. Durante a prática de cuidados, ressaltou-se que o plano de parto, seja ele escrito ou não, poderia ser modificado a qualquer momento conforme a vontade do casal. Esse reforço visava assegurar que a parturiente se sentisse confortável e confiante com as decisões tomadas. A flexibilidade nesse processo é necessária para que o plano possa ser ajustado a circunstâncias imprevistas, sem comprometer a segurança e o bem-estar da mulher e do RN.

A admissão inicia-se pela anamnese, momento em que são identificados os motivos pela procura de cuidados de saúde e o histórico detalhado dos mais recentes desenvolvimentos. Através da entrevista informal com recurso ao Boletim de Saúde da Grávida é recolhido o histórico detalhado da gestação atual, incluindo informações sobre consultas pré-natais, resultados dos rastreios e outros exames/análises efetuados durante a gravidez, condições médicas pré-existent, alergias, medicamentos em uso, e qualquer complicação ocorrida durante a gravidez. Além disso, são investigados os antecedentes familiares e as experiências e características de partos anteriores. Esta história clínica, caracteriza-se por ser um importante instrumento para a identificação de necessidades ou riscos presentes. Toda a informação recolhida, documentação de eventos e dos cuidados prestados à parturiente são efetuados em sistema informático (SCLínico) e em partograma.

Segundo Portugal (2023), durante a admissão de uma parturiente ao BP, é fundamental realizar uma avaliação inicial abrangente para classificar o TP como de baixo risco ou de vigilância acrescida. Esse processo é conduzido por uma equipa multidisciplinar, composta por EEESMO e Médicos de Obstetrícia e Ginecologia. A avaliação inicial inclui a verificação dos sinais vitais, a inspeção e palpação do abdómen através das manobras de Leopold, a avaliação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), muitas vezes através de um doppler portátil e, se necessário, um exame ginecológico. Se todos os critérios de baixo risco estiverem presentes, o internamento pode ser realizado por um EEESMO, que fica responsável pela vigilância contínua da parturiente (Portugal, 2023).

Após a recolha dos dados na admissão era determinada em que fase do TP se encontrava a parturiente. O TP pode ser dividido em quatro estadios principais. Segundo a American College of Obstetricians and Gynecologists, [ACOG] (2024) o primeiro estadio é definido como o período desde o início das CU regulares até a dilatação

completa do colo do útero, e pode ser subdividida em duas fases fase latente e ativa. A fase latente decorre desde o início das CU rítmicas até os 5 cm de dilatação (exclusive). A fase ativa do 1º estágio do TP decorre entre a dilatação cervical ≥ 5 cm com apagamento/extinção $\geq 80\%$ e a dilatação completa. O segundo estágio, ou período expulsivo, começa com a dilatação completa e termina com o nascimento do bebê, impulsionado pelas contrações e esforços maternos. O terceiro estágio, chamado de dequitação, é a expulsão da placenta após o nascimento. Por fim, o quarto estágio, denominado de hemóstase ocorre nas primeiras horas após o parto, (WHO, 2018).

Algumas das parturientes que chegavam ao hospital encontravam-se na primeira fase do trabalho de parto (TP). Segundo Friedman a fase latente do primeiro estágio do TP pode ir até 20 horas em nulíparas e 14 horas em múltiparas (ACOG, 2024). De acordo com as orientações de Portugal (2023), o internamento de rotina nesta fase não é recomendado, exceto em situações específicas, como a necessidade de gestão da dor e da ansiedade, dificuldades de acesso ao hospital ou vigilância materno-fetal. Assim, algumas parturientes eram aconselhadas a regressar ao conforto das suas casas, enquanto outras, após avaliação clínica, eram admitidas em unidades de internamento para grávidas de risco ou no BP.

Durante o internamento a parturiente permanece acompanhada pela pessoa que escolheu como acompanhante significativo. Nessa etapa, procedia-se ao acolhimento da parturiente nas instalações, com o objetivo de promover o seu conforto e bem-estar, por meio da criação de um ambiente tranquilo, estabelecimento de uma comunicação clara e envolvimento do pai ou da pessoa significativa no processo. Além disso, era sempre verificada a vontade dos casais quanto à presença e intervenção do profissional em formação especializada EEESMO nos cuidados, sendo essa participação consistentemente aceite.

Após o acolhimento do casal ao BP, era realizada uma avaliação do bem-estar fetal através da cardiotocografia (CTG). Iniciando pelas manobras de Leopold que se caracterizam por um conjunto de quatro técnicas que permitem avaliar a posição, apresentação e a descida fetal. Essas manobras são realizadas através da palpação do abdómen da grávida e são uma parte crucial do exame pré-natal, servem não apenas para determinação da estática fetal como auxiliam na identificação do foco fetal e do fundo uterino (Sequeira et al., 2020).

A monitorização da FCF é uma forma de avaliação do bem-estar fetal e identificação precoce de sinais de sofrimento fetal, como hipóxia ou acidose. Realizada por meio da ausculta intermitente ou cardiotocografia (CTG), esta técnica permite o acompanhamento contínuo da FCF em resposta às contrações uterinas. A CTG, em particular, pode identificar padrões preocupantes, como desacelerações tardias ou taquicardia, auxiliando na tomada de decisões rápidas para evitar complicações graves, como lesões cerebrais ou morte fetal (Ayres-de-Campos, 2015; FIGO, 2021). A monitorização contínua está associada a um aumento nas taxas de cesarianas e partos instrumentados devido a uma maior probabilidade de intervenções médicas baseadas em resultados anormais desta monitorização (Alfirevic, et al., 2017). O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2023), recomenda a monitorização intermitente para gestações de baixo risco, com base em evidências de que ele é o necessário para monitorizar o bem-estar fetal sem aumentar desnecessariamente as taxas de intervenções cirúrgicas. A monitorização intermitente é menos invasiva e stressante para a parturiente, proporcionando maior mobilidade e conforto. Embora a WHO (2018) recomende que o acompanhamento no TP seja em regime de 1:1, especialmente em situações de parto ativo, essa prática não era possível no contexto em questão pelos rácios insuficientes de profissionais, dessa forma, a monitorização contínua proporcionava uma maior segurança para a equipa.

No contexto de BP, foi possível observar e interpretar diversos traçados cardiotocográficos, incluindo traçados com características normais, que se caracterizam por apresentarem uma linha de base entre 110-160 batimentos por minuto, uma boa variabilidade (entre 5-25 batimentos por minutos) e ausência de desacelerações. Traçados que requeriam monitorização e vigilância mais rigorosa, classificados como suspeitos, pela falta de pelo menos uma característica de normalidade, mas que ainda assim, não evidenciam comprometimento claro do bem-estar fetal e traçados com alterações significativas, designados como patológicos, que sugerem comprometimento do bem-estar fetal, caracterizados por uma linha de base alterada (<110 bpm ou >160 bpm), variabilidade reduzida (<5 bpm) ou ausente, e presença de desacelerações tardias, prolongadas ou graves, indicando a necessidade de intervenção imediata ou monitorização contínua (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Os traçados normais foram, em geral, os mais comuns. No entanto, em algumas situações, observaram-se traçados não tranquilizadores, nos quais a primeira medida era

investigar a causa para uma possível reversão rápida desse padrão. As principais causas para traçados cardiotocográficos não tranquilizadores incluem hipoxemia fetal, compressão do cordão umbilical, CU excessivas (taquissistolia) e hipotensão materna. A hipoxemia pode ocorrer devido a insuficiência placentária, frequentemente associada a doenças maternas como hipertensão e diabetes, reduzindo a oxigenação fetal e provocando alterações no traçado, como desacelerações variáveis ou tardias (Ayres-de-Campos et al., 2015). Já a compressão do cordão umbilical pode resultar em desacelerações do tipo variável, que indicam dificuldades momentâneas no fluxo sanguíneo, e as CU excessivas também reduzem a perfusão placentária, limitando a oxigenação fetal entre contrações (Xodo & Londero, 2022). Por fim, a hipotensão materna, especialmente após anestesia epidural, é outra causa que interfere na circulação placentária, refletindo em traçados não tranquilizadores. Quando o traçado patológico era identificado, a equipe médica era acionada imediatamente. Em alguns desses casos, foram realizadas cesarianas de urgência ou partos distócicos devido aos resultados preocupantes da CTG.

Essas experiências consolidaram o conhecimento teórico previamente adquirido, integrando-o à prática clínica. Inicialmente, a interpretação de traçados cardiotocográficos apresentava dificuldades. Contudo, com o tempo e a exposição a diversas situações clínicas, a confiança na interpretação aumentou, tornando-se progressivamente mais fácil reconhecer padrões e responder adequadamente.

A realização do exame vaginal é recomendada em intervalos ajustados às queixas da parturiente na fase latente e de 4/4h na fase ativa do primeiro estadio do TP se nada ocorrer que justifique a realização de um exame vaginal imediato (vontade de realizar esforços expulsivos, CTG suspeita/patológica, necessidade de monitorização CTG interna, entre outros) (Portugal, 2023). Na fase latente do segundo estadio de TP o exame vaginal deve ser realizado de 2 em 2 horas e na fase ativa deve ser realizado a cada 30 minutos, salvo exceções que justifiquem a realização de um exame vaginal imediato (Portugal, 2023). Este exame complementado por outras avaliações, como o comportamento e queixas da mulher, a frequência e duração das CU, a descida da apresentação fetal verificada pelas manobras de Leopold e alterações no muco cervical, auxiliam na avaliação da progressão do TP (NICE, 2023).

O exame vaginal consiste num procedimento clínico realizado para avaliar o estado do colo do útero durante a gravidez e o TP. Este exame permite determinar, primeiramente o estado da vulva e vagina assim como a dilatação cervical, o apagamento, a consistência, a posição do colo, a altura da apresentação fetal, a posição fetal e a integridade das membranas. Para além disso no toque é possível identificar a variedade do feto, e conforme a posição adotada pelo feto a parturiente era incentivada a colocar-se em posições que facilitassem a rotação do feto para uma posição mais favorável à progressão do parto.

A realização do exame vaginal era cuidadosamente ponderada, dado o seu caráter invasivo. Antes de qualquer procedimento, foi obtido o consentimento informado da parturiente, garantindo que ela estivesse informada da necessidade, benefícios e riscos do exame para a avaliação do progresso do TP. Além disso, procurava-se minimizar o desconforto, explicando detalhadamente o procedimento e assegurando que o mesmo fosse realizado com o máximo respeito e delicadeza, respeitando a dignidade e autonomia da mulher em todas as etapas do processo. A execução desta técnica foi, sem dúvida, desafiadora. A ideia de que os dedos podem atuar como uma forma de "visão" durante o exame era inicialmente complicada, pois o tato não estava tão apurado. No entanto, essa técnica foi intensivamente treinada e aperfeiçoada ao longo do ENP. A partir deste exame, foi possível detetar várias situações particulares, incluindo uma apresentação pélvica e duas ocorrências de mulheres com septo vaginal.

Tal como explanado em Portugal (2023) a monitorização dos sinais vitais maternos está padronizada para 4 em 4 horas, nas grávidas submetidas a analgesia do neuroeixo esta vigilância é mais frequente, com o objetivo de procurar sinais de saúde e bem-estar tanto da mãe como do bebé. Essa monitorização inclui a observação da frequência cardíaca, a medição da pressão arterial, a avaliação da frequência respiratória e a temperatura corporal para detetar sinais de infeção, além disso é também monitorizada a dor materna, geralmente feita através de escalas padronizadas como a escala quantitativa. Isso permite que a equipa de saúde ajuste a analgesia conforme necessário e avalie a sua eficácia, para proporcionar o máximo conforto à mãe durante o processo de parto.

As medidas não farmacológicas de alívio da dor como a deambulação, as técnicas de respiração e relaxamento, o uso da bola de pilates, hidroterapia, a massagem e o

envolvimento do pai eram fortemente promovidas e implementadas como uma primeira linha para o conforto e alívio da dor. No entanto, quando necessário, também estavam disponíveis medidas farmacológicas de alívio da dor, tais como a analgesia sistêmica e a analgesia epidural, garantindo que as grávidas tinham acesso a todos os recursos necessários para um TP mais confortável.

Embora a analgesia sistêmica fosse utilizada com pouca frequência, ela era muitas vezes aplicada nas fases iniciais do TP como um complemento às medidas não farmacológicas de alívio da dor. Essa abordagem envolve a administração de fármacos opióides, como a petidina e o remifentanil, por via endovenosa, os quais se caracterizam por um início de ação rápido, mas uma eficácia temporária. A administração desses medicamentos requer vigilância para monitorizar os efeitos colaterais que podem afetar a mãe (como hipotensão, náuseas, vômitos, depressão respiratória e sedação) e o feto (como bradicardia e depressão respiratória após o nascimento) (Nunes & Primo, 2019).

A analgesia epidural era o método de eleição entre as parturientes, esta só era administrada a pedido da grávida, podendo ser aplicada tanto na fase latente quanto na fase ativa do TP. Atualmente, ainda não há um consenso absoluto sobre o momento ideal para a administração da epidural. Um estudo recente de Choi et al. (2020) publicado na *British Journal of Anaesthesia* investigou os efeitos da analgesia epidural precoce em comparação com a tardia. Os resultados indicaram que a administração precoce da analgesia epidural (na fase latente) não aumentou as taxas de cesariana ou outros desfechos adversos em comparação com a administração na fase ativa. Além disso, a analgesia precoce foi associada a uma maior satisfação das parturientes em relação ao controle da dor.

Ao longo do ENP foi perceptível que a grande maioria das grávidas solicita a colocação de analgesia epidural numa fase precoce (fase latente). Foi notório que culturalmente muitas parturientes não estão ainda despertas para outras formas de alívio da dor para além da epidural e por isso notou-se alguma falta de receptividade a outras técnicas. Também culturalmente cada vez mais a dor é vista como algo a ser evitado, e a disponibilidade de métodos eficazes de alívio, como a analgesia epidural, reforça a ideia de que o parto deve ser o menos doloroso possível (Pereira, Franco, & Baldin, 2011). A dor do TP é uma experiência singular e profundamente individualizada para cada mulher,

os EEESMO que interagem com a parturiente devem compreender a dor não apenas como um fenómeno físico, mas também como uma experiência emocional (Lally et al., 2018).

Como já mencionado previamente os registos são efetuados em sistema informático Sclinico[®] e em papel no partograma. O partograma consiste numa ferramenta gráfica utilizada para registar o progresso do TP, e é considerado um excelente recurso visual para análise da progressão do TP, dilatação cervical e descida da apresentação, em relação ao tempo, bem como o estado do feto e da parturiente. Além disso, é possível registar a frequência, duração e intensidade das CU, assim como a FCF e inclui parâmetros do estado da parturiente, como a tensão arterial, pulso, temperatura e estado geral da mãe. Integra ainda observações sobre o líquido amniótico (LA), como cor e quantidade e quaisquer intervenções realizadas e medicamentos administrados durante o TP. Esta ferramenta facilita a comunicação entre a equipa de saúde e garante que todos os profissionais envolvidos no cuidado da parturiente tenham acesso às mesmas informações atualizadas.

De um modo geral, a maioria das parturientes admitidas no BP eram consideradas de baixo risco. No entanto surgiram situações que demandaram cuidados adicionais, como nos casos de rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e síndrome de *HELLP*, ameaça de parto pré-termo, induções de TP, entre outras.

A indução do TP é um procedimento que consiste na provocação artificial de contrações uterinas com o intuito de iniciar o TP. De acordo com um estudo de Coates et al., (2019), gestações que ultrapassam as 41 semanas apresentam riscos aumentados para a saúde tanto da mãe quanto do bebé. Por esse motivo, a WHO (2022) recomenda que a indução do TP seja considerada para mulheres cuja gestação alcançou com certeza as 41 semanas completas (ou 41 semanas + 0/7 dias) e desaconselha induções rotineiras antes desse período em gestações sem complicações uma vez que este procedimento também apresenta riscos (WHO, 2022, p.4).

A decisão de induzir o TP está associada à avaliação das condições cervicais, utilizando o índice de Bishop, que se configura como o método de avaliação cervical mais adotado na prática clínica (Mohd Noor et al., 2022). O índice de Bishop considera cinco características do colo uterino: dilatação, apagamento, consistência, posição e altura da apresentação fetal. A partir desse cálculo, é possível diferenciar colos uterinos favoráveis à indução (índice ≥ 5) daqueles desfavoráveis (índice < 5) (Ikeotuonye et al., 2018).

Quando o colo é favorável, ele é considerado maduro para a indução, ao passo que um colo desfavorável indica imaturidade cervical para o procedimento (Souza et al., 2013). Para agir sobre colos desfavoráveis, são recomendados métodos mecânicos ou farmacológicos. Durante o ENP, foi possível notar que o método farmacológico, frequentemente com prostaglandinas ou ocitocina, é o mais utilizado para indução nesses casos (Souza et al., 2013).

Neste hospital no ano de 2023 estão registados um total de 430 TP induzidos versus 755 TP espontâneos. Os partos espontâneos representaram a maioria dos casos, o que é geralmente esperado e desejado, pois o TP espontâneo está associado a menos intervenções médicas adicionais e melhores desfechos maternos e neonatais (Medina et al., 2023).

A aquisição de competências na vigilância de parturientes submetidas à indução do TP foi essencial, dado que a indução implica riscos para a saúde da mulher e feto. Evidências científicas recentes e diretrizes institucionais enfatizam que a indução do TP pode acarretar complicações, incluindo atividade uterina excessiva e hipoxia fetal aguda, as quais exigem acompanhamento rigoroso (WHO, 2018). Situações de atividade uterina excessiva e episódios de hipoxia fetal aguda foram efetivamente identificadas ao longo da prática, acionando-se de imediato os protocolos institucionais para reverter tais condições e proteger a segurança materno-fetal.

A amniotomia, também conhecida como rutura artificial das membranas, é um procedimento obstétrico realizado em contextos específicos, as duas principais razões para a rotura artificial das membranas são: induzir/acelerar o processo de TP ou auxiliar a colocação de dispositivos de monitorização fetal interna, de forma a fornecer uma avaliação direta do estado fetal, uma vez que a membrana amniótica apresenta um impedimento físico para esta forma de monitorização (Néné et al., 2016; Mahdy et al., 2023). Apesar disso, tanto a WHO (2018) como a NICE (2023) desaconselham a realização deste procedimento de forma rotineira em partos com evolução normal, em conformidade com as orientações da DGS, que reforçam o respeito pela fisiologia do TP, limitando a amniotomia a situações em que haja critérios clínicos rigorosos para a sua execução (Portugal, 2023).

A amniotomia apenas foi realizada em situações muito pontuais, sendo que a grande maioria em situações em que a monitorização externa não era viável e foi

necessário recorrer à monitorização direta da FCF. A amniotomia foi executada com técnica asséptica durante o exame vaginal, garantindo que nenhuma das contraindicações estava presente, nomeadamente vasa prévia, suspeita de inserção velamentosa do cordão umbilical, apresentação insinuada ou apresentação desconhecida (NICE, 2022). Com todos os critérios preenchidos, a rotura de membranas foi efetuada utilizando um amniótomo, sincronizando o procedimento com o início de uma CU. Após a rotura, procedeu-se à avaliação das características do líquido amniótico, posteriormente registadas no partograma, mantendo-se o toque vaginal com o objetivo de monitorizar a saída do líquido e prevenir o possível prolapso do cordão umbilical (NICE, 2022).

Ao longo de todo o procedimento, manteve-se a monitorização fetal, possibilitando a verificação do bem-estar fetal antes, durante e após a rotura das membranas. Essa monitorização serve para uma pronta identificação de eventuais complicações, assegurando a segurança e a eficácia do processo em todas as etapas. (NICE, 2022).

Após a dilatação completa e a descida da apresentação fetal, estavam presentes as condições adequadas para o parto, iniciando assim o segundo estadio do TP. Este inicia-se com a dilatação completa do colo uterino, ou seja, 10 cm, e termina com o nascimento completo do feto. Segundo a ACOG (2024), esse estadio pode durar, em média, cerca de 3 horas com esforços de expulsão em nulíparas e 2 horas em múltiparas. No entanto, o tempo pode ser estendido em cerca de 1 hora adicional para pacientes que receberam analgesia epidural. É importante salientar que esses tempos são apenas referências e que variações podem ocorrer, desde que o bem-estar materno e fetal seja garantido ao longo do processo (ACOG, 2024).

É nesta fase que a parturiente experimenta a necessidade de efetuar esforços expulsivos. É encorajado a que as parturientes sigam os seus próprios instintos, os esforços expulsivos espontâneos. Normalmente as parturientes experimentam o reflexo de Ferguson, e sentem uma necessidade espontânea e reflexa de fazer força (Lowdermilk & Perry, 2006). No entanto, muitas das mulheres que receberam analgesia epidural não relataram essa sensação, situações nas quais foi necessário adotar esforços expulsivos dirigidos.

A escolha entre esforços expulsivos espontâneos e dirigidos durante o segundo estadio do TP tem sido amplamente estudada, com evidências sugerindo benefícios

distintos para cada abordagem. Estudos indicam que os esforços expulsivos espontâneos, nos quais a parturiente empurra conforme seu reflexo de expulsão, estão associados a menor fadiga materna, melhor oxigenação fetal e menor trauma perineal. Em contraste, os esforços dirigidos, onde a parturiente é instruída a empurrar de forma constante, encurtam o segundo estágio do TP, sendo úteis em situações de risco de prolongamento do parto (Lemos et al., 2017). A ACOG (2024) recomenda que a escolha entre essas abordagens seja individualizada, tendo em conta o bem-estar materno e fetal e as preferências da parturiente.

Nesta fase já tinha sido efetuada uma preparação dos materiais necessários tanto para a parturiente quanto para o RN, assim como tinha sido verificada a funcionalidade de todos os sistemas na sala de reanimação do RN. Quando a parturiente realizava esforços expulsivos eficazes e a cabeça do feto começava a coroar, iniciava-se a preparação para o parto, atendendo a todos os procedimentos de higienização necessários.

Ao longo de todo o TP foi possibilitado à mulher a liberdade de movimentos sendo encorajada a adotar a posição que desejasse e que lhe proporcionasse maior conforto para o momento do nascimento. No momento de expulsão a posição mais adotada pelas parturientes era a de litotomia, seguindo-se da lateral ou de cócoras. No entanto, é importante destacar que as parturientes não eram pressionadas a adotar essa posição, sendo sempre oferecida a opção de escolha e liberdade para escolherem a posição em que se sentissem mais confortáveis. Muitas optavam pela litotomia provavelmente devido a fatores culturais, acreditando que essa postura facilitava o processo tanto para elas quanto para os profissionais de saúde envolvidos no parto. No entanto, estudos indicam que essa posição está associada a desfechos desfavoráveis, como maior frequência de intervenções e desconforto materno. Evidências científicas recomendam posições verticalizadas, como de cócoras ou sentada, que aproveitam a gravidade, melhoram a oxigenação materno-fetal e reduzem a duração do parto e a necessidade de intervenções (Gupta et al., 2017; Lawrence et al., 2013). Assim, é favorável desencorajar a litotomia e promover alternativas mais fisiológicas para melhorar os resultados do parto.

Com a coroação do feto os cuidados eram direcionados para a proteção do períneo, visando manter a sua integridade e também avaliar o risco de laceração envolvendo o esfíncter anal. Eram aplicadas medidas como compressas mornas no períneo, massagem perineal e o controlo da velocidade da saída da cabeça fetal através da manobra

modificada de Ritgen's que consiste em usar uma mão para puxar o queixo do feto entre o ânus materno e o cóccix, enquanto a outra mão controla a velocidade do nascimento aplicando pressão sobre o occipital do feto. Esta técnica é modificada quando realizada durante uma CU em vez de entre contrações (WHO, 2018). No entanto, segundo a WHO (2018) a utilização desta manobra comparada com "hands-off" não mostrou ter um impacto significativo nas lacerações perineais de terceiro e quarto graus. E foi ainda referida como possivelmente menos confortável para as mulheres do que outras técnicas perineais, como as compressas quentes (técnica recomendada). A utilização da técnica de Ritgen's permitiu ter maior controle e proporcionou mais confiança na manipulação e proteção do períneo. A vontade das parturientes foi sempre priorizada, e a proteção do períneo foi realizada apenas com seu consentimento. Em algumas situações, optaram pela abordagem "hands-off", e essas escolhas foram integralmente respeitadas.

A episiotomia foi realizada apenas quando necessária, como em situações que exigiam um parto imediato devido a sofrimento fetal ou risco de hipoxia. Esta intervenção era feita de acordo com as normas da NICE (2023), mediolateral com origem na fúrcula vaginal e dirigida para o lado direito, o ângulo em relação ao eixo vertical entre 45 e 60 graus, sempre feita no auge da contração, durante o coroamento da apresentação cefálica no períneo (NICE, 2023). Procurou-se sempre garantir que a parturiente estivesse informada e confortável com a intervenção, obtendo seu consentimento explícito. Este procedimento era acompanhado de medidas para proteger o períneo.

Após a rotação externa da cabeça fetal, procede-se habitualmente à verificação da eventual presença de circulares de cordão umbilical à volta do pescoço, bem como da possível laterocedência de mão ou do próprio cordão antes da libertação dos ombros. Nos casos observados, as circulares apresentaram-se sempre largas e permitiram que fossem deslizados com facilidade sobre a cabeça do RN.

Ao longo do ENP ocorreram apenas duas situações de distócia de ombros. A distócia de ombros é uma complicação obstétrica caracterizada pela dificuldade na passagem dos ombros do feto através do canal de parto após a saída da cabeça, frequentemente devido a uma desproporção entre o tamanho do feto e a pelve materna. Esse evento representa uma emergência devido ao risco de hipóxia fetal e lesões neonatais, como por exemplo lesões do plexo braquial (ACOG, 2017). Os principais fatores de risco para a distócia de ombros incluem diabetes materno, macrosomia fetal

(peso do feto superior a 4 kg), obesidade materna e histórico de distócia em partos anteriores (Ayres de Campos et al., 2011). É importante os profissionais de saúde estarem prontamente treinados para a resolução desta emergência obstétrica seguindo uma série de intervenções conhecidas como manobras de libertação. Estas incluem a manobra de McRoberts (flexão das pernas maternas contra o abdômen), a pressão suprapúbica (manobra de Rubin), a rotação do ombro fetal, que visam libertar o ombro anterior e permitir o nascimento seguro. Outras manobras incluem a manobra de Woods (rotação posterior do ombro fetal), a extração do braço posterior, e a manobra de Gaskin (colocar a parturiente em posição genupeitoral). Em situações extremas, pode ser necessário recorrer à fratura intencional da clavícula fetal (claviculotomia) ou à manobra de Zavanelli (reposição da cabeça fetal no canal de parto seguida de cesariana de emergência) (Ayres de Campos et al., 2011). A atuação rápida e coordenada da equipa obstétrica é essencial para minimizar os riscos tanto para o RN quanto para a mãe (Ayres de Campos et al., 2011). Nestes dois casos a identificação e resolução da situação foi muito rápida e sistemática, toda a equipa estava coordenada e apenas foi necessário aplicar a manobra de McRoberts e Rubin I.

A vivência de situações como a distocia de ombros, classificada como uma emergência obstétrica, é essencial para a formação tanto de estudantes EEESMO quanto dos restantes profissionais de saúde envolvidos no momento do parto. Estas situações, embora não sejam tão frequentes, exigem habilidades técnicas e uma comunicação eficaz entre os membros da equipe. O treino adequado permite que os profissionais desenvolvam confiança e competência para agir rapidamente, minimizando riscos e melhorando os desfechos materno-fetais.

Em período expulsivo estavam sempre presentes na sala dois EEESMO, sendo que um deles ficava responsável pelo parto e o outro ficava responsável pelo RN, salvo exceções em que era necessária a colaboração de outros profissionais como por exemplo nos casos de partos distócicos ou quando havia suspeita de estado fetal não tranquilizador e sinais de possíveis complicações, que era efetuada uma articulação com os obstetras e neonatologistas para garantir as melhores condições possíveis e minimizar o comprometimento do bem-estar do RN e da mãe. As parturientes e seus acompanhantes eram informados e esclarecidos sobre a situação.

Após a expulsão do feto, era efetuada uma rápida avaliação inicial e, ao mesmo tempo que era colocado sob o abdómen da mãe para promover o contato pele-a-pele, essencial para a termorregulação, vínculo materno-infantil e sucesso na amamentação precoce (Moore et al., 2016; WHO 2020). Este contacto pele-a-pele apenas era interrompido para a pesagem do RN e imediatamente retomado após. Idealmente não deveria ser interrompido e por isso foi uma prática questionada à equipa que justificou como ser uma forma de conseguirem agilizar o processo de internamento do RN, pois não conseguiriam fazê-lo sem esse dado. Talvez seja este um ponto a ser melhorado no futuro e que os registos apesar de extremamente importantes não criem barreiras às boas práticas.

Exceto em casos excepcionais a clampagem do cordão umbilical era realizada após o término da pulsação. Este procedimento, conhecido como clampagem tardia, demonstra benefícios significativos, incluindo aumento dos níveis de hemoglobina e ferritina no RN, além de uma redução na incidência de anemia durante o primeiro ano de vida (WHO, 2014). A laqueação do cordão umbilical pode ser classificada como precoce quando efetuada imediatamente ou durante o primeiro minuto após o nascimento, e como tardia quando realizada após esse período, geralmente entre o 1.º e o 3.º minuto, ou após o fim da pulsação do cordão (McDonald et al., 2013). O corte do cordão era feito por um dos pais, após uma decisão informada, promovendo a participação ativa dos pais no nascimento e reforçando o vínculo familiar.

Imediatamente após o nascimento do RN é avaliado o Índice de Apgar que consiste numa ferramenta de avaliação rápida e padronizada utilizada para verificar a necessidade de manobras de reanimação do RN logo após o nascimento, o índice é essencial para identificar rapidamente se o RN necessita de cuidados médicos imediatos. Ele avalia cinco critérios: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, com cada critério recebendo uma pontuação de 0 a 2, totalizando até 10 pontos. A avaliação é realizada um minuto após o nascimento e repetida aos cinco e aos dez minutos. Um resultado entre 7 e 10 é considerado satisfatório, indicando que o RN está em boas condições, enquanto pontuações mais baixas podem indicar a necessidade de intervenção médica (Néné et al., 2016).

Importante referir que ocorreram algumas situações em que o RN apresentou Índices de APGAR inferior a 7 pelo que foi imediatamente acionada a equipa de

neonatologia e implementadas as medidas de reanimação. Ocorreram duas situações em que os RN acabaram a ser transferidos para a unidade de neonatologia, por necessitarem de cuidados diferenciados.

Após o nascimento do RN inicia-se o terceiro estadio de TP, designado de dequitação que decorre até á expulsão da placenta e das membranas fetais. (Néné et al., 2016, p.310). Neste estadio existem várias abordagens a adotar nomeadamente a gestão ativa, a gestão expectante/fisiológica e, por último, a gestão mista. O estudo de Begley et al. (2019) analisa as diferentes abordagens para a gestão do terceiro estadio do TP. A gestão ativa, que envolve intervenções imediatas como a administração de uterotómicos, clampagem precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão demonstrou reduzir significativamente o risco de hemorragia pós-parto (HPP) severa, embora esteja associada a efeitos colaterais, como aumento da pressão arterial materna, náusea e dor pós-parto. Já na gestão expectante, a expulsão da placenta ocorre de forma espontânea, sem intervenção ativa, é recomendada para mulheres de baixo risco e permite um parto fisiológico. A gestão mista é, como que uma combinação de componentes da gestão ativa e expectante, permitindo flexibilidade na aplicação conforme as condições clínicas da mãe e do bebé. Esta abordagem pode incluir, por exemplo, a administração precoce de uterotónicos com clampagem do cordão após o término da pulsação e tração controlada do cordão para auxiliar na expulsão da placenta. Os autores concluem que a escolha da abordagem deve ser baseada nas condições clínicas e preferências individuais da parturiente, equilibrando os benefícios e os potenciais riscos de cada método (Begley et al., 2019).

Assim, a postura mais adotada foi mista, mantendo uma postura vigilante durante este estadio e respeitando o tempo necessário para que o processo fisiológico ocorresse naturalmente. Nesta fase era importante estar despertos aos principais sinais que indicavam o descolamento da placenta, tais como: a hemorragia de separação, caracterizada por uma perda súbita de sangue proveniente do canal vaginal; as CU que auxiliam na expulsão; o aumento gradual do comprimento visível do cordão umbilical conforme a placenta desce; elevação do fundo uterino cerca de 2 a 3 cm acima do umbigo; e a modificação do formato uterino, que passa de discóide para ovóide (Tedesco et al., 2014). Além desses sinais, era também essencial a avaliação de outros parâmetros clínicos, como os sinais vitais da parturiente, a monitorização de sintomas indicativos de possíveis complicações (ex.: hemorragia intensa, dor abdominal aguda, alterações

neurológicas) e observação do estado emocional da mulher, garantindo uma assistência segura e humanizada (Tedesco et al., 2014).

A hemorragia pós-parto representa uma das principais causas de mortalidade materna globalmente. Entre as estratégias para prevenir essa condição, a administração de uterotônicos é destacada como a intervenção mais eficaz para reduzir as taxas de mortalidade relacionadas (WHO, 2018). De acordo com a WHO (2018) recomenda-se a utilização de ocitocina como o fármaco de primeira escolha para a prevenção da HPP na terceira fase do TP, aplicada em todos os nascimentos. Essa prática promove contrações uterinas mais eficientes, ajudando a reduzir a perda sanguínea após o parto (WHO, 2018). Ao longo do estágio foram seguidas as diretrizes mais recentes, com a administração de 10 unidades de ocitocina por via endovenosa a todas as parturientes, conforme as recomendações vigentes (Portugal, 2023).

Seguidamente, era avaliada a placenta e o seu mecanismo de expulsão, mecanismo este que pode ser de Schultze (face fetal) quando o descolamento se inicia na zona central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta ou de Duncan (face materna), quando o descolamento se inicia pela periferia (Néné et al., 2016). Posteriormente, realizava-se a inspeção e avaliação da integridade da placenta, examinando o tecido placentário da face materna e verificando o número e a integridade dos cotilédones, reconstituíam-se as membranas âmnio e córion, garantindo que estavam íntegras e completas. Em relação ao cordão umbilical, verificava-se a presença dos três vasos (duas artérias e uma veia), o seu comprimento, a presença ou ausência de nós, e a sua inserção na placenta.

Após expulsão da placenta, inicia-se o quarto estadio correspondente ao puerpério imediato, que engloba as duas primeiras horas após a saída da placenta e das membranas amnióticas (Graça, 2017).

Neste estadio era verificada a presença do globo de Pinard, as perdas de sangue e era observado o períneo e canal de parto de forma a descartar sinais de HPP e identificar possíveis lacerações (Néné, Marques, & Batista, 2016). Por fim, era observado/avaliado a integridade do canal de parto e períneo, identificando a existência de lacerações perineais e/ou episiotomia a necessitar correção. Na grande maioria das vezes, foi constatada a presença de períneo íntegro.

Quando necessário, procedeu-se à reparação das lacerações de 1º grau (mucosa vaginal e a pele perineal) e 2º grau (incluem também os músculos perineais) e à episiorrafia para favorecer a correta cicatrização dos tecidos e restabelecer sua estrutura anatômica (RCOG, 2019). A técnica utilizada para a episiorrafia é a descrita nas recomendações da WHO (2018), que prioriza a sutura contínua. A correção dessas lacerações deve ser realizada com sutura apropriada. Recomenda-se o uso de fios absorvíveis, que favorece uma cicatrização mais eficaz e reduz a necessidade de remoção de pontos (WHO, 2018). Além disso, também é recomendada uma técnica de sutura contínua de sutura, pois geralmente resulta em menos dor e um tempo de procedimento mais curto, melhorando a cicatrização e a experiência da mulher (NICE, 2023).

A técnica de sutura perineal apresentou-se um desafio considerável, especialmente pela complexidade envolvida na aprendizagem e pela dificuldade inicial em identificar os diferentes planos a serem suturados. Contudo, com o tempo e prática, foi possível desenvolver esta habilidade, aprimorando a sensibilidade e a experiência necessárias para a realização deste procedimento. Esta competência foi adquirida gradualmente, com o apoio e orientação das EEESMO responsáveis pela formação.

Após a conclusão da reparação perineal, as estruturas da vagina e do períneo eram reavaliadas para identificar possíveis lesões adicionais e verificar sinais de complicações na sutura, como hematomas ou hemorragias. Este momento era oportuno para discutir os ensinamentos com a parturiente sobre os cuidados a ter com a sutura e higiene íntima (Silva, 2019).

Entre as responsabilidades do EEESMO enquadra-se, também, a assistência e avaliação imediata do RN. Neste seguimento os cuidados prestados neste estágio focaram-se em assegurar as necessidades básicas do RN, tais como a alimentação, a manutenção da temperatura corporal e detecção de possíveis complicações pós-natais. Durante a primeira hora de vida procura-se colocar o RN na mama da mãe - prática amplamente recomendada pela NICE (2023) e pela WHO (2020) devido aos seus inúmeros benefícios para a saúde do bebé e da mãe. Para o RN, esta prática ajuda na estabilização da temperatura corporal. Para a mãe, promove um vínculo mais forte com o bebé e estimula a liberação de ocitocina, reduzindo a hemorragia pós-parto. Estudos da WHO indicam que o início precoce da amamentação reduz significativamente a mortalidade neonatal e melhora os indicadores de saúde materna e infantil (WHO 2020).

Era sempre verificado junto ao casal se a amamentação era uma prática que pretendiam adotar, de modo a assegurar que a escolha estivesse alinhada com suas preferências e valores. Essa abordagem visava proporcionar um ambiente de apoio e acolhimento, respeitando a autonomia na decisão sobre o método de alimentação do bebé. A maioria das mulheres demonstrou o desejo de amamentar, com exceção de duas situações em que experiências traumáticas anteriores influenciaram essa decisão. Assim a intervenção junto das tríades foi sempre no sentido de promover, proteger e apoiar a amamentação. Procurou-se ajudar os pais a reconhecer os sinais de prontidão para a amamentação, auxiliar a mãe a posicionar o recém-nascido para amamentar, explicar os sinais de uma boa pega e sua importância para a díade na primeira hora de vida. É importante destacar que o pai era envolvido neste processo, observando-se frequentemente que os pais participavam ativamente na amamentação.

Após o parto, a puérpera e o RN permaneciam cerca de duas horas no BO, sob monitorização intensiva do puerpério imediato, com o propósito de identificar precocemente complicações pós-parto. Esse tempo permitia uma observação contínua e atenta, facilitando intervenções imediatas caso necessário de forma a promover uma transição segura para a próxima fase de recuperação e de cuidados.

Como já referido os registos de enfermagem desempenham um papel fundamental, pois permitem uma monitorização contínua e detalhada do estado de saúde da mulher e do RN. Além disso, asseguram a continuidade dos cuidados, fornecendo informações essenciais para a equipa de saúde e contribuindo para um acompanhamento seguro e eficaz. Neste sentido, a realização dos registos de enfermagem foi sempre realizada com o máximo rigor e dedicação, procurou-se que fossem completos, claros e objetivos de modo a garantir que cada detalhe fosse cuidadosamente documentado. No entanto, é necessário refletir sobre o facto de os registos não serem multidisciplinares, o que limita a troca de informações e a visão integrada entre diferentes áreas de cuidado, representando um desafio para a implementação de práticas e para a segurança nos cuidados.

No que diz respeito aos cuidados com a puérpera, foram seguidas as recomendações estabelecidas em Portugal (2023), sendo realizada uma reavaliação detalhada da altura uterina e da CU por meio da palpação do globo de segurança de Pinard, também examinado cuidadosamente o períneo da parturiente para identificar

lesões ou hemorragias e a condição da ferida perineal, quando aplicável. Além disso, era encorajada a eliminação vesical e confirmado o equilíbrio hemodinâmico da mãe, assegurando que os seus sinais vitais, como pressão arterial, pulso e temperatura, estavam dentro dos parâmetros normais, por fim, eram satisfeitas as necessidades básicas da mãe, como alimentação, hidratação e conforto. Este era um momento oportuno para fornecer orientações abrangentes sobre os cuidados pós-parto, explicando a importância da higiene, os sinais de alerta para complicações e a necessidade de apoio emocional (Portugal, 2023).

Relativamente aos cuidados com o RN eram colocadas três pulseiras. Uma pulseira era eletrónica, constituída por um sistema de alarme que era acionado caso o RN se aproximasse das portas do serviço, sendo colocada no membro inferior esquerdo do RN. As outras pulseiras destinadas à identificação, eram colocadas no membro superior e inferior direitos, onde constava o nome completo da mãe. A colocação das pulseiras tem como objetivo garantir a segurança do RN, sendo retiradas unicamente após a alta do RN.

A Doença Hemorrágica do RN é uma condição que ocorre devido à deficiência de vitamina K nos RN, assim a WHO (2018) e outras entidades médicas recomendam a administração de vitamina K logo após o nascimento para prevenir esta doença. A profilaxia pode ser feita por via intramuscular (dose única) ou via oral (doses múltiplas), e ambos os métodos têm se mostrado eficazes para reduzir os riscos da doença (Jullien, 2021). Deste modo, e após o consentimento prévio dos pais, foi administrado a todos os RN 1 mg de vitamina K por via intramuscular, conforme recomendado em Portugal (2023). Caso os pais preferissem a administração por via oral ou não autorizassem o procedimento, essa decisão era respeitada.

A profilaxia da infeção ocular em RN é uma prática preventiva para evitar a oftalmia neonatal, uma infeção frequentemente adquirida durante o parto vaginal (Gonzalez & Taruc, 2020). A profilaxia era efetuada segundo o protocolo institucional, que inclui a aplicação de uma pomada ocular antibiótica, com o objetivo de eliminar potenciais agentes infecciosos. Este cuidado pretende prevenir complicações sérias que podem afetar a visão dos RN (Kapoor et al., 2020). Assim como todos os procedimentos este precedia de uma autorização previa dos pais.

Após a prestação dos cuidados iniciais ao RN, o momento de vestir sua primeira roupa era estrategicamente direcionado para que o pai/conveniente significativo

realizasse essa tarefa. Esta abordagem tinha como objetivo fortalecer a vinculação afetiva e criar uma experiência significativa para ambos. Ao ser envolvido nestes cuidados, o pai ou acompanhante participava ativamente no início da vida do bebê, o que favorece o desenvolvimento de laços emocionais e contribui para o bem-estar psicológico de ambos (Cabrera et al., 2018). Estudos indicam que o contato precoce e a participação dos pais nos cuidados imediatos ajudam a consolidar a figura paterna ou do cuidador principal, aumentando o sentimento de competência e promovendo uma relação de confiança e segurança desde os primeiros momentos de vida (Flacking et al., 2012).

Terminados estes cuidados e asseguradas todas as condições de segurança a puérpera e o RN eram encaminhados para o serviço de puerpério. Nesta transição, todas as informações pertinentes sobre a mulher e o RN, assim como os dados referentes ao TP e ao parto, eram transmitidas à enfermeira responsável pelo acolhimento.

O ENP no BP foi uma experiência enriquecedora que permitiu o desenvolvimento de competências essenciais para a assistência no TP e parto. Durante este período, adquiriu-se habilidades que capacitam para cuidar da mulher de forma integral, inserida na sua família e comunidade, assegurando um ambiente seguro e propício para o parto. Foi notório que com o decorrer do ENP, houve uma melhoria significativa no desempenho e no desenvolvimento da autoconfiança. A prática proporcionada pelas experiências no BP contribuiu de maneira substancial para a aquisição das competências necessárias à excelência no exercício profissional como EEESMO.

2.2- Reflexão sobre as Experiências Mínimas para aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

A obtenção do título de EEESMO exige o cumprimento de experiências mínimas obrigatórias, conforme consignado na legislação em vigor. Especificamente, o ponto 5.1-B do Anexo II da Lei nº 9/2009, na redação dada pela Lei nº 25/2014, estabelece que estas experiências são cruciais para assegurar que os profissionais possuam o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar suas funções de maneira eficaz e eficiente.

São referidas como experiências mínimas, consultas de grávidas com pelo menos 100 exames pré-natais. Vigiar e cuidar de, no mínimo, 40 parturientes, realizar 40 partos (podendo esse número ser reduzido a 30 se colaborar em mais 20 partos), e participar ativamente em partos de apresentação pélvica, ou, na ausência destes, realizar formação

simulada. Praticar episiotomia e sutura. Vigilância e cuidado de 40 grávidas em situação de risco, e o atendimento de pelo menos 100 parturientes e RN normais. Por fim, é necessário observar e cuidar de RN que necessitem de cuidados especiais, incluindo prematuros, pós-termo, bebês de baixo peso e doentes.

No decorrer do ENP, houve a oportunidade de cumprir todas estas experiências mínimas obrigatórias que contribuíram significativamente para a formação e prepararam para os desafios da prática profissional na área de Saúde Materna e Obstétrica. Abaixo, apresenta-se uma reflexão sobre algumas dessas experiências.

Relativamente aos **cuidados pré-natais** foram realizadas as 100 consultas a grávidas com exames pré-natais, nas quais se desenvolveu competências essenciais para a avaliação e monitorização da saúde materna e fetal. Participou-se ainda ativamente em programas de preparação para o parto e parentalidade, realizando 3 sessões educativas para grupos de casais. As sessões abordaram temas como a amamentação, a vinculação e o TP e parto.

No que concerne ao **acompanhamento do TP e Parto**, considera-se terem sido adquiridas competências, neste âmbito, com a prestação de cuidados a 44 parturientes. A execução de 40 partos eutócicos e a colaboração na realização de 19 partos distócicos por ventosa. Apesar dos partos distócicos serem realizados em articulação com o obstetra, o contributo do profissional em formação especializada EEESMO revelou-se central, nomeadamente, ao conhecimento que possuía da evolução do TP e do estado materno-fetal e à relação de confiança estabelecida com a mulher/convivente significativo. Foram efetuadas 3 episiotomias e corrigidas um total de 17 lacerações do períneo. Ocorreram pelo menos 40 situações de acompanhamento de grávidas em situação de risco, tais como, diabetes gestacional, placenta previa, parto prematuro e pré-eclâmpsia.

A **assistência no período pós-parto** foi igualmente importante. Acompanharam-se 100 puérperas e os respetivos RN no período puerperal, prestando-se cuidados tanto à mãe quanto ao RN. Esta experiência foi vital para entender as diferenças entre um RN saudável e um RN que precisasse de cuidados adicionais. Foram observados e cuidados pelo menos 3 RN que necessitassem de cuidados especiais no BP, foram também cuidados RN que nasceram pré-termo e por isso, muitas vezes com baixo peso. No

entanto, no contexto prático de neonatologia foi possível acompanhar 25 RN a precisarem de cuidados especiais.

Ao longo de todo o ano curricular, foi ainda possível acompanhar várias mulheres nos diferentes contextos com patologia no domínio ginecológico e obstétrico. Exemplos dessas patologias incluem o cancro vulvar, histerectomia, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, placenta prévia, processos de abortamento e miomas uterinos. Essas experiências proporcionaram uma visão abrangente e prática das complexidades e desafios enfrentados pelas mulheres que sofrem dessas condições, permitindo desenvolver uma abordagem holística e empática para o cuidado de saúde e para a prática enquanto EEESMO.

PARTE III
COMPONENTE INVESTIGATIVA

A investigação e a prática clínica encontram-se interligadas e influenciam-se mutuamente. O desenvolvimento de uma destas áreas potencia o progresso da outra (Meleis, 2010).

Segundo a OE (2010), a aquisição de competências na prática clínica, que abrange o aperfeiçoamento do julgamento crítico, a tomada de decisões e a implementação de intervenções de enfermagem, deve fundamentar-se em conhecimentos científicos válidos, pertinentes e atualizados provenientes da investigação.

Para o EEESMO, é essencial integrar de maneira contínua as mais recentes descobertas da investigação na sua prática. Isso implica a adoção de uma abordagem baseada na evidência, é fundamental que estes profissionais participem ativamente em projetos de pesquisa, procurando ampliar o conhecimento e aprimorar as competências específicas. (OE, 2010)

Esta segunda parte do RENP refere-se à componente investigativa do Estágio de Natureza Profissional e segue a estrutura de uma *scoping review*, sendo composta por cinco secções. A primeira secção apresenta o enquadramento teórico do tema, destacando a sua relevância e os conceitos fundamentais. A segunda descreve a metodologia adotada para a condução do estudo, incluindo os critérios de elegibilidade, as estratégias de pesquisa, a seleção dos estudos e o processo de extração e análise dos dados. Na terceira secção, apresentam-se os principais resultados obtidos. A quarta secção é dedicada à discussão desses resultados, relacionando-os com a literatura existente. Por fim, a quinta secção sintetiza as principais conclusões da revisão, apontando as suas contribuições para a prática e sugestões para futuras investigações.

1- Enquadramento teórico

Para compreender a importância da amamentação, é fundamental analisar o tema sob uma perspectiva teórica abrangente, que inclua aspetos históricos, biológicos, sociais e psicológicos. Este capítulo apresenta o enquadramento teórico que contextualiza a temática, destacando a sua relevância sob múltiplos aspetos e as suas implicações tanto para as famílias quanto para os profissionais de saúde envolvidos.

1.1- Amamentação

A amamentação é amplamente reconhecida como o método ideal de alimentação infantil, especialmente nos primeiros seis meses de vida. Organizações de saúde, como a WHO e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais (WHO, 2020). A prática do aleitamento materno é fundamental para a saúde e o desenvolvimento do RN fornece nutrientes essenciais, anticorpos e promove o vínculo entre mãe e filho (WHO, 2020; Victora et al., 2016).

Para Lowdermilk (2008) a amamentação é uma extensão natural da gravidez e do nascimento; é muito mais que um simples meio de nutrição das crianças. Habitualmente, as mulheres optam pela amamentação devido ao seu entendimento dos benefícios que proporciona aos seus filhos e para elas. Segundo o mesmo autor uma alimentação adequada durante a infância favorece um crescimento e desenvolvimento. Além de fornecer nutrição essencial, o ato de alimentar representa uma oportunidade para interações sociais, psicológicas e até educacionais entre pais e crianças. Essa prática também estabelece a base para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis que podem perdurar ao longo da vida. A atenta vigilância da saúde infantil requer um conhecimento das suas necessidades nutricionais (Lowdermilk, 2008).

A amamentação é uma fonte insubstituível de nutrientes e oferece diversos benefícios à saúde do RN. O leite materno contém proteínas, carboidratos, lipídios e anticorpos específicos que ajudam a fortalecer o sistema imunitário do bebé e o protegem contra infeções (Victora et al., 2016). Estudos de investigação consistentemente demonstram que crianças amamentadas apresentam menores taxas de infeções

respiratórias, gastrointestinais e otite média em comparação às alimentadas com fórmulas artificiais (Horta & Victora, 2013).

Além disso, a amamentação está associada a um menor risco de desenvolver condições crônicas, como obesidade, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares em idade adulta (Rollins et al., 2016). Essa proteção prolongada está relacionada aos fatores bioativos presentes no leite materno, que promovem a maturação do sistema imunitário e metabólico do bebê (Victora et al., 2016).

A amamentação também traz benefícios significativos para a saúde da mãe. Estudos indicam que a prática reduz o risco de cancro da mama e ovário, além de contribuir para a perda de peso pós-parto (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). A lactação também estimula a liberação de ocitocina, hormona que auxilia na contração uterina e ajuda a reduzir o risco de hemorragia pós-parto (Rollins et al., 2016). Além disso, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, o que tem implicações positivas para a saúde mental materna, assim como implicações positivas na prática de uma parentalidade responsiva que consequentemente traz benefícios emocionais para o bebê a longo prazo. (WHO, 2020).

A WHO e o UNICEF incentivam que os países implementem políticas de apoio à amamentação, como a licença-maternidade remunerada e a criação de espaços de apoio ao aleitamento em locais de trabalho, o que tem mostrado eficácia no aumento das taxas de amamentação (Rollins et al., 2016). Adicionalmente, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada pela WHO e UNICEF, estabelece dez passos para o sucesso do aleitamento materno, que incluem o contato pele a pele imediato após o parto e a orientação sobre a importância do aleitamento exclusivo (WHO, 2018). Estudos mostram que hospitais que implementam essas diretrizes conseguem aumentar significativamente as taxas de amamentação exclusiva (Munn et al., 2016).

Embora os benefícios da amamentação exclusiva estejam bem documentados, as taxas de adesão ainda são aquém do ideal em diversos países, incluindo Portugal (WHO, 2020b). Entre os principais desafios, destacam-se a falta de políticas de apoio às mães no ambiente de trabalho, a disseminação de informações sobre fórmulas infantis e a ausência de apoio adequado nos serviços de saúde. Programas de apoio à amamentação, como a IHAC, têm mostrado eficácia, mas ainda enfrentam dificuldades para serem amplamente implementados (Munn et al., 2016).

Um dos passos mais importantes da IHAC é não fornecer qualquer alimento ou líquido para além do leite materno, exceto algum medicamento indicado. A suplementação precoce com fórmula infantil durante o internamento hospitalar pode afetar negativamente a lactação e a duração do aleitamento materno de forma negativa (WHO, 2017).

Segundo a WHO (2020), o AM é uma das formas mais eficazes de garantir a saúde e a sobrevivência do RN. Embora tenha inúmeras vantagens, é possível constatar que atualmente a muitos RN é introduzida fórmula alimentar ainda antes do momento da alta pós-parto.

Em Portugal, apesar das taxas de AM serem elevadas no momento da alta da maternidade, estas caem rapidamente. Independentemente de todas as recomendações nacionais e internacionais, a prevalência do AME mantém-se a níveis inferiores ao pretendido e com decréscimo acentuado nos primeiros meses de vida. A última publicação do Registo do Aleitamento Materno da Direção-Geral da Saúde (DGS) é relativa ao ano de 2013 e refere que 98,57% iniciou AM antes da alta hospitalar e apenas 76,67% manteve até ao dia da mesma. (Portugal, 2014).

A alimentação do RN durante o internamento pós-parto é uma área crítica, pois está intrinsecamente ligada ao bem-estar e ao desenvolvimento saudável do bebé. A decisão de introduzir fórmula, ao invés do AME, tem implicações significativas para a saúde do RN. É fundamental entender os fatores que moldam esta decisão para melhorar as práticas de atendimento e promover a saúde infantil.

A interrupção precoce da amamentação pode afetar a relação mãe-bebé e o vínculo afetivo, que é facilitado pela amamentação, bem como pode afetar a sensação de autoeficácia e autoconfiança das mães. O aleitamento materno é uma prática que vai além da nutrição, promovendo um laço emocional importante entre mãe e filho, essencial para o desenvolvimento saudável da criança (Modak et al. 2023).

Múltiplos são os fatores que têm contribuído para o declínio da prevalência do AM, nomeadamente os fatores relacionados com a mãe, os fatores relacionados com o RN, os fatores sociais e ainda os fatores relacionados com os profissionais de saúde (Galvão, 2006).

A literatura destaca diversos fatores que influenciam a escolha de algumas mulheres em optar pela introdução de fórmulas lácteas ao invés de optarem exclusivamente pela amamentação. Dentre esses fatores, alguns são amplamente reconhecidos. Lopes e Chora (2019) destaca alguns fatores relacionados com a mãe como a sensação de hipogalactia e as complicações relacionadas com a amamentação (fissuras, dor ou mastite) como principal motivo para o abandono precoce do aleitamento materno. Caldeira et al. (2007, p. 692) refere que a falta de confiança na produção adequada de leite em termos de qualidade e quantidade, a primiparidade, não ter amamentado anteriormente, ter sido oferecido suplemento com leite artificial no hospital, idade materna jovens e baixas escolaridades associam-se a maior abandono do aleitamento materno.

No que concerne aos fatores relacionados com o RN, o mais frequentemente identificado é a dificuldade na técnica da amamentação. Porém, a hospitalização, a recusa em mamar, a introdução de leite artificial, a má progressão ponderal e a sensação de insatisfação do RN são também fatores que contribuem para a interrupção precoce do AME (Lopes & Chora, 2019).

Também para Lowdermilk (2008) as experiências anteriores malsucedidas a necessidade de manter uma vida social ativa e o retorno ao trabalho são citados como influências. Além disso, questões de conveniência e praticidade, pudor e barreiras sociais, a percepção das fórmulas como uma maneira de envolver o pai na alimentação do bebê são mencionados como fatores para o abandono do aleitamento materno e introdução de fórmulas.

Durante a experiência acadêmica, observou-se que, apesar das recomendações internacionais que incentivam o AME, a introdução de fórmula infantil ainda ocorre com frequência nos hospitais. Muitas vezes, essa prática não está apenas relacionada às condições clínicas do RN ou da mãe, mas também a influências institucionais e culturais. Durante a realização do ENP, foi possível acompanhar diversas situações em que o aleitamento artificial foi introduzido, constatando-se que as decisões envolvem uma série de fatores que nem sempre estão devidamente documentados ou compreendidos.

Ao partilhar essas observações com profissionais de saúde, identificaram-se desafios, dificuldades e a necessidade de maior formação e apoio na promoção do aleitamento materno. A falta de formação específica, a ausência de protocolos de apoio

mais claros e a carência de um acompanhamento mais estruturado foram apontadas como questões que dificultam a manutenção do AME durante o internamento hospitalar. Além disso, as expectativas das mães e famílias, a influência dos profissionais de saúde e a estrutura hospitalar também desempenham papéis determinantes nesse processo.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam devidamente informados e capacitados para lidar de forma adequada com a alimentação do RN durante o internamento hospitalar, compreendendo os múltiplos fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial. Diante desse cenário, surgiu o interesse em investigar a temática, com o objetivo de mapear o conhecimento científico existente sobre os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento após o parto.

2- Metodologia

2.1- Objetivo e Finalidade do estudo

O presente estudo tem como objetivo mapear os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao RN durante o internamento após o parto. Procura-se identificar, através da literatura disponível, os elementos que contribuem para a decisão de iniciar a alimentação com fórmulas infantis nesse período crítico, incluindo aspetos maternos, neonatais, institucionais e socioculturais.

Ao compreender estes fatores, esta revisão pretende contribuir para a melhoria das práticas hospitalares e do apoio prestado às mães e RN, promovendo um entendimento mais profundo dos desafios e determinantes envolvidos na decisão de recorrer à alimentação com fórmulas infantis nesse período crítico.

2.2- Identificação da questão de investigação

Para Fortin (2009), uma questão de investigação é uma pergunta formulada para orientar um processo de pesquisa ou investigação. Ela é o ponto de partida para a elaboração de um projeto de pesquisa, fornecendo a direção e o foco para o trabalho a ser realizado.

A questão de investigação é fundamental para guiar toda a pesquisa e foi desenvolvida segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI), que recomenda o uso da mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto) (Aromataris, et al, 2024). Neste estudo, os participantes incluem os RN saudáveis; o conceito corresponde aos fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial; e o contexto abrange o período de internamento hospitalar após o parto. Baseando-se na mnemónica PCC, formulou-se a seguinte questão de investigação: "Quais são os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento após o parto?"

2.3- Tipo de Estudo: Scoping Review

Esta investigação consiste numa Scoping Review, uma abordagem metodológica que permite mapear a evidência disponível sobre um determinado tema, identificar lacunas no conhecimento, esclarecer conceitos e documentar a investigação que informa e orienta a prática (Amendoeira, 2022). No contexto deste estudo, a *Scoping Review* é a metodologia mais adequada, pois possibilita uma visão abrangente sobre os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao RN durante o internamento após o parto, sem restringir a análise a um tipo específico de estudo ou nível de evidência (Amendoeira, 2022).

Ao contrário das revisões sistemáticas, que visam responder a uma questão específica e avaliar criticamente a qualidade dos estudos incluídos, as *Scoping Reviews* são indicadas para explorar áreas emergentes, compreender a extensão da literatura existente e identificar lacunas no conhecimento. Dado que o tema deste estudo envolve múltiplos fatores interligados a *Scoping Review* permite organizar e sintetizar as evidências disponíveis de forma estruturada, facilitando a identificação de padrões e tendências (Munn et al. 2018).

A revisão foi conduzida de acordo com a metodologia do JBI, de forma a garantir um processo estruturado e sistemático. A scoping review utilizou o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), com o objetivo de assegurar o rigor na elaboração do relatório. O protocolo desta *Scoping Review*, foi previamente elaborado e registado na plataforma

Open Science Framework® (DOI 10.17605/OSF.IO/ZDV8S) com o objetivo de promover a transparência desta investigação.

2.4- Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão e exclusão

Para abordar o tópico de pesquisa e definir as fontes de informação a serem consideradas nesta revisão, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

Participantes: Foram considerados estudos que investigaram a alimentação de RN saudáveis. Para este estudo, definiu-se um RN saudável como aquele a termo (≥ 37 semanas de gestação), sem complicações neonatais significativas, sem necessidade de internamento prolongado ou suporte avançado (como ventilação mecânica ou nutrição parenteral).

Conceito: O foco foi nos fatores influenciadores da introdução de fórmula ao RN. Neste contexto, "fatores influenciadores" referem-se a elementos clínicos, maternos, sociais ou institucionais que impactam a decisão de oferecer fórmula infantil ao RN, incluindo práticas hospitalares, condições do bebê ou da mãe, apoio à amamentação e crenças culturais.

Contexto: O ambiente hospitalar no pós-parto foi o cenário de análise. Para este estudo, considerou-se "ambiente hospitalar no pós-parto" como o período de internamento da mãe e do RN logo após o parto, geralmente incluindo as primeiras 48 a 72 horas, excluindo Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Tipos de Fontes: Foram abrangidos nesta análise estudos, englobando abordagens quantitativas e qualitativas, tanto primárias quanto secundárias, que oferecessem respostas à questão de pesquisa. Foram aceitos estudos redigidos em português, inglês e espanhol.

2.5- Estratégia de Pesquisa

Foi adotada uma estratégia de pesquisa em três etapas, de acordo com as orientações do manual JBI, para investigar os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento após o parto. A pesquisa bibliográfica desta *Scoping Review* foi realizada durante o mês de novembro de 2024.

Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa preliminar limitada de artigos publicados e revistos por pares nas bases de dados PubMed e CINAHL. Contou-se com a colaboração de um bibliotecário acadêmico para realizar uma análise das palavras contidas nos títulos, resumos e termos de indexação, o que permitiu gerar uma lista inicial de palavras-chave.

Na segunda etapa foram identificadas as palavras-chave/termos indexados mais frequentes dos artigos encontrados. Posteriormente as palavras-chave foram validadas na plataforma DeCS/Mesh – Descritores em Ciências da Saúde (2023). O segundo passo envolveu o aperfeiçoamento dos termos de pesquisa. Assim, foram definidas as seguintes palavras-chave: período pós-parto, recém-nascido; fórmulas infantis e fatores.

Além disso, termos livres frequentemente utilizados nos títulos e resumos dos artigos também foram incluídos para ampliar a abrangência da pesquisa.

Com base nesses termos, foi formulada uma frase booleana, utilizando operadores como “AND” e “OR”, a fim de combinar os conceitos e otimizar a busca (Gonçalves et al., 2021). A frase booleana construída foi: “(((formula feeding) OR (artificial feeding) OR (infant formula) OR (bottle feeding)) AND ((newborn) OR (neonate) OR (infant)) AND ((factors) OR (reasons) OR (determinants)) AND ((hospitalization) OR (postpartum period)))”.

Na terceira e última etapa, a pesquisa foi ampliada para outras bases de dados científicas, incluindo PubMed®, SCOPUS®, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS®) e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP®), foi também realizada uma pesquisa na plataforma google académico, com o objetivo de procurar literatura cinzenta relacionada com o tema e que respondesse à questão de investigação. A equação de pesquisa foi ajustada conforme as características de cada base de dados, e aplicaram-se filtros específicos para refinar os resultados obtidos (Apêndice II).

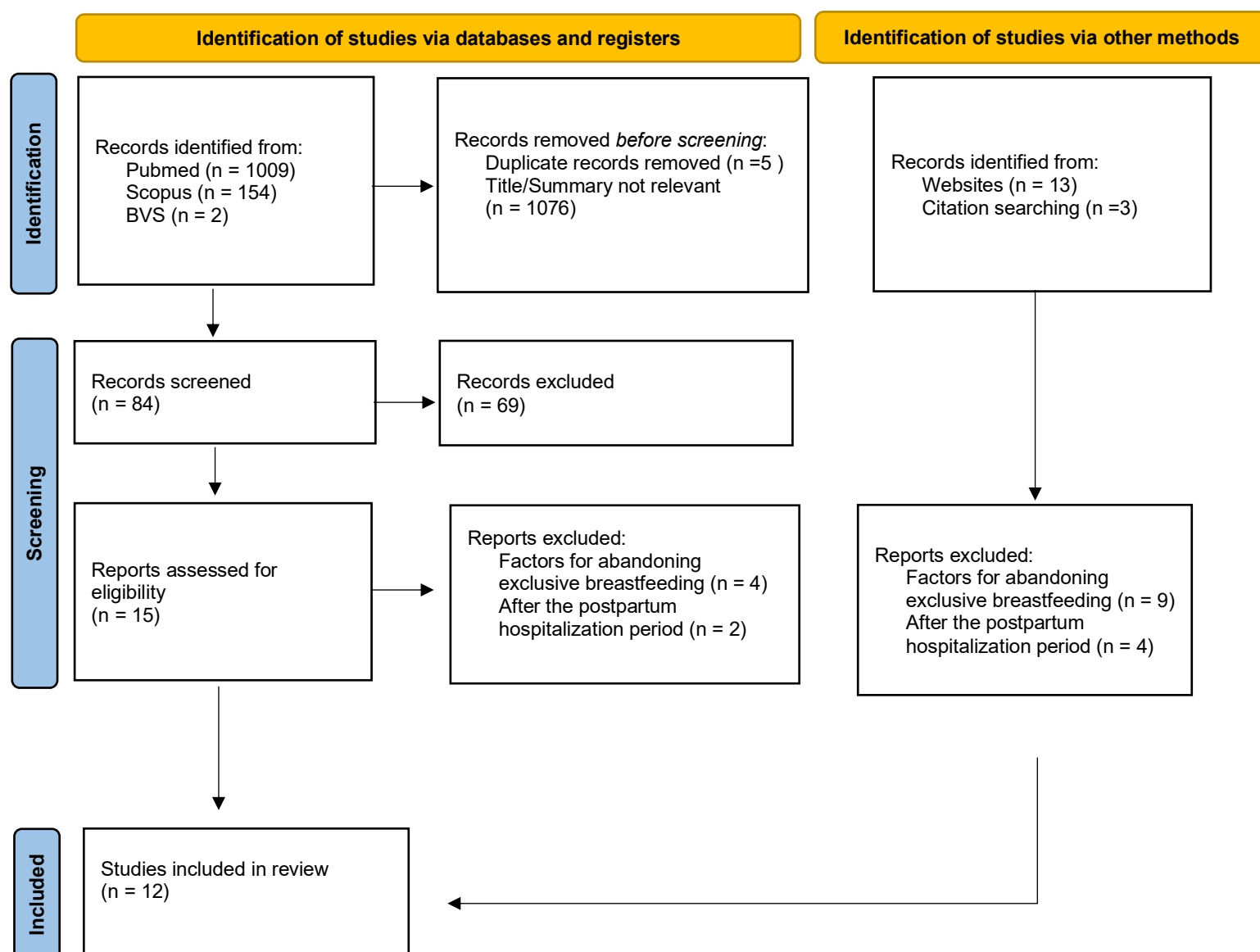
2.6- Processo de Seleção dos Estudos

O processo de seleção foi realizado em duas fases. 1) seleção de títulos e resumos; 2) seleção de textos completos. Na fase 1) todos os títulos e resumos foram selecionados por dois revisores de forma independente (BA, TG). Na eventualidade de discordâncias entre os revisores quanto à inclusão ou exclusão de um artigo, um terceiro revisor arbitrária (A.G). A triagem foi efetuada com recurso da plataforma de apoio Mendeley®.

Na fase de triagem do texto integral, foi efetuada a leitura completa dos textos e a análise detalhada de cada artigo, considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecido. Nesta fase, 19 artigos foram excluídos, com os motivos para a sua exclusão devidamente registados, conforme demonstrado no fluxograma (figura 1). Um total de 12 artigos foram considerados elegíveis para esta *Scoping Review*.

O fluxograma da pesquisa realizada a partir do *PRISMA flow diagram*, sintetiza de forma clara todas as etapas do processo, desde a busca inicial até a seleção final dos artigos incluídos na revisão.

Figura 1: Diagrama PRISMA



Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

2.7- Extração e Análise de dados

A pesquisa nas diversas bases de dados resultou em um total de 1681 artigos. Desses, 1509 foram identificados na PubMed®, 154 na Scopus® e 2 na BVS®, enquanto nenhuma publicação foi encontrada no RCAAP e 16 artigos foram encontrados a partir de outras fontes.

Após a seleção dos estudos, a extração de dados foi conduzida de forma independente por dois investigadores (B.A. e T.G.), utilizando uma ferramenta de extração de dados previamente testada. Essa ferramenta foi desenvolvida com base no modelo proposto por Aromataris et al. (2024) e passou por ajustes ao longo do processo, de acordo com as necessidades identificadas. O objetivo foi garantir que todas as informações relevantes fossem sistematicamente colhidas e organizadas para análise.

O formulário de extração de dados foi desenvolvido e testado em dois artigos para validar a consistência e adequação da ferramenta, assegurando que nenhum dado importante fosse negligenciado, ajustado e aplicado a todos os artigos incluídos, de acordo com o guia JBI. O instrumento aplicado inclui dados como título do estudo, autores, país de realização, ano de publicação, objetivos do estudo, critérios de inclusão, metodologias adotadas e principais resultados ou conclusões.

Os dados extraídos dos 12 estudos selecionados foram sistematicamente sintetizados e organizados por meio de uma síntese narrativa, uma abordagem qualitativa que permitiu identificar e interpretar os principais fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao RN durante o internamento pós-parto. Esta metodologia possibilitou uma visão abrangente e integrada, destacando padrões, semelhanças e diferenças entre os estudos analisados, mesmo diante da heterogeneidade de métodos e contextos apresentados nas pesquisas.

3- Apresentação dos resultados

3.1- Caracterização dos estudos

Os estudos selecionados foram realizados entre os anos de 2005 e 2024. A maioria dos estudos é oriunda da América do Norte (n=4), sendo três do Estados Unidos (Chantry et al., 2014; Grassley et al., 2014; Tender et al., 2009) e um do Canadá (Gagnon et al., 2005). Outros três estudos são provenientes da Europa, incluindo um de Portugal (Branco et al., 2023), um de Espanha (Santacruz-Salas et al., 2020), e um da Turquia (Aktaş et al., 2023). Além disso, há 3 estudos realizados na Ásia (Champeny et al., 2019; Huang et al., 2017; Zhang et al., 2018). Por último foi selecionado um estudo realizado na América Latina (México) (Sampieri & Gutiérrez-Fragoso, 2024).

A metodologia quantitativa foi amplamente utilizada nos estudos incluídos (n=8) (Aktaş et al., 2023; Branco et al., 2023; Champeny et al., 2019; Chantry et al., 2014; Gagnon et al., 2005; Grassley et al., 2014; Sampieri & Gutiérrez-Fragoso, 2024; Tender et al., 2009), sendo a maioria estudos de coorte ou descritivos baseados em levantamento de dados. Apenas três estudos utilizaram abordagens qualitativas (Bookhart et al., 2022; Huang et al., 2017; Zhang et al., 2018), com aplicação de entrevistas ou discussões de grupo. Houve ainda um estudo misto que incluiu análise quantitativa e qualitativa (Santacruz-Salas et al., 2020).

Tabela 1: Resumo dos Artigos Selecionados

Autores	Título	País	Ano	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Principais Resultados
Anita J. Gagnon; Guylaine Leduc; Kathy Waghorn; Hong Yang; Robert W. Platt.	<i>“In-Hospital Formula Supplementati on of Healthy Breastfeeding Newborns”</i>	Canadá	2005	Identificar os preditores da suplementação com formula em recém-nascidos saudáveis a serem amamentados em meio hospitalar	Recém-nascidos saudáveis e respetivas mães, hospitalizados em unidades de pós-parto de hospitais universitários de ensino no Canadá. <i>564 díades mãe-bebé</i>	Análise secundária de dados relativos a 564 díades mulher-bebé e entrevistas específicas a 38 enfermeiros de unidades pós-parto.	□ 47,9% dos recém-nascidos receberam fórmula no hospital, com mediana de 8,4 horas após o nascimento. <u>Fatores associados à introdução de fórmula:</u> • Dificuldades na amamentação; • Comportamento do bebé; • Fadiga materna. <u>Fatores protetores incluíram:</u> planejar amamentação exclusiva, planejar amamentação exclusiva ≥ 3meses, educação pré-natal, recém-nascido sexo masculino
Caroline J. Chantry; Kathryn G. Dewey; Janet M. Peerson; Erin A. Wagner; Laurie A. Nommsen-Rivers.	<i>“In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed”</i>	Estados Unidos	2015	Avaliar a suplementação de fórmula no hospital em mães de primeira viagem que pretendiam amamentar exclusivamente e determinar se a suplementação reduz a duração da amamentação	Mães de primeira viagem, com filhos saudáveis e de termo, <i>393 díades mãe-bebé</i>	Estudo de coorte longitudinal; entrevista pré-natal, coleta de dados no hospital e seguimento até 60 dias.	□ 47% dos recém-nascidos receberam fórmula no hospital <u>Fatores associados à introdução de fórmula:</u> • Perceção de baixa produção de leite (18%), • Sinais de ingestão inadequada (16%) • Comportamento do RN (14%) • Separação díade (10%) • Razões psicológicas (5%) • Dor ao amamentar ou incapacidade materna (4%)

Clara Luz Sampieri; Karina Gutiérrez-Fragoso.	<i>“Introduction of Breast Milk Substitutes During the First 3 Days of Life: Results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics, 2018”</i>	México	2024	Investigar a associação entre a introdução de fórmula nos primeiros 3 dias de vida e características sociodemográficas maternas, práticas hospitalares e duração da amamentação.	Mães mexicanas cujos bebês nasceram entre 2013 e 2018. <i>17.686 díades mãe-bebê, divididas entre aquelas que amamentaram menos de 5 meses (29,2%) e para além dos 5 meses (70,8%).</i>	Estudo descritivo com colheita de dados na Pesquisa Nacional de Dinâmica Demográfica (ENADID) de 2018.	☐ 21% dos bebês receberam fórmula nos primeiros 3 dias de vida. <u>Fatores associados à introdução de fórmula:</u> • Cesariana, parto em unidade médica, ausência de contato pele-a-pele e falta de explicações sobre amamentação após o parto. • Mães com maior escolaridade e status socioeconómico médio-alto foram mais propensas a introduzir fórmula. ☐ A introdução de fórmula está associada a uma duração mediana de amamentação significativamente menor.
Esmeralda Santacruz-Salas; Isaac Aranda-Reneo; Antonio Segura-Fragoso; Ana Isabel Cobo-Cuenca; José Alberto Laredo-Aguilera; Juan Manuel Carmona-Torres.	<i>“Mothers’ Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months”</i>	Espanha	2020	Determinar as expectativas das mulheres espanholas sobre aleitamento exclusivo e os fatores que influenciam o cumprimento dessas expectativas durante os primeiros 6 meses de vida.	Mulheres com RN saudáveis entre 37 e 42 semanas de gestação e $\geq 2,5$ kg <i>236 mulheres inicialmente recrutadas; análise final realizada em 201</i> mães que declararam intenção de aleitamento exclusivo após o parto.	Estudo de coorte prospetivo com entrevistas presenciais (no hospital) e por telefone no 1º e 6º mês pós-parto.	☐ Apenas 65,3% das mães deixaram o hospital mantendo AME. <u>Principais razões introdução de fórmula:</u> • <u>Fatores maternos (52%):</u> Problemas com a amamentação. • <u>Fatores do bebê (52%):</u> Perceção de fome ou ganho insuficiente de peso. • <u>Fatores sociais (97%):</u> Pressão psicológica de familiares, recomendação de profissionais de saúde para introduzir fórmula. ☐ Cesarianas aumentam a chance de abandono do AME quase cinco vezes.

Jane S. Grassley; Joyce Schleis; Susan Bennett; Susan Chapman; Bonnie Lind.	<i>“Reasons for Initial Formula Supplementati on of Healthy Breastfeeding Newborns”</i>	Estados Unidos	2014	Explorar os fatores associados à suplementação de fórmula hospitalar em recém-nascidos saudáveis que estavam a ser amamentados	Recém-nascidos saudáveis cujas mães planeavam amamentação exclusiva. 302 prontuários hospitalares revistos	Estudo retrospectivo exploratório com revisão de prontuários eletrônicos utilizando critérios de inclusão/exclusão. Análise estatística com modelagem de regressão logística.	☐ 38% dos recém-nascidos saudáveis receberam suplementação com fórmula. <u>Principais razões introdução de fórmula:</u> • Cesariana • Nascimentos entre 21h e 10h têm maior probabilidade de suplementação. • A permanência hospitalar superior a 24h duplica a probabilidade de suplementação. • Pedido materno, hipoglicemia, poucas mamadas/recém-nascido sonolento.
Jennifer A. F. Tender; Jayarsi Janakiram; Elda Arce; Rubina Mason; Talita Jordan; Jennifer Marsh; Sarah Kin; Jianping He; Rachel Y. Moon.	<i>“Reasons for In-Hospital Formula Supplementati on of Breastfed Infants From Low-Income Families”</i>	Estados Unidos	2009	Identificar as razões pelas quais as mães com baixos rendimentos que amamentam iniciam a suplementação com fórmulas no hospital e os fatores de risco para a suplementação com fórmulas no hospital	Mães de famílias de baixo rendimento que participam no programa WIC (Women, Infants, and Children). <i>150 mães recrutadas</i>	Estudo transversal com aplicação de questionário oral. A análise incluiu regressão logística múltipla para identificar fatores associados à suplementação.	☐ 78% dos bebês amamentados receberam suplementação com fórmula no hospital. ☐ A <u>principal razão materna</u> foi a percepção de necessidade ou desejo de oferecer fórmula (39%). ☐ A não participação em aulas pré-natais sobre amamentação aumentou em quase 5 vezes a chance de suplementação hospitalar.

Joana Branco; Ana Rute Manuel; Sara Completo; Joana Marques; Rita Rodrigues Antão; Cristina Pinto Gago; Elsa Paulino; Olga Voutsen; Rosalina Barroso.	<i>“Prevalence and Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding in the First Six Months of Life”</i>	Portugal	2023	Identificar a prevalência e que fatores influenciam o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida e comparar os resultados com um estudo anterior.	RN internados em duas maternidades em Lisboa (um hospital com certificação "Hospital Amigo dos Bebés" e outro não certificado). <i>423 RN (324 no hospital certificado e 99 no não certificado).</i>	Estudo prospetivo, observacional e longitudinal, com aplicação de questionários em três momentos: alta hospitalar, três e seis meses pós-parto.	☐ À alta, 5,7% dos RN estavam exclusivamente com fórmula, aumentando para 44,5% aos seis meses. ☐ Razões para introdução de fórmula: • Recomendação médica e de enfermagem (43,5%); • Hipoglicemia (25,9%); • Opção da mãe (30,6%); ☐ Fatores associados à maior probabilidade de introdução de fórmula: • Cesariana, • Ausência de contato pele-a-pele,
Larelle H. Bookhart; Erica H. Anstey; Michael R. Kramer; Cria G. Perrine; Harumi Reis-Reilly; Usha Ramakrishnan; Melissa F. Young.	<i>“A nation-wide study on the common reasons for infant formula supplementation among healthy, term, breastfed infants in US hospitals”</i>	Estados Unidos	2021	Examinar os três principais motivos para a introdução de fórmula em meio hospitalar a RN saudáveis, de termo e amamentados.	2045 hospitais de maternidade (70% dos hospitais nos EUA) Dados colhidos pela pesquisa mPINC (Maternity Practices in Infant Nutrition and Care).	Análise qualitativa baseada em respostas a uma pergunta aberta na pesquisa mPINC,	☐ <u>Motivos mais comuns para suplementação de fórmula:</u> • <u>Indicações médicas (70%):</u> Hipoglicemia (46,1%), perda de peso (36,5%), icterícia (27,1%). • <u>Pedido ou preferência da mãe (55,9%):</u> Pedido explícito (34,8%), preferência por fórmula (15,6%), frustração com a amamentação (3%). • <u>Problemas com a lactação (51,3%):</u> Perceção de baixo suprimento de leite (16,5%), fome do bebé (14%), dificuldades de pega (10%). • <u>Razões físicas não médicas (36,1%):</u> Fadiga materna (25,4%), separação da diade mãe-bebé (2,2%). • <u>Influências sociais e culturais (18,8%):</u> Pressões de familiares ou amigos, normas culturais.

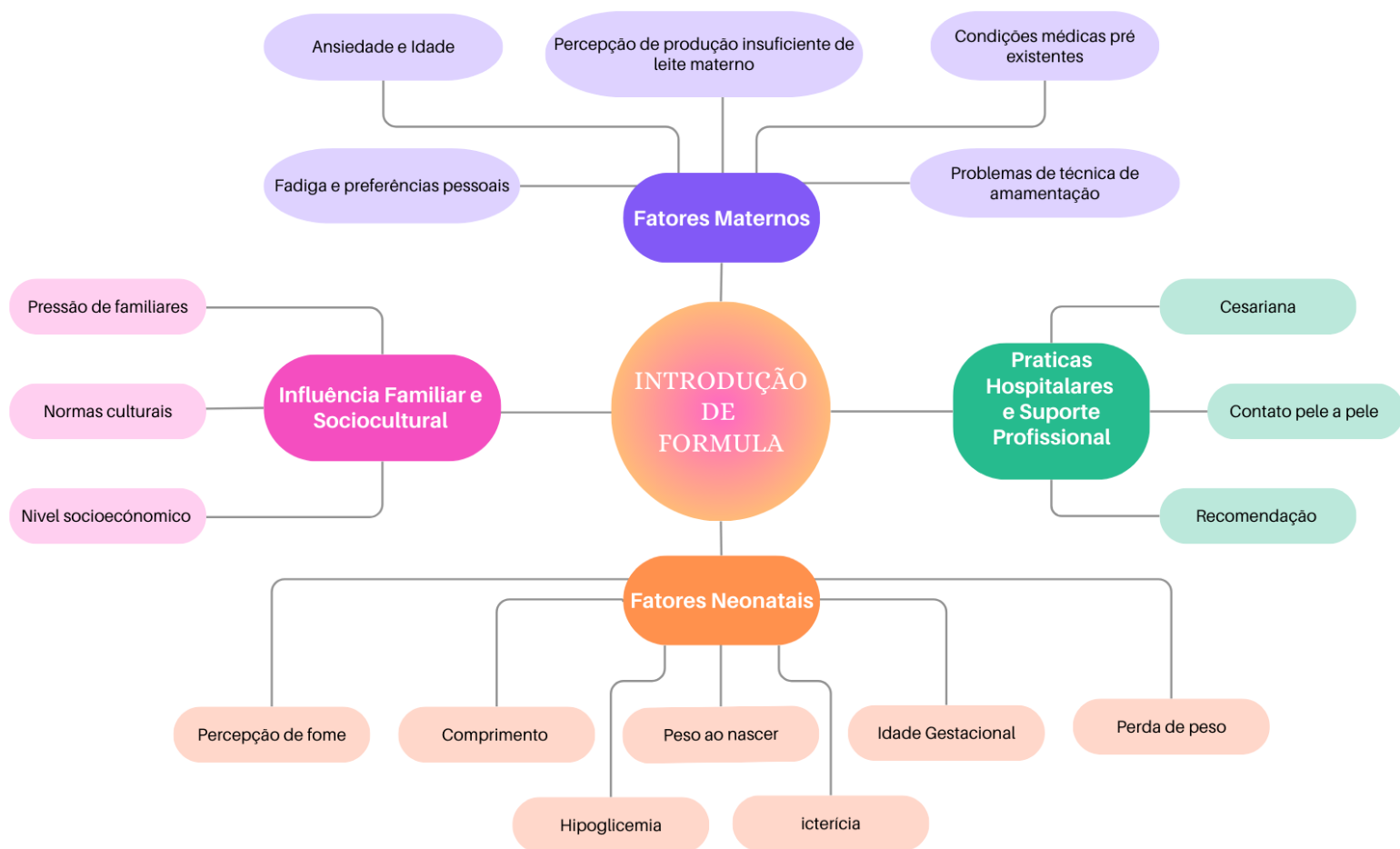
Mary Champeny; Alissa M. Pries; Kroeun Hou; Indu Adhikary; Elizabeth Zehner; Sandra L. Huffman.	<i>“Predictors of breast milk substitute feeding among newborns in delivery facilities in urban Cambodia and Nepal”</i>	Estados Unidos	2019	Avaliar os fatores associados ao uso de substitutos do leite materno entre recém-nascidos em maternidades urbanas no Camboja e no Nepal.	304 mães no Vale de Katmandu (Nepal) e 306 mães em Phnom Penh (Camboja).	Pesquisa transversal baseada em entrevistas estruturadas realizadas após o parto e antes da alta hospitalar.	Mais de 50% dos bebês amamentados receberam suplementação com fórmula no hospital em ambas as regiões. ☐ Recomendações de profissionais de saúde foram associadas significativamente ao uso de fórmula ☐ Cesarianas e exposição a promoções comerciais foram fatores relevantes.
Pan Huang; Jianhua Ren; Yi Liu; Biru Luo; Xiufang Zhao.	<i>“Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers”</i>	China	2017	Investigar as intenções maternas de amamentação e as taxas de adesão ao aleitamento com base na teoria da ação racional, além de analisar os fatores predominantes associados a dificuldades de amamentação.	Mães e respectivos RN saudáveis <i>1260 mulheres: 420 em cada etapa; registro da gravidez, admissão pré-natal e na alta pós-parto.</i>	Estudo observacional, com colheita de dados em três pontos temporais (gestação, internação pré-natal e alta).	☐ <u>Taxas de alimentação ao receber alta:</u> • Amamentação exclusiva: 55,1%; • Aleitamento misto: 40,6%; • Alimentação apenas com fórmula: 4,3%. ☐ <u>Fatores para introdução de fórmula:</u> • Percepção de produção inadequada de leite (65,9%); • Preocupação que o leite materno não fosse suficiente (12,3%); • Pressão de familiares (7,7%)

Selma Aktaş; Ebru Kazancı; Ayşe Korkmaz.	<i>“Determinants of Formula Milk Supplementation at a Baby-Friendly University Hospital During Hospital Stay”</i>	Turquia	2023	Determinar a taxa, as causas e os fatores de risco associados à introdução de fórmula durante a estadia hospitalar e após a alta num hospital amigo do bebé.	Mães e respetivos RN saudáveis <i>929 díades de mãe-bebés</i>	Estudo retrospectivo com colheita de dados registados de nascimentos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021.	☐ Taxa de suplementação com fórmula durante o internamento: 13,78%. • <u>Principais motivos</u>: <i>insuficiência de leite materno (48,05%), perda de peso (21,88%) e hipoglicemia (17,19%).</i> • <u>Fatores de risco significativos</u>: <i>cesariana, idade materna elevada (≥ 35 anos), gestação com técnica de reprodução assistida (ART), múltiplas gestações.</i>
Yan Zhang; Yi Jin; Carel Vereijken; Bernd Stahle; Hong Jiang	<i>“Breastfeeding experience, challenges and service demands among Chinese mothers: A qualitative study in two cities”</i>	China	2018	Explorar as experiências de amamentação durante o período de amamentação e compreender os desafios enfrentados e necessidades de serviços de apoio em cada estadio	Mulheres a amamentar e profissionais de saúde. <i>Em cada cidade [Shangai e Weifang]: 10 mulheres, 1 yuesao, 1 kainaishi, 1 parteira, 1 investigador, 1 pediatra e 1 enfermeira chefe de um serviço de obstetrícia</i>	Estudo qualitativo baseado em <i>entrevistas individuais e discussões de grupo.</i>	<u>Principais motivos</u> • Perceção de insuficiência de leite materno; • Pega incorreta; • Dor devido a cesariana; • Preocupações relacionadas com icterícia; • Apoio inadequado dos profissionais durante a estadia no hospital.

3.2- Análise e síntese dos resultados

A análise dos estudos incluídos destaca uma série de fatores determinantes para a introdução do aleitamento artificial ao RN no período pós-parto. Os resultados dos estudos analisados foram organizados em quatro categorias principais: fatores maternos, fatores neonatais, fatores relacionados com as práticas hospitalares e o os profissionais de saúde e ainda fatores relacionados com a família e estatuto sociocultural. Todos desempenham um papel significativo na decisão de introduzir fórmula artificial. Na figura 2 estão apresentados de forma resumida e sistemática os principais resultados.

Figura 2: Categorização dos resultados



4- Discussão dos resultados

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciam percentagens significativas de RN suplementados com fórmula durante o internamento hospitalar, variando amplamente entre os contextos analisados. Gagnon et al. (2005) observaram que 47,9% dos RN no Canadá receberam fórmula no hospital, enquanto nos Estados Unidos Chantry et al. (2014) reportaram uma proporção semelhante (47%) entre mães de primeira viagem. Já Tender et al. (2009) e Grassley et al. (2014) reportaram taxas de 78% e 38%, respetivamente. Em Espanha, Santacruz-Salas et al. (2020) indicaram que 37,4% das mães oferecem fórmula antes da alta hospitalar, em Portugal, no estudo de Branco et al. (2023) 25,8% dos RN receberam formula artificial durante a estadia hospitalar e 5,7% foram exclusivamente artificialmente alimentados . Em contextos asiáticos, Huang et al. (2017) na China registaram que 55,1% dos bebés foram alimentados exclusivamente com leite materno ao receber alta, enquanto 40,6% foram submetidos a uma alimentação mista, combinando leite materno e fórmula, e 4,3% foram alimentados exclusivamente com fórmula. Além disso, aproximadamente 53,8% das mães relataram dificuldades na amamentação. No México, Sampieri e Gutiérrez-Fragoso (2024) destacaram uma prevalência de 21% de suplementação com fórmula nos primeiros três dias de vida. O estudo de Aktaş et al. (2023) na Turquia, identificaram uma taxa de suplementação de 13,78%. No estudo de Champeny et al., (2019) mais de metade das mães relataram que os seus bebés receberam formula antes da alta hospitalar (56,9% em Phnom Penh e 55,9% em Kathmandu Valley).

Estas percentagens refletem a realidade que motivou este estudo, a introdução precoce de fórmulas artificiais tem um impacto negativo significativo no estabelecimento e na continuidade da amamentação, conforme destacado pela WHO (2018). Além disso, estudos mostram que os bebés que recebem fórmulas suplementares antes da alta hospitalar têm o dobro da probabilidade de interromper a amamentação nas primeiras seis semanas de vida (WHO., 2018).

A WHO e a UNICEF reforçam a importância de não oferecer aos RN nenhum alimento ou líquido para além do leite materno. Este é um dos pilares da IHAC, que busca promover o AME durante os primeiros seis meses de vida (WHO, 2017). No entanto, a implementação desta recomendação pode ser desafiadora devida a fatores como a insegurança materna em relação à amamentação, dificuldades na amamentação,

preocupações com a produção de leite materno, influência de profissionais de saúde, a falta de apoio adequado, a normalização do uso de fórmulas e pressão sociocultural (Vasconcelos et al., 2020).

Fatores Maternos

A percepção de insuficiência de leite materno é amplamente relatada como um dos principais motivos para a introdução precoce de fórmulas infantis e para a interrupção do AME. No estudo de Tender et al. (2009), 17,4% das mães referiram "falta de leite" como razão para a suplementação durante o período da hospitalização. De forma semelhante Aktaş et al. (2023) identificou que 48,05% das mães que introduziram fórmula o fizeram devido à percepção de insuficiência de leite materno. Já Huang et al. (2017) relataram que 65,9% das mães que recorreram à fórmula citaram essa percepção como a principal razão para essa decisão, com 12,3% a afirmar que acreditavam que o leite materno sozinho não satisfazia o bebê. Zhang et al. (2018) observou que muitas mães chinesas já manifestavam preocupação com a insuficiência de leite antes mesmo do parto, comprando fórmula infantil durante a gestação em antecipação a possíveis dificuldades. No estudo de Champeny et al. (2019), a ideia de "leite insuficiente" e de que "o leite não veio" foram as razões mais citadas para a introdução de substitutos do leite materno. Gagnon et al., (2005) observaram que tanto mães quanto enfermeiros acreditavam que o colostro produzido nas primeiras horas após o parto era insuficiente para atender às necessidades do bebê, o que muitas vezes resultava na suplementação com fórmula.

Bookhart et al. (2022) identificou que 16,5% das mães apontaram a percepção de baixa produção de leite como principal razão para introduzir fórmula, seguida pela preocupação com a fome do bebê (14,0%) e dificuldades na pega (10,0%). O estudo de Chantry et al. (2014) revelou que 18% das mães consideraram a baixa produção de leite como principal motivo para a suplementação, além de dificuldades na pega e na amamentação (14%) e sinais percebidos de ingestão inadequada pelo bebê (16%). Segundo Branco et al., (2023) 49,05% das mulheres identificaram o "leite insuficiente" e 11,3% das mulheres relataram que o leite era fraco como a principal razão para abandonar o AME, além da recusa do bebê em mamar (30,18%) e episódios frequentes de choro (9,5%). Estes dados revelam um padrão preocupante: a percepção de insuficiência de leite não está necessariamente relacionada à real incapacidade de produzir leite suficiente, mas sim a fatores como desinformação, interpretação equivocada dos sinais do bebê e

dificuldades iniciais na amamentação. O choro frequente e a recusa do bebê em mamar são muitas vezes mal interpretados como sinais de fome, quando na verdade podem ser comportamentos normais do RN ou reflexo de dificuldades na técnica de amamentação (Kent et al., 2021).

Esses achados estão alinhados com a literatura que aponta a percepção inadequada de insuficiência de leite como um dos principais motivos para o desmame precoce. De acordo com a WHO (2017), práticas hospitalares inadequadas, como a introdução desnecessária de fórmula, interferem no estabelecimento da amamentação, muitas vezes perpetuando crenças incorretas sobre a insuficiência do leite materno. Fatores como técnicas inadequadas de amamentação, posicionamento incorreto do bebê e falta de apoio adequado podem contribuir para essa percepção. A confiança da mãe na sua capacidade de amamentar é essencial para o sucesso da amamentação (Shafaei et al., 2020). A WHO (2017) destaca também que a produção de leite é regulada pela remoção eficaz do leite da mama, assim a amamentação frequente e eficaz é fundamental para manter uma produção adequada.

Além disso a crença de que o leite materno é fraco ou insuficiente tem raízes históricas e culturais. A disseminação dessa ideia levou muitas mães a recorrerem a formulas lácteas, influenciadas por campanhas publicitárias que promovem fórmulas infantis como alternativas superiores. Este fenómeno contribuiu para a construção de uma cultura que questiona a qualidade do leite materno (WHO & UNICEF, 2022).

O estudo de Gagnon et al. (2005) identificou que a ansiedade materna elevada foi um fator significativo para a suplementação com fórmula. As mães que relataram níveis mais altos de ansiedade tinham maior probabilidade de recorrer à fórmula, o que pode estar relacionado com inseguranças em relação à amamentação e dificuldades iniciais na adaptação ao aleitamento materno.

A ansiedade materna pode influenciar significativamente o processo de amamentação, afetando a confiança e a capacidade da mãe em amamentar exclusivamente, o que pode levar à introdução precoce de fórmulas infantis. Estudos científicos destacam que níveis elevados de ansiedade estão associados a uma menor autoeficácia na amamentação, ou seja, à percepção reduzida da mãe sobre sua capacidade de amamentar com sucesso. Essa diminuição na confiança pode resultar na interrupção

precoce do aleitamento materno exclusivo e na introdução de fórmulas infantis (Nascimento et al., 2022).

O estudo de Chantry et al. (2014) apontou que mães com condições médicas pré-existent, como obesidade e diabetes, apresentaram maior probabilidade de introduzir fórmula. Ademais a presença de diabetes gestacional foi mais frequente nas mães cujos bebês necessitaram de fórmula do que naquelas cujos bebês foram exclusivamente amamentados (Aktaş et al., 2023). De acordo com Drehmer (2018), mulheres com diabetes mellitus gestacional podem experienciar atraso na lactogênese, resultando em menores níveis de amamentação, o que pode levar à introdução precoce de fórmula infantil.

Além disso, fatores anatómicos maternos, como o tamanho da mama, também foram identificados como influenciadores na ocorrência de problemas na amamentação, indicando que mamas menores podem estar associadas a uma maior dificuldade na produção de leite (Huang et al., 2017). No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2019), o tamanho das mamas não influencia a produção de leite materno. A quantidade de leite produzida está relacionada ao tecido glandular presente nas mamas, responsável pela produção do leite, e não à quantidade de tecido adiposo que determina o tamanho das mamas.

A idade materna mais avançada também foi reconhecida como um fator relevante, sendo que a média de idade das mães no grupo que utilizou fórmula foi de $34,73 \pm 5,25$ anos, significativamente maior do que a média de $33,24 \pm 4,52$ anos observada no grupo de bebês exclusivamente amamentados (Aktaş et al., 2023). Mães entre 36 e 40 anos apresentaram uma probabilidade 7,5 vezes maior de não atingirem as suas expectativas de manter a amamentação exclusiva em comparação com mulheres mais jovens (Santacruz-Salas et al., 2020). A idade materna compreendida entre 15-19 anos e 40-54 anos é um fator associado a maior risco para a introdução de fórmula (Sampieri & Gutiérrez-Fragoso, 2024). Em concordância com os estudos de Bilal Safdar et al., (2021) e Kitano et al., (2016) que sugerem que mães mais jovens, apresentam uma maior frequência de AME.

Entre os principais motivos relatados por Grassley et al. (2014) para a introdução de fórmula, destacou-se a solicitação materna (13%), que foi a razão mais comum para a suplementação, esse pedido muitas vezes estava relacionado à fadiga, ao desejo de

descanso e à crença de que o bebê estava com fome devido à falta de leite. Assim como Bookhart et al., (2022) refere que em 34,8% dos casos, a introdução da fórmula ocorreu simplesmente porque a mãe a pediu, sem uma justificativa clínica clara. Tender et al., (2009) identificaram a necessidade de descanso materno como outra razão apontada para a suplementação, mencionada por 17,4% das participantes. Assim como, Bookhart et al., (2022) indicaram que a exaustão materna foi referida em 25,4% das respostas.

Fatores Neonatais

Vários fatores neonatais influenciam a necessidade de suplementação com fórmula nos primeiros dias de vida. Entre eles, o comprimento do RN sugerindo que bebês mais compridos podem ter maior dificuldade na amamentação inicial. Para além do comprimento o estudo de Huang et al., (2017) refere ainda a baixa frequência de sucção que também demonstrou ser um fator relevante, indicando que os bebês que mamam com menos frequência têm maior probabilidade de necessitar suplementação com fórmula. A frequência e a eficácia da sucção são determinantes cruciais para o sucesso da amamentação. A frequência adequada de sucção é imprescindível para o sucesso do AME, a estimulação frequente das mamas, seja por meio da sucção do bebê ou da extração de leite, é essencial para iniciar e manter uma produção de leite adequada (Spatz et al., 2015). Além disso, uma técnica de amamentação inadequada, que pode incluir baixa frequência de sucção, está associada a dificuldades no esvaziamento das mamas, redução da produção de leite e introdução precoce de outros alimentos, comprometendo os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno (Weigert et al., 2005).

Segundo Huang et al., (2017) a idade gestacional e o peso ao nascimento também influenciaram a amamentação exclusiva. Os RN que necessitaram de fórmula tinham, em média, uma idade gestacional menor ($37,57 \pm 1,55$ semanas) e peso reduzido ao nascimento ($3055 \pm 575,27$ g) em comparação com aqueles que foram exclusivamente amamentados ($38,65 \pm 1,03$ semanas e 3366 ± 1320 g, respetivamente). A perda de peso ao receber alta hospitalar também foi um fator relevante, com os bebês suplementados a apresentarem uma perda média de $6,41 \pm 2,59\%$ do peso ao nascimento, superior à dos amamentados exclusivamente ($5,37 \pm 2,4\%$).

Aktaş et al., (2023) destaca outros fatores clínicos como determinantes na necessidade de suplementação, tais como a perda excessiva de peso que foi identificada em 21,88% dos casos, enquanto a hipoglicemia neonatal esteve presente em 17,19% dos

bebés que necessitaram de fórmula. De forma semelhante Bookhart et al., (2022) aponta que as principais razões dadas pelos hospitais para a suplementação foram indicações médicas (70%), destacando-se a hipoglicemia neonatal em 46,1% dos casos, a perda de peso excessiva em 36,5% e a icterícia em 27,1% dos casos. Outras condições médicas, como desidratação, letargia e atrasos na ativação secretória do leite materno, também foram relatadas, embora com menor frequência.

Uma justificação comum para o abandono do AME foi a percepção materna de que o bebê não ganhava peso suficiente ou ficava com fome após a mamada. A introdução de outros líquidos, como água ou soluções de reidratação oral, no hospital também teve um impacto negativo. Quando os bebês recebiam esses líquidos, a probabilidade de a mãe não alcançar as suas expectativas de manter a AME aumentava em 60% (Santacruz-Salas et al., 2020).

Apesar disso, em alguns casos, outras razões levaram à introdução da fórmula, como hipoglicemia (25,9%) e dificuldades no ganho de peso do bebê (Branco et al., 2023). Por outro lado, o comportamento do bebê, como choro excessivo ou sonolência (24 casos), as preocupações com a saúde do bebê, como perda de peso ou sinais de icterícia ou hipoglicemia (20 casos) foram motivos para a introdução de fórmula (Gagnon et al., 2005).

Práticas Hospitalares e Apoio Profissional

A via de parto revelou-se um dos fatores mais relevantes na introdução precoce da fórmula. Sampieri & Gutiérrez-Fragoso, (2024) afirma que a cesariana revelou-se um fator de risco relevante, uma vez que as mães que deram à luz por esta via apresentaram uma probabilidade superior de introduzir fórmula nos primeiros três dias, a dor pós-operatória, a separação temporária entre mãe e bebê para cuidados médicos e as dificuldades iniciais na posição para amamentar são barreiras significativas. Além disso, (Sampieri & Gutiérrez-Fragoso, 2024), refere ainda que o parto em unidade médica também esteve associado à maior introdução de fórmula. O estudo evidenciou ainda que a ausência de contacto pele a pele imediatamente após o parto e a falta de explicação sobre a amamentação após o parto aumentaram significativamente a probabilidade de introdução de fórmula.

Do mesmo modo, os estudos de Zhang et al. (2018) e Huang et al. (2017) afirmam que a cesariana, foi um dos principais fatores que dificultaram a amamentação e levaram

à introdução da fórmula. Clique ou toque aqui para introduzir texto. Clique ou toque aqui para introduzir texto.. A dor na zona da incisão dificultou a posição correta para amamentar, tornando o processo desconfortável e levando algumas mães a optar pela fórmula para evitar o esforço. Igualmente Santacruz-Salas et al., (2020) refere que a via de parto influenciou negativamente a amamentação exclusiva, com mães que passaram por cesariana tendo 4,6 vezes mais chances de abandonar o AME em relação às que tiveram parto vaginal. No estudo de Champeny et al., (2019) os RN nascidos por cesariana tiveram 8,15 vezes mais chances de receber fórmula antes da alta hospitalar, no entanto a amamentação iniciada na primeira hora de vida reduziu as chances do uso de fórmula em 57% em Phnom Penh.

Aktaş et al., (2023) verificaram que 13,78% dos RN receberam fórmula durante a hospitalização e que 88,28% destes tinham nascido por cesariana, um valor substancialmente mais elevado do que entre os nascidos por parto vaginal. Outros fatores maternos, como o uso de técnicas de reprodução assistida, gestações múltiplas e doenças obstétricas (ex.: diabetes gestacional), também estiveram associados a uma maior necessidade de suplementação. Ademais, no estudo de Grassley et al., (2014) 51% dos bebês nascidos por cesariana receberam fórmula, enquanto que os nascidos por via vaginal o número foi de 31%. Além disso, os RN por cesariana demoraram mais para iniciar a amamentação (média de 3 horas) em relação aos RN de parto vaginal (1,70 horas).

O horário do nascimento também foi um fator determinante, mulheres que deram à luz durante o período noturno ou de madrugada apresentaram uma maior probabilidade de recorrer à fórmula, o que pode estar relacionado com a menor disponibilidade de apoio especializado para a amamentação nesses períodos. Grassley et al., (2014) afirma que os bebês nascidos entre as 22h e 9h da manhã tiveram quase o dobro de chances de receber suplementação (49%) em comparação com aqueles nascidos entre 10h da manhã e 9h da noite (31%). Além disso, o tempo de internamento hospitalar influenciou diretamente a suplementação: 21% dos bebês receberam fórmula no primeiro dia de vida, 43% no segundo e 60% no terceiro. Gagnon et al., (2005) também corrobora esta informação, segundo o estudo os RN apresentam um maior risco de suplementação durante o fim do dia/noite (entre as 19:00h e as 9:00h) durante os turnos da tarde e da noite, as mães podem manifestar a sua fadiga com mais frequência e os enfermeiros podem considerá-las mais

cansadas durante estas horas naturais de sono e, conseqüentemente, recorrer à suplementação.

O estudo de Branco et al., (2023) mostrou que as mulheres cuja gravidez foi acompanhada por um obstetra privado, em vez de um médico de cuidados primários, tiveram uma probabilidade 2,1 vezes maior de introduzir a fórmula mais cedo. O parto por cesariana, transferência para a unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), alta do RN após o quinto dia de vida, ausência de contacto pele a pele, uso de chupeta e tetinas artificiais foram também motivos para introdução de fórmula.

A UNICEF (2018) enfatiza a importância da amamentação precoce, tanto a via de parto como o horário de nascimento não devem ser barreiras para o início precoce da amamentação. Estima-se que 78 milhões de bebês, ou seis em cada dez, não são amamentados na primeira hora de vida, colocando-os em maior risco de morte e doença e tornando-os menos propensos a serem amamentados posteriormente. O contacto pele a pele e o ato de mamar estimulam a produção do leite materno, incluindo o colostro, considerado a "primeira vacina" do bebê. A amamentação na primeira hora após o nascimento é fundamental para salvar vidas de recém-nascidos. Além disso, destaca ainda que atrasar o aleitamento materno por duas a 23 horas após o parto aumenta em 40% o risco de morte durante os primeiros 28 dias de vida. O atraso de 24 horas ou mais aumenta este risco em 80%. A amamentação imediata pode fazer a diferença entre a vida e a morte do RN (UNICEF, 2018).

A falta de apoio profissional adequado foi outro fator determinante na decisão de suplementação. Em muitos hospitais, o acompanhamento da amamentação ainda é insuficiente, especialmente em grandes centros urbanos, onde o tempo de internamento é reduzido e os profissionais de saúde estão sobrecarregados. Muitas mães receberam apenas orientações básicas e não tiveram acompanhamento contínuo para corrigir dificuldades como a pega incorreta ou a dor mamilar (Zhang et al., 2018).

Em algumas regiões, como Xangai, a falta de apoio profissional levou algumas mães a recorrer a profissionais sem formação adequada, como as Kainaishi, que utilizam técnicas como massagens e acupressão para estimular a lactação. (Zhang et al., 2018).

Para além disso a recomendação de um profissional de saúde foi um dos fatores mais determinantes para o uso de fórmula. Mães que receberam essa orientação tiveram 24,87 vezes mais chances de oferecer formula em Kathmandu Valley e 2,42 vezes mais

chances em Phnom Penh (Champeny et al., 2019). A evidência de que as mães que receberam orientação de profissionais de saúde tinham significativamente mais chances de oferecer fórmula sugere que as orientações destes desempenham um papel fundamental nas decisões das mães sobre a alimentação dos seus filhos, especialmente em sociedades onde as mães podem não ter acesso completo à informação sobre a amamentação e seus benefícios (Kandasamy et al. 2021). Em muitos contextos, a informação fornecida pelos profissionais de saúde pode ser uma das principais fontes de conhecimento sobre os benefícios da fórmula, especialmente em situações de desafios com a amamentação (Lang et al. 2013). É fundamental que os profissionais de saúde equilibrem as orientações sobre a fórmula com apoio ao aleitamento materno, respeitando as necessidades e circunstâncias individuais das mães (WHO, 2003; UNICEF, 2020).

Um fator significativo associado à maior probabilidade de suplementação hospitalar foi a falta de participação das mães em aulas pré-natais sobre aleitamento materno. Os bebês cujas mães não frequentaram essas aulas tiveram uma probabilidade quase cinco vezes maior de receber fórmula no hospital. A pesquisa também destacou que nenhuma das maternidades analisadas possuía a certificação "Baby-Friendly", iniciativa que visa promover o aleitamento exclusivo nos hospitais (Tender et al., 2009).

O estudo de Gagnon et al., (2005) evidencia desafios significativos enfrentados pelos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. Embora reconheçam que o uso de fórmulas não deve ser uma prática comum, fatores como a falta de continuidade nos cuidados, informações contraditórias entre turnos, excesso de trabalho e falta de tempo para apoiar as mães acabam por influenciar as suas decisões. Além disso, a própria insegurança dos profissionais em relação ao tema reforça a necessidade de formação contínua. Isto demonstra a importância de investir na capacitação dos enfermeiros e na melhoria das condições de trabalho, de modo a garantir um apoio eficaz às mães e aos bebês.

O estudo de Huang et al., (2017), identificou o uso de chupetas e biberões como um fator de risco para o desmame precoce, apontou que bebês expostos a chupetas apresentaram maiores dificuldades na amamentação. No entanto, mães que iniciaram a amamentação na primeira hora de vida, praticaram o rooming-in (permanência do bebê no quarto da mãe) e tiveram um tempo de internamento mais curto tiveram maiores taxas de sucesso na manutenção do AME (Branco et al., 2023).

Influência Familiar e Sociocultural

A influência familiar e sociocultural tem um papel determinante na introdução precoce de fórmula infantil, um dos fatores mais relevantes é o nível de escolaridade materna. Conforme os estudos de Branco et al. (2023) e Gagnon et al. (2005), mães com nível superior tendem a ter uma maior probabilidade de se informar sobre os benefícios da amamentação e, por conseguinte, recorrem menos à fórmula infantil. Este padrão pode ser explicado pela maior acessibilidade a fontes de informação e, possivelmente, pela maior consciencialização dos riscos associados ao uso precoce de fórmula. Mães com formação superior também tendem a valorizar as recomendações de organizações de saúde, como a WHO, que defendem o AME até aos seis meses de idade (Branco et al., 2023). Por outro lado, o estudo de Sampieri & Gutiérrez-Fragoso (2024) apresenta um contraponto interessante, sugerindo que mulheres com um nível educacional mais baixo podem ser mais propensas a manter a amamentação exclusiva, embora a vulnerabilidade socioeconómica também desempenhe um papel importante. A pesquisa indica que em contextos de vulnerabilidade económica, mães podem ser mais inclinadas a optar pela amamentação como uma estratégia para reduzir os custos com a alimentação do bebé, especialmente em locais onde a fórmula infantil pode ser considerada um gasto significativo (Sampieri & Gutiérrez-Fragoso, 2024).

O apoio familiar está fortemente associado às dificuldades na amamentação. Mães que reportam necessidade de maior apoio têm um risco significativamente superior de enfrentar dificuldades no aleitamento, sublinhando a importância do apoio emocional tanto de familiares como de profissionais de saúde. No estudo de Huang et al., (2017) 7,7% dos casos, a decisão foi influenciada por pressão familiar. No estudo de Aktaş et al., (2023), a solicitação familiar foi o motivo para a suplementação com fórmula em 10,94% dos casos. No estudo de Champeny et al., (2019), por exemplo, foi identificado que a recomendação de familiares e amigos aumenta significativamente a probabilidade de recurso à fórmula infantil.

Nos hospitais, essa influência também é evidente, em 8,4% dos casos, ambos os pais participaram na decisão de suplementação, enquanto 4,8% das unidades hospitalares reportaram que a pressão de familiares e amigos desempenharam um papel relevante nesta escolha. Além disso, em alguns casos, a decisão de introduzir fórmula esteve

relacionada com o desconforto da mãe em amamentar na presença de visitas (Bookhart et al., 2022).

A pressão social e as recomendações de profissionais de saúde para introduzir a fórmula foram determinantes. Cerca de 97,1% das mulheres que não conseguiram manter a AME até ao período desejado citaram interferências do ambiente social, incluindo influências familiares e conselhos médicos que sugeriam a introdução precoce de fórmulas. Curiosamente, mulheres que aprenderam sobre amamentação por meio de familiares tinham uma probabilidade 9,2 vezes maior de não atingir suas expectativas, enquanto aquelas que participaram de grupos de apoio à amamentação também enfrentaram maior dificuldade (Santacruz-Salas et al., 2020).

As crenças culturais também influenciam a decisão de suplementação precoce. Algumas comunidades, como a hispânica (1,5%), acreditam que o leite materno inicial é insuficiente ou de qualidade inferior. Em algumas regiões, especialmente em cidades mais pequenas, as práticas culturais e familiares incentivam a introdução precoce da fórmula e até de água nos primeiros dias de vida, muitas vezes por receio de icterícia neonatal (Bookhart et al., 2022). O estudo de (Gagnon et al., 2005) refere que mães de diferentes culturas, como as índias asiáticas, as índias ocidentais, as chinesas e as de países orientais, demonstram uma forte preferência pela alimentação com fórmula nos primeiros dias após o nascimento. A introdução de suplementação artificial ao RN durante o internamento pós-parto é fortemente influenciada por crenças culturais específicas de cada comunidade. Em algumas culturas, por exemplo, o colostro é considerado impuro ou insuficiente, levando à preferência por fórmulas artificiais ou outros líquidos nos primeiros dias de vida do bebé (Lowdermilk & Perry, 2006). Estudos destacam a importância dos profissionais de saúde compreenderem e respeitarem essas influências culturais para promoverem práticas de alimentação neonatal mais saudáveis e culturalmente sensíveis (Ouyang et al., 2023).

5- Conclusão do estudo

A presente *Scoping Review* permitiu mapear os fatores que influenciam a introdução do aleitamento artificial ao recém-nascido durante o internamento pós-parto, consolidando o conhecimento científico sobre o tema. Os resultados identificaram que diversos fatores, incluindo percepções maternas, práticas hospitalares, características neonatais e influências socioculturais, desempenham um papel determinante na decisão de recorrer à fórmula infantil.

Entre os principais desafios destaca-se a percepção de insuficiência na produção de leite materno, frequentemente associada à falta de informação e apoio adequado às mães. Além disso, práticas hospitalares, como a separação da díade mãe/RN, o uso inadequado de chupetas e biberões e a recomendação precoce de fórmula sem indicação clínica, foram apontadas como fatores que dificultam o sucesso da amamentação exclusiva. A cesariana, por sua vez, mostrou-se um fator de risco significativo, associando-se a um maior número de casos de suplementação artificial devido às dificuldades iniciais na amamentação.

A influência familiar e sociocultural também demonstrou impacto relevante: crenças e normas sociais foram identificadas nos estudos como fatores que podem reforçar práticas que favorecem a introdução precoce de fórmula artificial. A pressão de familiares e a falta de apoio emocional adequado foram barreiras identificadas, sugerindo a necessidade de um acompanhamento mais estruturado por parte das equipas de saúde.

Esta revisão reforçou que a introdução precoce da fórmula infantil está diretamente relacionada à redução do tempo total de amamentação, impactando negativamente a continuidade do aleitamento materno. Assim, evidencia-se a importância da implementação das medidas que promovam o apoio às mães no período pós-parto, reforçando estratégias que incentivem a amamentação exclusiva e minimizem a necessidade de suplementação sem indicação clínica, como por exemplo a IHAC.

Este estudo apresenta algumas limitações, destacando-se a heterogeneidade dos contextos analisados, que envolvem diferentes populações, sistemas de saúde e práticas institucionais, tornando a contrastação entre os achados mais complexa. Além disso, a diversidade terminológica utilizada para descrever práticas e intervenções representou um desafio na análise dos estudos.

Estes resultados poderão contribuir para que futuras investigações se concentrem no desenvolvimento de estratégias institucionais eficazes para melhorar o apoio à amamentação exclusiva nos serviços de saúde. Também poderão ser úteis à implementação de protocolos baseados em evidências científicas, à capacitação de profissionais de saúde e à criação de programas de apoio contínuo às mães, fundamentais para a promoção do aleitamento materno e a redução da introdução desnecessária de fórmulas infantis.

Por fim, este estudo contribui para a prática clínica ao fornecer uma visão abrangente sobre os desafios e fatores que influenciam a introdução da fórmula ao RN, consciencializando os profissionais de saúde. Espera-se que estes achados adicionem ao corpo de evidência que informa a elaboração de políticas e intervenções que garantam um ambiente mais favorável à amamentação, beneficiando tanto as mães quanto os bebês e promovendo melhores desfechos em saúde infantil.

CONCLUSÃO GERAL

A elaboração deste RENP representou um marco fundamental na consolidação das competências adquiridas ao longo do percurso formativo no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Durante este processo, foi possível integrar conhecimentos teóricos e práticos, aperfeiçoar competências técnicas e desenvolver uma abordagem reflexiva e crítica sobre a prática clínica.

A experiência vivenciada no Estágio de Natureza Profissional proporcionou a oportunidade de interação direta com mulheres e famílias em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, permitindo uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades e expectativas. O contacto com diferentes contextos reforçou a importância da humanização dos cuidados e da individualização das intervenções, com base nos princípios da prática baseada na evidência.

Ao longo do percurso, foi notório o desenvolvimento de competências não apenas no âmbito técnico e assistencial, mas também na capacidade de reflexão crítica, na gestão dos cuidados e na comunicação com a equipa multidisciplinar e com as utentes. A prática baseada na evidência revelou-se um elemento essencial na tomada de decisão clínica, permitindo a prestação de cuidados mais qualificados e ajustados às necessidades das mulheres e famílias.

A investigação desenvolvida, centrada na introdução da fórmula infantil no período pós-parto, permitiu uma análise abrangente sobre os fatores que influenciam esta prática e as suas repercussões para a amamentação exclusiva. Os resultados obtidos possibilitaram uma compreensão mais aprofundada do fenómeno em estudo, e também sublinham a necessidade de intervenções estruturadas para promover o aleitamento materno e minimizar barreiras que possam comprometer sua continuidade. Desse modo, estes achados serão partilhados com a comunidade científica e com a equipa do hospital onde foi realizado o estágio, promovendo a implementação de intervenções mais eficazes.

A discussão pública deste RENP representa uma oportunidade única para partilhar os conhecimentos adquiridos e refletir sobre os desafios e contributos deste percurso. A abordagem da temática investigada, aliada à experiência clínica, constitui um contributo relevante para a melhoria da prática profissional e para o aperfeiçoamento das estratégias de promoção da saúde materno-infantil.

Em suma, este percurso formativo permitiu a consolidação das competências essenciais para o exercício da enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica, culminando na aquisição dos conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho qualificado e humanizado da profissão. Assim, considera-se que os objetivos propostos foram plenamente alcançados, tanto no âmbito assistencial como no investigativo, contribuindo significativamente para a evolução pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktaş, S., Kazancı, E., & Korkmaz, A. (2023). Determinants of formula milk supplementation at a baby-friendly university hospital during hospital stay. *Journal of Current Pediatrics*, 21(2), 119–126. <https://doi.org/10.4274/jcp.2023.39206>
- Alfirevic, Z., Gyte, G. M. L., Cuthbert, A., & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), Article CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- Amendoeira, José. 2022. Revisão Sistemática de literatura: A scoping Review. José Amendoeira UMIS_UI_IPSantarém, 2022.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Management of shoulder dystocia: ACOG Practice Bulletin, Number 178*. *Obstetrics & Gynecology*, 129(5), e123–e133.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *First and Second Stage Labor Management* (Clinical Practice Guideline No. 8). ACOG Clinical.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Assembleia da República. (2014). *Lei n.º 25/2014 de 2 de maio*. Diário da República, 1ª série, N.º 84, pp. 2587-2588. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/05/08400/0254002604.pdf>
- Ayres de Campos, D., Santos Silva, I., & Costa, F. J. (2011). *Emergências obstétricas*. LIDEL. ISBN 978-972-757-680-7.
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraran, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD007412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Bilal Safdar, M., Naveed, M., Razzaq, M., Ejaz, M., Tahir, A., & Waheed Rathore, A. (2021). Impact of Maternal age and Parity on Exclusive Breast Feeding Practices. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(10), 2527–2529. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2115102527>
- Bookhart, L. H., Anstey, E. H., Kramer, M. R., Perrine, C. G., Reis-Reilly, H., Ramakrishnan, U., & Young, M. F. (2022). A nation-wide study on the common reasons for infant formula supplementation among healthy, term, breastfed infants in US hospitals. *Maternal & Child Nutrition*, 18, e13294. <https://doi.org/10.1111/mcn.13294>
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Rodrigues Antão, R., Pinto Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalence and predictive factors of exclusive breastfeeding in the first six months of life. *Acta Médica Portuguesa*, 36(6), 416-423. <https://doi.org/10.20344/amp.18692>
- Cabrera, N. J., Volling, B. L., & Barr, R. (2018). Fathers Are Parents, Too! Widening the Lens on Parenting for Children's Development. *Child Development Perspectives*, 12(3), 152-157. <https://doi.org/10.1111/cdep.12275>
- Champeny, M., Pries, A. M., Hou, K., Adhikary, I., Zehner, E., & Huffman, S. L. (2019). Predictors of breast milk substitute feeding among newborns in delivery facilities in urban Cambodia and Nepal. *Maternal and Child Nutrition*, 15(S4). <https://doi.org/10.1111/mcn.12754>
- Chantry, C. J., Dewey, K. G., Pearson, J. M., Wagner, E. A., & Nommsen-Rivers, L. A. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *The Journal of Pediatrics*, 164(6), 1339–1345.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.035>
- Choi, J. H., Lee, H. S., & Kim, D. H. (2020). Early versus Late Epidural Analgesia for Pain Relief During Labor: A Randomized Controlled Trial. *British Journal of Anaesthesia*, 124(3), 283-291.

- Coates, D., Homer, C., Wilson, A., Deady, L., Mason, E., Foureur, M., & Henry, A. (2019). *Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines*. *Women and Birth*, 32(6), 607-614. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.004>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *The Lancet*, 360(9328), 187-195.
- Committee on Clinical Practice Guidelines—Obstetrics, Cahill, A. G., Raghuraman, N., Gandhi, M., & Kaimal, A. J. (2024). *First and second stage labor management* (Clinical Practice Guideline No. 8). The American College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Orientação nº 002/2023: *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.dgs.pt>
- Drehmer, M. (2018). *Aleitamento materno no primeiro ano numa coorte de mulheres com diabetes mellitus gestacional: Estudo LINDA-Brasil* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/213392>
- Espada-Trespalacios, X., Ojeda, F., Perez-Botella, M., Milà Villarroel, R., Bach Martinez, M., Figuls Soler, H., Anquela Sanz, I., Rodríguez Coll, P., & Escuriet, R. (2021). Oxytocin Administration in Low-Risk Women, a Retrospective Analysis of Birth and Neonatal Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4375. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084375>
- FIGO. (2021). *International Federation of Gynecology and Obstetrics guidelines on intrapartum fetal monitoring: a comprehensive guide*.
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Hall Moran, V., ... & Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032-1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2018, 31 de julho). *6 em cada 10 bebês não são amamentados na primeira hora de vida*. UNICEF Angola. Recuperado em 13 de março de 2025, de <https://www.unicef.org/angola/comunicados-de-imprensa/6-em-cada-10-bebes-nao-sao-amamentados-na-primeira-hora-de-vida>
- Gagnon, A. J., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H., & Platt, R. W. (2005). In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 397–405. <https://doi.org/10.1177/0890334405280835>
- Galvão, D. M. P. G. (2006). Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Lusociência.
- Graça, L. M. (2017). Medicina Materno-fetal. (5ªedição) Lisboa: Lidel
- Grassley, J. S., Schleis, J., Bennett, S., Chapman, S., & Lind, B. (2014). Reasons for initial formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Nursing for Women's Health*, 18(3), 196–203. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12120>
- Gonzalez, J. D., & Taruc, A. (2020). "Prevention of Neonatal Eye Infection: Current Guidelines." *Pediatrics*, 146(4), e20201507. Esta revisão aborda as diretrizes atuais para a profilaxia ocular em recém-nascidos. Acesso em: Link para o artigo.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., Shehmar, M., & Abdel-Aleem, H. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Horta, B. L., & Victora, C. G. (2013). Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization.
- Huang, P., Ren, J., Liu, Y., Luo, B., & Zhao, X. (2017). Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers: A multicenter study. *Medicine*, 96(38), e7619. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007619>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8-17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Ikeotuonye, A. C., et al. (2018). *Relationship between Bishop Score and Success of Induction of Labour in Federal Teaching Hospital, Abakaliki, Ebonyi State*. Open

- Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8(11), 980-986.
<https://doi.org/10.4236/ojog.2018.811099>
- Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, & Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2023). *Guia de orientação: Estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. IPB, IPVC & UTAD
- Jullien, S. (2021). *Vitamin K prophylaxis in newborns*. *BMC Pediatrics*, 21(Suppl 1), 350.
<https://doi.org/10.1186/s12887-021-02701-4>
- Kandasamy, S., et al. (2021). *Breastfeeding vs formula feeding: The role of healthcare providers in shaping infant feeding decisions*. *International Journal of Pediatric Nursing*.
- Kapoor, V. S., Evans, J. R., & Vedula, S. S. (2020). Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9), Art. No.: CD001862. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001862.pub4>
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rea, A., Murray, K., & Geddes, D. T. (2021). Causes of perception of insufficient milk supply in Western Australian mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 17(4), e13224. <https://doi.org/10.1111/mcn.13224>
- Kitano, N., Nomura, K., Kido, M., Murakami, K., Ohkubo, T., Ueno, M., & Sugimoto, M. (2016). Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Preventive Medicine Reports*, 3, 121–126.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.12.010>
- Lally, J. D., Murtagh, M. J., & Macpherson, M. (2018). The Role of Pain in Labour: A Review of Current Evidence and Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(6), 757-762.
- Lang, A., et al. (2013). *Breastfeeding practices and the role of health professionals in supporting breastfeeding initiation and continuation*. *Journal of Pediatrics*.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

- Leathersich, S. J., Vogel, J. P., Tran, T. S., & Hofmeyr, G. J. (2018). Acute tocolysis for uterine tachysystole or suspected fetal distress. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7), Art. No.: CD009770. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009770.pub2>
- Lecturio. (2023). Amniotomy - Artificial Rupture of Membranes (AROM).
- Lemos, A., Amorim, M. M. R., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3), CD009124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
- Lopes, J. M. L., & Chora, M.A.F.C. (2019). Aleitamento Materno: fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1797-1809. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/27501>
- Lowdermilk, Deitra, Perry, Shannon (2008) – Enfermagem na maternidade. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. The *Cochrane database of systematic reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- Medina, E. T., Mouta, R. J. O., Carmo, C. N., Theme Filha, M. M., Leal, M. C., & Gama, S. G. N. (2023). Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(4), e00160822. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, S. C., Lobo, I. K. V., Sousa, S. Q., & Vianna, R. P. T. (2019). Factors associated with a shorter duration of breastfeeding. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1821-1829. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.13772017>
- Ministério da Saúde. (2019). *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos_2ed.pdf

- Modak, A., Ronghe, V., & Gomase, K. P. (2023). The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus*, 15(10), e46730. <https://doi.org/10.7759/cureus.46730>
- Mohd Noor, N., Omar, M., & Zawawi, R. (2022). *Pre-induction cervical assessment using transvaginal ultrasound versus Bishop's cervical scoring as predictors of successful induction of labour in term pregnancies: A hospital-based comparative clinical trial*. PLOS ONE, 17(1), Article e0262387. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262387>
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD003519. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464366/pdf/CD003519.pdf>
- Munn, A. C., Newman, S. D., Mueller, M., Phillips, S. M., & Taylor, S. N. (2016). The impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding rates in the United States: A systematic review. *Journal of Pediatrics*, 178, 109-114.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nascimento, M. B., Issler, H., & Gouveia, H. G. (2022). Ansiedade materna e sua influência na autoeficácia para amamentação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e192423. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6010.192423>
- National Institute for Health and Care Excellence (2022). Fetal monitoring in labour. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). Intrapartum care. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1 ed.). Lisboa: Lidel.

- Nunes, R. R., & Primo, A. M. (2019). Petidina em doses baixas versus dipirona para alívio da dor no trabalho de parto: Um ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41(2), 84–89. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676509>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série, N.º 85, 3 de maio de 2019. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Aprovado na 2ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, realizada a 28 de maio de 2021, em Lisboa.
- Pereira, R. R., Franco, S. C., & Baldin, N. (2011). Pain and the protagonism of women in parturition. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(3), 376-388. <https://doi.org/10.1016/j.jbds.2021.12.007>
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371-385. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1123>
- Pimenta, H. P., Moreira, M. E. L., Rocha, A. D., Gomes, S. C., Pinto, L. W., & Lucena, S. L. (2008). Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: Um ensaio clínico randomizado. *Jornal de Pediatria*, 84(5), 423–427. <https://doi.org/10.2223/JPED.1839>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2014). *Registo do aleitamento materno*. Observatório do Aleitamento Materno. http://www.aleitamentomaterno.pt/images/registo_aleitamento_materno_DGS_2013.pdf

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2023). Orientação nº 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Price, B. (2017). Developing patient rapport, trust and therapeutic relationships. *Nursing Standard*, 31(50), 52-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10909>
- RCOG. (2019). *Perineal tears and their management*. In *Green-top guideline no. 29*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504.
- Sampieri, C. L., & Gutiérrez-Fragoso, K. (2024). Introduction of breast milk substitutes during the first 3 days of life: Results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics, 2018. *Breastfeeding Medicine*, 19(1), 59–66. <https://doi.org/10.1089/bfm.2023.0190>
- Sanchez-Ramos, L., Levine, L. D., Sciscione, A. C., Mozurkewich, E. L., Ramsey, P. S., Adair, C. D., Kaunitz, A. M., & McKinney, J. A. (2024). Methods for the induction of labor: Efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3), S669-S676. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.009>
- Santacruz-Salas, E., Aranda-Reneo, I., Segura-Fragoso, A., Cobo-Cuenca, A. I., Laredo-Aguilera, J. A., & Carmona-Torres, J. M. (2020). Mothers' expectations and factors influencing exclusive breastfeeding during the first 6 months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 77. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010077>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: LIDEL.
- Seródio Michelin, N., Nunes, H. R. de C., Carvalhaes, M. A. de B. L., & Parada, C. M. G. de L. (2021). The influence of gestational age at term on breastfeeding: a cohort study. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 55, e20200381. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0381>

- Shafaei, F., Kazemi, A., & Masoumi, S. Z. (2020). The effect of breastfeeding counseling on self-efficacy and breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health*, 20(94). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-3>
- Silva, M.V. (2019). Relatório de Estágio de Natureza Profissional: Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto. Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Silva, M. J., & Oliveira, L. P. (2020). Técnicas de palpação abdominal no pré-natal: Manobras de Leopold. *Revista Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia*, 25(3), 145-152. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/64039/1/0034-7167-reben-67-06-1008.pdf>
- Solla, J. J. da S., & Chioro, A. (2020). *Qualidade em saúde e segurança do paciente: Desafios e perspectivas para o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Souza, G. N., Sakita, M., Lopes, V., Ferreira, D. Q., Mohamed, S. H. M., & Souza, E. (2013). *Métodos de indução do trabalho de parto*. *Femina*, 41(1), 48-54
- Spatz, D. L., Froh, E. B., Schwarz, J., Houn, K., Brewster, I., Myers, C., Prince, J., & Olkkola, M. (2015). Pump Early, Pump Often: A Continuous Quality Improvement Project. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3), 160–170. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.160>
- Steibel, J. A., & Trapani Júnior, A. (2018). *Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).
- Tedesco, M. G., Patella, L. H. D., & Cunha Filho, E. V. (2014). Descolamento prematuro de placenta. *Acta Médica*, 35, 7-12
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teórias de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência.

- Unidade Local de Saúde do Alto Minho. (s.d.). *Missão*. Obtido em [10/07/2024].
<https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Vasconcelos, T. C., Barbosa, D. J., & Gomes, M. P. (2020). *Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê*. Revista Pró-univerSUS, 11(1), 80-87.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- VirtualCare. (s.d.). *Consórcio Português de Dados Obstétricos*. Obtido em [20/10/2024] de <https://cpdo.virtualcare.pt/>
- Weigert, E. M. L., Giugliani, E. R. J., França, M. C. T., De Oliveira, L. D., Bonilha, A., Do, L. C., Santo, E., Valderez, C., & Köhler, F. (2005). *The influence of breastfeeding technique on the frequencies of exclusive breastfeeding and nipple trauma in the first month of lactation*.
- Wong, C. A., Scavone, B. M., Peaceman, A. M., McCarthy, R. J., Yabes, J., McCarthy, W. J., & Sullivan, J. T. (2005). The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *The New England Journal of Medicine*, 352(7), 655-665. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa042573>
- World Health Organization. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42590>
- World Health Organization. (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf
- World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed. <https://www.who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>

World Health Organization (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2022). *How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding: The impact of marketing of breast-milk substitutes on infant feeding decisions and practices*. Geneva: WHO e UNICEF. Disponível em <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

Xodo, S., & Londero, A. P. (2022). *Is it time to redefine fetal decelerations in cardiotocography?* Journal of Personalized Medicine, 12(10), 1552. <https://doi.org/10.3390/jpm12101552>

Zhang, Y., Jin, Y., Vereijken, C., Stahle, B., & Jiang, H. (2018). Breastfeeding experience, challenges and service demands among Chinese mothers: A qualitative study in two cities. *Appetite*, 128, 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.027>

APÊNDICES

Apêndice I: Atividade “Medidas de alívio da dor”

Medidas de alívio da dor

Farmacológicas e não farmacológicas.

Bruna Correia Arieiro

Dor nos estadios do TP

1º Estadio

Dor visceral
Mal localizada

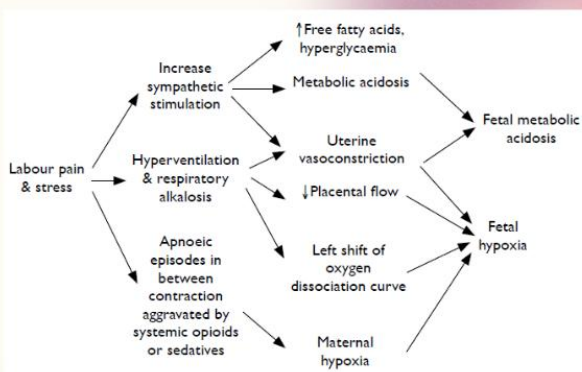
- Contrações uterinas
- Dilatação colo uterino
- Distensão do segmento cervical inferior



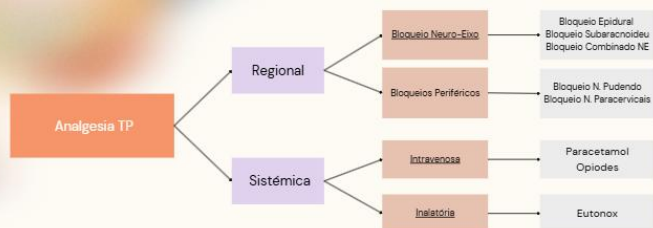
2º Estadio

Dor visceral + somática
Intensa e bem localizada

- Contrações uterinas
- Compressão das estruturas pélvicas
- Distensão do pavimento pélvico e vaginal



Medidas Farmacológicas



Analgesia do neuro-eixo

- **Bloqueio epidural**
 - Walking epidural
 - PCEA + PIEB
- **Bloqueio subaracnoideu single-shot**
- **Bloqueio combinado no neuro-eixo**



Complicações

- Hipotensão;
- Bloqueio sensitivo e motor;
- Hematoma epidural;
- Bloqueio incompleto;
- Prurido;
- Náuseas e vômitos;
- Retenção urinária;
- Sedação e depressão respiratória;
- Toxicidade sistémica por AL;
- Cefaleia pós punção duramater;

Analgesia sistémica intravenosa

Remifentanyl

- Opióide sintético
- Início de ação rápido 60-80 segundos
- Duração de ação muito curta 3-4 minutos
- Atravessa facilmente a placenta, - rapidamente metabolizado a nível fetal
- Pode causar sedação, depressão respiratória, prurido, náuseas e vômitos



Petidina (meperidina)

- Não é antagonizado pela naloxona
- Analgésico, antiespasmódico
- Atravessa a placenta → norpetidina (pro-convulsivante) acumula-se no feto
- Início de ação em 10 minutos
- Duração de ação de 3-4 horas (18 a 23h no RN)
- Bebês nascidos nas 2h seguintes → risco de depressão respiratória

Efeitos adversos:
Taquicardia, hipotensão ortostática, depressão respiratória, estase gástrica, aumenta amplitude das contrações uterinas, diminui tónus dos ureteres

Tramadol

- Agonista parcial em todos os recetores dos opióides
- Atua na via descendente da dor
- Muito emetizante → associar anti-emético
- Associado a menos depressão respiratória
- Diminui limiar convulsivo → contraindicado em doentes com epilepsia



Analgesia sistémica inalatória



Eutonox

Mistura de 50% de oxido nitroso com oxigénio.

- Tem efeitos analgésicos e sedativos leves;
- Inalação direta;
- Auto administrado;
- Início de ação rápido;
- Efeitos temporários;
- Seguro para o bebé;
- Pode provocar náuseas e tonturas

Medidas Não Farmacológicas

Hidroterapia



O aquecimento da superfície corporal a aproximadamente 37°C está associado a:

- Adaptação ao stress,
- Redução da dor e ansiedade,
- Melhoria da perfusão uterina,
- Otimização do progresso do trabalho de parto,
- Redução da analgesia durante o mesmo

Por sua vez, a água quente induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, conduzindo a um relaxamento das fibras musculares

Biofeedback

Baseia-se no princípio de que, ao fornecer informações em tempo real sobre as funções corporais, as pessoas podem aprender a conscientemente influenciar e controlar essas funções.

Os objetivos principais do biofeedback durante o trabalho de parto incluem:

- Alívio da dor,
- Gestão do stress,
- Promoção do relaxamento.

Ao aprender a controlar as respostas fisiológicas, as mulheres podem reduzir a intensidade da dor e o desconforto associado ao parto.

Pode ser combinado com técnicas de relaxamento, como respiração profunda e visualização guiada. Essas técnicas podem ajudar a aprimorar os efeitos do biofeedback.

TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation)



Os impulsos elétricos provocados por este método não farmacológico, estimulam as vias nervosas na medula espinhal que bloqueiam a transmissão da dor

- Pode ser controlado pela grávida através de um dispositivo portátil;
- Seguro para a mãe e feto;
- Diminui a dor durante as fases iniciais do TP;
- Adia a necessidade de intervenções farmacológicas;
- Não altera a distribuição ou a localização da dor

Movimentação

Injeções com água esterilizada



Assemelha-se a uma picada de abelha

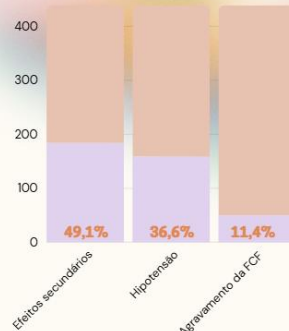


- Injeções de água esterilizada aplicadas imediatamente debaixo da pele;
- Cria uma reação de dor local que desencadeia as endorfinas do próprio corpo;
- Pode ter um alívio da dor de até 2h;
- Podem ser administrados a qualquer momento do TP e Parto;
- Não tem efeitos secundários para a mãe nem para o feto

Side effects from epidural analgesia in laboring women and risk of cesarean delivery (2023)

Estudo de coorte de 439 mulheres que foram submetidas à analgesia epidural durante o trabalho de parto no período de 1 de outubro de 2020 a 31 de dezembro de 2020.

Resultados: O estudo mostra que tanto a dilatação no momento da administração da epidural e a diminuição da frequência cardíaca fetal têm significado direto e indireto para a realização de uma cesariana.

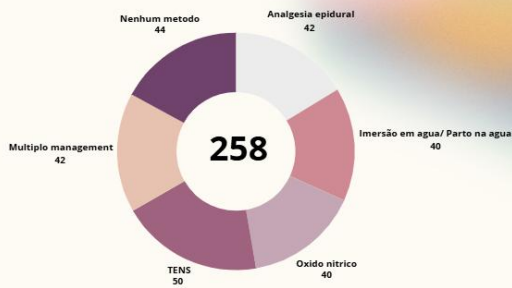


Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial (2021)

233 - massage group
246- control group

Resultados: o programa de massagem parece moldar a percepção de dor do trabalho de parto, sendo que poucas mulheres requisitaram analgesia epidural e usaram analgésicos mais fracos e mais mulheres tiveram partos livres de analgesia

Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief Establishment of Effectiveness and Comparison (2018)



Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief Establishment of Effectiveness and Comparison (2018)

Analgesia Epidural	• Maior risco de parto instrumentado, 2 casos de anemia
Oxido nitrico	• Referido como o método que proporcionou menos alívio da dor
Hidroterapia	• mulheres que usaram este metodo referem terem se sentido seguras, relaxadas e no controlo
Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)	• Identificado como o método não farmacológico menos satisfatório
Multiple Management	• Foi a única abordagem que reduziu a dor em comparação com as fases anteriores aromatherapy, massage techniques, acupuncture, music therapy, and yoga

Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief Establishment of Effectiveness and Comparison (2018)

O nível de satisfação das parturientes foi determinado pela atenção e cuidados prestados no período antenatal e neonatal

Estudos mostram que as aulas de preparação para o parto tem efeitos positivos tanto na saúde da mãe como do bebé.

Mulheres bem informadas e conscientes da sua gravidez têm menos probabilidades de serem submetidas a uma cirurgia obstétrica, necessitam de menos procedimentos médicos e estão mais satisfeitas com a sua experiência de trabalho de parto.

Obrigada pela Atenção !!

Apêndice II: Estratégia de pesquisa

Pubmed (08/11/2024)		
Pesquisa	Filtros	Resultados
#3	Search: ((((((Factors) AND (Cessation)) AND (Breast Feeding)) AND (Infant)) OR (Newborn)) AND (Hospitalization)) AND (Postpartum Period) Filters: Free full text, English, Spanish	1,009
#2	Search: ((((((Factors) AND (Cessation)) AND (Breast Feeding)) AND (Infant)) OR (Newborn)) AND (Hospitalization)) AND (Postpartum Period) Filters: Free full text	1,550
#1	Search: ((((((Factors) AND (Cessation)) AND (Breast Feeding)) AND (Infant)) OR (Newborn)) AND (Hospitalization)) AND (Postpartum Period)	4,089

SCOPUS (08/11/2024)		
Pesquisa	Filtros	Resultados
#3	factors OR predictors AND cessation AND breast AND feeding AND infant OR newborn AND hospitalization AND postpartum AND period OR puerperium AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	154
#2	factors OR predictors AND cessation AND breast AND feeding AND infant OR newborn AND hospitalization AND postpartum AND period OR puerperium AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))	319
#1	factors OR predictors AND cessation AND breast AND feeding AND infant OR newborn AND hospitalization AND postpartum AND period OR puerperium	322