

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O CUIDADO DE ENFERMAGEM BASEADO EM EVIDÊNCIA
A INFLUÊNCIA DA INTRODUÇÃO DA CHUPETA NO
PRIMEIRO MÊS DE VIDA NA DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio orientado pela Professora Doutora Marinha Carneiro

Andreia Sofia Barcelos Soares

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Para mim, este trabalho representa o final de uma importante etapa de vida. Não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que foram fundamentais ao longo de todo este percurso.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Marinha Carneiro pelo acompanhamento, incentivo, disponibilidade e rigor científico que foram fundamentais nesta fase crucial do meu percurso.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso por me ter ajudado a crescer profissionalmente, me ter feito ver mais além no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia e por me incentivar, cada dia, a ser e fazer melhor Enfermagem.

À Mestre Isabel Ferreira por ter sido fundamental na minha formação por tudo que me ensinou, por confiar nas minhas capacidades e porque se constituiu como um exemplo de profissionalismo e dedicação que muito admiro.

Aos meus pais, pela presença, compreensão, confiança e otimismo que sempre demonstraram ao longo de todo o meu percurso académico.

Às sempre presentes Leila Vilariça, Sandra Chaves e Dina Cerejeira, porque fizeram com que este percurso se tornasse um bocadinho mais fácil.

A ti João, porque sem ti nada disto seria possível. Por todas as horas, dias mais e menos felizes, pelo incentivo, companheirismo e orgulho que sempre demonstraste ter por mim. Esta é uma vitória tua também!

E por fim à equipa do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHPVVC e a todas as famílias que me proporcionaram as oportunidades de aprendizagem pessoal e profissional que tanto me fizeram crescer ao longo deste percurso.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP- American Academy of Pediatrics

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APSI - Associação Portuguesa da Segurança Infantil

CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

CTG- Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

DUM - Data da última menstruação

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

GIG - Grande para a idade gestacional

ICNP - International Classification of Nursing Practice

IG - Idade Gestacional

IMA- Idade Materna Avançada

LA- Líquido Amniótico

LIG - Leve para a idade Gestacional

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão arterial

PIG- Pequeno para a idade Gestacional

RCIU- Restrição de crescimento Intrauterino

RCT- Randomised Controlled Trial

RN - Recém-Nascido

SAF- Síndrome Alcoólico Fetal

SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente

TP- Trabalho de Parto

TVP - Trombose Venosa Profunda

RESUMO

O presente relatório de estágio pretende descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO nas áreas de cuidado de gravidez, trabalho de parto e pós-parto, tendo subjacente o Regulamento de Competências de Cuidados Especializados definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, ao longo do trabalho são apresentados e fundamentados, nas diferentes áreas, os planeamentos de cuidados prestados ao casal e sua família. Durante a transição para a parentalidade, a amamentação apresenta-se como uma das áreas mais geradora de dúvidas e sobre a qual existem, socialmente, crenças inibidoras do seu sucesso. Esta, após o parto, torna-se também numa das áreas de cuidado parentais mais desafiantes e exigentes física e emocionalmente. Atualmente, a OMS recomenda a não utilização de chupetas ou mamilos artificiais, até que a amamentação esteja bem estabelecida. A chupeta é ainda hoje considerada como um dos recursos mais eficazes para consolar o RN com dor ou desconforto promovendo, através da sucção, o seu bem-estar. Também se sabe hoje que a chupeta apresenta um importante papel na redução da SMSL, mais frequente durante os seis primeiros meses de vida do bebé. Contudo, devido à existência de dados que relacionam o uso da chupeta com o desmame precoce, a AAP apenas recomenda o seu uso após o primeiro mês de vida. Devido às recomendações recentes, fortemente impulsionadoras do seu uso, e devido ao facto de ainda não ser totalmente claro de que forma a utilização de chupeta conduz ao desmame precoce, tornou-se importante investigar a relação entre a introdução da chupeta no RN (durante o primeiro mês de vida) e a sua influência na duração do processo de amamentação através da realização de uma Revisão Integrativa da Literatura. Os resultados deste estudo não são claros, coexistindo estudos de elevada evidência científica sobre o tema com resultados divergentes. Contudo, os estudos que mostram diferenças na duração da

amamentação, nos RN onde a chupeta foi introduzida, não consideram fatores descritos na literatura como fundamentais no estabelecimento da amamentação como a motivação da mulher para amamentar.

Assim, tal como os resultados também variam nos estudos analisados, a explicação para o fenômeno do desmame associado à introdução da chupeta permanece pouco claro. Parece existir uma conjugação de fatores que pode promover a diminuição da duração da amamentação, contudo quando estudadas mulheres altamente motivadas para amamentar parecem não existir diferenças significativas entre os RN que usam chupeta e os que não a utilizam. Assim, o EESMO deve informar o casal e realizar uma avaliação dos dados referentes ao processo de amamentação de cada mulher de forma a promover uma tomada de decisão informada neste domínio da parentalidade. Considera-se pertinente a realização de estudos que evidenciem e clarifiquem quais as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que realizam o desmame precoce. É ainda necessária a realização de mais estudos de elevada relevância científica que relacionem a introdução da chupeta e a duração da amamentação tendo em consideração a motivação para amamentar e o projeto de amamentação de cada casal.

Palavras-chave: Amamentação; Chupeta; Duração; Processo de Cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia;

ABSTRACT

Title: Evidence-based Midwifery Care

Contribution about the influence of early introduction of pacifier in duration of breastfeeding

This report is intended to describe the process of acquiring and developing skills in the areas of midwifery care: pregnancy, labor and postpartum, with the underlying skills of specialized care defined by the Portuguese Council of Nursing. Thus, throughout this document, the plans of care provided to the couple and their family are presented and grounded in different areas. During the transition to parenthood, breastfeeding presents itself as one of the areas that most creates doubts and beliefs for the couple. This, after childbirth, also becomes one of the areas of caring for their newborn most challenging and demanding physically and emotionally. Currently, WHO recommends not using pacifiers or artificial nipples until breastfeeding is well established. However, the pacifier is socially considered one of the most effective strategies to soothe the pain of the baby while promoting, through suction, their well-being. We also know today that the pacifier also has an important role in reducing SIDS, more frequent in the first six months of a baby's life, however due to the existence of data that relate the use of pacifiers with early weaning, the AAP recommended its use after the first month of life. Due to the recommendations, recent strong drivers of its use, and because it is not yet clear how the use of pacifiers leads to early weaning, it became important to investigate the relationship between early pacifier introduction on newborn (during the first month of life) and its influence on the duration of breastfeeding. The results of this integrative literature review are not yet clear, existing studies of high scientific evidence do not show significant

differences in the duration of breastfeeding among newborns in which the pacifier was introduced in first month of life. However, the studies that shows that differences in the duration of breastfeeding does not take into account the factors described in literature as important like the motivation of women to breastfeed. Thus, as the results also vary in the studies analyzed, the explanation for the phenomenon associated with early weaning and pacifier introduction remains unclear. There seems to be a combination of factors that can promote reduction in the duration of breastfeeding, yet when highly motivated women to breastfeed where studied it seems there aren't significant differences. Thus midwives must inform the family and conduct an assessment of the data on the breastfeeding in every woman, in order to promote an informed decision on this area of parenting. It is considered appropriate to conduct studies that demonstrate and clarify what difficulties were faced by women who have early weaning. It is still necessary to carry out more studies of highly scientific relevance that relate the introduction of pacifiers and the breastfeeding duration, taking into account the motivation to breastfeed and the breastfeeding plan of each couple.

Keywords: Breastfeeding; Duration; Pacifier; Midwifery Care;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	13
1.1 Processo de Adaptação do Casal à Gravidez e Parentalidade	14
1.2 Cuidado à Família durante o Trabalho de Parto e Parto	39
1.3 Tornar-se Família: Conceção de Cuidados após o Nascimento	66
2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	91
3. A INFLUÊNCIA NA AMAMENTAÇÃO DA INTRODUÇÃO DA CHUPETA NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	95
3.1 Introdução do Problema em Estudo	97
3.2 Método de Investigação	99
3.3 Resultados	102
3.4 Discussão	111
3.5 Conclusão da Revisão Integrativa	120
CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Grávidas cuidadas ao longo do estágio.....	93
GRÁFICO 2: Puérperas e RN cuidados durante o estágio.....	93
GRÁFICO 3: Parturientes cuidadas durante o estágio.....	93

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Processo da Revisão Integrativa.....	102
FIGURA 2: Fenómenos associados à introdução da chupeta.....	111

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise dos artigos seleccionados para a revisão integrativa.....	105
---	-----

INTRODUÇÃO

O processo formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresenta ao estudante, no atual regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, a opção pela realização de um estágio, no segundo ano, de cariz profissionalizante, a desenvolver no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto.

Decorrente da sua realização, o estudante deverá realizar um relatório de estágio que versará sobre duas componentes: uma de análise e reflexão que deverá descrever o processo de desenvolvimento de competências do EESMO, com base nos pressupostos publicados no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados publicados pela OE. A outra parte integrante deste relatório remete-nos para a realização e descrição de um processo de investigação. Assim, o estudante ao longo da sua experiência em estágio, seleciona para estudo uma temática, relacionada com a sua prática clínica, que poderá fornecer um importante contributo para a sustentação científica das práticas.

A amamentação representa uma das áreas mais estudadas ao longo dos tempos e na qual o EESMO trabalha diariamente com os casais tendo como principal objetivo o sucesso deste processo. São amplamente conhecidas as vantagens decorrentes da amamentação para a mulher e o RN e cada vez mais surge evidência que demonstra os efeitos benéficos deste processo mais tarde, na saúde da pessoa adulta. De forma a garantir o sucesso da amamentação a OMS publicou, no final da década de 80, os dez passos para o sucesso da amamentação, nos quais recomenda a não introdução de chupeta ou mamilos artificiais aos RN amamentados até a amamentação estar bem estabelecida, por esta estar associada ao desmame precoce.

Ao longo do estágio, grande parte dos casais, cuidados no serviço de puerpério, solicitaram o esclarecimento sobre a temática de forma a sustentar a sua tomada de decisão sobre a introdução da chupeta. Vivenciamos também, ao longo do estágio, aconselhamento profissional divergente que acabou por gerar dúvidas e causar insegurança no casal quanto à sua opção. Um pouco por todo o mundo, a chupeta é considerada como uma importante estratégia para acalmar o RN fazendo assim parte do enxoval da grande maioria das famílias. Permanece ainda pouco claro de que forma a introdução da chupeta poderá contribuir para o insucesso da amamentação, nomeadamente no que concerne à sua duração. Algumas teorias parecem explicar, mas nenhuma de forma inequívoca, o mecanismo pelo qual a introdução da chupeta pode influenciar o sucesso do processo da amamentação. Por outro lado, são cada vez mais os benefícios descritos e associados à utilização da chupeta nomeadamente o seu papel na prevenção do SMSL. Tornou-se assim importante problematizar e estudar sobre quais os efeitos decorrentes da introdução da chupeta, durante o primeiro mês de vida, para a duração do processo de amamentação.

Os objetivos decorrentes da realização do presente relatório de estágio visam: demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizando as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; evidenciar competências de cuidado ao casal e sua família respeitando as suas diferenças culturais; demonstrar competências no âmbito do planeamento de cuidados ao casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO; apresentar o desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da implementação de práticas emancipatórias para a vivência da gravidez e o exercício do papel parental pelo casal; explanar o desenvolvimento de conhecimentos, com base em evidência científica, que permite a fundamentação das práticas realizadas em estágio; descrever os processos de enfermagem elaborados ao longo do estágio fundamentando cientificamente os dados de diagnóstico diferencial, os objetivos, os critérios de resultado esperados e as intervenções realizadas; refletir sobre as práticas descrevendo os focos de atenção de enfermagem mais frequentes em cada área de cuidado especializado do EESMO.

O presente relatório de estágio apresenta três principais capítulos. O primeiro capítulo descreve o processo de aquisição de competências ao longo do estágio. Este, encontra-se dividido em três subcapítulos cada um correspondente a uma das áreas de cuidado do estágio. O primeiro descreve o cuidado ao casal na transição para a gravidez e parentalidade, nomeadamente em casos de gravidez com complicações associadas. O subcapítulo seguinte contempla o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado do casal em trabalho de parto, durante o parto e no período de pós-parto imediato. Por último, é apresentado um subcapítulo que descreve a conceção de cuidados prestados ao casal e à família no pós-parto. O segundo capítulo do relatório contempla uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio profissionalizante. Por fim, será apresentado o último capítulo que expõe o processo de investigação desenvolvido, onde será descrito o enquadramento metodológico da Revisão Integrativa da Literatura realizada.

No desenvolvimento deste relatório está implícita a importância da prática baseada em evidência. Esta constitui-se, mais do que método de trabalho, como uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Assim, para a consecução deste trabalho foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, predominantemente com recurso às seguintes bases de dados: Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text e PUBMED.

1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio profissionalizante desenvolvido ao longo do presente ano letivo, teve como objetivo o desenvolvimento das Competências Específicas do EESMO, publicadas pela OE em 2010. Neste documento, a OE preconiza que este profissional atue, de forma autónoma, em todas as situações de baixo risco em que estão associados processos fisiológicos e do ciclo reprodutivo da mulher, e de forma autónoma e interdependente, em casos de processos patológicos e disfuncionais. Neste sentido é esperada uma intervenção diferenciada no acompanhamento do casal e da família na preparação e adaptação à parentalidade, respeitando a sua cultura e os seus projetos de vida individuais e de saúde.

Ao longo deste primeiro capítulo será exposto o processo de desenvolvimento de competências específicas, nas diferentes áreas de atuação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A apresentação destas diferentes áreas tem como ordem - Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto - que não respeita a ordem pela qual foram realizadas em estágio.

A procura pela excelência dos cuidados de saúde prestados colocou, nos últimos anos, a prática baseada em evidência em lugar de destaque no que respeita às Ciências da Saúde. Através dos resultados da investigação científica produzida, é possível prestar cuidados mais eficazes que vão ao encontro das necessidades sentidas pela população e com melhor custo-benefício, dado esse, cada vez mais importante em todo o mundo. Assim, ao longo do documento serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas em estágio, tal como a evidência científica que serve de suporte à sua implementação prática.

1.1 Processo de Adaptação do Casal à Gravidez e Parentalidade

Os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade da OE, no domínio do Colégio da Especialidade, orientam a conduta do EESMO em Portugal. Assim, este profissional deverá demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão em diversos contextos da sua prática profissional (OE, 2011).

A gravidez representa o maior período de atuação do EESMO e deverá contribuir para ganhos efetivos em saúde para o casal grávido e a sua família. Estes ganhos poderão apresentar-se sob diversas formas: uma melhor adaptação à gravidez, a identificação precoce dos sinais de potencialidade de complicações gravídicas, uma gestão mais eficaz dos efeitos colaterais associados ao período gravídico, uma melhor preparação e adaptação à parentalidade, uma preparação individual para uma melhor experiência de trabalho de parto e parto, que vá ao encontro das reais expectativas do casal (National Institute of Child Health & Human Development, 2010).

Quando falamos de gravidez estamos a referir-nos a um processo de transição. Transição é tudo aquilo que envolve mudança e a forma como esta é incorporada na nossa vida. Assim, transição poderá ser definida como o modo como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita de integrar mudanças no seu dia-a-dia (Meleis [et al.], 2000; Meleis, 2010).

A transição para a Parentalidade constitui-se, na maioria das vezes, como um dos períodos mais importantes e desafiantes para a vida dos casais (Biddle e Mutrie, 2003). Estes passam de uma díade à construção da sua própria família onde assumem um compromisso para a vida com outro ser humano. Tornar-se Mãe/Pai é uma transição gradual e permanente que exige a interiorização das expectativas familiares e sociais quanto à adequação dos seus comportamentos e que obrigará à reorganização pessoal, profissional e conjugal dos elementos do casal (Freitas, Menke e

Revoire, 2006; Santos e Cardoso, 2010). Para a mulher, segundo Rubin (1984) e Mercer e Ferketich (1995), tornar-se mãe exige determinadas tarefas de desenvolvimento tais como: a aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, a reorganização de relacionamentos pessoais (principalmente com a sua própria mãe), o estabelecimento de relação com o feto e a preparação para a experiência de parto. Relativamente ao homem, cada vez mais é exigido, socialmente, um maior envolvimento na gravidez, o que faz com que o EESMO tenha uma intervenção ativa no sentido de o compreender e ajudar a enquadrar-se, segundo as expectativas próprias, sociais e culturais de cada família, no seu novo papel (Lowdermilk e Perry, 2008). A melhor ou pior adaptação à gravidez e parentalidade poderá acarretar implicações para a saúde e bem-estar tanto dos futuros pais como dos seus filhos comprometendo o processo de tornar-se família (Canavarro, 2001; Mendes, 2002). Assim, o EESMO pode contribuir para uma melhor adaptação na transição para a Parentalidade sendo que para isso deve conceber, planear, implementar e avaliar cuidados com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável (DR, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011) e otimizar a transição do casal para uma vivência da gravidez e parentalidade gratificantes e saudáveis.

O estágio desenvolvido no âmbito da Gravidez com complicações no CHPVVC permitiu a aquisição de novas competências e a mobilização para a prática clínica dos conhecimentos já adquiridos ao longo do curso de MESMO. No Centro Hospitalar são acompanhadas as grávidas com complicações associadas, seja pela presença de patologia materna ou obstétrica relevante ou pela presença de fatores de risco sociais e demográficos importantes como a idade materna (>40 anos ou adolescente), obesidade ou condições sociais adversas (NWHIC, 2012). Os critérios que podem definir a classificação da gravidez de risco podem dever-se a diferentes fatores que poderão ser: demográficos ou socioeconómicos (adolescentes, IMA, $IMC \geq 35$ ou $\leq 18\text{kg/m}^2$), comportamentais (toxicodependência, alcoolismo) e antecedentes relacionados com complicações obstétricas, patologia materna associada à gravidez atual ou patologia própria da gravidez atual (Ayres de Campos [et al.], 2008; London [et al.], 2010). A grande maioria das grávidas de risco é

acompanhada em regime de ambulatório pelas consultas médicas e de enfermagem especializadas, embora o CHPVVC também possua serviço de internamento. No entanto, o serviço de Neonatologia da instituição não possui os recursos necessários para dar a mais adequada resposta aos nascimentos prematuros (inferiores a 34 semanas), o que origina a transferência das grávidas com complicações para o internamento de Gravidez de Risco do hospital central mais próximo. Nos diversos contextos de atuação, foram adquiridas competências que permitiram acompanhar grávidas com diferentes fatores de risco, patologias associadas e pertencentes a contextos sociais e culturais francamente diferentes.

No decorrer do estágio pudemos atuar quer nas consultas de Enfermagem de Gravidez de Risco quer no internamento. Inicialmente será abordada a atuação no âmbito das consultas de Enfermagem, onde pudemos acompanhar grávidas com diferentes fatores de risco como: IMA, Gravidez na Adolescência, Diabetes Gestacional, Gravidez Gemelar, Hipertensão Arterial, Anemia entre outros.

Para o desenvolvimento das Consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, no âmbito da gravidez com complicações, tornou-se importante compreender que para além da transição desenvolvimental, o casal grávido enfrenta uma transição situacional que surge, na maioria das vezes, de forma inesperada e que se constitui, de igual forma, como um evento crítico que poderá dificultar a adaptação à gravidez e parentalidade. No contacto inicial com cada um dos casais foram recolhidos os dados importantes para o planeamento de cuidados ao longo de toda a gravidez, dos quais destacamos os dados demográficos, a história clínica (peso pré-gravídico, medicação usada, grupo sanguíneo, alergias, hábitos de vida, doenças familiares), a história obstétrica e ginecológica, o índice obstétrico e a história ocupacional (profissão, escolaridade, padrão de exercício) (Lowdermilk e Perry, 2008). As primeiras atividades de recolha de dados nas consultas de Enfermagem contribuíram para uma melhor compreensão sobre a forma como o casal lidava com a patologia/fator que enquadrava a sua gravidez como uma gravidez de risco. Compreender o conhecimento que detinham e quais os recursos mobilizados para fazer face à situação vivida constituíram-se como prioritários para entender qual a

melhor concepção de cuidados que cada casal necessita no acompanhamento da sua gravidez.

Segundo Mercer (1981) e Rubin (1967), são quatro as fases que compreendem a transição para a parentalidade dos casais: Antecipatória, Formal, Informal e Pessoal. Em cada consulta de Enfermagem realizada tentamos: compreender em que fase se encontravam cada um dos casais, identificar as suas dúvidas, expectativas, validar a informação que detinham e atuar no sentido de promover a auto-estima e o seu sentido de auto-eficácia, enquanto membros do casal e futuros pais. No âmbito da gravidez, assumimos a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial relativamente aos seguintes focos de atenção: Autocuidado durante a gravidez, Adaptação à Parentalidade e Ligação Mãe-Filho (ICNP, 2011). O foco de Enfermagem Ligação Mãe/Pai-Filho permitiu-nos um campo de atuação privilegiado onde a nossa intervenção pôde contribuir para a criação da relação que começa na gravidez e que se prolongará para toda a vida, entre os pais e o seu filho. Segundo Burroughs (1995, p. 251), (...) *a promoção da aproximação entre mãe e filho é, talvez, um dos maiores e mais interessantes desafios para a Enfermagem*. Assim, o enfermeiro, pela posição privilegiada que ocupa junto dos casais, poderá ter um importante papel no estabelecimento da interação precoce destes com os seus filhos, avaliando as suas necessidades e planeando os cuidados que cada um dos elementos do casal necessita. Sabe-se hoje que a Ligação dos pais¹ com o feto é o melhor preditor da ligação após o nascimento (Ferketich e Mercer, 1995). A criação desta relação é também importante na medida em que dela dependem a satisfação e a competência no exercício parental após o nascimento da criança (Mercer, 2004). Neste sentido, devemos compreender quais os dados que nos podem ajudar a realizar o diagnóstico diferencial no âmbito da Ligação Mãe/Pai-Filho. Segundo a revisão da Literatura efetuada por Van Den Bergh e Simons (2009) conhecem-se atualmente alguns dados que, quando presentes, conduzem a melhores índices de Ligação Mãe/Pai-Filho: os casais que seguem as indicações dos profissionais da saúde no sentido de maximizar a sua saúde e a do feto; os casais que tendem a descrever o feto associando os seus movimentos a características positivas; os casais que

¹ Pais- o termo utilizado remete-se para a díade que assume as responsabilidades parentais.

procuram conhecimento sobre o desenvolvimento do seu bebê ao longo da gravidez; aqueles que mantêm relacionamentos conjugais estáveis; os que planejaram a sua gravidez e têm bom suporte familiar, os que não tenham realizado amniocentese e os que não apresentem antecedentes de depressão diagnosticados previamente à gravidez. Consoante os diagnósticos de cada situação específica foram implementadas intervenções que promoveram a Ligação Mãe/Pai-Filho junto dos casais grávidos tais como: ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis), ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre as características do RN (a partir do terceiro trimestre da gravidez) e promover a construção da imagem do bebê. Para promover a construção da imagem do bebê devemos ter em conta que a capacidade imagética das grávidas atinge o seu máximo pelo sétimo mês de gestação e cessa do oitavo ao nono mês (Albuquerque [et al.], 2009). Um estudo recente de Nogueira e Ferreira (2012) demonstrou uma melhoria significativa na ligação afetiva entre o pai e o bebê se os profissionais da saúde promoverem o envolvimento do pai na gravidez.

As consultas de Enfermagem têm como finalidade ajudar os casais a compreender as mudanças que os esperam ao longo da gravidez e determinar se existem ou não áreas nas quais poderão ter de existir alterações na sua vida, de forma a potenciar ou manter a saúde da mulher e do feto. Assim, segundo a NOC (2008), existem alguns indicadores relativos aos conhecimentos sobre a gravidez que os casais grávidos deverão possuir de forma a vivenciarem uma gravidez saudável e a prevenirem complicações. Alguns desses indicadores são a descrição adequada de: padrão de sono e repouso, nutrição, padrão de aumento de peso, exercício físico, autocuidado higiene pessoal, capacidade para arranjar-se, capacidade para vestir-se na gravidez, comportamentos de segurança, sinais de alerta de complicações e estratégias de gestão dos efeitos colaterais da gravidez.

Uma das partes integrantes das Consultas de Enfermagem consiste na vigilância da gravidez, da qual fizeram parte as seguintes atividades: determinação da IG que poderá ser feita pelo método do calendário tendo como base a DUM ou a data da primeira ecografia. Os estudos que

comparam a acuidade da determinação da IG pela DUM ou pela primeira ecografia mostram que esta última apresenta melhor correlação com a IG mesmo quando as diferenças entre as duas são inferiores a 7 dias (Matias, Tiago e Montenegro, 1999; Cunha [et al.], 2002). Os investigadores Mongelli, Wilcox e Gardosi (1996), estudaram uma amostra de 34.249 mulheres tendo estas a certeza quanto à DUM e verificaram que a realização de uma ecografia na primeira metade da gravidez reduziu de 11,5% para 3,3% a percentagem de gestações classificadas como pós-termo, sem compromisso fetal associado ao adiamento do parto. A determinação da IG é de extrema importância pois dela dependem as classificações de gravidez de termo, pré ou pós-termo que conduzem ao planeamento de intervenções adequadas a cada caso clínico. Assim, com a atribuição da IG correta podem ser reduzidos os números referentes a induções de trabalho de parto por gravidezes pós-termo (NICE, 2008). As restantes atividades de vigilância realizadas em todas as consultas foram: determinação da data provável do parto (pela regra de Naegele), realização do exame físico geral da grávida, a monitorização do peso e o IMC com a indicação do ganho ponderal e do esperado para a gravidez (esperado 3-4 kg até as 20 semanas e a partir daí 2kg por cada mês), avaliação da TA e presença de edema, avaliação das características de urina (cor, cheiro, presença de proteínas, leucócitos, corpos cetónicos ou sangue), avaliação da altura uterina (a partir das 24 semanas), auscultação dos BCF (a partir das 10-12 semanas com doppler ou das 20 semanas com estetoscópio de Pinard), avaliação da percepção materna dos movimentos fetais (a partir das 16 semanas) e a partir do segundo trimestre realização das Manobras de Leopold (McGarry e Tong, 2007; Puccini, 2003; Nice, 2008; Rezende, 2008; Silva [et al.], 2009; London [et al.], 2010). Os exames complementares de diagnóstico tais como: as análises sanguíneas e as ecografias constituem-se como importantes fontes de recolha de dados e foram analisados no decorrer das consultas. Através da sua análise foi possível retirar as dúvidas do casal quanto ao seu conteúdo e interpretação de resultados. Também com base na sua análise foram planeados cuidados a casais onde a grávida não tinha imunidade à toxoplasmose ou apresentava anemia no âmbito dos focos Suscetibilidade à Infecção e Intolerância à atividade e/ou Fadiga,

respetivamente (Pereira e Bachion, 2005; Ricci e Kyle, 2009). A ACOG (2002) e o CDC (2002) recomendam a realização de rastreios vaginais e retais a todas as grávidas entre as 35 e as 37 semanas de gestação que foram realizadas quer em contexto de consulta quer durante o internamento.

Ao longo das consultas foram ainda abordados, consoante a idade gestacional e as necessidades sentidas pelo casal grávido, os seguintes focos: Ingestão Nutricional, Repouso e Sono, Fazer exercício, Autocuidado: cuidar da higiene pessoal, Capacidade para Vestir-se, Capacidade para Arranjar-se, Processo Sexual, Segurança, Uso de Substâncias, Capacidade para gerir os efeitos colaterais da gravidez e a Gestão do Regime Terapêutico (Pereira e Bachion, 2005; ICNP, 2011).

No decorrer da gravidez o casal confronta-se com diversas dúvidas quanto às alterações que deverá realizar na alimentação. Existem várias crenças relacionadas com o tipo de alimentação que a mulher grávida deverá ter e várias também são as fontes de informação dos casais. No entanto, cabe-nos enquanto profissionais da saúde que acompanhamos a gravidez, ajudar o casal a compreender quais as alterações que deverão realizar no seu padrão alimentar de forma a potenciar a saúde da mulher e do feto (Pinheiro e Seabra, 2008). No foco Ingestão Nutricional, as atividades de diagnóstico implementadas tiveram como objetivo avaliar: o padrão alimentar da grávida (número de refeições, alimentos queingere em cada uma delas, forma de confeccionar os alimentos), apetite, preocupações estéticas com o aumento de peso, ingestão de líquidos ao longo do dia, os efeitos colaterais da gravidez que possam afetar a ingestão nutricional (náuseas, vômitos, azia), presença de corpos cetónicos na urina, aumento de peso, turgor da pele e concentração da urina (Lowdermilk e Perry, 2008). Consoante o diagnóstico de Enfermagem identificado em cada situação, algumas das intervenções incluídas no planeamento de cuidados e implementadas neste domínio passaram pela divulgação da informação junto das grávidas dos alimentos que deviam incluir na sua alimentação: fruta e vegetais frescos, hidratos de carbono, carnes magras, peixes, beber 8-10 copos de líquidos por dia, pão integral e alimentos lácteos; em sentido inverso, foram divulgados os alimentos que deveriam evitar: fígado (dose

tóxica de vitamina A) (Brown e Rahn, 1997), queijos moles (camembert ou brie), refeições pré-cozinhadas, carne crua, ovos crus ou maionese, mariscos crus e peixes contendo altos valores de metilmercúrio como o peixe-espada ou o tubarão (Kirkham, Harris e Grzybowski, 2005; Nice, 2008; Akkerman [et al.], 2012).

No caso das grávidas diabéticas, e no âmbito do foco Gestão do Regime Terapêutico: Ingestão Nutricional foram implementadas as seguintes atividades de diagnóstico, avaliação de: padrão alimentar, conhecimentos sobre padrão alimentar adequado, competências para a monitorização da glicemia capilar, conhecimento sobre exercício adequado, padrão de exercício físico, volição para mudanças necessárias no seu dia-a-dia. Consoante o diagnóstico identificado foram realizadas intervenções no sentido de potenciar a saúde materna e fetal e ajudar na gestão eficaz do regime terapêutico como: ensinar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, ensinar a lidar com a hipoglicemia, instruir sobre administração insulínica, instruir sobre monitorização da glicemia capilar, ensinar sobre exercício físico e vantagens da marcha pós-prandial, ensinar sobre contagem dos movimentos fetais a partir das 28 semanas de gestação e ensinar estratégias adaptativas que permitam à mulher adaptar-se aos novos hábitos de saúde (Consensos sobre Diabetes na Gravidez 2011).

A gravidez pode induzir aumentos tensionais, em mulheres previamente normotensas ou já com alterações, sendo esta a complicação médica mais frequente da gravidez que apresenta uma incidência entre 3 e 5% na Europa (Graça [et al.], 2008). No âmbito do foco Gestão do Regime Terapêutico na gravidez, sempre que acompanhadas mulheres com Hipertensão foram desenvolvidas as seguintes atividades de diagnóstico: monitorização da PA, avaliação das características da urina, avaliação da presença de edema, monitorizar o peso, avaliar a presença de sinais como (dor epigástrica, oligúria, dor de cabeça), avaliar o conhecimento do casal sobre contagem dos movimentos fetais, avaliar conhecimento do casal sobre os sinais de alerta e conhecimento sobre uso de sal. O planeamento de cuidados para o casal, neste âmbito da Gestão do Regime Terapêutico passou por: ensinar sobre dieta e consumo de sal e proteínas (o sal apenas deve ser evitado no caso de hipertensão materna prévia) nos restantes

casos a sua ingestão deve ser moderada; ensinar sobre a avaliação do bem-estar fetal; ensinar sobre os sinais de alerta; ensinar sobre a monitorização da PA em casa, caso seja da vontade do casal. O iodo presente no sal ou em alguns suplementos apresenta uma importante contribuição para a saúde e desenvolvimento materno e fetal pelo que o seu consumo deve ser incentivado na gravidez e amamentação exclusiva (Lopes [et al.], 2012). Durante o estágio não foram prestados cuidados a casais grávidos com pré-eclampsia.

O foco Uso de Substâncias contempla o consumo de drogas, tabaco, café, álcool ou medicação pela grávida que por vezes gera dúvidas ao casal quanto aos potenciais efeitos no feto. Este é um foco importante, na medida em que, enquanto profissionais, nos confrontamos diariamente com a falta de informação neste âmbito. Nas primeiras consultas com os casais grávidos este foi um tema abordado e na grande maioria das vezes identificado o diagnóstico de Déficit de Conhecimento sobre o Uso de Substâncias. As principais dúvidas recaem sobre o consumo de café e álcool que frequentemente os casais consideravam que poderiam ser consumidos com moderação na gravidez. A ingestão de álcool na gravidez está relacionada com vários efeitos no feto denominados por SAF que compreende atrasos no desenvolvimento físico e cognitivo, microcefalia, déficit na coordenação motora e dificuldades comportamentais (NWHIC, 2009). Evidência recente sugere que a ingestão de tabaco e álcool estão também na origem do SMSL (CDC, 2012; National Institute of Child Health & Human Development, 2012). No caso do café, ao contrário do álcool, a evidência científica sugere um valor de 200-300 mg de cafeína diária que poderá ser consumida de forma segura (ACOG, 2012). No entanto, vários são os estudos recentemente publicados que confirmam que o consumo de cafeína, mesmo entre os 100-300 mg diárias, é um fator de risco para o baixo peso à nascença do RN (Konje e Cade, 2008; Sengpiel [et al.], 2013).

Um outro foco de Enfermagem importante no acompanhamento da gravidez é o Repouso e Sono (ICNP, 2011). O aumento de progesterona predispõe a mulher grávida a uma maior sensação de cansaço e uma maior necessidade de descanso (Hedman [et al.], 2003; Ricci e Kyle, 2009). A mulher também poderá, sentir-se mais ansiosa ou preocupada e ter

dificuldades em ter um sono restabelecido (Lopes [et al.], 2004; Hall [et al.], 2009; Facco [et al.], 2010). Como futuros EESMO, no âmbito deste foco, avaliamos no processo de diagnóstico: o número de horas ininterruptas de sono, a dificuldade em adormecer, a sonolência durante o dia, o padrão de atividade no dia-a-dia da grávida, o conhecimento sobre estratégias para gerir a fadiga e a insônia, o padrão alimentar (ingestão de cafeína ou teína ou refeições tardias) e os resultados analíticos (Hb). A intervenção nestes casos, consoante os diagnósticos efetuados em cada situação específica, passou por informar sobre os efeitos da gravidez no padrão de sono/repouso (ação hormonal relaxina e progesterona aumentadas e aumento do metabolismo basal), aconselhamento sobre o padrão de sono e repouso adequados onde deverão constar oito horas de sono por noite sem interrupção e, dependendo dos casos, aconselhamento de períodos de descanso ao longo do dia. Foram também aconselhadas estratégias promotoras de sono como a redução do consumo de cafeína ou chá (máximo de 200-300mg de cafeína diária - equivalente a um café expresso), redução da ingestão de líquidos durante a tarde até ir dormir, como forma de evitar as interrupções do sono para urinar; preferência pela posição de decúbito lateral esquerdo para dormir (melhora a perfusão útero-placentário e renal) e a ingestão de leite morno ou carnes de peru (contêm L-Thyptofan) que proporcionam efeito sedativo; evitar refeições abundantes ao final do dia, praticar exercício físico diariamente, colocar uma almofada para apoiar o membro inferior que fica em cima ao deitar-se em decúbito lateral e consumir, ao longo do dia, alimentos ricos em proteínas como o queijo ou as nozes que conferem energia (Pien, Richard e Schwab, 2004; Bakker-Zierikzee e Smits, 2007).

No âmbito da Gestão do Regime Terapêutico de grávidas com Anemia os casais foram aconselhados a que a mulher ingerisse os suplementos de ferro preferencialmente em jejum ou quando não tolerados com alimentos potenciadores da sua absorção com os ricos em vitamina C. Todos os casais foram aconselhados a evitar a ingestão do ferro com produtos de origem animal e informados sobre os alimentos ricos em ferro como os vegetais verdes escuros, ovos, cereais e frutas frescas. Sempre que foi realizado o diagnóstico de Fadiga ou Intolerância à atividade os casais foram

aconselhados a gerir as atividades diárias com períodos de descanso programados e incidir sobre atividades mais extenuantes no início do dia ou após o repouso (Lowdermilk e Perry, 2013).

Atualmente são bem conhecidos os benefícios para o Homem da prática de exercício físico regular ao longo da sua vida. Devido às grandes alterações físicas e emocionais na vida da mulher grávida sabe-se que a prática de exercício pode ajudar a melhorar a circulação, a prevenir a obstipação, a potenciar o relaxamento, a melhorar o sono e repouso e a melhorar a auto-estima (Biddle e Mutrie, 2003). Assim, o foco Fazer Exercício foi abordado nas consultas de Enfermagem de grávidas de risco, inicialmente tentando perceber qual o padrão de atividade física existente e se esta é, ou não, aconselhada no período gravídico e na situação clínica específica. Quando não havia um padrão de atividade física estabelecido tentamos perceber qual a disponibilidade para fazer exercício e promover a consciencialização sobre as vantagens advindas, não só para a gravidez como para a mulher ao longo da sua vida, motivando assim para a prática de exercício. Ao longo das consultas de Enfermagem foram desenvolvidas intervenções com o objetivo de promover o desenvolvimento de conhecimentos sobre as particularidades da realização de exercício físico na gravidez.

As atividades físicas muito extenuantes estão desaconselhadas na gravidez uma vez que podem diminuir significativamente o fluxo sanguíneo no útero (Lowdermilk e Perry, 2008; Rahl, 2010). O exercício físico na gravidez é recomendado na maioria dos dias da semana, 4-5 vezes, com uma duração aproximada de trinta minutos (ACOG, 2009). Quanto ao tipo de exercício poderá ser a caminhada ou exercícios realizados na água pelo trabalho cardiovascular, melhoria da circulação e fortalecimento muscular (Batista [et al.], 2003; Barracho, 2007; Ricci e Kyle, 2009). Estão desaconselhadas na gravidez as atividades físicas que envolvam impacto como a corrida ou o salto, as que envolvam contato físico direto como alguns desportos coletivos (futebol ou basquetebol por exemplo) e o mergulho (Artal, Wisweell e Drinkwater, 1996; Nice, 2010). A atividade física está contraindicada nas grávidas que apresentem doença cardíaca, alterações hemodinâmicas marcadas (taquicardia, bradicardia, hiper ou

hipotensão), múltiparas com risco de parto pré-termo, grávidas com placenta prévia após as 26 semanas de gestação, pré-eclampsia ou casos de incompetência cervical ou cerclage (ACOG, 2013). Segundo a mesma fonte, existem, contudo, situações de contraindicação relativa, às quais os profissionais que fazem o acompanhamento do casal grávido devem ter em consideração, como são os casos das grávidas com anemia, arritmia cardíaca, bronquite crônica, grandes fumadoras, ou grávidas com diagnóstico de RCIU, diabetes mellitus tipo I ou hipertensão mal controlada. Alguns dos exercícios recomendados na gravidez também têm como objetivo o trabalho muscular da região pélvica. Uma revisão da Cochrane de Boyle [et al.] (2012) mostra que a realização contínua destes exercícios na gravidez e pós-parto, por mulheres sem incontinência urinária prévia, poderá prevenir a incontinência urinária até 6 meses após o parto. Segundo os autores, estes exercícios podem ter particular interesse quando realizados como tratamento em mulheres primíparas, que tiveram RN macrossômicos ou que foram submetidas a partos distócicos com fórceps. Contudo, a eficácia da realização destes exercícios a longo prazo necessita de ser mais bem estudada. Os protocolos de tratamentos utilizados, nos estudos realizados até hoje, diferem o que dificulta a interpretação dos resultados e o estabelecimento de conclusões quanto à eficácia decorrente da realização dos exercícios. No estudo randomizado de Morkved [et al.], (2003), os exercícios começam a ser realizados pelas 20 semanas de gravidez e o treino dura até às 36 semanas. Os exercícios devem ser realizados durante 12 semanas consecutivas e são feitos no âmbito das Terapêuticas de Enfermagem em grupo e em casa. Em casa, o plano terapêutico envolve a realização de exercícios duas vezes por dia e envolvem 12 contrações de elevada intensidade na posição preferida pela mulher de entre as quatro posições sugeridas (decúbito lateral, sentada, de pé e semi-fowler). Nas terapêuticas de grupo, realizadas semanalmente com a duração de uma hora os exercícios são assistidos por um profissional. Os estudos apresentam resultados quanto à eficácia do treino muscular pélvico, contudo, poucos são os que referem as consequências da realização destes exercícios, nomeadamente no trabalho de parto e parto. O estudo de Gaier [et al.] (2010) comprovou que as mulheres que realizam

este treino da musculatura pélvica durante a gravidez têm maior risco de necessitar de episiotomia durante o parto comparativamente com as mulheres que não realizam estes exercícios. Embora sejam necessários mais estudos que confirmem as informações acima descritas, estes dados levam-nos a refletir sobre a importância da realização destes exercícios na gravidez em mulheres sem incontinência urinária prévia. Sabemos que os exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico podem ser realizados de forma preventiva ou como tratamento. Se, de facto, mais estudos comprovarem que o fortalecimento muscular poderá comprometer a sua distensibilidade aquando do parto devemos, enquanto profissionais especializados no cuidado à mulher grávida, refletir sobre a sua aplicabilidade e benefício em mulheres grávidas.

A gravidez, pelas mudanças fisiológicas decorrentes de fortes alterações hormonais, predispõe a mulher a mudanças no seu corpo e consequentemente no seu autocuidado (Ricci, 2008). Grande parte das mulheres referiu, nas consultas de enfermagem, preocupações pelas alterações sentidas como o aumento da quantidade de leucorreia ou pela percepção de aumento de sudorese.

A atuação enquanto futuro EESMO no foco Autocuidado (ICNP, 2011): Cuidar da Higiene Pessoal foi fundamental para compreender quais as dúvidas das mulheres neste âmbito e intervir de forma a potencializar o Autocuidado na gravidez e prevenir o risco de infeção. Alguns indicadores físicos constituíram-se como fontes de dados importantes nas atividades de diagnóstico tais como a aparência geral, o estado da pele, do cabelo e das unhas (Ricci e Kyle, 2009). Averiguar quais os cuidados de higiene habituais constituiu-se como ponto de partida para identificação das alterações necessárias no padrão de higiene pessoal da mulher grávida. As intervenções neste âmbito compreendem a explicação das alterações fisiológicas na gravidez e a sua influência no aumento da descamação cervical, aumento da vascularização, ativação das glândulas sudoríparas e alterações leucocitárias, que conduzem ao aumento da leucorreia e da sudorese diária e a uma maior suscetibilidade à infeção. As intervenções compreendem ainda a promoção da implementação de estratégias adaptativas como a troca do penso diário num intervalo máximo de 4/4

horas, lavagem da zona perineal no sentido antero-posterior, com água morna (pelas alterações bruscas de temperatura e o seu efeito na vascularização) e com produtos de higiene ligeiramente ácidos (de forma a respeitar o pH mantido pelos *Bacillus* de Döderlein locais que previnem a infeção), utilização de roupa interior de algodão (mais absorvente e confortável) evitando roupa interior apertada que dificulte a circulação nos membros inferiores e lavagem das mãos frequentemente (Lowdermilk e Perry, 2008; Ricci e Kyle, 2009; Oliveira [et al.], 2010). Estas mesmas alterações fisiológicas da gravidez que influenciam e predispõem a mudanças no padrão de autocuidado da mulher conduzem também a alterações no seu corpo que, por serem mais visíveis podem comprometer a sua autoestima. São várias as atividades que proporcionam à mulher bem-estar com a sua imagem como a pintura do cabelo, das unhas, os cuidados de depilação, os cuidados de hidratação da pele e a utilização de maquilhagem. Assim, contribuímos para a promoção da autoestima das grávidas cuidadas em estágio contribuindo também para uma tomada de decisão informada no domínio do foco Capacidade para Arranjar-se durante a Gravidez (ICNP, 2011). Quanto à pintura do cabelo, recomendou-se que fossem preferidas técnicas em que não houvesse um contacto direto com o couro cabeludo pois possíveis efeitos maternos e fetais ainda não estão bem esclarecidos. No entanto, quando as utentes decidiam pintar o cabelo foram aconselhadas a fazê-lo com recurso a luvas, em ambiente com boa ventilação e se possível após as 12 semanas de gestação. Um estudo de Jon, Savitz e Shy (1994) encontra relação entre a absorção de produtos químicos e a ocorrência de parto pré-termo. Um estudo recente de Couto [et al.] (2013) comprova a associação entre a utilização de tinta e outros produtos capilares, potencialmente absorvidos pelo couro cabeludo, e o aparecimento de leucemia em crianças antes dos dois anos de idade. Quanto à realização de depilação sabe-se que é segura quando realizada com cera, quanto às opções de laser e cremes depilatórios não são ainda conhecidos os potenciais efeitos no feto (Nussbaum e Benedetto, 2006). De uma forma global, um estudo recente refere que apenas os produtos cosméticos contendo hidroquinonas e retinóides devem ser evitados, os

restantes, quanto usados com moderação nos produtos de cosmética, não representam perigo na gravidez (Bozzo, Chua-Gocheco e Einarson, 2011).

Ao longo das consultas foram abordadas com os casais grávidos as alterações esperadas na pele como o aparecimento da linha negra, do cloasma, estrias gravídicas e acne. Sabe-se atualmente que na origem do aparecimento de estrias podem estar fatores genéticos, alterações endócrinas e estiramento mecânico da pele (Maia [et al.], 2009). A hidratação da pele através da ingestão de água, assim como a utilização de creme hidratante, nas zonas da pele mais frequentemente afetadas, foram recomendadas ao longo da gravidez (Zanini e Paschoal, 2004). Também na tentativa de prevenir o aparecimento ou exacerbação de manchas na pele, a utilização de protetor solar foi igualmente recomendada, ao longo de toda a gravidez; embora este creme seja absorvido pela pele, não estão documentados efeitos nocivos no feto decorrentes da sua utilização (Oliveira [et al.], 2010).

Uma importante área no acompanhamento ao casal grávido consistiu na abordagem das mudanças no processo sexual associadas ao período gravídico. Alguns casais percecionaram alterações no seu padrão sexual e apresentaram dúvidas ou desconfortos mostrando frequentemente dificuldade em abordá-los em contexto de consulta. Assim, foram implementadas intervenções no sentido de facilitar a comunicação sobre este assunto em contexto de consulta e entre o casal, fornecendo informações que poderão ajudar tanto a compreender as dificuldades ou desconfortos como a potenciar a vivência de uma sexualidade satisfatória e tranquila (Ballone, 2004; Barbosa, 2012). Neste sentido, é esperado que existam alterações na libido da mulher na gravidez, frequentemente diminuída no primeiro trimestre (não só por questões hormonais mas pela adaptação à gravidez, frequência de náuseas e vômitos, ambivalência quanto a estar grávida) (Canella, 2006). No entanto, no segundo trimestre os estudos mostram um aumento significativo da libido e da satisfação sexual do casal grávido (Ricci, 2008). No último trimestre da gravidez, pelo medo de desencadear o parto, pelas mudanças corporais da mulher, pela fadiga e ansiedade, há novamente uma diminuição da predisposição da mulher para o contacto sexual com o companheiro. Já no homem a

evidência científica demonstra uma diminuição da predisposição para a sexualidade no terceiro trimestre da gravidez pelas alterações corporais da companheira e o conflito entre a sexualidade e a parentalidade (Silva e Figueiredo, 2005). Assim, os dados que mais contribuíram para o processo de diagnóstico neste âmbito foram: a existência de alterações no padrão sexual; a presença de desconfortos físicos associados; a preocupação com a segurança dos relacionamentos sexuais para o bem-estar da mulher e do feto e o conhecimento sobre estratégias que poderão ser adotadas para minimizar o desconforto. Neste sentido, as intervenções de Enfermagem que potenciam a aquisição de conhecimentos, neste âmbito, podem facilitar a compreensão destas mudanças na vida conjugal do casal. Informar sobre as posições que minimizam os desconfortos, tal como as condições que contraindicam a atividade sexual na gravidez permitem esclarecer e tranquilizar os casais quanto à segurança para a mulher e para o feto (Ricci, 2008).

Nos casos de mulheres acompanhadas em regime ambulatorio que apresentavam risco de parto pré-termo quer seja pela paridade, história anterior de parto pré-termo ou incompetência cervical, gravidez gemelar, infeções placentares, urinárias ou cervicais, os casais eram orientados sobre as medidas de segurança associadas ao processo sexual na gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008). Nestes casos, os casais foram instruídos a evitar a estimulação da aréola mamária, a utilizar o preservativo e a evitar o orgasmo na mulher. A adoção destas medidas tem como objetivo prevenir a ocorrência de contratilidade uterina e prevenir o contacto das prostaglandinas (presentes no esperma) com o colo uterino que favorece o desencadear do trabalho de parto (Graça [et al.], 2010). Consideramos que a abordagem deste tema foi fundamental de forma a consciencializar os elementos do casal sobre outras formas de sexualidade que poderão proporcionar bem-estar e ser igualmente satisfatórias (Thies e Travers, 2006). Segundo a ACOG (2007) a maioria das mulheres adapta-se às alterações físicas e emocionais associadas à gravidez obtendo assim a vivência de uma sexualidade satisfatória durante este período da sua vida.

Na gravidez existem um conjunto de Conhecimentos sobre as medidas de segurança (ICNP, 2011) que poderão ajudar o casal a prevenir

ou evitar acidentes que poderia comprometer a saúde da mulher e do feto. Assim neste foco, os dados relevantes para o diagnóstico foram: a segurança nos transportes (automóvel e avião), o uso de telemóveis, micro-ondas e fogão, a utilização de saunas ou água do banho com temperaturas elevadas (superior a 38/39°), o uso de produtos químicos ou tóxicos em casa, o contacto com gatos e a realização de atividades de jardinagem. Compreendemos assim que foi importante informar o casal sobre os malefícios da exposição da grávida a elevadas temperaturas que poderiam predispor a um menor aporte de oxigénio e ao aparecimento de defeitos congénitos fetais (Ricci e Kyle, 2009). Também o uso de micro-ondas e telemóveis não estão recomendados uma vez que se desconhecem os efeitos fetais do contacto com as radiações. Divan [et al.] (2008) mostram que a utilização de telemóveis durante a gravidez está associada a problemas emocionais e comportamentais equiparados a hiperatividade na idade escolar. No entanto, um estudo recente de Guxens [et al.] (2013) não comprova que a utilização de telemóveis seja um fator de risco para as crianças para esses mesmos problemas até aos 5 anos de idade. A utilização de produtos químicos implica a utilização e luvas ou máscara, assim como para atividades de jardinagem. Os produtos tóxicos devem ser evitados e o contacto com gatos ou jardins implica o uso de luvas e uma cuidadosa lavagem das mãos posterior (Urquhart [et al.], 1998; Bowman, [et al.], 2006).

O foco Conhecimento sobre a saúde (ICNP, 2011) foi abordado com todos os casais nas consultas de Enfermagem. Compreendemos assim que a capacidade para identificar os sinais de alerta é de extrema importância para prevenir possíveis complicações (Costa [et al.], 2011). Assim, o casal no primeiro trimestre foi informado sobre alguns dos sinais que deve valorizar para recorrer aos serviços de saúde caso identifique: vômitos intensos, febre, ardência ao urinar, hemorragia vaginal, dores abdominais ou diarreia. A partir das 12 semanas os sinais são: cefaleias intensas, edema das faces, mãos e região sacral, alteração do padrão de movimentação fetal, perda de líquido amniótico, hemorragia vaginal, dor abdominal, dor epigástrica e identificação dos sinais de trabalho de parto (contrações regulares e intensas).

Um dos motivos de maior interesse que os casais grávidos apresentaram quer nas consultas quer no internamento prendeu-se com questões relacionadas com a gestão dos efeitos colaterais da gravidez. Durante o primeiro trimestre da gravidez, os efeitos colaterais mais referidos pelas grávidas foram as náuseas e vómitos (Ricci e Kyle, 2009). Através do processo de diagnóstico realizado nestes casos compreendemos que estes sintomas causavam desconforto e que a maioria dos casais não dispunha de conhecimentos sobre a sua fisiologia assim como formas de os gerir eficazmente no seu dia-a-dia. Sabemos que, pela ação da progesterona, há um aumento significativo do tempo de esvaziamento gástrico, associado a uma diminuição da secreção gástrica de ácido clorídrico e pepsina (Carrara e Duarte, 1996). Estes sintomas cessam espontaneamente por volta das 20 semanas de gestação mas existem estratégias capazes de ajudar a gerir o desconforto causado numa fase inicial da gestação. Assim, nestes casos, os casais foram aconselhados a evitar alimentos gordos e condimentados, ambientes com odores que aumentam a náusea, realizar seis refeições por dia, evitar ingerir líquidos às refeições, ingerir alimentos ricos em carboidratos, comer bolachas antes de se levantar da cama de manhã, consumir chá de gengibre 250 mg quatro vezes ao dia e realizar acupressão no ponto P6 Neiguan (colocando 3 dedos sobre o antebraço distal e pressionando o dedo indicador) quando sentisse a náusea ou vômito (Nice, 2008; Silva, 2008; Silva [et al.], 2009; Nice, 2010).

Sempre que cuidados, em estágio, grávidas que apresentavam vômitos incontrolláveis e persistentes e/ou diagnóstico de Hiperémese Gravídica, foram desenvolvidas as seguintes atividades de vigilância: monitorização do peso corporal, avaliação de sinais de desidratação (cabelo, pele, mucosas), avaliar altura uterina, avaliar FCF, avaliar sinais vitais maternos, avaliar frequência, duração e fatores desencadeadores dos episódios de náuseas e vômitos e avaliar o conhecimento do casal sobre o padrão alimentar. Quando identificado o diagnóstico de Ingestão de alimentos deficitária os casais foram aconselhados a que grávida: ingerisse alimentos ricos em potássio (banana, tomate e melão), cálcio (produtos lácteos, couve, espinafres) e proteínas, realizasse refeições pequenas e

frequentes, evitasse alimentos desencadeadores dos episódios de vômito e sempre que adequadas algumas das intervenções supracitadas para a gestão deste efeito colateral e potencialmente patológico da gravidez.

No segundo e terceiro trimestres da gravidez, uma maior diversidade de efeitos colaterais foi abordada ao longo das consultas. Um dos mais frequentemente referidos foi a azia. Também pela ação da progesterona que provoca o relaxamento do músculo gastrointestinal liso e do cárdia, há maior tendência para o refluxo de conteúdo gástrico para a porção inferior do esófago. À medida que o útero cresce há uma cada vez maior compressão gástrica, assim como pela ação estrogénica, há uma diminuição de secreção de ácido clorídrico e pepsina (Alba, 2003; Ricci, 2008). As intervenções realizadas no sentido de melhorarem a azia passaram por modificações posturais e alimentares. De acordo com a situação de cada grávida foi sugerido que: reduzissem a ingestão de alimentos gordos e fortemente condimentados, realizassem pequenas refeições por dia perfazendo um total mínimo de seis, evitassem alimentos irritantes da mucosa gástrica como o café, quando a azia estivesse presente ingerissem pequenos golos de leite ou chá quente e evitassem inclinar-se ou baixar-se após a refeição, assim como roupas que apertem a zona abdominal (Ricci e Kyle, 2009; Oliveira [et al.], 2010).

Um dos efeitos colaterais associados à gravidez mais frequentemente referido nas consultas foi a obstipação e a flatulência. De facto, ao longo da gravidez, particularmente no 2º e 3º trimestre, estes efeitos são particularmente intensos e referidos pelas mulheres cuidadas. A ação da progesterona provoca relaxamento do tónus muscular uterino o que leva conseqüentemente a uma redução do peristaltismo. Também o aumento do tamanho do útero, a diminuição da prática de exercício físico, uma dieta pobre em fibras, a toma suplementar de ferro e uma ingestão insuficiente de água poderão causar ou intensificar este desconforto gravídico. Desta forma, após o processo de diagnóstico, o planeamento dos cuidados passou pelas seguintes recomendações: aumentar a ingestão de líquidos (deverá ser de seis a oito copos diários), aumentar o exercício físico (quatro a cinco vezes por dia, durante 30 minutos), aumentar a ingestão de fibras, elevar os pés com um banco durante a defecação para diminuir o esforço, mastigar

bem os alimentos e evitar alimentos que provoquem gases, assim como refeições abundantes (Silva [et al.], 2009).

No segundo e terceiro trimestres da gravidez, o aparecimento de edema também se apresentou como um fenômeno frequente e referido como fonte de um desconforto significativo, principalmente no final do dia. No âmbito deste foco, as atividades de diagnóstico implementadas foram a avaliação: do local e da dimensão do edema, do padrão de atividade e de repouso, da ingestão de alimentos ricos em sódio e proteínas, do padrão de líquidos ingerido, do conhecimento sobre as estratégias de gestão deste efeito colateral da gravidez, monitorização da PA e vigilância das características da urina (proteinúria). Assim, perante o diagnóstico de edema, as intervenções passaram pela explicação sobre o seu aparecimento na gravidez e abordagem de algumas estratégias particularmente úteis na sua gestão como: a restrição dos alimentos salgados, o aumento da ingestão proteica diária, a diminuição da ingestão de carboidratos, a ingestão de 6-8 copos de líquidos diariamente o que favorece a diurese, a utilização de meias elásticas com baixa compressão, o aumento dos períodos de repouso, a elevação das pernas quando sentada ou à noite para dormir (pela elevação da parte final do colchão na cama ou pela colocação de almofadas) (Ricci e Kyle, 2009).

No decorrer da gestação existem uma sequência de mudanças no corpo da mulher que poderão gradualmente fazê-la mudar o seu centro de gravidade e levá-la a adotar posturas corporais menos corretas o que conseqüentemente conduz a desconfortos e dores músculo-esqueléticas (Burtin, 2006; Conte e Berti, 2009). Desde cedo, o casal necessita de estar alerta de forma a poder adotar estratégias que lhe permita controlar erros posturais e prevenir a ocorrência de dor lombar que tenderá a ser mais intensa com o avançar da gravidez (Novaes, Shimo e Lopes 2006). Nas consultas realizadas com as grávidas, a partir do final do primeiro trimestre, foi abordado este tema procurando-se dados sobre quais os conhecimentos que os membros do casal tinham sobre as alterações corporais e posturais na gravidez e quais as estratégias que poderiam ser usadas para prevenir a dor e o desconforto associados. Desta forma, como atividades de diagnóstico no âmbito deste foco, observamos a postura

corporal da mulher grávida, assim como a técnica que utilizava para se levantar da maca ou pegar em objetos pesados, discutimos o tipo de calçado que usava, quais os conhecimentos que possuía sobre as estratégias de prevenção ou gestão da dor musculoesquelética. Também avaliamos o aumento de peso, a presença de lordose ao longo da gravidez e questionamos sobre a realização de atividade física diária assim como sobre a existência de tempos de repouso. Como intervenções, consoante o diagnóstico identificado, foram implementadas algumas das seguintes: ensinar sobre a dor músculo-esquelética (aumento de peso, hormonas relaxina e estrogénios no relaxamento dos ligamentos e articulações corporais, aumento de peso do útero, mudança do centro gravídico), ensinar sobre a postura (estar sentada, pegar em objetos, levantar-se) e ensinar sobre estratégias de gestão da dor músculo-esquelética (Aguiar [et al.], 2013). Entre estas estratégias podemos destacar: a massagem na zona dorsal, dormir pelo menos 8 horas por dia num colchão confortável, aplicação de calor na área dolorosa, uso de calçado confortável com tacão entre os dois e três dedos de altura, evitar cargas e praticar exercício físico extenuante (Oliveira [et al.], 2010).

A consciencialização e incentivo à participação nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, vigentes na instituição hospitalar, foi realizada a todos os casais, a partir das 28 semanas de gestação, que apresentassem disponibilidade e vontade de participar. Contudo, alguns dos temas incluídos no curso, nos quais os casais grávidos mostraram interesse tais como a amamentação e as estratégias farmacológicas e não farmacológicas a utilizar no trabalho de parto, foram abordados e esclarecidos durante as consultas de Enfermagem.

No serviço de internamento foi possível ter contacto, no âmbito da gravidez com complicações, com diversos casos clínicos como casais grávidos com situações de abortamento, hemorragias, RCIU, hiperémese gravídica, alterações do líquido amniótico (oligoâmnios ou hidrâmnios), APPT e ITU. As situações acima referidas representaram importantes oportunidades de aprendizagem e reflexão sobre os cuidados prestados. Contudo, as famílias em situação de abortamento foram dos casos clínicos

mais frequentes e exigentes, a nível de cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio, sobre as quais gostaríamos inicialmente de refletir.

Atualmente, a decisão de ter um filho é cada vez mais tardia sob o ponto de vista biológico, ponderada e adiada por parte dos jovens casais (Oliveira, 2005; Oliveira [et al.], 2013). No entanto, esta decisão é cada vez mais uma escolha, e a partir daí é iniciado um processo de forte investimento emocional pelo casal e pela família (Bondas e Eriksson, 2001; Martins, 2012). A precocidade de diagnóstico, atualmente possível com poucas semanas de gestação, acarreta a vivência de muitos processos de perda/luto que há alguns anos atrás não eram percebidos (Rolim e Canavarro, 2001). Hoje, os pais já o são muitos antes da confirmação da gravidez (Zornig, 2010). Conseguimos assim perceber que existem várias perdas envolvidas no processo de luto na gravidez. Estas perdas muitas vezes são encaradas pelas mulheres como uma falha pessoal e perda de um projeto de vida, culpabilizando-se pela perda do seu filho, principalmente se a gravidez foi adiada em detrimento da carreira profissional (Pontes, 2009; Mendonça, 2011). A singularidade no processo de luto de pais que perderam os seus filhos ao longo da gestação poderá dever-se ao facto de não existirem lembranças ou provas da existência do filho. Este processo é difícil para todos os que de forma mais ou menos direta interagem com os pais que perderam os seus filhos. O contacto entre os pais em luto e os profissionais da saúde nem sempre foi fácil, porque ambos apresentamos dificuldade em lidar e conversar sobre a perda. Nestes casos a literatura sugere como frequente o fenómeno da *conspiração do silêncio* onde o diálogo sobre a perda raramente acontece (Lewis, 1979). Segundo Kay e colab. (1997 cit in Cabral, 2005), existem três grandes fases do Luto: a de protesto, a de desorganização e a de reorganização. Como futuros EESMO devemos compreender o que é esperado em cada uma das fases e de que forma podemos planear os cuidados a prestar a estes casais. Na fase de protesto são esperados sentimentos de choque e apatia, podendo por vezes ocorrer negação, adotando o casal o seu comportamento habitual e não falando sobre o assunto ou até mesmo demonstrando agressividade e raiva dirigida aos profissionais da saúde; segue-se a esta uma fase de desorganização onde há uma consciencialização da perda, onde o casal

poderá apresentar-se triste e com falta de sentido para a vida, com tendência ao isolamento social. Associadas a estas fases do luto poderão ser encontradas queixas sintomáticas com dores e mal-estar gástrico, perda de sono ou falta de apetite. Na fase de reorganização há uma reintegração na rotina habitual, as memórias da perda são atenuadas e há o estabelecimento de novos objetivos e atividades de vida.

Os autores Rolim e Canavarro (2006) elaboraram um protocolo terapêutico onde existem algumas intervenções que devem ser seguidas no cuidado à pessoa que atravessa um processo de luto. A primeira intervenção tem como objetivo identificar os pais e familiares em risco de desenvolver respostas à perda não adaptativas. Existem alguns fatores de risco que devem ser considerados: a idade, o relacionamento conjugal, as crenças, os fatores diretamente ligados à gravidez como a motivação e o desejo de ter um filho, a duração da gestação, a história prévia de perturbações de personalidade ou emocionais e as características da pessoa. A segunda intervenção deve favorecer a aceitação da perda, dando informação detalhada sobre o bebé, proporcionado tempo para os pais estarem com o bebé, com privacidade, para poderem recolher recordações e de se despedirem dele e falar sobre a perda de forma adequada e respeitando os sentimentos dos pais. A terceira intervenção deve dar a conhecer ao casal o processo de luto que os espera dando ênfase às diferenças na vivência entre o homens e mulheres. E por último ajudar a reintroduzir o padrão de rotina habitual ajudando a construir novos significados e a restabelecer no casal a sensação de controlo. A pesquisa acima descrita orientou as práticas em estágio sempre que cuidamos de casais que perderam o seu filho. Tentamos proporcionar, sempre que foi a vontade dos pais, o espaço e o tempo necessários para que os pais, e restante família, se pudessem despedir do seu filho ajudando-os a criar ou recolher recordações.

Sabemos que a sociedade tende a desvalorizar as perdas durante a gravidez, que representam para o casal a perda do seu projeto de vida e de família assim como a perda do seu papel de pai e de mãe (Mendonça, 2011). Em estágio, alguns dos casos de casais que se encontravam a atravessar o processo de luto, ainda no primeiro trimestre da gravidez,

apresentavam como diagnóstico médico retenção de ovo desvitalizado. A resolução médica, nestes casos, apresenta benefícios demonstrados em termos de segurança comparativamente com a atitude expectante (Clark, Shannon e Winikoff, 2007) Assim, era iniciado o protocolo de administração de três comprimidos previamente humedecidos de misoprostol (600 mcg) inseridos no fundo do saco vaginal posterior, de 4/4 horas até completar três administrações. Os casais foram informados dos efeitos colaterais associados à administração de medicação tais como, dores abdominais, hipertermia, náuseas, vômitos e diarreia (Ayres de Campos [et al.], 2008). As atividades de vigilância após o início do tratamento consistiam na vigilância da temperatura corporal e tensão arterial de 4/4 horas, a administração de analgesia, quando necessário, e na vigilância das perdas hemáticas vaginais. A ecografia transvaginal é efetuada 10 horas após a primeira dose. Este tratamento poderá ser repetido até três vezes e apresenta uma taxa de sucesso de 90% considerando como critério de sucesso a ausência de saco gestacional por visualização ecográfica (Ayres de Campos [et al.], 2008).

Um outro caso clínico com o qual tivemos oportunidade de contactar foi o de uma grávida que apresentava APPT associada a RCIU. Neste caso, o casal já tinha experienciado um processo de luto anterior, pela perda do seu filho com 8 semanas de gestação. Ao exame cardiotocográfico é frequente nestes casos a identificação de contratilidade regular. Esta poderá ser dolorosa e acompanhada de distensão do segmento inferior do colo uterino, mas sem extinção ou dilatação do colo uterino (Barros [et al.], 2010; Akerlund [et al.], 2004). Segundo Graça [et al.], (2010), o diagnóstico diferencial entre APPT e PPT efetivo é extremamente importante, na medida em que depende deste o planeamento de atuação clínica e o prognóstico pré-natal. O dado que contribui para o diagnóstico diferencial é a existência de extinção e dilatação do colo uterino associada à contratilidade regular e dolorosa. Segundo o mesmo autor, embora atualmente estejam disponíveis recursos, como fármacos com atividade tocolítica, a incidência de PPT, de etiologia desconhecida e multifatorial, até tem aumentado ligeiramente variando entre os seis e os dez por cento na Europa (Hamilton, Martin e Ventura, 2007). A identificação de risco de

PPT pode também ser possível através de marcadores bioquímicos como a Fibronectina Fetal e o Estriol Salivar ou através do comprimento endocervical, sendo que a Fibronectina Fetal tem um elevado valor preditivo positivo (Leitich e Kaider, 2003; Bittar e Zugaib, 2009). No entanto, é importante refletir que 20-30% das mulheres que têm o diagnóstico de PPT não apresentam fatores de risco associados (Graça [et al.], 2010). No caso acima descrito, a grávida tinha 36 semanas de gestação e foi iniciado o protocolo de corticoterapia com duas tomas de betametasona 12 mg de separadas por 24 horas (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues 2008). Foram explicados ao casal grávido quais os efeitos terapêuticos da medicação administrada (libertação de enzimas que induzem a produção de surfactante pulmonar fetal) e quais os efeitos colaterais tais como: cefaleias, hemorragias digestivas, insônia, hiperglicemia, euforia, fraqueza muscular e alterações do ritmo cardíaco (Infarmed, 2013).

No caso em estudo, houve a prescrição de repouso no leito no entanto, não existe evidência sobre a eficácia do repouso na diminuição de nascimentos antes do termo (Goldernberg, 2002). Contudo, estão bem estudados os efeitos na mulher grávida associados ao repouso como: a diminuição da tonicidade muscular, redução do peso, redução da massa muscular, menor absorção de cálcio circulante e intolerância à glicose. A mulher grávida que cumpre a prescrição de repouso no leito poderá, com o passar dos dias, apresentar: fadiga, hostilidade, isolamento social, ansiedade, aumento da tendência para síndromes depressivas, obstipação e diminuição da massa óssea (Bigelow e Stone, 2011). Também há afeição do bem-estar familiar passando o companheiro a assumir a totalidade das responsabilidades para com os outros filhos e o cuidado da casa. Os RN cujas mães tiveram prescrição de repouso no leito tendem a ter menor peso à nascença e idade gestacional no momento do parto (Maloni, Margevicius e Damatto, 2006). No cuidado a este casal foi avaliada a consciencialização sobre a sua condição de saúde, a resposta emocional à situação e ao internamento súbito. Foi também considerado para o planeamento de cuidados, o Luto Antecipatório, visto que o casal grávido já tinha sofrido um processo de luto pela perda de um filho, há cerca de um

ano. O planeamento de cuidados teve como principais objetivos: dotar o casal grávido de conhecimento sobre os sinais e sintomas de trabalho de parto, no sentido de aumentar o seu controlo sobre a situação e dotar o casal de estratégias que permitissem ao casal gerir da forma mais eficaz o repouso da grávida no internamento com o apoio da equipa de saúde. Como intervenções para gerir o repouso no internamento, foi atribuída uma cama perto da janela e a utente incentivada a trazer livros/leitor de música/computador para o internamento. Foram ainda desenvolvidas atividades de diagnóstico no âmbito do foco Ligação mãe/pai-Filho. A literatura refere que os casais que tentam uma nova gravidez após a perda de um filho podem iniciar um processo de tentativa de compensação ou substituição do filho perdido, bloqueando o normal processo de luto. Desta forma, foi importante a avaliação e promoção da ligação destes pais com o feto, uma vez que estes podem ter dificuldade em estabelecê-la pelo medo de enfrentar uma nova perda (Mendonça, 2011).

A atuação do EESMO poderá apresentar-se como um importante contributo para a promoção da autonomia e empoderamento do casal grávido contribuindo assim para uma melhor vivência da gravidez e adaptação à parentalidade gratificantes.

1.2 Cuidado à Família durante o Trabalho de Parto e Parto

O EESMO apresenta elevados níveis de competência e rigor técnico e científico assumindo um exercício profissional autónomo em todas as situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações onde estão envolvidos processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

Durante o seu exercício profissional, o EESMO atua em várias vertentes do acompanhamento ao casal grávido. No serviço de Obstetrícia do CHPVVC, onde quase a totalidade dos enfermeiros são especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, vigora um padrão de rotatividade dos

enfermeiros pelos diferentes serviços prestados à comunidade. Assim, os casais contactam com a equipa profissional que futuramente lhes prestará assistência durante o seu trabalho de parto, parto e puerpério, durante os cursos de preparação para o parto, parentalidade e aleitamento materno, consultas de enfermagem de gravidez de risco e de termo e curso de preparação aquática pré-natal.

Cada vez mais começam a surgir e a desenvolver-se modelos de continuidade de cuidado em Saúde Materna e Obstetrícia, que comprovam os benefícios a si associados. Jonge [et al.] (2014) definem três principais tipos de continuidade de cuidados: o *informational continuity*, que diz respeito ao tipo de cuidados onde todos os profissionais dispõem de informação clínica e pessoal que lhes permite prestar os cuidados necessários ao casal, o *management continuity*, que impõe uma abordagem consistente ao trabalho de parto da mulher e que permite adaptar os cuidados prestados às mudanças sentidas pela mulher ao longo do processo, e o *relational continuity* que diz respeito ao cuidado prestado por apenas um profissional ao longo da experiência de trabalho de parto e parto do casal.

Homer [et al.] (2002), através do BCT desenvolvido na Austrália concluem que a continuidade dos cuidados faz com que as mulheres desenvolvam *empowerment*, aumentando o sentimento de controlo durante o trabalho de parto e parto. Durante o estudo e aquando da sua admissão hospitalar, 63% das mulheres conheciam a enfermeira especialista que lhes iria prestar cuidados durante o seu trabalho de parto e parto comparativamente com apenas 21% dos casos no grupo de controlo. Os resultados deste estudo confirmam ainda que as mulheres e famílias cuidadas em regime de continuidade de cuidados avaliam a sua experiência de parto mais positivamente do que aquelas que não conheciam os seus prestadores de cuidados. Também o recente estudo de Jonge [et al.] (2014) conclui que as mulheres se sentem mais seguras e satisfeitas com a sua experiência de parto quando são cuidadas em modelos de continuidade de cuidados.

Ao longo do estágio, sempre que contactamos com um casal tentávamos que o acompanhamento prestado fosse até ao final da sua

experiência de parto, o que por vezes fez com que a permanência no serviço se prolongasse para além do horário do turno. Jonge [et al.] (2014) concluem que esta atitude embora pouco esperada pelos casais é altamente apreciada e faz com que estes se sintam mais seguros, confiantes e *no controlo* das suas experiências de TP e parto.

As famílias, com as quais tivemos oportunidade de contactar no Bloco de Partos, podiam aceder ao serviço de diferentes formas. A sua admissão ocorre por: entrada em trabalho de parto espontâneo, indução de trabalho de parto, pela marcação de cesariana eletiva ou por transferência do internamento hospitalar de grávidas de risco. Sempre que existiu uma nova admissão no Bloco de Partos, realizamos o acolhimento onde foram apresentadas, para além da equipa de cuidados de saúde, as instalações físicas e os recursos disponíveis dos quais o casal poderia usufruir durante a sua estadia. Assim, quando não conhecíamos previamente o casal, realizamos uma colheita de dados onde constavam: nome pelo qual desejam ser tratados, acompanhante significativo que gostaria de ter presente durante o TP e parto, sentimentos em relação à gravidez, vigilância da gravidez (local e número de consultas), exames e análises clínicas dos três trimestres da gravidez, existência de plano de parto, expectativas e emoções em relação ao trabalho de parto e parto, esclarecimento de dúvidas, frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade, índice obstétrico, idade, antecedentes clínicos e cirúrgicos, grupo sanguíneo, alergias, alimentos mal tolerados, nome do RN, vontade de contacto pele a pele com o RN após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida, preferência pelo corte do cordão umbilical, experiência de parto anterior, possibilidade de recurso a técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor em trabalho de parto.

Dependendo do motivo da admissão, podiam ser identificados os diagnósticos de Enfermagem de Oportunidade de Trabalho de Parto ou Trabalho de Parto presente (ICNP, 2011). O diagnóstico de TP não é ainda consensual na evidência científica, no entanto, pode ser definido como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos 2 em 15 minutos,

e dois dos seguintes sinais: extinção do colo uterino, dilatação do colo uterino (3 cm ou mais), ou rutura espontânea de membranas (ICSI, 2007).

Sabemos contudo que a admissão hospitalar deve ser realizada apenas na fase ativa de TP. Admissões tardias fazem com que as mulheres se sintam no controlo do seu TP, apresentem menor necessidade de controlo da dor e menor possibilidade de receber intervenções obstétricas desnecessárias (Porto, Amorim e Souza, 2010). A fase latente do primeiro período do TP pode demorar até 20 horas na nulípara (Graça [et al.], 2010) e evitar a estadia da mulher no hospital durante este tempo faz com que o internamento seja mais curto, o segundo estadio do TP seja mais rápido, sem contudo afetar o desfecho perinatal, como comprovam os dados da revisão Cochrane de Louzen e Hodnett (2009).

A indução de TP é decidida sempre que o término da gravidez apresente maior benefício e menos riscos para a saúde materna e fetal do que a sua continuidade (NCCWCH, 2008; Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008; ACOG, 2009). As indicações mais frequentes para indução de TP são: a gravidez pós-termo, a Pré-eclampsia e a RPM (Mackenzie, 2006). No caso de grávidas com diabetes prévia ou gestacional a indução poderá ser um importante recurso para evitar mortes fetais e problemas relacionados com o aumento de peso fetal como a lesão do plexo braquial associada à distocia de ombros. As desvantagens associadas à indução nestes casos poderão ser a prematuridade iatrogénica, tentativas falhadas de indução ou taquissistolias por disfunção hipertónica uterina iatrogénica. Os Consensos sobre Diabetes na Gravidez (2011) definem qual a melhor idade gestacional para considerar a indução de trabalho de parto nestas grávidas. Assim, assume-se que nos casos em que exista bom controlo metabólico mas com necessidade de intervenção farmacológica, o parto deverá ser induzido entre as 40 e as 41 semanas de gestação. Sempre que, por qualquer razão, o trabalho de parto se desencadeie antes das 37 semanas pode ser decidida a realização de corticoterapia. Nestes casos, a realização desta medicação pode implicar internamento hospitalar para uma monitorização da glicemia capilar intensiva. Estes fármacos podem provocar alterações imediatas nos valores de glicemia capilar que podem ser graves se não forem precocemente corrigidos (Dorey [et al.], 2013).

Ainda não é consensual, na literatura científica produzida, a utilidade da utilização da corticoterapia na mulher grávida com diabetes (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Sabe-se atualmente que o fator mais bem correlacionado com a eficácia terapêutica da indução de trabalho de parto é o grau de maturação cervical (ACOG, 2009). Assim, sempre que é decidida a indução de TP é avaliado o Índice de Bishop que, pela avaliação dos cinco itens que o compõe, conduz a duas atitudes terapêuticas: maturação cervical com recurso a prostaglandinas E2 ou misoprostol (no caso de grávidas asmáticas) ou indução de TP com ocitocina.

Sempre que estivemos perante casos de internamento para Maturação Cervical ou Indução de TP com ocitocina o casal foi informado sobre o objetivos do plano terapêutico estabelecido, os riscos e benefícios associados à medicação administrada e a evolução esperada ao longo do internamento. Entre os riscos associados à indução de TP com ocitocina ou prostaglandinas E2 podemos destacar a estimulação excessiva da contratilidade uterina resultando algumas vezes em disfunções uterinas hipertónicas que podem comprometer a adequada perfusão sanguínea que condiciona a oxigenação fetal. Ao longo do estágio foram identificados alguns casos, onde de imediato foi suspensa a perfusão ocitócica e contactada a restante equipa de cuidados de saúde. Em alguns destes casos por apresentarem alterações consequentes na frequência cardíaca fetal, que classificam o traçado cardiotocográfico como suspeito, tendo sido decididas cesarianas emergentes. Nos casos em que a disfunção hipertónica uterina não apresentou repercussões na dinâmica cardíaca fetal, a suspensão ocitócica foi suficiente não tendo sido necessário a implementação de protocolos de tocólise.

Nos casos em que foi decidida a Indução de TP o planeamento de cuidados de Enfermagem mais frequentemente incidiu nos focos: Consciencialização sobre a situação atual; Conhecimento sobre Indução de TP; e Oportunidade de TP (ICNP, 2011). O planeamento de cuidados de cada casal é sempre adaptado às suas reais necessidades e de forma a prestar cuidados significativos para cada um dos elementos do casal, contudo, estes focos foram identificados na grande maioria dos casais

cuidados, ao longo do estágio, que foram submetidos a intervenções clínicas para Indução de TP.

No âmbito do diagnóstico Déficit de conhecimento sobre Indução de TP, o casal foi informado sobre as condicionantes associadas à indução de TP, os critérios para a sua realização, o plano terapêutico como a indicação de monitorização cardiotocográfica contínua durante duas horas ou enquanto existir dinâmica uterina, repouso no leito durante, pelo menos, duas horas após a aplicação de agente farmacológico para maturação cervical, agentes farmacológicos utilizados, evolução tocológica esperada e fases da indução de TP.

No planeamento de cuidados, durante todo o TP e parto, foi também foco da nossa atenção a Ligação mãe/pai-filho (ICNP,2011), um dos focos onde é esperado do EESMO capacidade de diagnóstico e intervenção diferenciada (OE, 2011). Consoante o diagnóstico estabelecido foi delineado o plano terapêutico, no sentido de potenciar o desenvolvimento da ligação entre os pais e os seus filhos. Algumas das intervenções realizadas em estágio neste âmbito passaram por: informar o casal sobre a avaliação do bem-estar fetal realizada ao longo do TP, envolver o casal na identificação dos movimento fetais, atribuir características positivas ao feto pelo seu padrão de comportamento, auxiliar os pais na identificação de características familiares no comportamento fetal, dar aos pais a oportunidade de ouvir os batimentos cardíacos fetais, informar os pais previamente sobre todos os cuidados que são prestados ao RN após o nascimento, informar o casal sobre as características esperadas no RN, felicitar o casal pelo nascimento e tratar o feto e RN pelo nome escolhido pelo casal, proporcionar ao casal a oportunidade de cortar o cordão umbilical e contactar pele a pele com o RN após o nascimento (sempre que seja da sua preferência) (McCloskey e Bulechek, 2004). No estudo realizado por Nogueira e Ferreira (2012) sobre as condicionantes envolvidas no desenvolvimento da ligação entre os homens e os seus filhos ficou comprovado que as intervenções promovidas pelos profissionais da saúde que assistem o casal na gravidez e parto podem influenciar positivamente a sua ligação emocional ao feto. Neste estudo, os pais que tiveram informação sobre o desenvolvimento fetal, que acompanharam a evolução

da gravidez, que se prepararam para o nascimento e aos quais foi dada a oportunidade de cortar o cordão umbilical apresentaram uma melhoria significativa na ligação afetiva ao RN. Também nos estudos de Brandão (2009) e Brandão e Figueiredo (2012), o corte do cordão umbilical contribuiu positivamente para o desenvolvimento desta ligação pai-filho.

A prática do EESMO no âmbito da assistência ao casal durante o trabalho de parto tem como um dos seus principais objetivos proporcionar ao casal um cuidado adequado às necessidades individuais de forma a promover uma experiência de parto positiva e que vá ao encontro das reais expectativas criadas. O conceito de *empowerment* é hoje especialmente discutido pelos profissionais que prestam cuidados aos casais grávidos ao longo desta importante transição desenvolvimental - a transição para a parentalidade. Os resultados da evidência científica mostram claros benefícios na adoção de práticas que contribuem positivamente para o desenvolvimento de *empowerment* do casal (Leão [et al.], 2013). *Empoderar* em Saúde Materna e Obstetrícia é ajudar a desenvolver competências que permitam ao casal ter uma participação mais ativa naquela que é uma das fases mais importantes das suas vidas. Consequentemente surge cada vez mais evidência científica que mostra uma relação direta entre o desenvolvimento de *empowerment* e a percepção positiva das experiências de trabalho de parto e parto (Price, Noseworthy e Thornton, 2007; Backstrom e Wahn, 2011; Pereira e Bento, 2011; Nilson [et al.], 2013). Assim, ao longo do estágio, foi discutido com cada casal grávido, durante a sua permanência no bloco de parto, o seu plano de parto. Todos os casais tinham um plano de parto, embora alguns deles ainda não tivessem pensado ou tido oportunidade de expor aos profissionais da saúde as suas preferências em relação a várias questões associadas ao trabalho de parto e parto. Todos os casais mostravam algumas preferências e expectativas que gostariam de ver concretizadas. Alguns casais mostraram preferência pela adoção de determinado posicionamento durante o TP e/ou nascimento do seu filho, várias mulheres preferiam não ver a sua placenta, algumas mulheres referiram que não queriam ser submetidas a episiotomia (senão quando necessário) e a grande maioria dos acompanhantes gostariam de poder cortar o cordão umbilical. Os estudos referem que as

mulheres tendem a recordar o momento do nascimento dos seus filhos de forma negativa quando sentem falta de controlo da situação, falta de conhecimentos e comportamentos negativos por parte dos prestadores de cuidados (Tumblin e Simkin, 2001).

Um dos focos dos cuidados de Enfermagem ao casal em TP é o Conforto (ICNP, 2011). Quando possível foi o casal que escolheu a unidade de cuidados onde permaneceu no seu TP. A equipa de cuidados informou o casal sobre todos os recursos de que disponham e que poderiam solicitar a qualquer altura do TP e promoveu o desenvolvimento de um espaço familiar para o casal, congruente com a sua individualidade e cultura. A decisão acerca da luminosidade, temperatura e presença de música foi decidida pelo casal. Algumas parturientes mostraram vontade de receber visita de um familiar significativo durante o TP, para além do acompanhante escolhido, e sempre que possível esse desejo foi cumprido. Durante o TP, foram várias as manifestações de espiritualidade e religiosidade demonstradas pelos casais.

O início do TP e o parto são dos momentos mais esperados pelos casais grávidos. Estes marcam o culminar da gravidez e o início de uma nova vida e de uma nova família. O trabalho de parto apresenta uma divisão clínica em três estadios. O primeiro decorre desde o início das contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo uterino. Dentro deste primeiro estadio podemos encontrar três fases distintas: fase latente (até aos quatro centímetros de dilatação) que pode durar até 20 horas, fase ativa (dos quatro aos oito centímetros de dilatação) e fase de transição (dos oito aos dez centímetros de dilatação). No segundo estadio começa com a dilatação completa do colo uterino e vai até à expulsão do feto. Esta fase tem uma duração estimada de 45-60 minutos na mulher nulípara e 15-20 minutos na múltipara. O último estadio vai desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta e membranas e pode demorar até 30 minutos (Lowdermilk e Perry, 2007; Graça, 2010).

É comum a associação entre o fenómeno do TP e da dor em culturas pertencentes a países social e economicamente vistos como desenvolvidos. A cultura mostra uma importante influência na forma como é vivido e encarado o TP e o nascimento. O internamento causa mudanças no dia-a-

dia da mulher grávida desde logo na forma como se alimenta ou na liberdade que tem para se movimentar. O ambiente hospitalar tem as suas rotinas, sons, horários, luzes, pessoas e cheiros que fazem com que a mulher possa ficar mais tensa ou apreensiva. Sabe-se que a tensão e o medo são os principais fatores causadores da dor de TP formando um ciclo, como foi descrito e desenvolvido por Dick-Read na década de 70 (Salem, 2007).

Por vezes, observamos em estágio casos de utentes que desenvolviam a maioria do seu TP em casa, alguns dos casos por opção do casal. Em outros casos as famílias tinham dificuldade em identificar as contrações como contrações de verdadeiro TP por estas não serem tão dolorosas quanto o esperado. Também foi possível observar o caso de uma utente que mostrou preferência pela não utilização de terapêutica farmacológica para alívio da dor durante o seu TP. Ao longo de todo o TP a utente referiu não ter dor, apenas desconforto associado às contrações uterinas. A utente em questão já tinha vivido uma experiência de TP e parto onde não foi utilizada terapêutica analgésica. A cultura na qual estamos inseridos não nos faz compreender e viver o parto como um evento fisiológico dos mais marcantes da vida da mulher e do casal, preparando a mulher para uma dor incapaz de suportar (Branden, 2000 cit in Macedo [et al.], 2005). As contrações uterinas fazem parte desse processo e são, juntamente com outros fatores, dos maiores impulsionadores do seu desenvolvimento. Contudo, devemos refletir sobre a atitude dos profissionais da saúde que mostraram descrença quer na capacidade de a utente gerir o seu TP, quer na decisão pela não utilização de terapêuticas farmacológicas. Ao longo do TP os profissionais repetidas vezes questionaram a utente sobre a possibilidade de mudar a sua opção. Por sua vez, várias foram também as utentes que com contratilidade ainda irregular e ainda numa fase latente do primeiro estadio do TP mostraram sentir tensão, dor e preferência pela utilização de técnicas farmacológicas de alívio. A cultura apresenta-se como um dos fatores condicionantes na forma como a mulher encara e vive o seu TP. Contudo, a perceção de dor é também muito variável de mulher para mulher daí esta ser uma das áreas da qual se espera do EESMO uma avaliação e intervenção diferenciada no

sentido de ajudar o casal a tornar a sua experiência de trabalho de parto o mais gratificante possível (Macedo [et al.], 2005).

Um dado importante no caso supracitado foi a escolha da pessoa de suporte e da sua importância ao longo do TP. Neste caso, a convivente significativa escolhida para suporte também já tinha vivenciado um TP e parto sem recurso a métodos farmacológicos. Assim, o seu papel passou pelo incentivo contínuo, reforços positivos ao longo do TP, mostrando sempre confiança na capacidade da utente para o parto.

A existência de uma figura de apoio durante o TP tem sido estudada ao longo dos anos. Uma recente revisão da Cochrane envolvendo 23 ensaios clínicos randomizados, realizados em 16 países, com mais de 15.000 mulheres comprovou que este apoio ajuda ao desenvolvimento do trabalho de parto, aumenta a sensação de controlo e de competência das parturientes, reduzindo assim a necessidade de intervenções obstétricas. Este apoio inclui: suporte emocional, medidas de conforto físicas, informações e contacto constante com a equipa de cuidados de saúde. Neste estudo, as mulheres que tiveram apoio durante o TP tiveram menos probabilidade de partos distócicos, menor necessidade de recurso a terapêuticas farmacológicas para alívio da dor, trabalho de parto e parto mais curtos e maior satisfação com a sua experiência de parto (Hodnett [et al.], 2013).

Na maioria dos casais, durante a experiência de TP e parto, um dos focos de atenção foi o de Dor de dilatação cervical ou Dor de período expulsivo (ICNP, 2011). Após o processo de diagnóstico, foram planeadas intervenções no âmbito da gestão farmacológica e/ou não farmacológica da dor de TP. Para a escolha das técnicas não farmacológicas a utilizar, o EESMO tem um importante papel auxiliando o casal a identificar algumas técnicas que já foram utilizadas com sucesso, em alguma altura da vida da mulher, aliviando o seu desconforto e ajudando-a a relaxar. Assim, ao longo do estágio, foram utilizadas técnicas não farmacológicas para alívio do desconforto no TP referidas na literatura como: rebozzo, utilização da bola de pilates, deambulação, musicoterapia, auxílio na identificação de posicionamentos anti-álgicos, exercícios respiratórios, pressão dupla da anca, acupressão, imaginação guiada, massagem, hidroterapia e

aromoterapia (Davim, Torres e Melo, 2007; Sescato, Souza e Wall, 2008; Gayeski e Brüggemann, 2010; Colacioppo [et al.], 2010). A massagem, a pressão dupla da anca, a musicoterapia e a utilização da bola de pilates mostraram-se as intervenções mais efetivas nos alívio do desconforto das mulheres cuidadas ao longo do estágio.

Sempre que foi da preferência da utente, foi administrada terapêutica farmacológica pela via epidural. Os efeitos secundários, descritos na literatura são: hipotensão materna, tremores intensos com incidência de 30%, prurido, sensação de peso corporal, aumento da temperatura nos membros inferiores, náuseas, vômitos, retenção urinária, complicações hemorrágicas (hematoma epidural, subdural, angiomas que podem provocar compressões medulares) e neurológicas (Graça [et al.], 2008). Alguns dos efeitos que mais observamos em estágio decorrentes da administração de analgesia epidural foram: náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos, retenção urinária e hipotensão materna.

Ao longo do estágio, todos os dados referentes ao TP e Parto do casal foram registados com recurso ao Partograma. Segundo a OMS (1994), o partograma pode constitui-se como um instrumento particularmente útil no acompanhamento da evolução do TP que, pela análise dos seus dados, pode evitar intervenções obstétricas desnecessárias. Contudo, uma meta-análise de Lavender, Hart e Smyth (2010) onde foi estudada a influência da utilização de partograma na avaliação do TP envolvendo 6.187 mulheres pôde concluir que a sua utilização não tem influência na taxa de partos distócicos, no score de Apgar (menor que sete) ao quinto minuto de vida ou nos cuidados no TP.

No acompanhamento do trabalho de parto existem algumas intervenções, frequentemente associadas e questionadas pelos casais grávidos, que atualmente estão desaconselhadas pela evidência científica produzida por não mostrarem benefícios a si associadas. Exemplo disso é a realização de enema de limpeza, intervenção desaconselhada no TP (Reveiz, Gaitán e Cuervo, 2010). Esta prática surge associada ao TP por se considerar que a limpeza do reto previne a infeção materna e neonatal (OMS, 2003). Da mesma forma a tricotomia, também frequentemente realizada aquando do parto por se acreditar que a ausência de pêlos

diminuíam os casos de infecção em caso de laceração espontânea do períneo ou episiotomia, é desaconselhada. A revisão sistemática de Basevi e Lavender (2010) mostrou não existirem diferenças significativas quanto ao risco de infecção entre as mulheres nas quais havia sido feita tricotomia comparativamente com as restantes. Nenhuma destas intervenções foi realizada ao longo do estágio por existir evidência clara que não comprova os benefícios a si associadas.

No planeamento de cuidados de enfermagem durante o TP foi identificada a vigilância dos sinais de infecção, como intervenção resultante de prescrição decorrente da presença de acesso venoso periférico e epidural. Também os fenómenos e intervenções associadas ao parto podem favorecer o Risco de Infecção (ICNP, 2011) como a laceração espontânea perineal ou a necessidade de episiotomia e episiorrafia. Ainda no âmbito deste diagnóstico e por protocolo hospitalar, sempre que houve rutura de membranas, quer tenha sido espontânea ou artificial, e se esta fosse superior a 18 horas foi iniciada profilaxia antibiótica de 4/4 horas até ao parto. Contudo, as guidelines NICE (2007) não recomendam a administração de antibióticos a mulheres sem sinais de infecção, mesmo que a rutura de membranas seja superior a 24 horas. A profilaxia antibiótica também foi realizada sempre que as parturientes apresentaram resultado positivo no rastreio de Streptococcus B realizado a partir das 35 semanas de gestação (Ayres de Campos, Montenegro, Rodrigues, 2008).

Também a ingestão nutricional durante o TP ainda é um tema pouco consensual entre os profissionais da saúde e que carece de divulgação da mais recente evidência científica. A elevada incidência de aspiração de conteúdo gástrico, síndrome de Mendelson, aquando da realização de cesariana sob anestesia geral fez com que a soroterapia fosse implementada durante o TP. Atualmente, outras técnicas anestésicas são realizadas e normalmente a anestesia geral não faz parte das escolhas nos casos de cesarianas. Segundo a meta-análise de Singata, Tranmer e Gyte (2010), as grávidas de baixo risco, devem ao longo do TP, ser encorajadas à ingestão de líquidos sempre que não seja provável a ocorrência de uma cesariana ou de uma anestesia geral. O tempo de esvaziamento gástrico durante o TP e parto é prolongado e poderá ser ainda mais, caso seja

administrada a terapêutica analgésica. Durante a fase ativa do trabalho de parto e parto a alimentação deve ser à base de líquidos claros (Cunningham [et al.], 2013).

Como consequência destas alterações no metabolismo da mulher em TP, na mulher diabética há uma diminuição significativa das necessidades de insulina, daí, às mulheres com diabetes prévia ou gestacional ser suspenso o agente farmacológico utilizado para o tratamento. Assim, nas mulheres com a diabetes, tratada com dieta, a monitorização da glicemia, durante o TP, foi realizada a cada quatro horas e foi administrada uma perfusão de soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/h até retomar a alimentação oral. Quando a glicemia foi superior a 130 mg/dl foi seguido esquema de insulina por protocolo do serviço. Nas mulheres com controlo metabólico por administração farmacológica, a monitorização da glicemia capilar durante o TP deve ser realizada a cada hora e administrados em perfusão dois soros: um soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/h e um soro fisiológico com 25 U.I de insulina de ação rápida, cuja dosagem por hora vai depender dos resultados obtidos nas sucessivas monitorizações. Em todos os casos, deve ser contactado o Pediatra ou o Neonatologista para a observação do RN após nascimento (Ayres de Campos, Montenegro, Rodrigues, 2008).

A perfusão de líquidos durante o TP, como Soro Fisiológico com 5% Glicose, embora faça parte dos protocolos institucionais na assistência à parturiente, não está aconselhada. Esta perfusão começou a ser utilizada com o intuito de prevenir a hipoglicemia neonatal, pelo facto de a mulher não comer durante o seu trabalho de parto, contudo, pode conduzir a uma estimulação inadequada da produção de insulina pelo pâncreas fetal. O estudo de Cerri [et al.], (2000), não mostra benefícios materno-fetais nesta perfusão durante o TP. Assim, a perfusão de líquidos durante o TP deve ter objetivos específicos sustentados pela evidência científica e deve ser realizada como intervenção associada à utilização de analgesia pela via epidural durante o TP (NCCWHCH, 2007). Também a vigilância dos sinais e sintomas de hipotensão foi considerado no planeamento de cuidados de enfermagem, como intervenção resultante de prescrição.

O EESMO apresenta os conhecimentos e competências que lhe permitem avaliar o bem-estar materno e fetal e a evolução durante o TP e parto. No âmbito do foco Trabalho de Parto, um dos recursos que permite obter dados importantes, sobre o bem-estar da díade e sobre a evolução do trabalho de parto, é através da vigilância cardiotocográfica. A monitorização eletrónica contínua intraparto é realizada na maioria dos hospitais durante o TP. Sabe-se que algumas das vantagens que sustentam esta abordagem são: a vigilância de vários fetos por uma só enfermeira especialista; a avaliação da variabilidade fetal; o registo contínuo de contratilidade uterina e a FCF e possibilidade de rever todo o comportamento da FCF ao longo do TP (Graça [et al.], 2008). Como principais desvantagens associadas podemos ter: a menor mobilidade da utente e a possibilidade de avaliação discrepante inter-observador, que poderá resultar em aumento de intervenções obstétricas desnecessárias.

Existem vários estudos que procuram uma resposta sobre qual o melhor tipo de monitorização materno e fetal durante o parto. No estudo Cochrane de Alfirevic, Devane e Gyte (2013), foram analisados os outcomes maternos e neonatais em casos monitorizados por CTG contínuo comparativamente com três grupos, um sem monitorização fetal, um com monitorização fetal intermitente e o outro com CTG intermitente. Assim, os autores puderam concluir que o CTG contínuo conduz ao aumento de partos vaginais instrumentados e cesarianas. Não foram evidentes diferenças quanto aos principais indicadores de mortalidade e morbilidade neonatal, ficando apenas provado que o CTG é capaz de reduzir o número de convulsões após o nascimento sem diferenças na percentagem de paralisia cerebral entre os grupos analisados. Também o estudo de Thacker, Stroup e Chang (2007) que analisa os resultados de 18.561 mulheres grávidas e 18.695 RN de gravidezes classificadas de alto e baixo risco obstétrico, conclui que a monitorização contínua intraparto apenas apresenta vantagem na diminuição da incidência de convulsões neonatais, comparativamente com a auscultação intermitente. Não são contudo encontradas quaisquer diferenças significativas nos restantes indicadores de morbilidade e mortalidade neonatal: índice de Apgar, taxa de admissões em unidade de neonatologia, morte e paralisia cerebral.

Assim, ao longo do estágio, sempre que foi decidida a realização de auscultação intermitente em grávidas de baixo risco, a frequência foi de 30/30 minutos na fase latente e na fase ativa de 15/15 minutos e a duração em ambas foi de 60 segundos (Cunningham [et al.], 2013). Quando foi prescrita ocitocina durante o TP, foi necessária a monitorização contínua pelos riscos associados à administração terapêutica (disfuncionalidade hipertónica uterina e alterações da FCF).

O CHPPVC dispõe de recursos que facilitam a monitorização contínua, quando esta é necessária, permitindo aos casais liberdade de movimentos através de dispositivos de telemetria. Desta forma, o casal pode deambular por toda a área do bloco de partos sem que seja necessário interromper a vigilância materna e fetal. Este foi um recurso utilizado durante o estágio nos casos das parturientes com analgesia pela via epidural e/ou com terapêutica ocitócica em curso. A avaliação do traçado cardiotocográfico é um instrumento que permite a avaliação do TP e os dados que o constituem são importantes indicadores que permitem aos profissionais envolvidos compreender a sua evolução e do bem-estar materno-fetal ao longo desse processo.

Os dados que classificam um traçado como normal são: a variabilidade longa (5-25bpm) maior que 5bpm na maior parte do traçado, FCF basal (110-160 bpm), pelo menos duas acelerações em 50 minutos de traçado e sem desacelerações (exceto esporádicas duas ou menos em 50 minutos e menores de dois minutos). O traçado é considerado suspeito quando existe um ou mais indicadores que não estão dentro dos critérios de normalidade estimados. É importante também identificar, de forma imediata, a presença de critérios que classificam o traçado como patológico como: a variabilidade curta inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos (na ausência de medicação que possa alterar a variabilidade da FCF), variabilidade curta diminuída (mais difícil de identificar a “olho nú” mas que pode ter como exemplo padrões de FCF sinusoidal ou pseudo-sinusoidal), desacelerações repetitivas (que ocupam mais de 50% do traçado com variabilidade longa reduzida) ou desacelerações prolongadas (Ayres de Campos e Bernardes, 2010). Foram identificados ao longo do estágio vários casos de traçados cardiotocográficos com indicadores

suspeitos, muitos dos quais, após comunicados à restante equipa de profissionais que acompanhou o trabalho de parto, conduziram à decisão de cesariana de emergência ou de interrupção do plano terapêutico definido.

Um importante aspeto na avaliação tocográfica, mas ainda pouco consensual, é a questão da monitorização da intensidade das contrações uterinas. Sabe-se que a medição da intensidade apenas é possível com recurso a monitorização interna. A monitorização externa, que normalmente é realizada através do CTG, mede apenas de forma precisa a frequência e a duração das contrações. Daí que a decisão de iniciar ou suspender a perfusão ocitócica com base na análise do critério intensidade da contratilidade analisada pela tocografia não seja sustentada pela literatura produzida atualmente (Montenegro e Rezende Filho, 2013).

Também no âmbito do foco Trabalho de Parto, a avaliação tocológica pode possibilitar o acesso a dados importantes para a identificação e vigilância da evolução do TP. Através do toque por via vaginal podemos avaliar: extinção, dilatação, posição e consistência do colo uterino; podemos avaliar também no feto: progressão da apresentação pelos planos de Hodge, apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), variedade (anterior, posterior, transversa), posição fetal (esquerda, direita), situação (longitudinal, transversal, oblíqua), e atitude (pela flexão fetal); e podemos avaliar ainda as características do líquido amniótico (cor, cheiro, quantidade) assim como a bacia materna. Todos estes dados podem ajudar o EESMO a planear cuidados diferenciados a casa casal. Pela avaliação da apresentação e da progressão fetal o EESMO pode indicar posicionamentos que favorecem a rotação interna e a descida do feto pelo canal de parto ao mesmo tempo que estes também podem favorecer a diminuição da dor ou desconforto aquando da contratilidade uterina. Em todos os casais em TP foi identificado o diagnóstico de Enfermagem Potencial para o desenvolvimento de conhecimento sobre Trabalho de Parto e planeado um plano de cuidados individualizado para cada um dos membros do casal, desta forma, os casais podem sentir-se mais no controlo da sua experiência.

Atualmente vigoram, na maioria das instituições hospitalares do país, protocolos de assistência à mulher durante o TP de baixo risco que

preconizam a realização de amniotomia, por rotina, aos quatro centímetros de dilatação. A justificação para esta intervenção ser cada vez mais frequente na assistência durante o TP, tem origem na tentativa de induzir e/ou encurtar o tempo de trabalho de parto. Dois estudos realizados na década de 90 concluem que a realização de amniotomia aos quatro centímetros de dilatação pode encurtar o trabalho de parto espontâneo em cerca de 1-2 horas, sem contudo aumentar o uso de ocitocina e a taxa de cesarianas (Fraser [et al.], 1993; Garite [et al.], 1993). Atualmente a amniotomia, só por si, não é frequentemente utilizada como método de indução de trabalho de parto, é utilizada juntamente com outras intervenções obstétricas farmacológicas (Bricker, 2000; Tinelli, 2003; Mozurkewich, 2011;). Contudo, Colley [et al.] (2010), após a análise dos dados de 3.586 casos de indução de TP concluíram que a amniotomia é eficaz e segura como método único de indução de TP.

Para uma melhor compreensão desta temática foram publicados dois estudos Cochrane que analisam a relação entre a realização de amniotomia e os outcomes maternos e fetais. O estudo desenvolvido por Smyth, Markham e Dowswell (2013) não sustenta a realização de amniotomia por rotina, concluindo que não existem diferenças significativas nas taxas de cesariana, satisfação materna com a experiência de parto e índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto de vida. O estudo de Fraser [et al.] (2006) identifica como vantagens para a realização desta intervenção obstétrica a redução do tempo de TP até duas horas e a redução de índices de Apgar baixos ao quinto minuto vida. Contudo, o mesmo estudo descreve uma relação entre a ruptura precoce de membranas e o aumento da taxa de cesariana, assim como alterações no bem-estar fetal. Esta revisão concluiu que a amniotomia por não trazer benefícios sustentados significativos para a mulher ou o feto, apenas deve ser realizada com o objetivo de encurtar o TP, em mulheres com TP cuja evolução ultrapassa o limite de tempo estabelecido para cada fase pela evidência científica atual.

O procedimento de amniotomia é realizado com norma asséptica e após a sua realização são avaliadas as características do LA como viscosidade e cheiro, quantidade, coloração e presença de mecônio. Para a realização do procedimento, o TP deve apresentar evolução e a

apresentação fetal encontrar-se, com o diâmetro biparietal, ao nível do III plano de Hodge, minimizando o risco de laterocidência ou procidência do cordão umbilical associado ao procedimento. Segundo Rezende (2008), a pressão no fundo do útero pode ajudar a reduzir o risco de prolapso do cordão, assim como promover uma saída gradual do LA. Surgiram algumas vezes, durante o estágio, casos nos quais após a RAM se constatou a presença de mecônio no LA. Segundo Ziadeh e Sunna (2000), a presença de líquido amniótico com mecônio associado a outros dados de potencial risco obstétrico pode aumentar a incidência de resultados neonatais adversos. Este é um dado que deve alertar os profissionais da saúde para uma vigilância do bem-estar fetal. Nestes casos, a avaliação cardiotocográfica contínua deve ser realizada como forma de avaliação fetal e gestão do trabalho de parto em segurança.

Um dos focos de atenção do EESMO durante o cuidado à utente em TP é o de Retenção Urinária. O estudo de Carley [et al.] (2002), envolvendo uma amostra de 11.332 mulheres, provou que 1 em cada 200 teve retenção urinária no TP. Também a presença de analgesia pela via epidural pode comprometer a percepção da mulher para a eliminação urinária. Nestes casos, foi identificado no planeamento de cuidados o foco Conhecimento sobre Retenção Urinária no TP, que após procedida a avaliação diagnóstica conduziu à implementação de intervenções potenciadoras do desenvolvimento de conhecimentos e estratégias promotoras da eliminação urinária. Assim, as utentes foram incentivadas a urinar de 2/2 horas, a colocar as mãos na água ou ouvir o som da água para promover a micção espontânea. Todos os casais foram informados que o volume vesical pode dificultar a progressão e passagem do feto, naqueles que são os movimentos cardinais no TP, por se constituir como uma barreira física à sua passagem.

Assegurar a adequação do aporte sanguíneo ao feto é de extrema importância ao longo de toda a gravidez. Neste sentido, também faz parte do planeamento de cuidados do EESMO durante o TP, o foco Conhecimento sobre Perfusão dos tecidos (ICNP, 2011). O casal deve ser informado que o posicionamento em decúbito dorsal pode comprometer o aporte sanguíneo ao feto e conduzir a hipotensão de decúbito pela compressão da aorta e da

veia cava inferior. Também as alterações da PA relacionadas com a analgesia por via epidural podem comprometer a oxigenação, daí a perfusão com cristalóides e a vigilância dos sinais de hipotensão de 4/4 horas (OMS, 2007).

Um dos focos da nossa atenção em TP foi a Fadiga (ICNP, 2011). De facto, atualmente as situações de indução TP, ou da admissão do casal em fase latente do TP, conduzem a longos internamentos onde são realizadas avaliações tocológicas sucessivas e vigilâncias cardiotocográficas contínuas. Quando a dilatação completa do colo uterino é atingida a mulher poderá ter ultrapassado as 24 horas de internamento. Esta questão leva-nos a refletir sobre qual o melhor momento para a iniciação dos esforços expulsivos. Há cada vez mais evidência científica que recomenda que a mulher deve puxar quando sentir vontade e empreender os esforços expulsivos da forma que lhe for mais conveniente (NICE, 2007). Atualmente, há evidência que sugere que os esforços expulsivos tardios, ou seja, que não se iniciam após os 10 cm de dilatação mas que começam quando a mulher sente o reflexo de Ferguson, são mais eficazes e conduzem a melhores resultados neonatais que os esforços expulsivos precoces (Simpson e James, 2005). Entre os benefícios associados aos esforços expulsivos tardios encontramos a redução do tempo que a mulher puxa ativamente, sem contudo, haver diferenças significativas no tempo do segundo estadio do TP, devido à maior eficácia destes esforços (Kelly [et al.], 2010). Também o estudo de Plunkett [et al.] (2003) mostrou que o grupo das mulheres que realizaram o puxo mais tardiamente, durante o segundo estadio do TP, não teve alterações significativas no total do tempo em que empreenderam os esforços expulsivos, comparativamente com as mulheres que foram incentivadas a puxar precocemente. Uma manobra frequentemente instruída às parturientes para a iniciação dos esforços expulsivos é a manobra de Valsalva que consiste em inspirar profundamente, encher o pulmão de ar, encostar o queixo ao peito e puxar durante 30 segundos. Elkin [et al.] (2000) provaram que com a utilização desta técnica há condicionamento da perfusão sanguínea uterina e com resultado de menor pH sanguíneo no cordão umbilical. O estudo de Prins [et al.] (2011) após comparar mulheres que utilizaram a manobra de

Valvalsa com mulheres que puxaram sem o recurso a esta manobra conclui que esta não apresenta benefícios que justifiquem a sua utilização. O estudo randomizado de Yildirim e Beji (2008) comprova que no grupo onde as mulheres não utilizaram a manobra de Valsalva os RN apresentaram melhores índices de Apgar, pH do sangue do cordão mais elevado e maior nível de PO₂ (Yildirim e Beji, 2008).

Durante a assistência a todos os casais em TP, depois da dilatação completa e reflexo de Ferguson presente, foram instruídos vários posicionamentos e recursos que a mulher poderia utilizar de forma a puxar mais eficazmente. Embora a adoção de diversos posicionamentos tenha sido treinada por grande parte das mulheres, durante os cursos de PPP, quando a mulher se encontrava neste estadio teve maior percepção de qual o posicionamento que preferia. O CHPVVC dispõe de banco de parto, e barras que podem ser montadas na parte lateral da cama e que podem favorecer o posicionamento de cócoras, caso seja do agrado da mulher. A cama de todas as unidades permite a adoção de diferentes posicionamentos e tem diversos acessórios que podem ser utilizados durante o TP e parto, de forma a ir ao encontro das expectativas da mulher, promovendo o maior conforto possível.

O posicionamento durante o parto foi também, sempre que possível, escolhido pela mulher. Sabe-se que existem diversas variáveis independentes que podem condicionar o parto como: o diâmetro do canal de parto; a eficácia das contrações uterinas; o ângulo de encravamento da apresentação; a compressão dos grandes vasos maternos; a ventilação e o equilíbrio ácido-base materno e fetal. A adaptação da mulher, pela mudança de posicionamento em resposta aos movimentos cardinais do feto durante o trabalho de parto, pode facilitar a expulsão fetal e evitar a ocorrência de distocias mecânicas (Romano e Lothian, 2007; Gupta e Hofmeyr, 2012).

A ação da gravidade é uma das variáveis independentes no trabalho de parto. A mulher, quando em posição não supina, tem uma pressão intra-uterina superior, quantificada em 30-40 mmHg, que favorece a expulsão fetal (Mendez-Bauer [et al.] 1975 cit in Sabatino, 2010). A perfusão tecidual também é afetada no parto em posição supina pela compressão

dos grandes vasos (aorta e veia cava inferior) o que faz com que, quando em presença de períodos expulsivos prolongados (superiores a 30 minutos), haja a possibilidade de alterações no equilíbrio ácido-base fetal (Giraldo e Sabatino, 1992).

O diâmetro do canal de parto parece aumentar 1 cm transversalmente e 2 cm anteroposteriormente, resultando em 28% mais espaço para a passagem do feto quando a mulher se encontra em posição de cócoras (Romano e Lothian, 2008; Russel, 1969 cit in Sabatino, 2010). De igual forma, a eficiência das contrações uterinas durante o TP e o período expulsivo, quando a mulher adota posicionamento não supina, é superior à encontrada nas mulheres que optam pelos posicionamentos supina. As posições verticalizadas permitem uma adequada perfusão sanguínea, contrações menos frequentes, de maior intensidade e musculatura perineal mais relaxada (Sabatino [et al.], 1995).

Uma das principais desvantagens descrita na literatura, associada à posição de cócoras para o parto, é o aumento da perda sanguínea no pós-parto imediato (Jong [et al.], 1997). Este argumento, leva alguns profissionais a evitarem este posicionamento, contudo, os resultados do estudo de Sabatino (2010) mostram que quando a mulher tem o parto na posição de cócoras e logo de seguida assume o posicionamento de decúbito dorsal, a perda sanguínea é significativamente menor, chegando até a ser menor que a encontrada em parto em posição ginecológica.

A posição de litotomia, a mais usada para os nascimentos em todo o mundo, favorece: o número de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores (OMS, 1996), a necessidade de episiotomia e de instrumentalização do parto (Jong [et al.], 2007), os scores de Apgar significativamente mais baixo (Sabatino, 2010), maior desconforto, menor tolerância à dor e maior dificuldade em puxar eficazmente (Jong [et al.], 2007).

Durante a década de 70, fez parte da prática assistencial às mulheres no parto, a realização da prática da episiotomia de forma rotineira. Os potenciais benefícios que apoiavam a sua prática, contestados mais tarde pela evolução do conhecimento científico, eram a probabilidade de menor dano perineal do que pelas lacerações espontâneas.

Contrariamente ao pensado na época, surgem cada vez mais estudos que correlacionam a prática da episiotomia com uma maior incidência de lacerações de 3º ou 4º grau, incontinência urinária e fecal e dispareunia (Rodrigues [et al.], 2008). Também hoje é conhecido, que há uma probabilidade 5 vezes maior de ocorrência de lacerações de 2º grau ou superiores em mulheres que tiveram episiotomia no seu primeiro parto (Aperin [et al.], 2008).

Assim, a episiotomia foi decidida e executada sempre que estivemos na presença dos seguintes dados: tecido perineal revelador de pouca distensibilidade, durante o coroamento fetal; iminência de rutura dos tecidos; situações de distócias de ombros; e por vezes em casos de apresentações fetais occipito-posteriores (Cunningam [et al.], 2010). Embora a episiotomia mediana tenha a si associada benefícios tais como: menor perda sanguínea; maior facilidade na sua reparação; resultados estéticos superiores; menor dor no pós-parto e melhor cicatrização, esta apresenta como principal desvantagem a maior incidência de lesão do esfíncter anal. Assim, foi realizada a técnica de episiotomia mediolateral, ao longo do estágio, sempre que foi necessária a sua realização.

Após a saída da cabeça fetal, a parturiente foi instruída a não continuar os esforços expulsivos e foi pesquisada a existência de circulares do cordão umbilical. Quando existiram circulares largas à volta da cabeça fetal e estas passaram sobre a mesma as restantes manobras do parto foram realizadas (libertação do ombro anterior e posterior e do corpo). Quando estivemos na presença de circulares apertadas foi realizada a laqueação prévia e imediata secção do cordão umbilical (Cunningham [et al.], 2013).

Ao longo do estágio, ocorreram duas situações de distócia de ombros fetal. Entende-se por distócia de ombros no parto, as situações em que é necessária a aplicação de manobras obstétricas adicionais, após o insucesso na libertação da cabeça fetal pela tração habitualmente utilizada na libertação dos ombros (ACOG, 2002). Estas situações foram identificadas pelo sinal de tartaruga², mais frequente nas distocias de ombros bilaterais (Jindal, Sharma e Khaled, 2008), ou dificuldade de extração do ombro

² Sinal de Tartaruga - retração da cabeça fetal após a sua expulsão (Jindal, Sharma e Khaled, 2008).

anterior. Embora com 1% de incidência, esta é uma emergência obstétrica para a qual existem protocolos de atuação com recurso a manobras potencialmente eficazes (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2010). Nos casos ocorridos em estágio, foram implementados cuidados para a sua resolução através da manobra de McRoberts, primeira linha na abordagem à distócia segundo ACOG (2002), aplicação de pressão supra-púbica (1-2 minutos) para rotação do ombro anterior em direção ao tórax fetal e a realização ou extensão de episiotomia (Graça [et al.], 2010). A adoção de posicionamento de Gaskin pode constituir-se como um importante recurso a utilizar, uma vez que é capaz de aumentar o espaço anteroposterior e transversal da bacia materna (Camune e Brucker, 2007). Quando esta estratégia é implementada, só por si, é capaz de solucionar 83% dos casos de distócia de ombros fetal, sendo a taxa de complicações maternas associadas de 1,2%, cursando com hemorragia pós-parto, e complicações fetais de 4,9% resultando em fratura umeral e baixo índice de Apgar (Gherman, 2002; Gottlieb e Galan, 2007).

Após a expulsão fetal, o tempo de espera para a laqueação do cordão umbilical foi de um minuto. Após o nascimento, o RN foi mantido ao nível do intróito vaginal enquanto recebeu estimulação tátil para a iniciação dos primeiros movimentos respiratórios, avaliação do índice de Apgar (frequência cardíaca, cor, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios, tônus muscular) e de vigilância dos sinais de potenciais dificuldades respiratórias (adejo nasal, retração intra/infracostal, cianose, pieira). Sabemos que, a clampagem precoce do cordão umbilical (nos primeiros 60 segundos de vida) pode conduzir mais frequentemente a quadros de anemia ferropriva do RN, assim como a clampagem tardia (superiores a 1 minuto ou quando o cordão umbilical deixa de pulsar) poderá favorecer casos de policetemia e hiperbilirrubinemia com necessidade de tratamento médico.

Na revisão Cochrane de Macdonald e Middlenton (2013), os RN cuja clampagem foi precoce, apresentaram menor concentração de hemoglobina circulante nos primeiros dias de vida e maior tendência a anemia ferropriva entre os três e seis meses de vida. Quando comparados os grupos de RN cuja laqueação do cordão umbilical após o parto foi tardio e precoce, os

resultados mostram que no grupo com clampagem precoce poucos RN necessitaram de tratamento médico em caso de hiperbilirrubinemia. A clampagem do cordão umbilical um minuto, após o nascimento, aumentou a concentração de hemoglobina em 2,2 gramas por dia comparativamente com o grupo de RN que tiveram uma clampagem nos primeiros segundos de vida. Os autores supracitados, recomendam que os profissionais da saúde realizem a clampagem tardia do cordão umbilical, sempre que seja possível o acesso a meios de tratamento da hiperbilirrubinemia, pois os benefícios superam em larga medida os riscos associados à sua prática. Está também atualmente comprovado que a clampagem do cordão, precoce ou tardia, não influencia o risco de hemorragia pós-parto (McDonald e Middleton, 2009).

O terceiro estadio de TP envolveu uma gestão com abordagem ativa como o recomendado pela mais recente literatura produzida sobre o tema. O Risco de Hemorragia foi o diagnóstico de Enfermagem identificado neste estadio do TP. Em todos os casos, foram implementadas intervenções no planeamento de cuidados com vista à redução significativa do risco de hemorragia pós parto como: tração controlada do cordão umbilical como forma de controlo do descolamento e de diminuir a perda de sangue associada (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008; Althabe [et al.], 2009), massagem uterina após a dequitação (FIGO, 2012), drenagem de sangue do cordão após a secção do cordão (Jongkolsiri e Manotaya, 2009) e administração de ocitocina (antes ou depois da dequitação) (Soltani, Hutchan e Poulouse, 2010). Também foram implementadas: vigilância de sangue perdido a cada 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto, monitorização dos sinais vitais de 15/15 minutos, nas primeiras duas horas e baixar a cabeceira da cama pelo risco de hipotensão (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

A avaliação da necessidade de episiorrafia é parte integrante das competências do EESMO. Durante o estágio, sempre que foi realizada, esta intervenção ocorreu após a dequitação. Contudo, segundo Rezende (2008), as desvantagens de realizar a episiorrafia antes da dequitação são a perda sanguínea contínua e a necessidade de interrupção do procedimento. O EESMO apresenta conhecimentos e competências que lhe permitem decidir

a técnica a utilizar para realização da episiorrafia em cada caso. Sabe-se contudo, que as técnicas de reparação tecidual com sutura contínua apresentam como vantagem a diminuição da dor da ferida após o parto, comparativamente com técnicas de sutura separada, realidade que pudemos validar aquando do acompanhamento das mulheres no serviço de puerpério (Cunningham [et al.], 2013).

Após o nascimento, quando foi da vontade da mulher, o RN foi colocado em contacto pele a pele durante pelo menos 30 minutos de forma a promover a Ligação Mãe/Pai-Filho nos primeiros minutos de vida. Assim, foram reduzidas ao mínimo as intervenções e proporcionados cuidados de Enfermagem à díade promotores do desenvolvimento desta ligação. Desta forma, os pais puderam estabelecer contacto visual com o RN, tocá-lo, admirá-lo, falar com ele e manterem-se junto dele. Vários estudos têm comprovado os benefícios associados ao contacto precoce dos pais com o RN. Entre esses benefícios podemos destacar que o contacto acalma o bebé, estabiliza os seus movimentos respiratórios e a frequência cardíaca, mantém a estabilidade térmica e reduz o choro (Almeida e Martins Filho, 2004).

Ao longo do estágio propusemo-nos a refletir sobre o papel do pai após o nascimento, principalmente nos casos em que a mulher foi submetida a cesariana. Nestes casos, o pai está presente apenas na receção do RN, enquanto a mulher permanece no bloco cirúrgico, e foi pensada em estágio a possibilidade de realização de contacto pele a pele com o pai sempre que fosse da vontade dos pais. Consideramos importante a procura pela sustentação científica e encontramos um estudo realizado sobre o tema que conclui que o contacto pele a pele entre o RN e o seu pai, após a cesariana apresenta inúmeras vantagens. Podemos destacar as seguintes: os RN ficaram calmos e cessaram o choro após a cesariana, em média, 15 minutos mais cedo que os RN do grupo de controlo, evidenciaram ainda um estado de sonolência 60 minutos após a cesariana comparativamente com 110 minutos nos RN que não receberam contacto pele a pele do pai (Erlandsson [et al.], 2007). A adoção desta prática pelos EESMO nos serviços de obstetrícia, embora ainda pouco investigada, apresenta vantagens quer para o RN quer eventualmente para a ligação desenvolvida entre ambos, e

não confere aos serviços mais custos ou mudanças estruturais de difícil execução. Assim, e como cada vez mais os homens procuram ter um papel ativo nesta fase da transição para a parentalidade consideramos esta prática benéfica e que poderá progressivamente vir a ser estudada e aplicada um pouco por todo o mundo.

Hoje sabe-se, que o contacto pele a pele na primeira hora de vida pode ainda contribuir para o sucesso no processo de amamentação exclusiva (Chaparro e Lutter, 2009). Após o nascimento, e sempre que possível, foi iniciada a amamentação como recomenda a OMS. Um recente estudo de Boccolini [et al.] (2013), em dados referentes a 67 países, conclui ainda que amamentar os RN durante a sua primeira hora de vida apresenta-se como um importante fator capaz de diminuir a taxa de mortalidade neonatal.

Em todos os casos, após o nascimento e depois da realização do contacto pele a pele, foi implementado um planeamento de cuidados de enfermagem no âmbito do foco Desenvolvimento Infantil que inclui a monitorização dos valores de: peso, comprimento, perímetro cefálico e glicemia capilar (ao nascimento, 30 minutos após, 1 e 2 horas de vida) sempre que o RN tinha menos de 2500g ou mais de 4000g ou quando a mãe desenvolveu diabetes na gravidez ou prévia. A profilaxia da hemorragia após o nascimento foi realizada em todos os RN, através da administração de vitamina K, vitamina que o RN ainda não produz.

Para cuidar do RN nas primeiras horas de vida, foram desenvolvidos planeamentos de cuidados de Enfermagem que apresentavam como diagnósticos mais frequentes: Risco de Infeção, Risco de aspiração, Risco de Hipotermia, Risco de Desenvolvimento Infantil alterado e Risco de Hipoglicemia (quando RN com peso >4kg ou <2,5kg ou filhos de mulheres diabéticas). Algumas das intervenções inseridas no âmbito do diagnóstico de Enfermagem Risco de Infeção do RN foram: a utilização da norma asséptica, no procedimento do parto e durante as avaliações tocológicas; a utilização de lençóis esterilizados para receção do RN e secagem; a profilaxia da infeção ocular durante as primeiras horas de vida; o banho após o nascimento, sempre que o RN nasceu impregnado em mecónio ou no

caso de a mulher ser portadora de HIV, Hepatite B ou Hepatite C (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

É consensual na literatura que após o nascimento o RN apresenta maior suscetibilidade a alterações térmicas. Assim, durante as primeiras 6 horas, após o nascimento, foram prestados cuidados que visam a estabilização da temperatura do RN, inseridas no âmbito do diagnóstico Risco de Hipotermia (Bergstrom, Byaruhanga e Okong, 2005; OMS, 2006). Após o contacto pele-a-pele, o RN era cuidado e vestido de forma a prevenir perdas de calor por evaporação, condução, convecção e radiação.

Foi mantido o diagnóstico Risco de Desenvolvimento Infantil alterado até a ocorrência da primeira micção e dejeção após o nascimento do RN.

Contactamos no decorrer do estágio com casais que perderam os seus filhos depois das 24 semanas de gestação. Nestes casos, foram planeados e prestados cuidados de enfermagem ao casal, o foco Luto foi identificado em todos os casos cuidados. As atividades de diagnóstico neste âmbito foram avaliar: a ligação mãe/pai-filho durante a gravidez, significado da gravidez para o casal e sua família, as circunstâncias associadas à perda fetal, a compreensão do casal acerca da perda fetal, as reações imediatas à perda e a rede de apoio do casal. Após o processo de avaliação diagnóstica e estabelecido o diagnóstico de Luto foram implementadas algumas das seguintes intervenções junto do casal: gerir espaço físico, atribuir enfermaria onde seja improvável o contacto auditivo ou visual com RN ou grávidas, permitir o contacto com o filho perdido (sempre que seja da sua vontade), dar espaço ao casal para ficar sozinho com o feto (se for da vontade do casal), permitir o apoio de conviventes significativos em ambiente hospitalar, realizar escuta-ativa, permitir que o casal guarde recordações do filho perdido (pedaço de cabelo, pulseira de identificação), conversar com o casal e a família dando-lhes oportunidade de falar sobre a perda, o seu significado, os seus sentimentos, permanecer junto do casal e informar a restante equipa de cuidados sobre a presença de um casal em processo de Luto. Algumas das intervenções, também realizadas durante o estágio, passaram por ajudar o casal e a família a compreender o processo de Luto, as fases e os sentimentos que os esperavam, ajudar a compreender as diferenças de género na vivência dos

processos de luto e incentivar o casal a retomar, assim que possível, as suas atividades da rotina diária (Lowdermilk e Perry, 2013).

1.3 Tornar-se Família: Conceção de Cuidados após o Nascimento

No âmbito do estágio desenvolvido no serviço de Puerpério do CHPVVC foi possível aplicar e desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências que nos permitiram avaliar, elaborar processos de diagnóstico e planejar cuidados como EESMO, de forma a proporcionar uma melhor adaptação e vivência da parentalidade por parte das novas famílias.

O período pós parto, segundo Ricci (2008), é um período de fortes mudanças físicas, emocionais e ao nível do relacionamento entre os membros da família, com a assunção de novos papéis. Sobre um ponto de vista desenvolvimental, a transição para a parentalidade constitui um marco singular na vida do casal. Esta é uma transição, na maioria das vezes, opcional e sempre irreversível que torna possível a concretização de um projeto de vida (Brazelton, 2007).

As fortes emoções vividas horas antes da entrada no serviço de puerpério faziam com que as famílias se encontrassem visivelmente sensíveis e emocionadas à chegada. Sabe-se que, durante a gravidez, a mulher desenvolve expectativas em relação ao momento do parto (Pacheco [et al.], 2005) e este, por sua vez, é um evento marcante e significativo na vida da mulher, assim como na vida da sua família (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996). Ao longo do estágio, encontramos famílias notoriamente satisfeitas e felizes pelas suas experiências corresponderem às expectativas que tinham criado; outras famílias encontravam-se ambivalentes ou até mesmo desiludidas com as suas experiências de parto.

A experiência de parto pode constituir-se como um fator facilitador ou inibidor da transição para a parentalidade. Discutir sobre o trabalho de parto e dar oportunidade ao casal de falar sobre a sua experiência global de parto ajudou-nos a compreender a forma como se sentiam e a reunir

dados que foram fundamentais na elaboração de processos de diagnóstico de enfermagem. Esta foi uma atividade efetuada sempre que contactávamos com uma nova família, durante os primeiros turnos após o parto. Sabe-se que as diferentes perceções na experiência de parto podem ter um impacto significativo na saúde e bem-estar da mulher e do RN durante o puerpério, assim como influenciar a ligação mãe-filho atual e futura (Figueiredo, 2001; Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002).

Deparámo-nos diariamente com internamentos curtos que são pré-estabelecidos na maioria dos serviços para um período estimado de 48 horas nos casos de partos eutócicos ou distócicos assistidos, com recurso a ventosa ou fórceps, sem complicações associadas, sendo que esse período se estende a 72 horas em casos de partos distócicos por cesariana (Meara [et al.], 2004; AAP, 2007). Este é um período novo na vida das famílias, sendo que a maioria delas sente pela primeira vez a exigência e a responsabilidade de ser pai e mãe nas tomadas de decisão e na prestação de cuidados ao novo membro. Atualmente, a maioria dos casais tem a oportunidade de frequentar cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, disponibilizados tanto pelas Unidade de Cuidados na Comunidade locais como pelas instituições hospitalares, o que se pode apresentar como um fator facilitador da transição para a parentalidade. Segundo Hudson [et al.], (2001), os treinos de competências parentais em grupo constituem-se como estratégias eficazes na promoção da parentalidade. Também Darvill, Skirton e Farrand (2001) afirmam que estes cursos são oportunidades importantes de aprendizagem que fomentam o sentido de controlo e mestria, aspetos importantes na transição e vivência da parentalidade futura.

Após a entrada no serviço de puerpério, foi realizado o acolhimento ao casal na unidade de cuidados e foram confirmados alguns dados como: a identidade da mãe e do filho/a; o sexo do RN; a verificação da clampagem do coto umbilical; a confirmação da existência de pulseira de identificação e electrónica; e, em todos os casos, foi consultado o processo clínico da puérpera e do RN. Durante a admissão à unidade de cuidados, o casal foi informado sobre a disposição da unidade, os recursos disponíveis e o horário de visitas diário para o pai e restantes conviventes significativos.

Foram ainda planeados os horários da prestação de cuidados ao RN para que fosse possível a presença do pai sempre que houvesse vontade do casal. Foi recomendada a mobilização dos membros inferiores até ao levantar. Este deverá ocorrer até às 12 horas após o parto, assim que a mulher sentir vontade e deixar de sentir bloqueio loco-regional relacionado com a técnica analgésica ou anestésica utilizada (Graça [et al.], 2008).

Pelo Potencial de Risco no Processo Vascular foi recomendada a mobilização ativa dos membros inferiores no leito a todas as puérperas, uma vez que esta pode contribuir para a diminuição da incidência de fenómenos tromboembólicos e melhorar a função intestinal após o parto (Montenegro e Rezende-Filho, 2007; Graça [et al.], 2010). Assim, é importante ter em consideração os fatores que aumentam a propensão ao comprometimento vascular tais como: idade da mulher, origem étnica, tabagismo, índice de massa corpórea, pré-eclâmpsia, parto distócico por cesariana e antecedente pessoal ou familiar de trombose (Toglia e Nolan, 1997; Gates [et al.], 2002; Lindqvist [et al.], 2002). Contudo, sempre que uma utente referiu dor, inchaço ou vermelhidão nos membros inferiores, o sinal de Homan apresentou-se como um importante dado para diagnóstico diferencial. No entanto, segundo as guidelines NICE (2006), a utilização rotineira do sinal de Homan nas puérperas (com ou sem queixas algícas) para despiste de casos de TVP, não está recomendada. Ao longo do estágio não foi detetada, em nenhuma das utentes cuidadas, comprometimento da função vascular.

As mulheres que tiveram um parto eutócico ou distócico (ventosa ou fórceps) iniciam a alimentação assim que a tolerarem, enquanto que as mulheres submetidas a cesariana, dependendo do tipo de analgesia efetuada, podem ter um período de jejum de 6 horas após a cirurgia (Graça [et al.], 2010).e

Em ambos os casos, as utentes foram informadas sobre a importância do levantar progressivo e assistido pela Enfermeira (Jacob, 2012). Até ao primeiro levantar foi identificado o diagnóstico de Enfermagem Conforto alterado, pelo facto de a utente não poder ir à casa de banho ou autocuidar-se de forma independente. Assim, estes foram considerados critérios para a identificação do diagnóstico devido ao facto da definição

deste foco remeter para a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (ICNP, 2011).

Em todos os turnos e, em alguns casos, várias vezes durante o turno, foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito. Estes cuidados têm como principais objetivos: assegurar o bem-estar e conforto das puérperas e vigiar a perda sanguínea após o parto.

As primeiras idas à casa de banho pela utente foram comunicadas, tendo sido efetuado posteriormente o acompanhamento da utente e dada informação sobre a campainha que poderia utilizar para pedir auxílio, no caso de se encontrar sozinha. No caso de a utente tomar banho durante as primeiras 8 horas após o parto, foi monitorizada a PA antes dos cuidados, a utente foi acompanhada e foi certificada a existência de campainha para auxílio e de uma cadeira perto do chuveiro. Devido à elevada temperatura da água no banho, os níveis tensionais podem diminuir predispondo a mulher a episódios de hipotensão (Lowdermilk e Perry, 2008). A deambulação precoce, seis horas após o parto e 24 horas após cesariana, envolve inúmeros benefícios para a mulher: promove a involução uterina, evita a acumulação dos lóquios no útero, melhora o funcionamento da bexiga, do intestino, a circulação sanguínea e previne a ocorrência de trombose venosa.

Nesta fase do acolhimento pós-parto, os diagnósticos Risco de Hemorragia, Risco de Retenção Urinária e Risco de Hipotensão foram também identificados (ICNP, 2011). Fizeram parte do planeamento de cuidados nas primeiras horas após o parto: a vigilância da involução uterina, a identificação do globo de segurança de Pinard, a monitorização da altura do fundo uterino, vigilância da ferida perineal, a vigilância da perda sanguínea (a cada quatro horas), especialmente quanto à quantidade de sangue perdido, cheiro e presença de restos placentares (Jacob, 2012). Também foi avaliada a pressão arterial e vigiada a ocorrência da primeira micção espontânea, assim como a quantidade e as características da urina eliminada e o desconforto ao urinar (Ayres de Campos [et al.], 2008). A pressão arterial não é, contudo, um dado de diagnóstico diferencial em casos de suspeita de atonia uterina, uma vez que, inicialmente, os dados resultantes desta monitorização não sofrem alterações significativas. A

avaliação da respiração, da frequência cardíaca, do estado da pele, do débito urinário e do estado de consciência são os indicadores mais sensíveis nos casos de atonia uterina, que foram valorizados no pós-parto imediato (Lowdermilk e Perry, 2008). O aumento do tamanho da bexiga, particularmente nos casos de retenção urinária, também pode conduzir à atonia uterina, durante as primeiras horas após o parto pelo que a eliminação urinária foi avaliada a cada 4 horas, durante o primeiro dia de puerpério (Johnson, 2012). Assim, a intervenção de enfermagem nesta fase do puerpério passou pela promoção da micção espontânea que deve acontecer dentro de 6 horas após o parto (Freitas, 2001; Montenegro e Rezende-Filho, 2007). Quando a utente não apresentou micção espontânea, foram implementadas algumas das seguintes intervenções: possibilitar a audição da queda de água e/ou o contacto com água morna, colocar água no períneo ou colocar óleo de hortelã-pimenta em água quente numa aparadeira. Os vapores resultantes do óleo misturado em água poderão contribuir para aumentar o relaxamento do meato urinário e conduzir à micção (Lowdermilk e Perry, 2008). Caso após estas 6 horas a utente não tivesse conseguido urinar, após a implementação de intervenções nesse sentido, foi identificado o diagnóstico de Enfermagem de Retenção Urinária e executada a introdução de sonda vesical intermitente (NICE, 2006). Durante o estágio foram identificadas três casos de retenção urinária sendo que, após a implementação de intervenções promotoras da micção espontânea, houve necessidade de inserção intermitente de sonda vesical para drenagem de urina.

Como o sugerido por Lowdermilk e Perry (2008), durante todos os turnos, foram ainda avaliadas: as mamas (presença de fissuras, maceração), a involução uterina, o períneo (edema, dor, cicatrização, sinais de infeção), a função vesical e intestinal e os sinais vitais.

Em todas as puérperas, principalmente nas que tiveram episiorrafias ou lacerações, foram avaliadas a presença de dor e o desconforto, assim como a presença de edema no períneo. Esta avaliação foi realizada de 4/4 horas durante os turnos correspondentes às primeiras 24 horas e posteriormente em todos os turnos, uma vez, até ao final do internamento (NICE, 2006). Sempre que a utente referiu queixas algicas foi efetuada uma

avaliação perineal onde foi avaliada a presença de sinais inflamatórios ou infecciosos. Na ausência destes sinais foi recomendada a utilização de gelo envolto em compressas sem contacto direto com a pele, por períodos inferiores a 15 minutos, várias vezes ao dia, até o desconforto ser menor. Nos casos em que a intervenção não foi suficiente, o fármaco de primeira linha que deverá ser utilizado é o paracetamol (por via oral ou endovenosa) até 1g de 8 em 8 horas, salvo contra-indicação (NICE, 2006). Durante o estágio foram empregues intervenções não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor perineal no período pós-parto. Todas as utentes foram informadas sobre os cuidados de higiene a ter durante o puerpério. Foram abordadas questões tais como: a utilização e troca de penso absorvente, os sinais e sintomas associados a complicações decorrentes do processo de cicatrização perineal, as características dos lóquios e a sua evolução esperada, a importância da lavagem das mãos antes de contactar com o períneo, os produtos de higiene a usar e a frequência dos cuidados perineais.

Durante o período puerperal, a função intestinal encontra-se particularmente alterada na maioria das mulheres devido a uma série de factores. De entre os vários factores que contribuem para a obstipação podemos destacar: o relaxamento da musculatura abdominal e perineal, a presença de episiotomia e hemorroides (que tornam a defecação mais dolorosa e evitada pelas mulheres), a morosidade intestinal estabelecida durante a gestação pelo efeito da progesterona, o repouso relativo e a dieta da puérpera durante os primeiros dias (Varela, 2007). Desta forma, foi identificado o Risco de Obstipação 24 horas após o parto nas mulheres com hábitos de eliminação diários. Como intervenções de enfermagem neste âmbito, as puérperas foram informadas sobre: as alterações esperadas no padrão de eliminação intestinal; a eventual necessidade de aumentar a ingestão hídrica (até 8-10 copos de água por dia); o consumo de alimentos ricos em fibras e a importância da mobilização. A retoma do funcionamento intestinal pode não acontecer, durante o período de internamento. No entanto, nos casos em que as utentes apresentavam desconforto de origem intestinal a equipa de enfermagem decidiu a

administração de laxante de contacto, que se encontrava prescrito em caso de necessidade.

A administração de imunoglobulina Anti-D, na dose de 300ug por via intramuscular, foi realizada durante o estágio no período até 72 horas, após o parto. Esta intervenção de enfermagem reserva-se aos casos de utentes com o tipo de sangue Rh - negativo, não-sensibilizadas previamente (teste de Coombs indireto negativo) e cujos RN têm tipo de sangue Rh - positivo (Freitas [et al.], 2001).

Durante o turno da manhã era realizada uma avaliação da evolução puerperal, no âmbito do foco Autocuidado pós-parto. O exame físico, constituía parte das atividades de vigilância que incluía a avaliação física céfalo-caudal. Esse exame avaliava: as mucosas; as mamas; o conhecimento da mulher sobre estratégias para a prevenção da maceração e a gestão do ingurgitamento mamário; o funcionamento intestinal e urinário; a monitorização da altura uterina; a quantidade e características dos lóquios; o conhecimento da mulher sobre cuidados de higiene perineal; o conhecimento sobre a evolução dos lóquios e sinais de alarme no puerpério; o estado cicatricial da ferida perineal (por laceração ou episiotomia), se esta existisse; a necessidade de implementação de estratégias de conforto ou de gestão da dor no puerpério. Contudo, para além destes cuidados, foi realizada, ao longo do internamento, uma avaliação da puérpera onde foram prestados cuidados de enfermagem no âmbito dos focos: Incontinência Urinária de Esforço; Recuperação Física pós-parto; Recuperação Emocional pós-parto; Ligação Mãe-filho; Amamentação e Uso do Contracetivo (ICNP, 2011).

Algumas das áreas de atenção também contempladas no cuidado ao casal durante o internamento foram a preparação do regresso a casa e a adaptação à conjugalidade e sexualidade pós-parto. O período de ajustamento à parentalidade pode conduzir ao favorável desenvolvimento do relacionamento conjugal. O casal poderá sentir-se mais unido, mais cúmplice e mais ligado afetivamente do que anteriormente. No entanto, esta poderá não ser uma realidade universal sendo que, frequentemente, os casais deparam-se com problemas, nomeadamente no que concerne à

retoma da sexualidade após o parto (Sydow [et al.], 1998; Silva e Figueiredo, 2005).

Na maternidade, o EESMO assume um papel preponderante na preparação para o regresso a casa após a alta. Abordar o tema da sexualidade e propiciar o espaço necessário para o esclarecimento de dúvidas e a expressão de emoções e sentimentos são fundamentais para a preparação do casal nesta nova etapa da sua vida (Conceição, 2009). O retomar da atividade sexual é frequentemente uma das preocupações dos casais, após o parto, que dificilmente é verbalizada. Durante o estágio nenhuma puérpera verbalizou essa preocupação, no entanto, quando discutido o tema, todas se mostraram recetivas e interessadas em receber recomendações relativas à adaptação sexual após o parto. Desta forma, após as primeiras 24 horas, após o parto, identificamos no nosso planeamento de cuidados para o casal, sempre que consideramos adequado, o foco Uso do Contracetivo. As atividades de diagnóstico neste âmbito prenderam-se com a avaliação do conhecimento relativamente aos métodos de contraceção a utilizar, assim como dos recursos que poderiam ser particularmente úteis na sexualidade pós-parto, o diálogo sobre os medos/mitos relativos ao retomar da atividade sexual e o esclarecimento de dúvidas.

Durante as primeiras seis semanas após o parto, a lubrificação vaginal está reduzida e a diminuição dos estrogénios inibe a vasocongestão característica da tensão sexual. O orgasmo, nos primeiros meses após o parto, é mais rápido e menos intenso e as paredes vaginais estão mais finas e rosadas, resultado da queda hormonal do período de involução (Alves, 2008). Contudo, alguns autores associam a dispareunia à secura vaginal presente durante a lactação devido à diminuição dos níveis de estrogénio. O aumento da prolactina conduz à inibição da produção de gonadotrofinas que influencia diretamente a produção de estrogénios, sendo esta a razão que explica a dor sentida nas primeiras tentativas de retorno à sexualidade. Este constituiu-se como um fator importante para a recusa da mulher para a sexualidade durante os primeiros meses de puerpério (Alves, 2008; Brtnicka, Weiss e Zverina, 2009). Assim, foi aconselhada a utilização de lubrificante (à base de água e compatível com os preservativos) que

pode ser um importante contributo para a diminuição do desconforto associado à atividade sexual, durante as primeiras semanas após o parto. A pílula progestativa apenas pode ser iniciada seis semanas após o parto porque, embora não afetando a quantidade ou qualidade do leite materno, é ainda desconhecido o efeito sobre o desenvolvimento hepático ou cerebral do RN (DGS, 2008). Por este motivo, a utilização de preservativo neste período apresenta consideráveis vantagens: diminui o risco de infeção e, como contém lubrificante, torna o ato sexual menos desconfortável e previne uma nova gravidez.

Segundo Silva e Figueiredo (2005), a saída de leite durante o orgasmo inibe a sexualidade e provoca grande constrangimento no casal. Também Marques e Lemos (2010) identificaram que, em 45% dos casos, esta saída de leite interrompeu de imediato a relação sexual do casal. As principais razões referidas pelos casais para essa interrupção são: o constrangimento quer da mulher quer do companheiro; a ideia de que o bebé poderá estar com fome e a crença de que a mulher está a perder leite que não será repostado, estando assim a desperdiçar o alimento do RN. A adoção de hábitos como amamentar antes do contacto sexual, usar soutien e absorventes para a saída de leite (discos ou toalhas) e reforçar a ideia de que o leite perdido não afetará a alimentação do bebé foram orientações úteis na preparação do regresso a casa (Abuchaim, 2005).

Após o parto as mulheres passam por um período de fortes alterações psicológicas, biológicas e sociais. As fortes alterações hormonais sentidas podem explicar, em parte, a presença de alterações de humor da mulher. No entanto, é particularmente relevante pensarmos em todos os outros fatores associados à transição para a parentalidade. Há a necessidade de adaptação a um novo papel, uma vez que a mulher passa a ser mãe, e, acompanhando esta mudança, há a necessidade de reorganização social e familiar. A mulher é confrontada com um aumento da responsabilidade, tornando-se a figura de referência, assumindo os cuidados ao RN, sofrendo uma privação súbita do sono e conseqüente isolamento social. Não será de menor importância considerar as repercussões associadas às fortes alterações na auto-imagem, à reestruturação da sexualidade da mulher, do casal e da sua identidade feminina (Cavalcanti, 2001 cit in Catalino [et al.],

2010). Refletindo sobre a concretização de todas estas mudanças associadas à transição para a parentalidade na vida da mulher, não será difícil compreender que, ao longo do ciclo de vida, este é o período de maior vulnerabilidade da saúde mental (Cantilino [et al.], 2010). Neste sentido, foram identificados vários casos, ao longo do estágio, de *blues* pós-parto. Os principais dados para a condução da identificação desta labilidade emocional, após o parto foram: choro fácil, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. As intervenções de enfermagem neste âmbito passaram pela manutenção de suporte emocional, realização de escuta-ativa, promoção do diálogo sobre o estado emocional, informação sobre a adaptação após o parto e disponibilização para cuidar do RN, caso a mulher considerasse necessário. O quadro de disforia puerperal é frequente e atinge entre 50% a 80% das mulheres, aparecendo geralmente nas primeiras 24 horas após o parto e podendo durar até duas semanas. O pico de incidência aparece entre o 4º e o 5º dia após o parto (Yonkers, 2001). Se, por um lado, a labilidade emocional faz parte das alterações fisiológicas esperadas neste período, os sinais indicadores do aparecimento de depressão devem ser identificados e o quadro clínico tratado precocemente. Assim, o dado de diagnóstico diferencial associado entre os dois quadros é o intervalo temporal no qual se circunscrevem. A depressão ocorre após as duas semanas e pode durar vários meses após o parto (Pope [et al.], 2000), apresentando como principais sintomas: humor deprimido, perda de interesse e prazer pelas atividades que anteriormente apreciava, alterações de peso e apetite, insónia que conduz ao despertar precoce (a de adormecimento é mais frequente em quadros de ansiedade) agitação ou lentificação psicomotora, dificuldade de concentração e para tomar decisões e pensamentos de morte e suicídio. Fazem parte das competências do EESMO identificar quais as mulheres com maior risco para o desenvolvimento de transtornos depressivos após o parto. Assim, devemos planear cuidados e providenciar o acompanhamento hospitalar e na comunidade após a alta clínica a todas as famílias. Contudo, devemos identificar e referenciar, através dos sistemas de informação em saúde que permitem o contacto entre as instituições, após a alta, as famílias de maior risco sempre que encontrarmos os

seguintes fatores de risco: relacionamento conjugal instável; falta de suporte; baixo estatuto socioeconómico; baixa auto-estima e história de depressão anterior ou durante a gestação (Evans [et al.], 2005; Correia, 2006; Austin, Tully e Parker, 2007). Foram considerados fatores protetores para o desenvolvimento de depressão após o parto o otimismo, a elevada autoestima, a boa relação conjugal, o suporte social adequado e a preparação física e psicológica para as mudanças resultantes do processo de transição para a parentalidade (Pope [et al.], 2000).

No caso das mulheres com Diabetes Mellitus, prévia ou gestacional, após a sua entrada no serviço de puerpério e para além dos restantes cuidados, foram implementados cuidados no âmbito do diagnóstico Risco de Metabolismo alterado. Em ambos os casos, desenvolveram-se intervenções de vigilância dos sinais de hipo ou hiperglicemia e monitorização da glicemia capilar de 2/2h, enquanto perfusão de soro fisiológico e glicose a 5%. Quando foram detetados valores superiores a 120mg/dl foram administrados 5 U.I de insulina de ação rápida, pela via subcutânea. Após esse período e no caso de diabetes prévia é efetuada a monitorização pré e pós-prandial. Quando estiveram presentes valores em jejum superiores a 90 mg/dl, foi contactado o médico para a implementação de esquema insulínico. Em casos de Diabetes Mellitus Prévia e depois de iniciada a alimentação, foram realizadas monitorizações em jejum, casos sejam obtidos valores superiores a 100mg/dl foi contactado o médico assistente (Ayres de Campos [et al.], 2008).

A assistência do EESMO no pós-parto deve ir ao encontro das necessidades em cuidados da família. No planeamento de cuidados ao mais recente membro, durante as primeiras horas após o parto, foram considerados os seguintes diagnósticos: Risco de Hipotermia, Risco de Infecção, Risco de Aspiração e Risco de Desenvolvimento Infantil inadequado (relacionado com o estabelecimento dos sistemas urinário e intestinal após o nascimento). Os cuidados de enfermagem iniciais aos RN envolvem a sua colocação perto das mães de forma a manterem-se quentes e a promover o desenvolvimento da ligação na díade. Sabemos que, nessas primeiras horas após o parto, os RN encontram-se numa vigília calma o que os predispõe para o contato e a interação com os pais (Hockenberry, 2006). Para

prevenir a SMSL, os pais foram informados que o RN deve adotar no berço, sempre que for dormir, a posição de decúbito dorsal. Os posicionamentos em decúbito lateral ou ventral foram realizados unicamente sob supervisão e com o RN acordado (Neves, 2011). A vigilância das micções e dejeções do RN são intervenções de enfermagem importantes porque averiguam a adequada adaptação extrauterina, para além de constituírem indicadores de ingestão nutricional adequada. Quando o RN não urinou nem evacuou durante as primeiras 24 horas de vida foram especialmente vigiados sinais de distensão abdominal e a amamentação (Beck [et al.], 2006).

Nos RN filhos de mães com diabetes, gestacional ou prévia, e/ou LIG, FIG ou GIG, foi ainda identificado como diagnóstico Risco de Hipoglicemia, sendo que as intervenções de Enfermagem, neste âmbito, passaram pela monitorização de glicemia capilar segundo esquema institucional protocolado (0:30h, 1h, 2h, 4h, 6h, 12h, 24h, 48h) após o parto, vigilância dos sinais de comprometimento do sistema nervoso central como tremores ou hiperirritabilidade nas horas iniciais de vida. Nos RN, filhos de mães diabéticas, foram vigiados, ao longo internamento, sinais de: choro agudo, hipertonicidade, sucção frenética das mãos, hiperatividade, diminuição do sono, sudorese, espasmos, policitemia, hiperbilirrubinemia, taquipneia (>60min), espirros, vômitos, instabilidade da temperatura, diarreia e convulsões (Gaspar e Nascimento, 2004).

No âmbito do foco Papel Parental, uma das primeiras áreas com a qual os pais contactam é a da troca da fralda. Na realização dos primeiros cuidados ao RN, os pais foram aconselhados a preferir a utilização de compressas com água em vez dos toalhetes húmidos. O uso continuado deste tipo de produtos poderá predispor o aparecimento do eritema da fralda no RN. Assim, os toalhetes poderão ser particularmente úteis quando os pais se encontrem em viagem ou fora de casa, caso contrário, a utilização de compressas com água constitui-se a melhor opção para a limpeza da região perineal do RN (Rocha e Selores, 2004). Quando na fralda apenas se encontram vestígios de urina, os pais foram aconselhados a utilizar apenas compressas com água. Quando o RN evacua, a utilização de sabão suave de pH neutro (syndets) nas compressas húmidas promove uma

limpeza mais adequada da região perianal, no entanto, a utilização de sabão não deverá exceder as duas vezes por dia (Wolf [et al.], 2000).

Frequentemente, aquando da troca da fralda ou da roupa do RN, existiu a oportunidade para o esclarecimento de dúvidas do casal quanto à presença na fralda de cristais de urato e/ou pseudomenstruação.

No serviço de puerpério e no âmbito dos cuidados de higiene ao RN, o banho (dos RN com mais de seis horas de vida) é efetuado, de uma forma geral, no turno da manhã, pela gestão institucional do rácio enfermeiro-utente. Contudo, poderá ser agendado outro horário com a equipa de enfermagem caso o pai, ou outro convivente significativo, manifeste interesse em participar nos cuidados e apresente a sua disponibilidade limitada durante o período da manhã. Contudo, o horário escolhido para a realização dos cuidados de higiene deve ser estabelecido em cada caso consoante o efeito que estes cuidados produzem no RN. Se, por um lado, alguns RN ficavam mais alerta e predispostos ao contacto com os pais após os cuidados de higiene, por outro lado, existiram os casos em que os RN apresentavam sinais de maior relaxamento e sonolência após os mesmos cuidados. Assim, cada casal recebeu diferente aconselhamento quanto aos horários que poderiam adotar em casa para a realização dos cuidados de higiene.

Durante o internamento, os pais foram instruídos e treinados sobre a prestação de cuidados de higiene ao RN nomeadamente no âmbito da gestão do ambiente em casa. A temperatura ambiente deve estar entre os 24/25°C, podendo ser utilizado aquecedor 15 minutos antes do banho. Estes cuidados devem ser prestados longe de janelas ou locais onde seja previsível a ocorrência de correntes de ar que potenciam perdas de calor por radiação ou convecção (Gfatter [et al.], 1997). A banheira deverá ser colocada sobre uma superfície plana e estável e o RN não deverá ser disposto em contacto direto com as superfícies, pela perda de calor por condução. Durante os cuidados prestados em estágio, a toalha de banho do RN foi colocada de forma a ser de fácil acesso para colocação logo após a saída da água. A roupa que o RN iria vestir depois do banho foi disposta perto do local, aberta (botões e molas) e preparada pela ordem de vestir.

Foram também dispostos por perto material para a troca da fralda, caso fosse necessário.

As questões de segurança relativas aos cuidados de higiene no âmbito do foco Papel Parental foram discutidas com todos os casais, tais como: a confirmação da temperatura da água pelo cotovelo ou parte interna do pulso. Esta deve estar entre os 36/37°C, pelo que temperaturas francamente inferiores levam à perda de calor e aumento do metabolismo de gordura castanha pelo RN; no caso de temperaturas superiores, estas poderão provocar queimaduras na pele (Gfatter [et al.], 1997; Trotter, 2004; Gelmetti, 2009). Também foi abordada com os casais a questão do aquecimento da roupa do RN, vontade manifestada por grande parte dos casais. Nestes casos, a intervenção passou pela promoção da segurança do RN. A maioria das roupas utilizadas pelos RN possui molas metálicas que, quando aquecidas, poderão provocar queimaduras na pele do RN. As roupas devem ser aquecidas em locais onde a distribuição do calor é uniforme, de forma a evitar partes de tecido particularmente aquecidos que poderão potenciar o risco de queimaduras na pele.

Os casais foram instruídos a nunca deixar o RN sozinho em qualquer fase dos cuidados, quer ele se encontre calmo em cima de superfícies ou até mesmo na água do banho uma vez que, embora esta tenha aproximadamente sete cm de altura pode favorecer o risco de afogamento (Beck [et al.], 2006).

A lavagem cuidadosa das mãos e remoção de anéis ou relógios marcou o início dos cuidados de higiene ao RN. Quanto à frequência do banho, as mais recentes evidências científicas indicam que duas a três vezes por semana são suficientes (Kuller [et al.], 2002; Bowden e Greenberg, 2010; Lopes e Pedro, 2005). O banho deve ser rápido (até 5 minutos) pelo risco de perda de calor excessiva e não é necessária a utilização de produtos de higiene até ao primeiro mês de vida (Gelmetti, 2001; Hanh, 2001 cit in Cunha, Mendes e Bonilha, 2002; Trotter, 2004). Quando os casais pretendiam utilizar produtos de higiene no banho, foram aconselhados a utilizar produtos syndets (sabão sem sabão) isentos de parabenos, álcool e perfumes. No entanto, a recente evidência científica demonstra que o RN não necessita da utilização de cremes ou loções na

pele durante o primeiro mês de vida (Hockenberry, 2006). Contudo, a American Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses recomenda, nas suas guidelines, que os pais alternem os banhos só com água, com banhos onde são utilizados produtos de higiene (syndets) (Lund [et al.], 2001). Durante o estágio, vários casais demonstraram interesse pela utilização desses produtos. Estudos demonstram que a utilização de produtos de limpeza ou produtos emolientes para hidratação da pele, com pH neutro e concebidos para utilização na pele de RN podem constituir-se como uma opção segura para quem opta pela sua utilização (Hopkins, 2004).

A técnica do banho ao RN foi ensinada e instruída durante o internamento e treinada pelo menos uma vez por todos os casais cuidados. A lavagem da face e da cabeça do RN foi realizada em primeiro lugar, posicionando o RN em bola de rãguebi. Desta forma, foi possível lavar e secar a cabeça e a face antes de iniciar o procedimento do banho no resto do corpo. Esta foi uma estratégia utilizada para prevenir perdas de calor, uma vez que a cabeça é o local do corpo do RN que mais promove essas perdas (Gfatter [et al.], 1997).

O planeamento dos cuidados de enfermagem neste domínio, do Papel Parental, teve como principais objetivos: potenciar a aquisição de conhecimentos e habilidades e aumentar o sentido de segurança, autoeficácia e mestria no casal para a execução dos cuidados no regresso a casa (Hudson, Elek e Fleck, 2001). Uma elevada autoeficácia para desempenhar as tarefas parentais pode aumentar a satisfação com o papel parental o que contribui para um cuidado mais eficaz que promove o melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (Nystrom e Ohrling, 2004).

Durante os cuidados de higiene ao RN, momento privilegiado para observação do corpo, foram esclarecidas dúvidas do casal quanto às características do RN. Foram retiradas dúvidas e transmitidas informações sobre aspetos associados ao adequado desenvolvimento infantil tais como: a presença de eritema tóxico, mancha mongólica, acne miliar, acrocianose, vérnix e alguns reflexos nomeadamente de moro e de marcha, mais visíveis nos procedimentos durante os cuidados de higiene.

Após os cuidados de higiene e preferencialmente durante o sono, os pais foram instruídos e treinados sobre a forma de cortar as unhas ao RN. Foram instruídos: a utilizar preferencialmente tesouras de pontas arredondadas ou limas de papel, tentar destacar a polpa digital da unha antes de cortar; sobre a técnica para segurar os restantes dedos do RN e a tomar especial atenção aos cantos das unhas que após o corte podem ficar especialmente afiadas e favorecerem o aparecimento de lesões na face e corpo do RN (Lowdermilk e Perry, 2008).

Ao longo do estágio, uma das principais preocupações manifestadas pelos pais prendeu-se com a desinfeção do cordão e queda do coto umbilical do RN. As intervenções de enfermagem neste domínio do papel parental passaram pela informação sobre a sensibilidade local, as características esperadas ao longo dos dias, o intervalo de dias onde é esperada a ocorrência da queda, os sinais indicadores de potencial infeção local, a frequência de desinfeção e a informação sobre os produtos a usar no procedimento e instrução e treino da técnica (Hockenberry, 2006). Alguns pais mostraram preferência pela utilização de água e sabão de pH neutro, aquando do procedimento do banho, intervenção que está recomendada pela Associação de Enfermeiros de Saúde da Mulher, Obstétrica e Neonatal desde o início do século XXI. Contudo, alguns casais preferiram utilizar um antisséptico local sendo sugerida a técnica de desinfeção com recurso a compressas e álcool a 70°. Segundo a revisão da Cochrane de Zupan, Garner e Omari (2009), os pais que utilizam antissépticos para desinfeção do coto umbilical mostram-se menos preocupados com os riscos associados ao processo de cicatrização, sendo por isso uma prática preferida pelos mesmos em detrimento dos que não recorrem a antissépticos. Foram abordados alguns mitos e crenças culturalmente adquiridos relativamente ao processo de tratamento ao coto umbilical. Alguns casais e avós mostraram preferência pelo enfaixamento abdominal, pois acreditavam ser a forma de acelerar o processo de queda e obter uma melhor cicatrização. A intervenção de enfermagem, nestes casos, passou por desmistificar as crenças associadas e discutir com a família formas de promover a cicatrização e acelerar o processo de queda recorrendo à limpeza com água e sabão. Segundo Zupan, Garner e Omari

(2007), não existem diferenças significativas quanto ao risco de onfalite quando utilizados antissépticos em comparação com água e sabão ou até com tratamento placebo ao coto umbilical. No entanto, está comprovada a relação entre a utilização de antissépticos e o atraso da queda do coto umbilical (Zupan e Garner, 2000; Golombek, Brill e Salice, 2002). Um outro estudo realizado compara o tratamento do coto umbilical com antisséptico local, aplicação de leite humano e cuidado seco. Os resultados deste estudo demonstram que não existem diferenças significativas no que respeita à infeção. Contudo, provaram que a utilização de leite humano e o cuidado seco apresentavam melhores resultados, encurtando o tempo decorrido até à queda, comparativamente com os antissépticos (Vural e Kisa, 2006). A revisão Cochrane de Zupan [et al.] (2009) recomenda a investigação sobre o efeito do colostro materno na cicatrização do coto umbilical do RN. O colostro apresenta propriedades bacteriostáticas que, caso seja provada a sua eficácia, poderá ser uma opção com excelente relação custo-benefício para o tratamento do coto umbilical.

No decorrer do internamento, e com o consentimento dos casais, todos os RN, com peso igual ou superior a 2000g, foram vacinados. As primeiras vacinas administradas (BCG e Hepatite B) dão início ao plano de vacinação recomendado em Portugal pela DGS. Os casais foram informados sobre os potenciais efeitos adversos tais como: dor local, sinais de infeção e reação da vacina anti-tuberculostática. Foram também informados sobre formas de proporcionar bem-estar ao RN. É esperado que no final do primeiro mês de vida, a vesícula formada se transforme numa úlcera que poderá estar cicatrizada entre o segundo e o quinto mês. Decorrente do processo de cicatrização da úlcera, permanecerá no local de administração da vacina uma pequena cicatriz com cerca de cinco mm de diâmetro. Assim, o casal foi aconselhado a não utilizar pensos para tapar o local da vesícula ou aplicar quaisquer antissépticos (DGS, 2012).

No internamento, eram ainda realizados dois exames de rastreio ao RN, depois de completar as primeiras 24 horas de vida: Rastreio Auditivo Neonatal e Rastreio de cardiopatias congénitas pela avaliação da oximetria dos membros superiores e inferiores. A oximetria foi realizada obrigatoriamente no membro superior direito e num dos membros

inferiores (Kemper [et al.], 2011). Os critérios de normalidade deste rastreio são: uma diferença de resultados entre os membros inferiores e superiores não superiores a 3% e pelo menos um dos membros apresentar uma saturação de oxigénio superior a 95%. Foi detetado, durante o estágio, o caso de um RN que, embora obtivesse valores normais no exame de rastreio de cardiopatia congénita, apresentava uma cianose peri bucal marcada às 48 horas de vida. As intervenções de enfermagem perante este caso foram: colocar o RN sob uma fonte de calor, contactar o pediatra de serviço, tranquilizar a mãe do RN e monitorizar as saturações de oxigénio nos membros superiores e inferiores. A cianose perioral regrediu com as intervenções supracitadas e o RN apresentou saturações adequadas, não tendo sido necessária a administração de oxigénio. Após avaliação pelo pediatra, o RN foi mantido aquecido e a vigilância da cianose perioral mantida, particularmente durante as mamadas. A vigilância dos sinais de icterícia foram realizadas em todos os turnos e o casal foi envolvido nas atividades.

Nos casais que já tinham filhos foi identificado o Risco de Ciúme do Irmão/Irmã e foram planeados cuidados de forma a facilitar a adaptação do irmão mais velho ao mais recente membro da família. Assim, na primeira visita à mãe e ao RN é frequente os irmãos mais velhos observarem e demonstrarem vontade de tocar-lhes nos membros ou até pegar neles. Segundo Kramer e Ramsburg (2002), crianças mais novas (1 a 6 anos) e os primogénitos tendem a reagir de forma mais negativa ao nascimento de um irmão do que crianças que já se encontram na terceira infância (6 a 12 anos). Os filhos mais velhos não devem ser incentivados a tocar, pegar ou prestar cuidados ao irmão mais novo, a não ser que demonstrem vontade de o fazer. O casal foi aconselhado a elogiar o filho mais velho, dar-lhe determinadas regalias pelo novo estatuto de irmão (como deitar-se mais tarde, ir com os pais a locais que o RN não pode ir ou até dar-lhe um presente) e dedicar-lhe toda a atenção durante a sua visita. Assim, os melhores momentos para a realização da visita são aqueles em que os pais não estão a prestar cuidados ao RN e podem receber o filho mais velho com expectativa. Também foram informados que, durante os primeiros meses, deveriam tentar dentro das suas possibilidades, manter a rotina do filho

mais velho, não procedendo a grandes mudanças como: o ingresso no infantário ou mudanças no espaço como o quarto ou os brinquedos (Gonzalez, 1998; Hockenberry, 2006).

A ligação dos pais com os seus filhos não surge de forma abrupta, apresentando-se como o resultado de uma construção progressiva. Um dos focos de enfermagem considerado foi a avaliação diagnóstica e intervenção diferenciada no âmbito da Ligação Mãe/Pai-filho. Esta ligação tem início, muitas vezes, com a confirmação da gravidez e desenvolve-se ao longo dos meses subsequentes. Segundo Rubin (1975), a ligação mãe-filho após o parto é uma consequência do processo que foi sendo estabelecido durante o período gravídico, tendo vários autores confirmado essa mesma relação (Galvão [et al.], 2009; Piccini [et al.], 2009). Outros fatores podem também interferir no desenvolvimento da ligação entre os pais e os seus filhos. Segundo Relvas e Lourenço (2001), as mulheres que mantêm uma relação de grande proximidade com as suas mães e que têm um bom suporte social e conjugal estabelecem um melhor vínculo com os seus filhos. Mendes (2002) provou que não existem diferenças significativas na ligação mãe-filho em mães mais novas ou adolescentes, revelando que a ligação se desenvolve da mesma forma que nas mulheres mais velhas.

Como futuros EESMOS consideramos importante ter presentes os indicadores de ligação mãe/pai-filho que demonstram efetividade no estabelecimento da relação. Assim, estes dados contribuirão decisivamente para o desenvolvimento de diagnósticos e planeamento de cuidados diferenciados com base nas necessidades do casal. Segundo a NOC (2000), estamos perante um processo de ligação efetiva quando o casal: sorri para o RN e emite sons comunicando com ele, usam o contacto face a face, sorriem e atribuem-lhe características positivas, elogiam e verbalizam sentimento positivos em relação ao RN, brincam e interagem com ele, mantêm-no confortável, bem alimentado e seguro, tocam, massajam e tentam consolar o seu choro. Também os pais que demonstram vontade em visitar e estar próximos do filho, que se encontra internado em unidades de neonatologia, demonstram indicadores de ligação efetivos encontrados em vários casais cuidados em estágio. No entanto, o desenvolvimento de ligação com os RN internados nestas unidades envolve

um processo de luto do filho imaginado (Wigert, Johansson e Berg-Hellström, 2006). Segundo Klaus e Kennell (1993), estas mães só se sentem verdadeiramente próximas do RN quando os alimentam já em casa. Assim, e nos casos em que não é possível pegar no RN, os pais devem ser incentivados a interagir com os seus filhos (Machado, 2006). Um estudo realizado no final do século XX mostrou que para algumas mães o facto de poderem pegar no seu RN internado e colocarem-no sobre o seu peito fazia com que essas fossem as melhores horas do seu dia (Munck, 1995).

Ao longo do internamento foram promovidas as vantagens do toque e da massagem para o RN e para o desenvolvimento de ligação na díade Mãe/pai-filho. Assim, aos casais interessados, foram ensinadas e instruídas técnicas de massagem infantil, realizadas preferencialmente durante o período da noite. A realização da massagem infantil apresenta-se como uma forma de descoberta entre os pais e o bebé e que potencia o desenvolvimento de ligação na tríade. As vantagens da massagem passam pela otimização da ligação e do desenvolvimento físico, cognitivo (maior maturação da função cerebral) e comportamental do RN (Mcgrath, Thillet e Cleave, 2007; Jing [et al.], 2007; Guzzetta [et al.], 2009). Uma revisão recente da Cochrane também demonstra os efeitos benéficos da massagem no sono, choro e interação do RN (Underdown [et al.], 2009).

A amamentação é um dos processos que também poderá contribuir positivamente para o desenvolvimento da ligação mãe-filho. Este processo constituiu-se como um dos principais desafios com os quais as recentes mães se deparam após o nascimento dos seus filhos. A grande maioria das utentes, com as quais contactamos em estágio, e que dispunham de experiências anteriores de amamentação, classificavam-nas como negativas ou de insucesso. As razões apontadas para desfechos menos positivos associados às suas experiências de amamentação anteriores baseavam-se nos seguintes pressupostos: a produção de leite insuficiente, má qualidade do leite produzido, recusa da mama por parte do RN, lesões do mamilo decorrentes de uma pega inadequada ou choro persistente do RN entendido como sinal de fome. Nestes casos, o planeamento de cuidados para estes casais deve contemplar a implementação de intervenções de enfermagem que desmistificam e clarificam muitas das crenças associadas à

amamentação. O fornecimento de informação sobre a amamentação, o diálogo com o casal sobre o mecanismo de produção de leite, as características nutricionais do leite, a importância da realização de uma pega adequada e os benefícios da ingestão do leite materno para o RN, foram fundamentais para a consecução dos objetivos propostos. Assim, o fornecimento de material de leitura que confirma todas as informações apresentadas ao casal foi importante para o melhor esclarecimento sobre o tema.

Durante as primeiras experiências de amamentação a presença do EESMO é importante de forma a ajudar os recentes pais a estabelecerem uma mamada eficaz e a compreenderem de que forma é possível aplicarem os conhecimentos que detêm sobre o processo de amamentação. Assim, foi fundamental assistir na amamentação nomeadamente: posicionamento da mãe e do RN, identificação dos sinais que indicam uma pega adequada, forma de interromper a mamada para corrigir a pega do RN, os sinais de fome e de saciedade, os critérios para a escolha da mama em cada mamada, o intervalo e a duração das mamadas, características nutricionais e tipos de leite produzido, estratégias que podem ser usadas para a prevenção da maceração e mecanismo de produção e ejeção de leite.

Ao longo do estágio, foi também possível intervir junto dos casais no âmbito das competências específicas da amamentação de gémeos. Foi desenvolvido um panfleto com informações úteis tais como: a posição a adotar, os critérios para a escolha e a atribuição de mama e as competências no âmbito do papel parental em casos de gémeos. Foram também enviados por correio eletrónico, para cada casal cuidado, vídeos onde mulheres que amamentaram gémeos relatam a sua experiência. Segundo Cowan e Cowan (2000), no âmbito da transição para a parentalidade, é particularmente útil o suporte que é prestado por pares, principalmente outros novos pais. Segundo Wilkins (2006), este suporte inclui não só informação sobre os cuidados prestados ao bebé como a validação da normalidade das suas experiências e emoções vividas. Contudo, também o suporte formal prestado pelos profissionais da saúde constitui-se como um fator facilitador desta transição (Rodrigues [et al.], 2007).

De todos os casos com os quais tivemos oportunidade de contactar no decorrer do estágio apenas num não foi possível dar continuidade ao processo de amamentação. Embora a utente se encontrasse altamente motivada para amamentar, após as primeiras 24 horas de vida do RN, apresentava uma maceração significativa que lhe provocava dor, quer durante a amamentação, com ou sem mamilo de silicone, quer durante as tentativas de extração de leite. Assim, foi implementado um plano de cuidados, no âmbito do Papel Parental, no sentido de potenciar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades para a preparação e administração de leite artificial.

A gestão dos primeiros episódios de choro do RN tornou-se igualmente desafiante para os novos pais. A evidência científica demonstra a existência de três tipos de choro, que estão presentes desde o nascimento e durante o primeiro mês de vida, apresentando especificidades próprias que podem ajudar os pais na sua interpretação (Branco [et al.], 2006). O choro de fome, que se apresenta como um sinal tardio, e é acompanhado frequentemente de movimentações laterais da cabeça, boca ligeiramente aberta e movimento de elevação da mão à boca. O choro de desconforto apresenta características diferentes, identificáveis através de sinais como a testa franzida, tensão ao nível dos membros e momentos de grande intensidade. Este choro pode indicar desconforto que pode ser devido à temperatura corporal (sensação de frio ou sobreaquecimento), à presença de fralda suja ou até mesmo desconforto abdominal pela eliminação de gases. O choro de dor é talvez o de mais fácil distinção uma vez que, neste tipo de choro, o fâcies do RN é cerrado podendo apresentar flexão dos membros inferiores e superiores, choro alto, agudo e de duração variável, que não cessa quando pegado ao colo. O choro de dor pode acontecer por cólica e neste tipo específico de dor o RN poderá apresentar, para além dos sinais distensão abdominal, agitação e irritabilidade (Brazelton e Sparrow, 2003).

Segundo Smith, instrutora da *Dustan Baby Language* (2013), é possível identificar a origem do choro do bebé com recurso ao som produzido. Para os três tipos de choro presentes ao longo do primeiro mês de vida, a autora identifica o choro de fome com o som *Neh*, o choro de dor

com *Eairh* e o de desconforto *Heh*. Ao longo do estágio tivemos oportunidade de identificar e ajudar os casais na identificação e gestão dos diferentes tipos de choro do RN.

Perante o choro de dor ou de desconforto, quando verificadas a fralda, a temperatura e a roupa do RN, a maioria dos casais apresentava como estratégia para gestão do choro a utilização da chupeta. A introdução da chupeta durante o internamento foi desaconselhada, na maioria dos casais cuidados, para promover o melhor estabelecimento do processo de amamentação. Contudo, foi aconselhada a todos os casais a sua introdução a partir do primeiro mês de vida pelo fator protetor associado ao SMSL. Assim, no decorrer do internamento foram implementadas intervenções com o objetivo de promover o desenvolvimento de conhecimentos sobre os diferentes tipos de choro no RN assim como capacitar o casal para a utilização de estratégias eficazes para a gestão da dor e do desconforto do RN. Os casais foram informados sobre a técnica dos 5 S's (Karp, 2007), a massagem infantil e o banho como forma de relaxamento que tiveram oportunidade de treinar durante o internamento com ajuda e supervisão.

Nas horas que antecederiam a alta hospitalar os casais foram informados sobre os recursos existentes na comunidade para o acompanhamento da mulher e do RN. As Unidades de Saúde Familiar disponibilizam o acompanhamento em consultas médicas e de enfermagem ao RN que tem como principais objetivos: atuar no sentido de avaliar e promover o adequado desenvolvimento infantil, constituindo-se como um importante recurso para os pais durante os primeiros meses de vida dos seus filhos. Os casais foram aconselhados à realização do diagnóstico precoce no RN, que deve ser efetuado entre o 3º e o 6º dia de vida e que é disponibilizado por estas unidades nos locais de residência. Foram ainda informados sobre a pertinência do exame, as doenças rastreadas e a forma de realização. Os casais também foram informados que até às 6 semanas pós-parto deve ser realizada uma consulta de revisão de puerpério que tem como objetivo a avaliação do bem-estar físico e emocional da mulher após o parto. Nessa consulta são realizadas avaliações importantes como o exame clínico e ginecológico, exame da mama, colpocitologia e planeamento da contraceção. Os principais objetivos associados à consulta

são a identificação de possíveis complicações físicas e psíquicas após o parto (Santos, 2010).

Após a alta, todos os RN foram transportados do serviço com cadeira de transporte adequada ao peso e à idade. Neste âmbito do foco Papel Parental o casal foi informado que os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade infantil em Portugal. Quando os RN são transportados em automóvel a utilização de sistemas de retenção adequados contribui para a diminuição de lesões em caso de acidente (Martins [et al.], 2007). Foi verificado, em todas as famílias cuidadas, se os equipamentos cumpriam as normas estabelecidas pela APSI, etiqueta E com código começado por 03 ou 04 que significa que a cadeira foi testada e aprovada de acordo com as normas de segurança mais recentes. Apenas as cadeiras que seguem o regulamento 44 ECE/UN cumprem todas as normas de segurança (DGS, 2010; APSI, 2014). O casal foi instruído sobre a colocação do RN na cadeira de transporte, colocação dos cintos de segurança, estratégias de verificação sobre a adequação dos cintos, colocação da cadeira no carro, estratégias para a observação do RN e a verificação do funcionamento de airbags dianteiros e traseiros.

O EESMO assume um papel de destaque no acompanhamento das famílias durante o processo de transição para a parentalidade. No seu exercício profissional, pela proximidade e competências que possui, encontra-se numa posição privilegiada para identificar necessidades, planear e implementar cuidados que promovam uma adequada transição e vivência dos projetos de vida individuais e familiares. Cabe ao EESMO ajudar o casal a desenvolver conhecimento e competências que lhes permitam desenvolver identidades parentais conducentes com as expectativas criadas, contribuindo assim para uma adequada assunção de papéis e vivência satisfatória da parentalidade.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A realização deste estágio de cariz profissionalizante proporcionou-nos uma importante oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Cuidar em Saúde Materna e Obstetrícia exige dos profissionais um grande domínio de conhecimentos e competências que lhes permite acompanhar os casais numa das mais importantes transições do seu ciclo vital. O EESMO tem uma vasta área de atuação que vai desde: a implementação dos cuidados no acompanhamento da gravidez e gravidez de risco; preparação dos casais para a vivência da gravidez e parentalidade; o acompanhamento dos casais na preparação para o seu parto, criando expectativas realistas e construindo com eles o seu plano de parto; o cuidado ao casal durante o TP, experiência e parto e pós-parto imediato; o cuidado ao casal e ao RN durante os primeiros dias, ainda em ambiente hospitalar, e depois na comunidade até aos 28 dias do RN. Durante todo este processo, devemos ser capazes de identificar fatores ou dados que nos permitam compreender algum desvio ao processo fisiológico e referenciar esses casos, para que as pessoas, alvo dos nossos cuidados, recebam a devida assistência.

A prática baseada em evidência, ao longo do estágio, foi uma constante que muito frequentemente se constituiu como fonte de discussão nos contextos da prática clínica. Consideramos estas experiências uma oportunidade de reflexão em equipa que visam a promoção de cuidados cada vez mais eficazes e fundamentados cientificamente. Ao longo deste percurso como estudante, todas as práticas foram problematizadas e refletidas e o presente relatório evidencia essa abordagem. A nossa prática deve refletir a busca pela melhor evidência e a reflexão conjunta da equipa

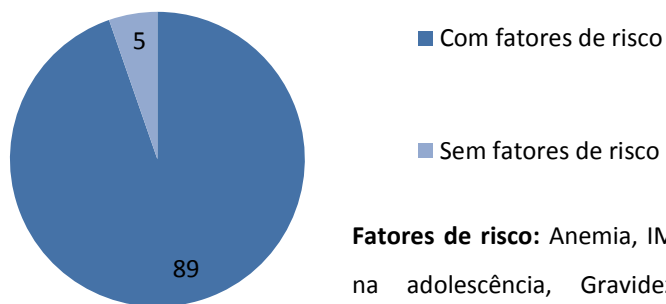
de profissionais. Estas constituem-se como o caminho para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência e para a uniformização das práticas, criando a cada dia uma Enfermagem mais significativa para as pessoas.

Os objetivos associados à realização do estágio visam a consecução do percurso formativo de Mestrado e o desenvolvimento de competências do EESMO presentes no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica publicado pela OE. O desenvolvimento dos conhecimentos e competências do EESMO, ao longo de dois anos de formação, preconiza o atingimento do número de experiências mínimo, publicado em Diário da República no Decreto Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para o direito interno a Diretiva Comunitária, que poderá conduzir à atribuição do título de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, o número de experiências exigido para a conclusão do percurso formativo, segue as normas publicadas em diretivas europeias que possibilitam a equidade entre percursos formativos e o exercício profissional destes profissionais em países pertencentes à Comunidade Europeia, desde que inscritos nas respetivas Ordens Profissionais. Para que isso seja possível, o estudante, ao longo do seu percurso deverá realizar: o acompanhamento de 100 grávidas, a prestação de cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos desde que o estudante participe em mais 20 partos distócicos; participação em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula, prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a 40 mulheres, durante ou depois do parto, em situação de risco; vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis, observação e prestação de cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

Não foi possível a realização de parto com apresentações fetais pélvicas, sendo o estudo, a simulação e o procedimento realizado em sala de aula, no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto, no 1º ano do MESMO.

As seguintes figuras 2, 3 e 4 apresentam os dados referentes aos utentes cuidados ao longo do estágio realizado.

GRÁFICO1: Grávidas cuidadas ao longo do estágio



Fatores de risco: Anemia, IMA, Gravidez na adolescência, Gravidez Gemelar, Diabetes Gestacional ou prévia, ITU, Hiperémese gravídica, RCIU, APPT, Consumo de substâncias e Hemorragias.

GRÁFICO 2: Puérperas e RN cuidados durante o estágio

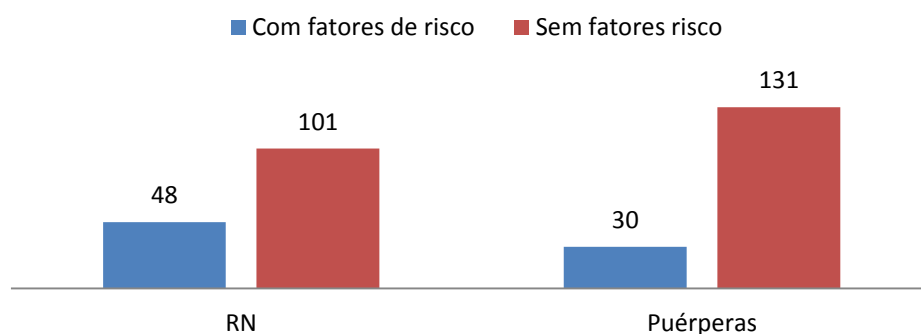
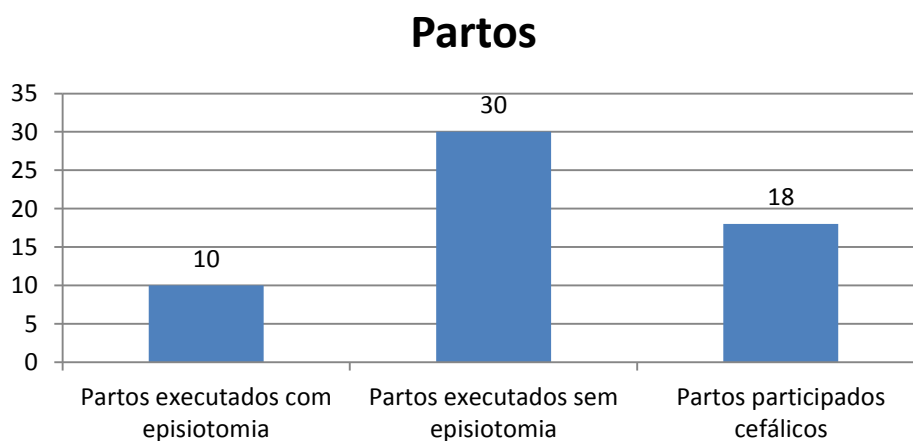


GRÁFICO 3: Parturientes cuidadas durante o estágio



3. A INFLUÊNCIA NA AMAMENTAÇÃO DA INTRODUÇÃO DA CHUPETA NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática relacionada com a prática clínica do EESMO. Assim, consideramos indispensável à atuação, neste domínio específico da prática, a busca pela melhor e mais atual evidência científica produzida.

No período após o parto várias são as descobertas que os pais experienciam. Com o passar das horas vão conhecendo melhor o novo membro da família e tentam prestar os cuidados que consideram mais adequados para assegurar o bem-estar do RN, nas mais diversas áreas do cuidado parental. O uso da chupeta encontra-se enraizado na nossa cultura e é frequentemente uma parte do enxoval do bebé, quer adquirido pelos pais quer incentivado pela família (Jenik e Vain, 2009). Atualmente, várias são as vantagens e desvantagens estudadas e associadas à utilização da chupeta nos RN.

Uma grande parte das instituições portuguesas estão atualmente inseridas ou propostas para a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés da UNICEF. Esta iniciativa, de forma a garantir o sucesso da amamentação, defende um conjunto de normas orientadoras da boa prática, entre elas, o desaconselhamento da utilização de chupeta ou tetinas, visto estas, estarem associadas a um comprometimento do processo de amamentação.

Com a realização deste trabalho pretende-se compreender se a introdução da chupeta, durante o primeiro mês de vida, nos RN pode influenciar, de forma independente, o processo de amamentação, mais concretamente a sua duração. Caso seja confirmada a relação entre ambas as variáveis pretendemos refletir sobre qual o mecanismo que faz com que,

após a introdução da chupeta, haja maior probabilidade de desmamar precocemente³.

Para a consecução dos objetivos propostos foi realizada uma revisão integrativa da literatura contendo estudos sobre o tema, publicados entre 2008 e 2014 e indexados às bases de dados no âmbito das ciências da saúde.

A partir da análise dos estudos incluídos compreendemos que embora este seja um tema amplamente conhecido e despertador de interesse para a comunidade científica ainda não é possível o estabelecimento de conclusões seguras. Com a avaliação da evidência científica produzida até ao momento parece existir uma relação entre a introdução da chupeta e a amamentação, que cursa com a diminuição da duração da mesma.

A realização de estudos que pretendem avaliar o papel da introdução da chupeta, antes do estabelecimento do processo de amamentação, apresenta dilemas éticos aos seus investigadores que dificultam a sua realização. Contudo, alguns estudos incluídos nesta revisão que analisam dados referentes à introdução da chupeta, antes do estabelecimento da amamentação, não mostram diferenças significativas na duração da amamentação comparativamente com os RN nos quais a introdução da chupeta foi adiada até ao seu estabelecimento desse processo.

Este facto pode suscitar a identificação de algumas questões. Será que a *confusão dos bicos* explica os resultados de insucesso do processo de amamentação relacionado com a utilização de chupeta no RN? Existirão outros fatores relacionados com a mulher ou o RN que podem predizer o insucesso do processo de amamentação quando a chupeta é utilizada? Existirão outras teorias explicativas, para além da anatomofisiologia, que podem ajudar a compreender a relação entre a utilização de chupeta e o insucesso no processo de amamentação? A presente Revisão Interativa da Literatura não encontra respostas para todas estas questões com as quais nos deparamos, contudo identifica a necessidade de um estudo mais aprofundado da temática na tentativa de compreensão do fenómeno.

³ Desmame precoce- caracteriza-se pela interrupção da amamentação exclusiva, antes do bebé ter completado 6 meses de vida, independentemente da decisão ser materna ou não e do motivo da interrupção (Cabral et Campestrini, 2010).

Atualmente, a heterogeneidade metodológica associada ao estudo deste fenómeno, assim como a escassez de estudos de elevada evidência científica dificultam a interpretação dos dados e o estabelecimento de conclusões seguras.

Com a realização desta investigação é possível compreender a importância da prática baseada na evidência no dia-a-dia dos profissionais da saúde que acompanham e auxiliam a tomada de decisão dos pais.

3.1 Introdução do Problema em Estudo

Os benefícios da amamentação, tanto para as mães como para os seus bebés, são amplamente conhecidos. Os estudos realizados em Portugal identificam uma alta incidência do aleitamento materno mostrando que mais de 90% das mulheres dão início a este processo no internamento hospitalar, após o parto (Lozano de la Torre [et al.], 2011; Levy e Bértolo, 2012).

No final da década de 80 a UNICEF e a OMS alertam para a necessidade de evitar a introdução e o uso da chupeta nos bebés amamentados. O uso da chupeta encontra-se enraizado na nossa cultura como uma das formas mais eficazes para acalmar o bebé, ajudando-o a adormecer, e uma das mais importantes formas de alívio da dor e desconforto (Carbajal [et al.], 2003). Para além disso, está provado que a prevalência da SMSL, fonte de preocupação dos pais e profissionais da saúde, e cujos sinais de aparecimento são indetetáveis, é diminuída entre os bebés que utilizam a chupeta para dormir. Assim, num estudo desenvolvido em 2005, a AAP recomenda a utilização da chupeta por todos os RN amamentados a partir do primeiro mês de vida durante os períodos de sono do bebé. A SMSL ocorre em 90% dos casos até aos primeiros seis meses de vida, sendo o pico máximo de ocorrências entre os 2 e 4 meses. Segundo os dados documentados até ao presente, a ocorrência desta síndrome, durante o período neonatal, é pouco frequente (AAP, 2005).

Com a clara evidência emergente, sobre os benefícios da utilização da chupeta e os inconsistentes resultados que demonstram que a sua utilização influencia negativamente o processo de amamentação, vários têm sido os estudos realizados na tentativa de compreender e clarificar esta temática. O debate sobre os benefícios e os malefícios associados à introdução precoce e utilização da chupeta está envolto ainda em grande controvérsia mesmo entre os profissionais da saúde que diariamente contactam e aconselham os pais (Castilho e Rocha, 2009).

Atualmente, um grande número de hospitais Portugueses apresenta as suas candidaturas à Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés da Unicef. Uma das medidas desta iniciativa recomenda a não introdução de chupeta ao RN enquanto a amamentação não estiver bem estabelecida. Estima-se que o estabelecimento da amamentação seja possível durante as primeiras semanas após o parto (Jenik [et al.], 2009). A medida acima referida, constitui-se como um dos 10 passos para o Sucesso da Amamentação que atualmente vigora nas linhas orientadoras da iniciativa mundial Hospital Amigo dos Bebés. Esta medida tem gerado controvérsia uma vez que, por um lado existem dados que relacionam a introdução de chupeta com a diminuição da duração e exclusividade da amamentação. Por outro lado, existem estudos que contrariam estes resultados e relacionam a duração da amamentação com vários outros fatores nomeadamente: a motivação para a amamentar, a confiança na amamentação, as dificuldades decorrentes desse processo e a amamentação precoce após o nascimento (Kronborg, 2004; Righard, 1998).

Diariamente em estágio, os pais questionaram os profissionais da saúde que os acompanhavam sobre as consequências da introdução da chupeta no processo de amamentação. O facto de não existir ainda consenso na produção científica produzida sobre o tema e de não existir uma explicação que clarifique, de forma inequívoca, de que forma a chupeta conduz ao desmame precoce fez com que os membros da equipa de cuidados discutissem e refletissem sobre o assunto ao longo do estágio. Também não está definido, na produção científica, o momento em que há o estabelecimento da amamentação, entendendo-se este como um fenómeno gradual e temporalmente diferente em cada díade (Mãe-RN). Assim,

recomendamos a não introdução da chupeta até que fosse percebido pela mulher o estabelecimento do processo de amamentação. Nestes casos, foram desenvolvidos planejamentos de cuidados que promoveram o desenvolvimento de competências parentais sobre a utilização de estratégias para proporcionar bem-estar ao bebê e a ativação do reflexo de calma (Karp, 2002).

Torna-se necessário compreender se a diminuição da duração e exclusividade da amamentação estão diretamente relacionados com a introdução da chupeta no primeiro mês de vida ou se, por outro lado, existirão outros fatores envolvidos. Percebe-se que estudar as implicações para a amamentação decorrentes da introdução da chupeta nos RN poderá contribuir para uma prática do EESMO cada vez mais fundamentada, que contribui para um melhor esclarecimento dos casais e para tomadas de decisão mais informadas neste domínio da parentalidade.

3.2 Método de Investigação

No sentido de alcançar os objetivos propostos e compreender qual a influência da introdução da chupeta no processo de amamentação dos RN foi desenvolvido um trabalho de investigação de natureza qualitativa. De entre as opções possíveis foi decidida a realização de uma revisão integrativa da literatura por se considerar um método onde é possível analisar o conhecimento científico já construído, em pesquisas anteriores, possibilitando assim uma compreensão mais abrangente sobre o fenómeno em estudo. Com a sua realização é possível a produção de novo conhecimento (Broome, 2006). A revisão integrativa incorpora diferentes metodologias na sua análise. Assim é possível uma apresentação do estado da arte e pela sistematização dos dados dar uma importante contribuição para a construção de novas teorias explicativas (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Benefield, 2003; Polit e Beck, 2006). Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), este tipo de estudo permite ao investigador aproximar-se da problemática que deseja conhecer, compreender a evolução do

conhecimento sobre o tema e identificar as oportunidades de pesquisa que poderão acrescentar importantes contributos para a sua compreensão. Para os mesmos autores, este tipo de estudo deve obedecer a uma metodologia específica e bem delineada constituída por seis etapas. A primeira destas etapas diz respeito à identificação do tema, seleção da questão de pesquisa, definição de estratégias de pesquisa e definição dos descritores e bases de dados a utilizar (Silveira, 2005; Broome, 2006).

Segundo Savi e Silva (2009), a estratégia de pesquisa deve ter uma relação direta com o tempo para a realização do projeto de investigação e com a questão de pesquisa proposta. Quando o objetivo é sistematizar toda a informação existente, deve ser realizada uma busca mais alargada com o recurso a descritores mais amplos. Este tipo de investigação requer mais tempo e contribuirá para uma compreensão do fenómeno mais alargada. No entanto, quando o objetivo passa pela resposta à pergunta utilizando um número limitado de estudos, de maior nível de evidência científica, a utilização de um limitador temporal poderá ser um recurso importante. Nesta investigação foi escolhida a segunda estratégia de pesquisa com a imposição de um limitador temporal. Compreendemos que desta forma podemos perder o acesso a dados relevantes para a compreensão do fenómeno, no entanto, é possível sintetizar a atual evidência científica produzida de forma a obtermos a resposta à nossa questão de investigação.

Assim, para a investigação no âmbito da prática baseada em evidência, Akobeng (2005), sugere que a pergunta de pesquisa seja desenvolvida segundo a estratégia PICO. Assim, a nossa população em estudo são as díades mulher-RN que se encontram em processo de amamentação e a intervenção que pretendemos estudar é a introdução da chupeta no RN durante o primeiro mês de vida. Os resultados que pretendemos atingir são conhecer qual a consequência da intervenção na duração da amamentação, comparando os dados desses RN com os de outros nos quais a chupeta não foi introduzida. Tendo em conta os dados acima referidos, foi proposta a seguinte questão: Será que a introdução da chupeta no RN influencia a duração da amamentação?.

No sentido de dar resposta à pergunta de investigação foram identificados os seguintes descritores MeSH: breastfeeding, pacifier e

duration. As bases de dados onde foi realizada a pesquisa foram: MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, SPORTDiscus with Full Text, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Science & Technology Abstracts, ERIC, Business Source Complete, CINAHL Complete, SCIELO e PUBMED.

A etapa seguinte define a importância do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que poderão ser relevantes para integração dos estudos, posterior análise dos dados e estabelecimento de conclusões. Assim, estes critérios devem ser claros e objetivos. Nesta investigação os critérios de inclusão definidos foram: estudos indexados às bases de dados anteriormente referidas, aos quais é possível o acesso ao texto integral, estudos escritos em inglês, espanhol e português, preferencialmente experimentais de elevada evidência científica (estudos randomizados controlados e estudos de coorte) mas também revisões sistemáticas da literatura (com ou sem meta-análise), estudos publicados nos últimos 6 anos, estudos sobre o tema que contêm os descritores breastfeeding, pacifier e duration no seu resumo, abstrato ou título, estudos onde a introdução da chupeta no RN ocorreu durante o seu primeiro mês de vida e estudos envolvendo amostras compostas por mulheres e RN saudáveis e RN de gravidezes unifetais. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, artigos sem resumo, artigos sem referência à relação entre a introdução da chupeta e a duração da amamentação, artigos escritos em outras línguas exceto as três definidas para inclusão, artigos que incluam nas amostragens RN com anomalias congénitas ou problemas de saúde da mulher e/ou RN impeditivos do sucesso do processo de amamentação.

A terceira etapa remete-nos para a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados. Nesta fase, deverá existir uma leitura dos resumos, dos títulos das publicações e das palavras-chave utilizadas. A quarta etapa para a realização da revisão integrativa pressupõe a categorização dos estudos selecionados pela realização de uma análise

crítico-reflexiva dos artigos e a elaboração de uma síntese, que pode ser feita com recurso a um quadro. Por último, deverá ser desenvolvido um documento que descreva detalhadamente todo o processo de investigação e apresente propostas para a realização de estudos futuros nesse domínio da investigação científica (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

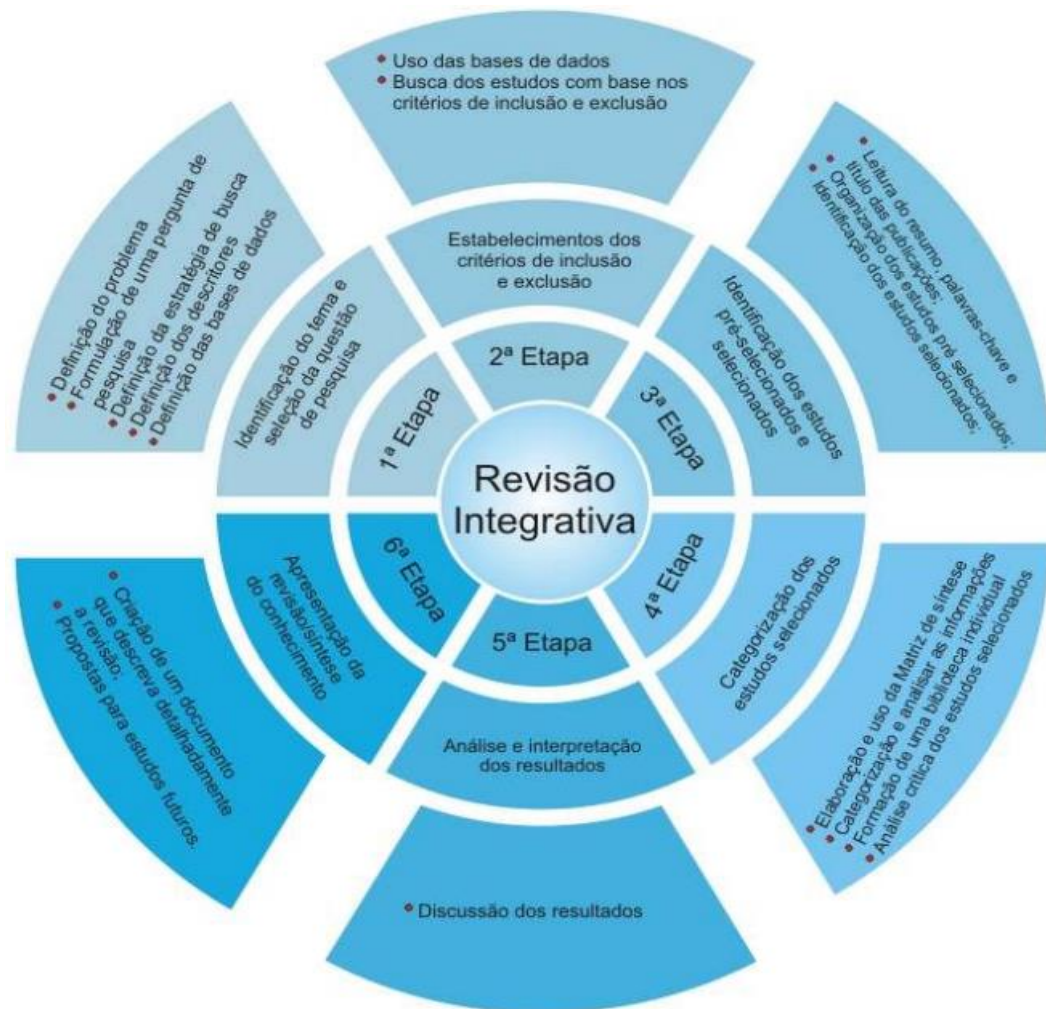


FIGURA 1: Processo da Revisão Integrativa (Botelho, Cunha e Macedo, 2011)

3.3 Resultados

A pesquisa efetuada nas bases de dados Ebscohost com os descritores Breastfeeding e Pacifier resultaram em 180 artigos, depois da delimitação temporal (2008-2014) restaram 85 artigos. Após a análise do título e do

resumo destes artigos foram pré-selecionados 12 estudos para leitura integral, dos quais apenas seis integram o estudo, selecionados pelo nível de evidência superior aos restantes. Na pesquisa efetuada na base de dados SCIELO com os mesmos descritores foram identificados 65 resultados, que após leitura do título e resumo destes estudos foram selecionados 4 para leitura integral e posteriormente integração no estudo. Na pesquisa na Pubmed houve a necessidade de utilizar os três descritores como forma de restringir os resultados, visto que a pesquisa com apenas dois deles obtinha um vasto número de estudos não relacionados com a temática em estudo. Foram assim utilizados os seguintes descritores Breastfeeding, duration e pacifier que resultou em 118 artigos, após a delimitação temporal restaram 52 artigos. Desses, após a leitura do resumo e título foram selecionados 13 artigos para leitura integral e desses selecionados seis. Foram excluídos cinco estudos repetidos e escolhidos os que apresentavam maior evidência científica. Procedeu-se à seleção de 11 artigos para integração no estudo: quatro estudos de coorte, dois estudos randomizados controlados, duas revisões sistemáticas da literatura com meta-análise e três revisões sistemáticas da literatura sem meta-análise.

Os artigos analisados nesta revisão integrativa da literatura foram inseridos numa tabela onde constam as seguintes informações: autores, ano de publicação do estudo, país, fontes, objetivo do estudo, metodologia, conclusões e nível de evidência.

O nível de evidência científica foi definido pela pirâmide de evidências de Suny (2001) na qual as revisões sistemáticas da literatura (com ou sem meta-análise) e os ensaios clínicos randomizados controlados apresentam-se como os estudos de maior relevo científico. Segundo Rodrigues (2000), estes dois tipos de estudo são os que apresentam a informação mais relevante no domínio da prática clínica e que mais contribuem para a tomada de decisão. Embora as revisões sistemáticas sejam consideradas fontes secundárias de dados, utilizam um método rigoroso de análise, classificação e categorização dos estudos sobre o tema, com o objetivo de evitar vieses (Atallah e Castro, 1998). No entanto, Rother (2007) considera que as revisões sistemáticas também devem ser consideradas fontes originais de dados pois, tal como os estudos primários,

são elaborados com rigor metodológico e tornam-se fontes de dados preferenciais sobre um determinado tema. A metodologia utilizada para a realização de uma revisão sistemática pode ser encontrada nas publicações Cochrane Handbook (Clarke e Oxman, 2000; Rother, 2007), produzida pela colaboração Cochrane. Também podemos encontrar a metodologia para a sua elaboração no CDR Report, produzido pelo NHS Centre for Review and Dissemination (Khan [et al.], 2000; Rother, 2007).

Tabela 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Autor (Ano)	Publicação País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	Nível Evidencia
1. Jenik [et al.], 2009.	The Journal of Pediatrics Argentina	Avaliar se a introdução da chupeta depois da amamentação estar bem estabelecida reduz a prevalência ou duração da amamentação.	Ensaio Randomizado e Controlado, Multicêntrico, duplamente cego e de non-inferiority. Foram selecionadas para participar no estudo mães muito motivadas para amamentar cujos RN recuperaram o peso de nascimento aos 15 dias de vida. Foi possível o contacto com as famílias pela inclusão de 5 hospitais em estudo, 2 deles pertencentes à Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Todas as mulheres foram instruídas a não introduzir a chupeta até aos 15 dias de vida do bebé. Apenas foram incluídas mulheres cujos RN tinham pelo menos 37 semanas de gestação completas ao nascimento e peso mínimo de 2500kg, exclusivamente amamentados e com intenção para amamentar pelo menos 3 meses. Todas as mães foram contactadas para a participação no estudo duas semanas após o nascimento do bebé onde foram atribuídas a um grupo aleatoriamente. Foram critérios de exclusão: mulheres que aos 15 dias de vida dos RN referiam persistentemente dor/maceração no mamilo, cirurgia mamária recente, mamilos invertidos ou rasos e mulheres que demonstraram preferência por pertencer a um dos grupos. O grupo que introduzia a chupeta recebeu uma caixa com 6 chupetas de silicone (não vendidas na argentina) e um manual sobre a introdução da chupeta. Os casais foram informados que poderiam introduzir outro tipo de chupeta da sua preferência. O grupo que não oferecia a chupeta recebeu um manual de estratégias de consolo do choro do bebé. As mães participantes foram entrevistadas nos meses 1,2,3,4,5,6,8,10 e 12. A amostra de pessoas, que constituem os dois grupos, tem características homogêneas.	A principal conclusão é a prevalência da amamentação e da amamentação exclusiva aos 3 meses de vida. As conclusões secundárias são a prevalência de amamentação nas diferentes idades e a duração de amamentação e da amamentação exclusiva. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas taxas de amamentação exclusiva aos 3 meses entre o grupo que introduziu a chupeta (85,8%) e o grupo que não introduziu a chupeta (86,2%). Durante os primeiros 4 meses a prevalência da amamentação exclusiva foi superior a 75% nos dois grupos. Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à duração da amamentação. Não foram observadas diferenças significativas quando avaliados os dados referentes a hospitais públicos e privados. A recomendação de dar a chupeta após a amamentação estar bem estabelecida não influencia a prevalência e duração da amamentação comparativamente com os casos em que a chupeta não é introduzida.	II
2. O'Connor [et al.], 2009.	American Medical Association US, Virginia.	Reunir a melhor evidência científica atual que corelacione a utilização de chupeta pelo RN com o processo de amamentação.	Revisão Sistemática sem meta-análise. Foram selecionados para análise os seguintes estudos experimentais: 4 RCT, 20 estudos de coorte e 5 estudos transversais. Os critérios de inclusão dos artigos foram: escritos em língua inglesa, contendo os ter	Quatro RCT não revelaram diferenças nos resultados obtidos com diferentes intervenções como (usar chupeta durante aleitamento, usar chupeta em qualquer altura após o parto, iniciativas de educação parental para a não utilização de chupeta, e a Iniciativa Hospital Amigos dos bebês). Os estudos que evidenciam uma relação entre a variável utilização de chupeta e a exclusividade e/ou duração da	I

			pacifier/dummy/soother e breastfeeding. Só foram incluídos artigos com crianças sem anomalias congênitas. Só foram incluídos os artigos que reportam a associação entre o uso de chupeta e a duração da amamentação, com grupos de comparação claramente identificados contendo crianças saudáveis de termo ou pré-termo e em que pelo menos 70% teve seguimento (RCT e estudos de coorte) ou 50% participação (estudos transversais).	amamentação são observacionais. Os 4 estudos de maior nível de evidência científica não estabelecem relação entre o uso de chupeta e a duração ou exclusividade da amamentação. Os estudos que fazem esta associação remetem para a análise de outros complexos fatores como a intenção de amamentar e as dificuldades na amamentação. Um dos estudos de coorte conclui que a introdução da chupeta poderá ser um indicador de problemas relacionados com a amamentação. Além disso é importante compreender qual a intenção da mulher com a introdução da chupeta. Num estudo de coorte foram encontradas mulheres cujo objetivo era aumentar o tempo entre as mamadas ou diminuir o tempo que o bebê passava a sugar na mama. Sendo assim existem várias influências culturais e sociais a ter em conta na decisão das mães na introdução da chupeta.	
3.Karabulut [et al.], 2009.	The Turkish Journal of Pediatrics Turquia.	Reunir a melhor evidência para compreender se o uso de chupeta aumenta o risco de desmame precoce de RN amamentados exclusivamente antes dos 6 meses de vida ou conduz à cessação da amamentação (exclusiva ou não exclusiva) antes dos 24 meses de idade.	Revisão Sistemática com meta-análise. Foram selecionados para análise 12 artigos onde os RN estudados eram exclusivamente amamentados e 19 artigos onde os RN eram amamentados não exclusivamente.	Foram utilizados modelos de randomização e predeterminados critérios de inclusão para minimizar a possibilidade de viés. O uso de chupeta está associado a redução da duração e exclusividade da amamentação. O uso de chupeta aumenta duas vezes o risco de desmame precoce. Esta diferença é encontrada nos estudos experimentais que comparam os RN que utilizam chupeta com RN que não a utilizam. A explicação apontada para os resultados assenta no pressuposto de que os RN que utilizam chupeta passam menos tempo a mamar, o que leva a menor produção de leite e consequentemente ao fim da amamentação.	I
4.Vieira [et al.], 2010.	Jornal de Pediatria Estudo desenvolvido no estado da Bahia, Brasil.	Averiguar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida.	Estudo de Coorte. Foram selecionadas 1309 duplas de mães e RN atendidos em 2 meses consecutivos em todas as 10 maternidades do município. Critérios de inclusão: mulheres residentes ou naturais do município que não apresentaram complicações durante a gravidez ou após o parto que contraindicassem a amamentação, mães de RN que não tiveram complicações perinatais e/ou internamento no berçário por período maior que 12 horas. Os dados foram recolhidos no hospital após o nascimento e no domicílio após o primeiro mês de vida.	O uso de chupeta aparece como o fator de risco que mais contribui para o desmame precoce de entre os restantes fatores identificados (OR 1,53 IC 1,34-1,76). Ao primeiro mês de vida a taxa de amamentação exclusiva é de 48,1% nos RN que usam a chupeta e 67,2 nos que não a utilizam. A prevalência de amamentação exclusiva nas primeiras 24 horas é de 96,4% e no primeiro mês de vida 59,3%. São quatro os fatores identificados como potenciadores do desmame precoce: estabelecimento de horários fixos para amamentar, ausência de experiência prévia com a amamentação, presença de fissura mamilar e uso de chupeta. O uso de chupeta aparece como o que mais significativamente afeta a duração da amamentação. A explicação para o fenómeno associado à introdução da chupeta poderá passar por várias razões: volição materna	III

				para amamentar; dificuldade associada à amamentação ou menor sucção e conseqüentemente menor produção de leite materno.	
5.Gerd, A. [et al.], 2012.	Acta Paediatrica Suécia.	Averiguar quais os fatores associados à interrupção da amamentação durante os primeiros 4 semanas de vida.	Estudo de Coorte prospectivo. Foram selecionadas 2666 famílias entre 1 de Outubro de 2007 e 31 de Dezembro de 2008. As famílias foram recrutadas na sua primeira visita aos Centros Hospitalares entre a primeira e segunda semana de vida do RN. As crianças foram seguidas ao 1,3,6,12 e 18 mês de vida assim como nos 2,3,4 e 5 anos de vida.	No estudo 27% das mulheres teve problemas relacionados com a amamentação. Nesta análise, o uso de chupeta, a mãe ou o pai fumarem e os problemas na amamentação afetaram negativamente o processo de amamentação. O uso de chupeta aparece como o fator de risco que mais contribui para o desmame durante os primeiros 4 meses de vida de entre os restantes fatores (OR 3.72; IC 2,09-6,63). São três os fatores mais frequentes nos problemas com a amamentação: a dificuldade na técnica, o suporte por parte do serviço de obstetrícia e a percepção de pouco ganho de peso.	III
6.Feldens, C.A. [et al.], 2012	Maternal Child Health J Brasil.	Identificar quais os fatores de risco associados ao desmame durante o primeiro ano de vida.	Estudo de Coorte. A amostra foi calculada tendo em conta o projeto maior - promover o aumento da duração da amamentação exclusiva. Os critérios de inclusão foram: crianças nascidas entre Out de 2001 e Junho de 2002, RN saudáveis, de termo e com peso igual ou superior a 2500kg que não tivessem nenhuma contra-indicação para amamentar. Com estas famílias foram realizadas 3 entrevistas, uma após o parto (no hospital) e as outras duas aos 6 e 12 meses após o parto nas suas próprias casas. Na primeira entrevista após o parto foram recolhidos os seguintes dados: idade materna, sexo do bebé, peso e comprimento ao nascimento. Na entrevista aos 6 meses foram recolhidos os seguintes dados: número de anos de escola da mãe, estatuto profissional, estrutura familiar, rendimentos, número de pessoas a viver em casa, fumadores na casa, uso de chupeta e biberão no primeiro mês de vida. Na última entrevista foi aplicado o Beck Depression Inventory que tem como principal objetivo encontrar sintomas depressivos em população sem diagnósticos associados.	Das 360 famílias 55,8% deixaram de amamentar durante o primeiro ano de vida dos bebés. A percentagem de bebés amamentados aos 6 meses foi de 56,4%. A média e a mediana foram respetivamente 10 e 7,9 meses. Este é um dos poucos estudos que avalia separadamente a influência da chupeta e do biberão na duração da amamentação. Os resultados mostram que são três as variáveis que conseguem diminuir a duração da amamentação: a presença de sintomatologia depressiva na mulher, o uso de biberão durante o primeiro mês de vida e o uso de chupeta. De entre os fatores identificados como preditores de desmame a utilização de chupeta durante o primeiro mês de vida foi o fator independente mais significativamente associado ao desmame (RR 3,12 IC 2,13-4,57). As principais razões apontadas são: <i>confusão de bicos</i> por parte do RN, diminuição da sucção, conseqüente produção de leite materno e criação de dificuldades à mulher para amamentar. A idade materna, o número de filhos, a educação materna, e a estrutura família não parecem correlacionar-se diretamente com a duração da amamentação. A erupção do primeiro dente parece não ter influência com a duração da amamentação.	III
7.Kronborg, H.; Vaeth, M.; 2009.	Birth Dinamarca.	Compreender se a técnica de amamentação e a utilização de chupeta estão associados à	Estudo Randomizado. Foram convidadas a participar no estudo todas as mulheres que viviam na região, que tiveram gravidezes unifetais, completaram no mínimo as 37 semanas de	Foram selecionadas 579 famílias para participarem no estudo. Pela análise dos resultados é possível concluir que a duração da amamentação, até aos 6 meses de idade, é menor no grupo de mães que introduziram a chupeta	II

		<p>duração e ao aparecimento de problemas na amamentação.</p>	<p>gestação e iniciaram a amamentação. Os investigadores classificaram a técnica de amamentação aproximadamente uma semana após o parto e repetem a observação se forem necessárias correções. Os dados foram recolhidos pelo contacto com as mulheres até 6 meses após o parto. A amostra inclui 570 duplas de mulheres e os seus RN com formação sobre técnica de amamentação e sobre o uso de chupeta. As mulheres participantes responderam a dois questionários anónimos, um nas primeiras duas semanas após o parto e o segundo aproximadamente a 5 meses após o parto. O primeiro questionário tinha como principal objetivo a recolha de dados: sociodemográficos, experiência de amamentação anterior e atual, uso de chupeta e desenvolvimento infantil. O segundo recolhia dados sobre os problemas na amamentação atual e o serviço de apoio prestado pelos profissionais da saúde.</p>	<p>comparativamente com os dados do grupo que não introduziu a chupeta nos seus bebés. Consegue-se compreender também que a introdução da chupeta é um fator independente que afeta a duração da amamentação. Nos casos em que existiam problemas relacionados com a técnica de amamentação, embora estes fossem corrigidos, quando houve introdução da chupeta a duração da amamentação foi inferior às das mulheres que não a introduziram.</p> <p>Compreendemos assim que não existe relação entre os dois fatores estudados, ambos (uso de chupeta e técnica de amamentação inefetiva) influenciam negativamente a duração da amamentação até aos 6 meses de vida. No entanto, os problemas relacionados com a técnica não são tão úteis preditores da duração da amamentação como a utilização de chupeta. Dentro dos problemas considerados para classificação da técnica de amamentação, apenas a inefetiva transferência de leite e sucção ineficaz se relacionam diretamente e negativamente com a duração da amamentação. A pega ineficaz e a posição inadequada não têm qualquer efeito na duração da amamentação visível nos resultados expostos. A utilização da chupeta deve assim ser evitada durante as primeiras semanas após o parto nas mulheres que pretendem amamentar.</p>	
<p>8.Castaño, J.; Ortiz, B.; 2012</p>	<p>Investigación & Educación en Enfermería Colômbia.</p>	<p>Averiguar quais as variáveis associadas positiva e negativamente com a duração da amamentação exclusiva.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura;</p> <p>Assim pelos critérios de inclusão e qualidade previamente exigidos foram selecionados 18 artigos. Apenas foram considerados artigos escritos em Português, Espanhol e Inglês e aos quais tinham acesso integral. Os termos de pesquisa identificados foram: breastfeeding, risk factors, pacifiers e prevalence. Os artigos foram excluídos após leitura do abstracto e título.</p>	<p>Nestes artigos: 66% realizou medição de prevalência de amamentação até aos 6 meses; e 50% reportam o uso de chupeta ou biberão como fator negativo para a duração da amamentação exclusiva. O uso de chupeta ou biberão é um dos fatores que influencia negativamente a duração da amamentação exclusiva em 39% dos estudos analisados. Tornou-se evidente que o risco de desmame nas crianças expostas ao uso de chupeta ou biberão é significativamente mais elevado que nas crianças não expostas. A heterogeneidade metodológica, a forma de medição do risco e proteção das variáveis impedem a obtenção de conclusões generalizáveis.</p>	I
<p>9.Jaafar; Jahanfar; Angolkar; 2012</p>	<p>Cochrane Database of Systematic Reviews Malásia.</p>	<p>Compreender o efeito do uso de chupeta vs a sua não utilização para a duração da amamentação nos RN de termo cujas mães se encontram motivadas</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura com meta-análise.</p> <p>Para esta revisão apenas foram considerados estudos controlados randomizados cujos tipo de participantes foram: RN saudáveis e de termo, que iniciaram a amamentação após o nascimento e que nasceram em casa ou no hospital. Foram excluídos os estudos</p>	<p>A meta-análise dos estudos combinados mostrou que o uso de chupeta não tem efeito na proporção de crianças amamentadas exclusivamente até aos 3 e 4 meses de vida. Também não foi encontrado efeito negativo na duração da amamentação de RN parcialmente amamentados até aos 3 e 4 meses de vida.</p>	I

		para amamentar exclusivamente.	incluindo os RN que tomaram contacto com biberão antes de estarem inseridos nos estudos. Apenas foram incluídos os estudos que encorajam ou desencorajam a utilização de chupeta. Os estudos com recomendam utilização restritiva aquando de procedimentos dolorosos foram excluídos. As principais conclusões a que o estudo se propõe obter são: média da duração da amamentação exclusiva (meses); média da duração da amamentação (meses); e prevalência de crianças amamentadas aos 3,4 6 meses de idade. São procurados também: a incidência de SMSL, otite média e má oclusão dentária, a satisfação materna e o nível de confiança parental, a taxa de dificuldade na amamentação, a frequência do choro e a agitação da criança por dia. Foram incluídos 2 estudos envolvendo 1302 RN de termo saudáveis.	Assim pôde concluir-se que utilização de chupeta em RN de termo saudáveis, introduzidas logo apos o nascimento ou até a amamentação estar bem estabelecida não afeta significativamente a prevalência ou duração da amamentação exclusiva ou não até aos 4 meses de vida do bebé. Nenhum dos estudos incluídos analisou a média da duração da amamentação, sendo ela exclusiva ou não. Nenhum dos estudos reportou dados sobre: dificuldades na amamentação, prevalência de SMSL, otite média e má oclusão dentária, satisfação materna e nível de confiança parental, taxa de dificuldade na amamentação e frequência de choro e agitação diária.	
10.Santos Neto [et al.], 2008	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil Brasil.	Verificar se o uso de chupeta é um fator de risco para a redução do tempo de amamentação.	Revisão Sistemática da Literatura. Critérios de inclusão: a informação recolhida deve ser dada pela mãe ou pelos profissionais da saúde; o estudo não pode ter uma amostra específica ou pouco representativa (por exemplo bebés pré-termo ou mães com dificuldades na amamentação); os estudos têm que realizar uma associação direta entre o uso de chupeta e a duração da amamentação; o seguimento não pode ser superior a 20%; Foram incluídos no estudo 19 artigos: 1 RCT, 1 ensaio clínico controlado, 9 estudos de coorte e 8 estudos transversais.	Conclui-se que o uso de chupeta é um fator de risco para a redução do tempo de amamentação, seja esta exclusiva ou não. Dos 19 estudos analisados, 16 encontram uma relação direta entre a utilização de chupeta e a redução da duração da amamentação. No entanto, o mecanismo de atuação não é ainda conhecido. Faltam estudar dimensões importantes como o papel da mãe, do pai, da criança e do próprio ambiente hospitalar na redução do tempo de amamentação. Nos estudos analisados algumas variáveis parecem influenciar a duração da amamentação como: idade da mãe, nível educacional da mãe, fumar durante a gravidez, voltar ao trabalho e a introdução de suplementos ao bebé (leite artificial para complementar ou substituir as mamadas). O nível educacional do pai também parece afetar diretamente o tempo de duração da amamentação pelo apoio prestado à mulher a amamentar. Poucos estudos foram até hoje publicados que contemplassem a influência do ambiente hospitalar e do apoio profissional prestado na duração da amamentação. Este é um complexo fenómeno que precisa de abordagens metodológicas semelhantes previamente definidas e que permitam compreender e sintetizar o conhecimento científico existente. Os autores sugerem a realização de estudos de coorte prospetivos que testem variáveis relacionadas com a duração da amamentação.	I
11. Santos Neto, E.T; Zandonade	Revista Paulista de Pediatria	Analisar os fatores associados à duração do aleitamento materno	Estudo de Coorte. O estudo decorreu entre Novembro de 2003 e Maio de	Conclui-se que os dois fatores que mais potenciam o desmame antes do primeiro ano de vida são a utilização de	III

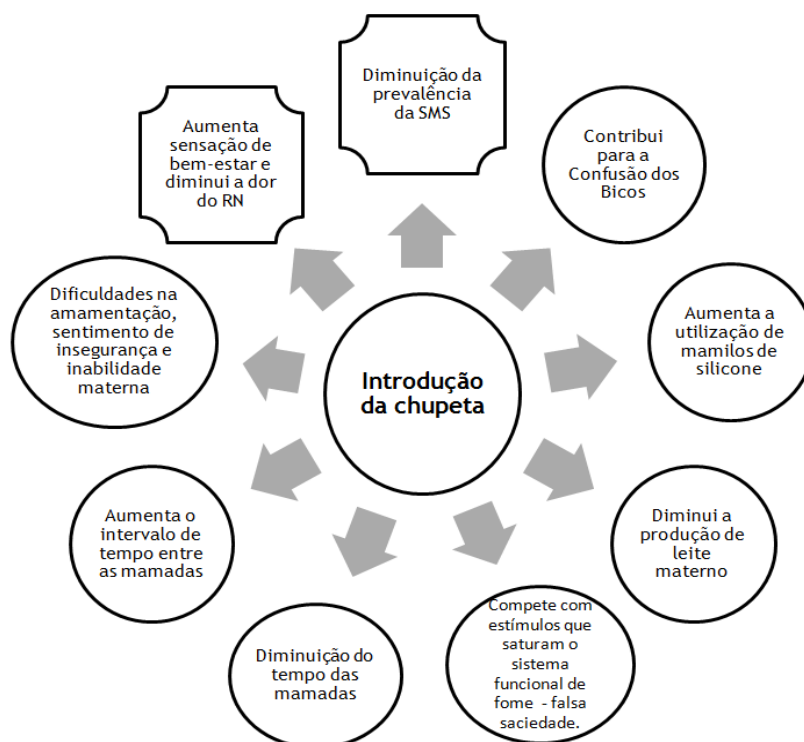
, E; Emmerich, A.O; 2013.	Brasil.	por dois modelos de análise estatística.	2004. Foram incluídas no estudo 86 mães e RN originários de duas áreas do Brasil com altos índices de mortalidade infantil (13.49/1000 nascimentos). Durante 30 meses 78% foram visitados no domicílio pelos investigadores. Durante os primeiros 18 meses foram seguidos por uma equipa de investigadores e no restante tempo por outra equipa de composição similar. Nas entrevistas foram recolhidos dados referentes a: sucção, hábitos alimentares, características maternas e enquadramento socioeconómico (educação materna, rendimentos, profissões dos pais, agregado familiar, número de quartos, número de crianças com idade inferior a 5 anos, intervalo entre gravidezes e número de irmãos do RN da mesma mãe). Em cada visita a mãe foi questionada sobre a introdução de qualquer tipo de alimento e registado o mês da introdução.	chupeta (OR 3,4; IC 1,2-9,55) e o aleitamento artificial (OR 4,4; IC 1,6-3,3). Os fatores considerados protetores relativamente à duração do aleitamento materno foram: rendimentos familiares e idade materna, contudo os resultados diferem consoante o modelo de regressão utilizado. A introdução da chupeta até aos 6 meses de idade constitui-se como um importante fator de risco para a redução da duração da amamentação.	
---------------------------------	---------	---	--	--	--

Níveis de Evidência: I- Revisões Sistemáticas e Meta-análises; II- Ensaios Clínicos Randomizados Controlados; III- Estudos de Corte; IV- Séries de Casos; V- Relatos de Caso; VI- Editoriais ou Opiniões; VII- Pesquisas em Animais; VIII- Pesquisas em Laboratório; (SUNY, 2001)

3.4 Discussão

Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), a quinta etapa na realização da revisão integrativa da literatura passa pela análise e interpretação dos resultados obtidos. Através da análise dos resultados dos estudos incluídos na presente revisão da literatura é possível identificar os principais fenômenos consequentes associados à introdução da chupeta, compreendendo assim, de que forma a sua inclusão pode influenciar a duração da amamentação. O seguinte diagrama, Figura 2, apresenta a relação entre alguns desses fenômenos encontrados na literatura atual.

FIGURA 2: Fenômenos associados à introdução da chupeta



A amamentação deve, segundo a OMS (2001), ser recomendada de forma exclusiva até aos 6 meses de vida do bebê. A partir dos 6 meses e até aos 2 anos de idade a criança deve continuar a ser amamentada ao mesmo tempo que dá início à introdução de novos alimentos. São inúmeras as vantagens, tanto para a mãe como para o RN, advindas da

amamentação. Dados epidemiológicos mostram que os RN amamentados apresentam um melhor desenvolvimento cognitivo e uma menor suscetibilidade para o desenvolvimento de infecções (Kramer [et al.], 2008; Plenge-bonig [et al.], 2010). Hoje, sabe-se que este é um processo que fornece mais do que alimento, fomenta e promove a criação de uma ligação única que se prolongará para toda a vida, entre a díade mãe-bebé. O leite materno apresenta características adaptadas a cada fase do desenvolvimento do RN. O colostro possui características laxativas, evita o desenvolvimento de icterícia neonatal nos primeiros dias de vida, contém elementos imunologicamente ativos (IgA, IgM, IgD, IgE, IgG) que protegem o bebé do desenvolvimento de várias patologias durante os seus primeiros anos como infecções respiratórias, intestinais e outras, sejam elas virais, bacterianas ou protozoárias (Lowdermilk e Perry, 2008). Já na vida adulta, está provado que os bebés que foram amamentados apresentam menor incidência de dislipidemia e patologia cardíaca (Owen [et al.], 2008). Hoje, estima-se que em Portugal mais de 50% da população entre os 18 e os 75 anos apresentem dislipidemia importante fator para o desenvolvimento de patologias cardiovasculares (Perdigão, Duarte e Santos, 2010). As características nutricionais do leite materno vão ao encontro das necessidades específicas sentidas pelo bebé, ao mesmo tempo que este cresce e se desenvolve, até aos dois anos de vida (Lamberti [et al.], 2011). Está provado que o leite materno de mulheres cujos filhos nasceram antes das 37 semanas de gestação tem uma composição diferente daquele que é produzido por mulheres com filhos de termo, mostrando assim que o leite materno é adaptado às suas necessidades específicas. Este leite é rico em enzimas que estão em falta no subdesenvolvido intestino destes RN e que aceleram a sua maturação. O leite de mulheres que tiveram RN prematuros aproxima-se, em termos de composição ao produzido por mulheres com RN de termo em cerca quatro a seis semanas após o parto (Mannel, Martens e Walker, 2011). Assim, o leite materno está recomendado até aos 6 meses de vida por ser o alimento mais completo que permite o melhor crescimento e desenvolvimento do RN (Carbajal [et al.], 2003; Sprott, 2006).

O sucesso da amamentação depende de múltiplos fatores relacionados com a mãe, o filho e o ambiente de suporte à amamentação (Renfrew [et al.], 2009; Scott [et al.], 2006; Dennis e Mcqueen, 2009). Um dos fatores relacionados com o filho que comprovadamente diminui a duração da amamentação é o uso de leite artificial (Soares [et al.], 2003). Alguns fatores relacionados com a mãe como a idade, o nível educacional e social, o contacto mãe-filho, a intenção de amamentar, o sentido de auto-eficácia, a confiança no processo de amamentação e o conhecimento sobre amamentação, estão associados a experiências de sucesso (Kronborg, 2004). Também o nível educacional do pai parece ser um importante contributo para aumentar a duração da amamentação quando este presta apoio à mulher durante esse processo (Mascarenhas [et al.], 2006).

Sabe-se hoje que a utilização da chupeta contribui para a diminuição da síndrome de morte súbita nos RN e lactentes. A utilização de chupeta, método que possibilita a sucção não-nutritiva, está enraizada cultural e socialmente em várias partes do mundo (Barros, 1995). O papel da utilização da chupeta na prevenção desta síndrome é de etiologia desconhecida. Contudo, está atualmente comprovado que a utilização de chupeta é capaz de inibir os recetores da dor e estimular áreas cerebrais responsáveis pelo prazer e bem-estar do bebé. Não deixa de ser interessante analisar o descritor usado em língua inglesa para definir chupeta - *pacifier*. Traduzido para português podemos definir como pacificador/calmente e está de facto comprovado o papel da sucção não-nutritiva na ativação do reflexo de calma do RN (Karp, 2002). Compreendemos assim que as vantagens associadas à utilização da chupeta são fortemente impulsionadoras do seu uso. No entanto, no final do século XX começaram a existir dúvidas quanto à possibilidade de a utilização da chupeta influenciar negativamente o processo de amamentação dos RN. A relação entre a utilização da chupeta e a sua influência na duração da amamentação foi um tema que despertou o interesse da comunidade científica, na década de 90. O primeiro estudo publicado referente a este tema é de Victora [et al.] (1993) e comprovou que os RN amamentados que utilizavam chupeta, durante o primeiro mês

de vida, tinham maior risco de desmame precoce quando comparados com os RN do grupo que não utilizavam chupeta. A American Academy of Pediatrics, baseando-se na atual evidência científica produzida sobre o tema, recomenda que os pais ofereçam a chupeta durante os períodos de sono, a partir do primeiro mês de idade, como forma de prevenir a SMSL. O período temporal para a introdução foi determinado de forma a promover o estabelecimento da amamentação, que ocorre durante as primeiras semanas de vida.

Atualmente, a utilização de mamilos artificiais, chupetas e tetinas estão desaconselhadas até ao estabelecimento da amamentação. No entanto, existe ainda pouco conhecimento sobre a influência de cada um destes fatores, no processo de amamentação. De facto, alguns estudos têm tentado demonstrar quais os fatores que influenciam o processo de amamentação do RN de forma independente. Um dos fatores mais frequentemente referidos na literatura como preditor do desmame precoce é a utilização da chupeta. No entanto, a maioria dos estudos que o comprovam são estudos observacionais, havendo necessidade de comprovação dos resultados com estudos de maior nível de evidência (O'Connor [et al.], 2009).

O estudo de Victora (1997) foi o único encontrado, que realça a intenção com que a introdução da chupeta é realizada pelos pais. Segundo a autora, no seu estudo, algumas mulheres admitiam utilizar a chupeta de forma a aumentar o tempo entre as mamadas. Outras mulheres, de forma mais ou menos consciente, poderão introduzir a chupeta na tentativa de colmatar as dificuldades que sentem durante o processo de amamentação ou até mesmo como estratégia de prevenção ou gestão de complicações mamilares como fissuras, maceração ou dor. A mesma autora realça o papel da chupeta como agente potenciador do desmame nas mulheres que não se encontram motivadas ou confiantes no processo de amamentação.

O momento de introdução da chupeta (antes ou depois da amamentação estar bem estabelecida) também parece ter influência no estudo desta problemática contudo, os resultados da nossa revisão integrativa ainda não mostram uma relação clara entre estes dados.

Conflitos éticos fazem com que a realização de estudos experimentais envolvendo a introdução da chupeta, motivada pela investigação, antes do estabelecimento da amamentação seja questionável pelo corrompimento do princípio da não maleficência.

Atualmente, ainda não é totalmente conhecido o mecanismo pelo qual a introdução da chupeta reduz a duração da amamentação. Caso existisse uma explicação suficientemente abrangente, para este fenômeno, seria mais fácil compreender se o momento da introdução é ou não um dado importante e negativamente correlacionado com a duração do processo de amamentação.

Foram contudo desenvolvidas por alguns autores teorias explicativas, com bases em estudos previamente realizados, que poderão ajudar na compreensão deste fenômeno. A primeira delas remete-nos para que a chupeta em si não tenha qualquer efeito biológico direto no RN no entanto, possa causar dificuldades, insegurança ou sensação de inabilidade na mãe (Howard [et al.], 2003; Dewey [et al.], 2003).

A segunda hipótese é a explicação do fenômeno pela anatomofisiologia. Nesta hipótese, com a utilização de chupeta nos primeiros dias de vida do RN poderá dar-se a *confusão de bicos* que faz com que o RN tenha dificuldade na adaptação à mama posteriormente, pelas significativas diferenças na sucção na mama e na chupeta.

A terceira hipótese também encontra fundamentação na anatomofisiologia e conclui que os bebês que utilizam chupeta terão também maior propensão para utilizar mamilos de silicone, pela técnica de sucção ser semelhante à da chupeta. Assim, e com recurso frequente à utilização de mamilos de silicone a sucção do RN não é tão eficaz, logo haverá menor estimulação da mama e conseqüentemente menor produção de leite resultando assim no compromisso do processo de lactação (Victoria [et al.], 1993).

Segundo Emmerich [et al.], (2004), a sucção não nutritiva também pode competir com estímulos que saturam o sistema funcional de fome do RN. Assim, esta pode conferir sensação de saciedade causada pelo estímulo de sucção prolongado, a produção de saliva e a deglutição. É necessário considerar que todos estes fatores, associados à sucção não

nutritiva, são importantes na tentativa de compreender qual o mecanismo implícito na redução da duração da amamentação. Assim, embora a sucção não-nutritiva possa proporcionar bem-estar e alívio da dor ao bebê pode também concorrer com o normal processo de amamentação, diminuindo a sensação de fome, o número e duração das mamadas diárias que se repercutirá, mais tardiamente, na diminuição da produção de leite materno.

Nem todos os estudos incluídos na presente revisão avaliam as mesmas variáveis. Alguns estudos, consideram a volição e a motivação materna para amamentar um dos mais importantes fatores que devem ser considerados como critério de inclusão para a seleção de amostragem no estudo deste fenómeno (Jenik [et al.], 2009). A grande maioria dos estudos não o mencionam, o que nos leva a considerar que as suas amostras poderão ser constituídas por mulheres com diferentes projetos de amamentação e motivação para amamentar.

Os estudos utilizados empregam metodologias diferentes, alguns analisam a duração da amamentação com intervalos de tempos curtos, primeiros 3-4 meses de vida, outros avaliam até ao primeiro ano de vida do bebê, o que nos poderá ajudar a compreender a influência da utilização da chupeta a longo prazo mas também dificultar a interpretação. Dependendo dos países onde foi desenvolvido o estudo há diferenças significativas entre a altura de regresso da mulher ao trabalho, que se sabe condicionar a duração da amamentação (Scott [et al.], 2006; Mascarenhas [et al.], 2006). Também é possível as mulheres terem projetos de amamentação diferentes, o que nem sempre é discriminado nos estudos permanecendo a dúvida se esse dado foi ou não tido em consideração nos estudos utilizados na nossa revisão integrativa da literatura. Nenhum dos estudos analisados teve em consideração a intenção com que ocorreu a decisão parental de introduzir a chupeta ao RN. Como vimos anteriormente, muitas vezes de forma mais ou menos consciente, a introdução da chupeta é utilizada para prevenir ou gerir desconfortos físicos associados à amamentação, muitas vezes devido a técnica ineficaz ou pega incorreta, como a dor ou a maceração mamilar. Outras vezes, a introdução da chupeta poderá constituir-se como um

recurso para os pais aumentando o intervalo de tempo entre as mamadas ao longo do dia ou da noite.

O período temporal definido para a introdução da chupeta é diferente nos vários estudos analisados. Em alguns, a chupeta apenas é utilizada após os primeiros 15 dias de vida enquanto que noutros, a utilização começa nos primeiros dias após nascimento, não por questões relacionadas com a investigação mas por decisão parental. Alguns estudos avaliam as taxas de desmame após os 4/5 meses de vida, o que faz com que possa haver outros fatores envolvidos (regresso ao trabalho materno ou dificuldades na amamentação) importantes na análise.

Concluimos assim que dos 11 estudos analisados, oito comprovam que a introdução da chupeta afeta a duração da amamentação de forma significativa (Santos-Neto [et al.], 2008; Kronborg e Vaeth, 2009; Karabulut [et al.], 2009; Viera [et al.], 2010; Felds [et al.], 2012; Castano e Ortiz, 2012; Gerd [et al.], 2012; Santos-Neto, Zandonade e Emmerich, 2013). Estes estudos representam diferentes níveis de evidência científica: 1 ensaio randomizado controlado, 3 revisões sistemáticas (uma delas com meta-análise) e 4 estudos de coorte. Existem contudo, 3 estudos: 1 ensaio randomizado controlado (que apenas inclui na sua amostra mulheres altamente motivadas para amamentar) e 2 revisões sistemáticas (uma delas com meta-análise) que não mostram haver diferenças significativas na duração da amamentação entre os RN que utilizam chupeta e os que não utilizam. Os resultados da revisão sistemática de O'Conner [et al.], (2009), mostram que não existem diferenças na duração da amamentação. Nesta investigação, os estudos de maior evidência científica incluídos, 4 estudos randomizados controlados desenvolvidos entre 1997 e 2004, não mostraram diferenças significativas na duração da amamentação, exclusiva ou não, dos RN que usavam chupeta durante o primeiro mês de vida comparativamente com os que não usavam. A revisão da Cochrane de Jaffar, Jahanfar e Angolkar (2011) vai mais longe ao considerar que não existem diferenças na duração da amamentação, exclusiva ou não, aos 3 e 4 meses após o nascimento de bebés que utilizam a chupeta mesmo antes da amamentação estar bem estabelecida. Segundo os mesmos autores, não

são verificadas diferenças significativas nos bebês que começam a utilizar a chupeta após o nascimento comparativamente com os que apenas começam a utilizá-la após o estabelecimento da amamentação. Um outro dado importante é que neste estudo, também é considerada a intenção para amamentar.

Também o estudo de Jenik [et al.], (2009), não encontra diferenças significativas nos dados referentes à duração da amamentação (exclusiva ou não) aos 3 meses de vida comparando bebês que usam chupeta comparativamente com os que não a utilizam. Neste estudo, a amostra foi constituída apenas por mulheres altamente motivadas para amamentar. Contudo, neste estudo apenas foram introduzidas chupetas após os primeiros 15 dias de vida dos RN, reservando este período para o estabelecimento do processo de amamentação eficaz.

Os estudos que comprovam que a utilização de chupeta influencia negativamente a duração da amamentação são 8, contudo, os de maior nível de evidência científica são 4. Os 4 estudos de coorte que avaliam os fatores associados à redução da amamentação identificam a utilização de chupeta como uma variável independente que contribui para a diminuição da duração da amamentação. Nestes desenhos de investigação é avaliado o efeito da exposição a determinados fatores, de potencial risco, comparando grupos expostos e não expostos a eles sem aleatoriedade amostral. Assim, compreendemos que deve haver uma interpretação cautelosa dos resultados, uma vez que a amamentação, como sabemos, sofre influência de vários outros fatores que podem não ser estudados ou referidos na apresentação dos seus resultados. Assim, compreendemos que numa mesma população exposta igualmente à utilização da chupeta, no primeiro mês de vida do RN, os fatores motivadores para o desmame possam ser significativamente diferentes e por vezes não relacionados com a sua utilização. Constatamos, que em nenhum dos estudos de coorte inseridos na presente revisão da literatura foram considerados a motivação para amamentar e o projeto de amamentação das mulheres em estudo.

Nos estudos de Vieira [et al.] (2010) Gerd [et al.] (2012) e Feldens [et al.] (2012), a utilização de chupeta aparece como o fator que mais influencia negativamente a duração da amamentação até ao primeiro mês de vida. Todos os estudos têm amostras significativas de 2.666, 1.309 e 360 díades mãe-bebé respetivamente. O estudo de Feldens [et al.] (2012) é o único que avalia separadamente a influência da chupeta e do biberão na duração da amamentação e conclui que a chupeta é o fator que mais negativamente influencia a duração da amamentação. Também no estudo de coorte de Santos-Neto, Zdonade e Emmerich (2013) o uso de chupeta está entre os dois fatores que mais potenciam o desmame até ao primeiro ano de vida da criança. Contudo, neste estudo a amostra, 86 díades mãe-bebé, foi menos significativa que nos restantes.

O estudo randomizado de Kronborg [et al.], (2009), também conclui, após analisar 579 famílias que os fatores que mais diminuem a duração da amamentação são: a utilização da chupeta e a técnica de amamentação inefetiva. Contudo, o maior preditor da duração da amamentação foi a utilização de chupeta. Para os autores, a utilização da chupeta deve ser adiada durante as primeiras semanas de vida do RN, de forma a promover uma adequada adaptação à amamentação.

Existem ainda três revisões sistemáticas da literatura, uma delas com meta-análise, que concluem, após a análise de dados publicados em fontes primárias, que a utilização da chupeta é um importante fator responsável pela diminuição da duração da amamentação. Segundo Castano e Ortiz (2012), na sua revisão sistemática que inclui 18 artigos, 66% destes avaliam a prevalência da amamentação até aos primeiros seis meses de vida e concluem que em 50% dos casos a utilização de chupeta ou biberão foram os fatores que mais influenciaram negativamente a duração da amamentação. Este estudo aponta ainda os fatores que mais positivamente se relacionavam com a duração da amamentação: elevados níveis de formação; multiparidade; realização de formação em amamentação e baixos rendimentos familiares. Também na revisão sistemática de Santos Neto [et al.], (2008) dos 19 estudos analisados, 16 mostraram uma relação direta entre a utilização de chupeta e a

diminuição da duração da amamentação até ao primeiro ano de vida do bebé, 10 deles referentes a amamentação exclusiva.

Também na meta-análise de Karabulut [et al.], (2009) pode concluir-se que o uso de chupeta aumenta duas vezes mais o risco de desmame precoce da amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida do bebé e da amamentação até aos 2 anos. Pode também concluir-se, pela análise do estudo, que quando a sua introdução é adiada até às 4-6 semanas de vida do bebé há uma redução significativa do risco de desmame precoce.

3.5 Conclusão da Revisão Integrativa

Com a realização da seguinte revisão integrativa da literatura compreendemos que a amamentação apresenta benefícios claros para o RN e a sua família. Após terem sido tornados públicos resultados de estudos que mostram benefícios decorrentes da utilização da chupeta, tornou-se importante haver uma clarificação sobre a real influência da utilização da chupeta na duração da amamentação. Dada a escassez de estudos com elevado nível de evidência científica e os resultados encontrados que mostram, na maioria dos estudos analisados, que há uma diminuição da duração da amamentação aquando da introdução da chupeta no RN, concluímos que é dever dos profissionais da saúde atuar no sentido de promover o bom estabelecimento do processo de amamentação no RN. Dessa forma, estes devem atuar no sentido de desaconselhar a utilização da chupeta, enquanto fator de risco, até a amamentação estar bem estabelecida, durante as primeiras semanas de vida.

Embora alguns estudos, de elevada evidência científica, não apresentem diferenças significativas nas taxas de desmame quando a chupeta é introduzida, durante o primeiro mês de vida, enquanto a literatura produzida apresentar resultados inconsistentes é dever do EESMO promover o bom estabelecimento do processo de amamentação na díade mãe/RN. Após este estabelecimento, o aconselhamento da

utilização de chupeta apresenta-se como um importante recurso que os pais deverão utilizar de forma a proporcionar aos seus bebês um sono seguro, bem-estar e alívio da dor ou desconforto.

Compreendemos, que a recolha de dados sobre o projeto de amamentação de cada mulher, assim como a sua motivação para amamentar constituem-se como dados fundamentais para a realização do diagnóstico e conseqüente planeamento de cuidados, adequados a cada família, neste âmbito do foco Amamentar (ICNP, 2011). Os resultados da presente revisão da literatura demonstram que quando estes dados são tidos em consideração na constituição amostral para a realização dos estudos, os resultados não evidenciam diferenças na duração do processo de amamentação mesmo quando a chupeta é introduzida durante o primeiro mês de vida.

As diferenças encontradas nas metodologias para a realização de cada estudo também dificultam a generalização de resultados. O limite temporal estabelecido para a avaliação das taxas de desmame precoce deve considerar dados como a reintegração da mulher no mercado de trabalho (temporalmente diferente em cada país) e o projeto de amamentação de cada casal de forma a evitar viés na análise de dados e posteriormente no estabelecimento de conclusões.

Com a realização do presente processo de investigação, compreendemos que existem vários fatores que podem influenciar o processo de amamentação. Foram desenvolvidas teorias explicativas sobre o mecanismo pelo qual a introdução da chupeta afeta a duração da amamentação, não sendo possível o estabelecimento de uma explicação singular. Compreendemos que existem assim múltiplos fatores que podem influenciar o processo de amamentação, nomeadamente no que concerne à sua duração. Quanto à influência da chupeta sabe-se que a sua introdução pode favorecer: a introdução de tetinas, uma diminuição da estimulação areolar e conseqüente a diminuição da produção de leite, a sensação de falsa saciedade (pela sucção prolongada e produção de saliva saturando o sistema funcional de forma), a diminuição do tempo de duração das mamadas e aumento do intervalo entre elas e a sensação de inabilidade materna para amamentar.

Em todos os casos, o EESMO deverá realizar um planeamento de cuidados que potencie o estabelecimento da amamentação e que contribuía para o melhor esclarecimento e aconselhamento dos pais intervindo, de acordo com as suas necessidades, e obtendo ganhos em saúde para a família.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório mais do que a descrição das atividades desenvolvidas em estágio e o processo de investigação realizado, evidencia também o processo de estudo, o desenvolvimento de competências e a reflexão vivenciados ao longo de um ano, na prática clínica como estudante do MESMO.

Ao longo do relatório, foram abordados os diferentes módulos onde consta a nossa atuação nos domínios do cuidado de enfermagem especializado, assim como o desenvolvimento de um processo de investigação tendo por base uma temática relevante relacionada com a prática. Este documento representa a consecução de um objetivo e a descrição de um importante percurso, que nos permitiu adquirir e desenvolver novos conhecimentos e competências, contactar com famílias de diferentes contextos culturais e compreender os projetos de gravidez e parentalidade individuais. Desta forma, pudemos atuar no sentido de proporcionar ao casal e sua família experiências de gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto significativas e conducentes com as suas expectativas e projeto de vida.

Assim, consideramos atingidos os objetivos inicialmente definidos no âmbito da aquisição de competências do EESMO. Este relatório apresenta, para cada uma das áreas de atuação do EESMO, o desenvolvimento dos processos de enfermagem mais frequentemente realizados, as áreas de atuação mais frequentes, assim como os dados, diagnósticos e intervenções realizadas e fundamentadas pela evidência científica. Consideramos fundamental a inclusão do processo de enfermagem, que representa, mais do que uma linha orientadora dos cuidados de enfermagem prestados, uma linguagem universal e objetiva, que reflete o processo de pensamento e atuação dos enfermeiros, assim como a qualidade dos cuidados que prestam diariamente.

O desenvolvimento da investigação em Enfermagem é fundamental para a sua progressão enquanto ciência do conhecimento. Os enfermeiros que se encontram na prática clínica devem problematizar

continuamente as práticas de cuidados e desenvolver processos de investigação, contribuindo assim para cuidados mais eficazes, seguros e significativos para as pessoas. O processo de investigação desenvolvido no presente relatório teve por base um tema que suscitou a nossa reflexão no decorrer do estágio. A discussão sobre a introdução da chupeta durante o primeiro mês de vida, recurso socialmente compreendido e utilizado como proporcionador de bem-estar ao RN, foi uma constante entre profissionais e pais. Os benefícios associados à sua utilização e a incerteza sobre a forma como esta interfere no processo de amamentação, nomeadamente na sua duração, marcaram o interesse pela exploração do tema. O objetivo desta investigação foi o de compreender a influência da introdução da chupeta, no primeiro mês de vida, na duração da amamentação do RN, uma vez que esta é desaconselhada pela OMS até que a amamentação esteja bem estabelecida. Alguns autores, presentes nos estudos selecionados, recomendam que os pais evitem a introdução da chupeta durante as primeiras semanas de vida do RN.

Considerando os objetivos delineados e a metodologia adotada na pesquisa agora terminada, sublinhamos como principais conclusões: a utilização de chupeta pelo RN apresenta-se frequentemente associada a uma menor duração do processo de amamentação; a maioria dos processos de investigação incluídos não tem em consideração a motivação da mulher para amamentar e o seu projeto de amamentação; a maioria das investigações não consideram, na análise dos seus dados, a motivação parental para a introdução da chupeta ao RN, podendo estar implícito o desejo de aumentar o intervalo ou omitir mamadas; persistem estudos de elevada evidência científica que não demonstram diferenças significativas na duração da amamentação, quando estudadas mulheres motivadas para amamentar, entre RN nos quais a chupeta foi introduzida precocemente comparativamente com grupos em que a chupeta não foi introduzida.

A realização da presente investigação não pretendia a obtenção de resultados generalizáveis mas sim, em primeiro lugar, a análise dos dados e interpretação de resultados com vista a compreender e refletir

sobre a problemática em estudo. Em segundo lugar e após este processo, pretendemos também compreender qual deverá ser o contributo dado pelo EESMO neste âmbito do processo de adaptação à parentalidade tendo em vista a fundamentação das práticas para um acompanhamento efetivo às famílias que recorrem aos cuidados dos enfermeiros diariamente.

O percurso investigativo permitiu-nos fundamentar as práticas, neste âmbito e no decorrer do estágio, no sentido do melhor esclarecimento do casal para a tomada de decisão. Assim, e ao longo do contacto com os casais, foram abordadas estratégias de consolo e de promoção do bem-estar do RN alternativas, às quais os pais podem recorrer para evitar a introdução precoce da chupeta. Contudo, os resultados desta investigação incitam o desenvolvimento de novos processos de investigação: estudos descritivos acerca das dificuldades que enfrentam as mulheres que realizam o desmame precoce e estudos randomizados controlados que comparem a duração da amamentação de RN, nos quais a introdução da chupeta ocorre durante o primeiro mês de vida, e com amostras constituídas por mulheres motivadas para amamentar e com projetos de amamentação conhecidos previamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABUCHAIM, E. S. V. - *Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: dividindo-se entre ser mãe e ser mulher*. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2005. Tese de Doutorado.

ACOG - Exercise during pregnancy and postpartum period. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol 99, 2009. p.171-173.

AGUIAR [et al.] - Orientações de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. *Cogitare Enferm*. Jul/Set. Vol.18, nº3, 2013. p.527-531.

AKERLUND, M. [et al.] - Inhibitory effect of barusiban and atosiban on oxytocin-induced contractions of myometrium from preterm and term pregnant women. *J Soc Gynecol Investig*. Vol. 11. n.º 6, 2004. pp. 384-7.

AKKERMAN [et al.] - Routine Prenatal Care. *Institute for Clinical Systems Improvement*. Julho, 2012.

AKOBENG, A. K. - Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*. Vol. 90. n.º 8, 2005. p. 837-40.

ALBA, V. D. - *Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre e com pirose e/ou regurgitação*. Porto Alegre, 2003. Tese de Mestrado.

ALBUQUERQUE [et al.] - Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebê. *Revista Referência*. II Série. N.º 9, 2009. p.15-26.

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. M. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 5, 2013

ALMEIDA, E.A; MARTINS FILHO, J. - O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev Ciên Méd*. Vol. 13, nº4, 2004. p 381-388.

ALTHABE, F. [et al.] - A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *Int J Gynaecol Obstet*. Vol. 107. n.º 1, 2009. p. 4-7.

ALVES, M. G. C. - *Fatores que influenciam a Sexualidade depois do parto*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. 2008. Tese de Mestrado.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concepts of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. Vol.,116, 2005. p.1245-1255.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - *Guidelines for Perinatal Care*. 6ªed. AAP/ ACOG.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS- *How your baby grows during pregnancy*. 2010.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG practice bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. *Obstet Gynecol*. Vol. 40, 2002 p.759-763.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - Induction of labor. ACOG Practice Bulletin No. 107. *Obstet Gynecol*. Vol. 114, 2009. p.386-397.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY COMMITTEE ON GENETICS - Committee Opinion No. 545: Noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy. *Obstet Gynecol*. Vol.120, No.6, Dez, 2012. p.1532-1534.

ARTAL, R., DRINKWATER, B,L; WISWELL, R, A. - *Exercise in pregnancy*. Lippincott Williams & Wilkins. 1996.

ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL - *Segurança Rodoviária. Criança Passageiro*. 2014. Disponível na internet em URL: <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,1952,2036>

ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araújo - *Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo: Lemos, 1998.

AUSTIN MP, TULLY L, PARKER G. - Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*. Vol.101, nº1-3, 2007. p.169-74.

AYRES DE CAMPOS D.; MONTENEGRO N; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa-Porto: Lidel 2ª Edição, 2008. p.165-167.

AYRES-DE-CAMPOS D, BERNARDES J. - Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring. A time for a more simplified approach? *J Obstet Gynecol*, 2010.

BACKSTROM, C.; HERTFELT WAHN, E. - Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. Vol. 27. n.º 1, 2011. p. 67-73.

BAKKER-ZIERIKZEE, A. M, Smits, M. G. - Sleep improving effects of milk. *NSWO*. Vol 18, 2007. p.29-32.

BALLONE, G. J. - *Gravidez e Sexualidade*. BALLONE, G.J. PsiqWeb, Psiquiatria Geral, 2004.

BARACHO, E. - *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARBOSA, R. - *Gravidez, Sexualidade e importância do Enfermeiro no Pré-natal: análise do discurso da literatura*. Campinha Grande. Junho, 2012.

BARROS, F.C. [et al.] - Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics*, Vol 95, 1995. p.495-499.

BARROS, J.S. [et al.] - *Medicina Materno-fetal*. Lisboa. Lidel, 2010.

BASEVI, V.; LAVENDER, T. - Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. n.º 1, 2001.

BATISTA [et al.] - Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, Vol.3, nº 2. Abr/Jun, 2003. p. 151-158,

BATISTA [et al.] - Physical activity and pregnancy: nonathletic pregnant women's health and fetal growth. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, Vol 3, nº2. Abr./Jun., 2003. p.151-158.

BECK, S. [et al.] - *Care of the newborn: reference manual*. Save the Children Federation. Washington, 2004.

BENEFIELD, L. E. - Implementing evidence-based practice in home care - Home Healthcare Nurse. *Baltimore*, Vol. 21, nº 12, Dez, 2003. p. 804-811.

BERGSTROM, A.; BYARUHANGA, R.; OKONG, P. - The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial. *Acta Paediatr*. Vol. 94. n.º 10, 2005. p. 1462-1467.

BIGELOW, C.; STONE, J. - Bed rest in pregnancy. *Mt Sinai J Med*. Vol. 78. nº 2 (2011). pp. 291-302. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21425272>>.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. - Risk predictors for preterm birth. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Vol. 31. n.º 4, 2009. pp. 203-9. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19578676>>.

BO, K.; TALSETH, T.; HOLME, I. - Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*. Vol. 318. n.º 7182, 1999. pp. 487-93. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10024253>>.

BOCCOLINI, C.S. [et al.] - Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. Vol. 99, nº2, 2013. p.131-136.

BONDAS, T.; ERIKSSON, K. - Women's lived experiences of pregnancy: a tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11, 2001. p.824-840.

BOTELHO, L.L.R., CUNHA, C.C.A; MACEDO, M. - The Integrative Review method in organizational studies. *Gestão e Sociedade Belo Horizonte*. Vol 5, nº 11. Maio/Agosto, 2011. p. 121-136.

BOWDEN, V.R; GREENBERG, C.S. - *Children and Their Families: The Continuum of Care*. 2ªed. Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

BOWMAN, D.D. - *Parasitologia Veterinária de Georgis*. Barueri, SP: Manole. 8ªed. 2006.

BOYLE, R. [et al.] - Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 10. (2012). p. CD007471. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076935>>. 1469-1493.

BOZZO, P.; CHUA-GOCHECO, A.; EINARSON, A. - Safety of skin care products during pregnancy. *Can Fam Physician*. Vol. 57. nº 6 (2011). pp. 665-7.

BRANCO, A. FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S.S. - O choro como forma de comunicação de dor do RN: uma revisão. *Rev Paul Pediatría*, Vol 24, nº3, 2006. p.270-274.

BRANDÃO, S. M. P. A. - *Envolvimento emocional do pai com o bebê: impacto da experiência de parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de mestrado.

BRANDAO, S.; FIGUEIREDO, B. - Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *J Adv Nurs*. Vol. 68. nº 12, 2012. p. 2730-2739.

BRAZELTON, T. B. - *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (10a ed.). Lisboa: Editorial Presença, 2007.

BRAZELTON, T., SPARROW, J. - *A Criança e o Choro*. Editorial Presença, 2003.

BRICKER, L.; LUCKAS, M. - Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. nº 4, 2000.

BROOME, M. E. - Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. *Revisão sistemática e meta-análise*. 2006.

BROWN, J. E.; KAHN, E. S. - Maternal nutrition and the outcome of pregnancy. A renaissance in research. *Clin Perinatol*. Vol. 24. nº 2 (1997). pp. 433-49. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9209811>>.

BRTNICKA, H; WEISS, P; ZVERINA, J - Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *BMJ*, 2009. [Consult. 20 Fev. 2014].

Disponível na Internet em:<URL: <http://www.bmj.sk/2009/11007-11.pdf>>.

BURROUGHS, A. - *Uma introdução à Enfermagem Materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BURTIN, F. [et al.]- Uterine cervical lesions during pregnancy: diagnosis and management. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). Vol. 35. n.º 3, 2006. pp. 227-36. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16645555>>

CABRAL, I. P. - Morte e luto na gravidez e puerpério. In ISABEL, L., coord. - *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.

CABRAL, V.L.M.; CAMPESTRINI,S. - *Mães desejosas de amamentar enfrentam desamparo profissional - Programa do Aleitamento Materno*. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2010.

CADE [et al.] - Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *BMJ*, 2008.

CAMPOS, D.A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2008.

CAMUNE, B.; BRUCKER, M. C. - An overview of shoulder dystocia: the nurse's role. *Nurs Womens Health*. Vol. 11. n.º 5, 2007. p. 488-497.

CANAVARRO, M. C. - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.

CANELLA, P. R. B. - O Exercício da sexualidade durante a gestação. *Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana*. São Paulo, Vol. 3, n.º 4. Abril, 2000. Disponível em: <<http://www.sbrash.org.br/biol/biol-04-2000.htm>>

CANTILINO [et al.] - Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín*. Vol. 37, n.º6, 2010. p.278-84.

CARBAJAL, R. [et al.] - Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ*. Vol. 326. n.º 7379, 2003. p. 13.

CARLEY ME, [et al.] - Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. Vol 187, 2002. p.430-433.

CARRARA H.A; DUARTE, G.- *Semiologia obstétrica*. Ribeirão Preto: USP, 1996.

CASTAÑO, J.H.O; ORTIZ, B.E.B. - Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Invest Educ Enferm*. Vol 30, n.º3, 2012. p. 390-397.

CASTILHO, S.D.; ROCHA, M.A.M. - Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. *J. Pediatr Rio J.* Vol.85, nº 6. Porto Alegre Nov./Dec, 2009. p.480-489.

CATALINO, A. [et al.] - Transtornos Psiquiátricos no pós-parto - Revisão da Literatura. *Rev Psiq Clín.* Vol.,37, nº6, 2010 p. 278-84.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL - *Sudden, unexplained infant death investigation.* Chapter 1. USA, 2012. Disponível em WWW: <<http://www.cdc.gov/sids/trainingmaterial.htm>.>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - *Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC.* MMWR Recommendations and Reports, nº 51, 2002. p.1-22.

CERRI, V [et al.] - Intravenous glucose infusion in labor does not affect maternal and fetal acid-base balance. *J Matern Fetal Med.* Vol. 9. n.º 4, 2000. p. 204-208.

CHAPARRO, C.M; LUTTER, C.K. - Incorporating nutrition into delivery care: delivery care practices that affect child nutrition and maternal health. *Maternal & Child Nutrition.* Vol. 5, nº 4, Out, 2009. p. 322-333.

CIPE. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP.* 2011. Associação Portuguesa de Enfermeiros;

CLARK, W.; SHANNON, C.; WINIKOFF, B. - Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Rev Obstet Gynecol.* Vol.2, 2007. p.67-108.

CLARKE, M.; OXMAN, A. D. - Cochrane Reviewers' Handbook 4.1. In: *Review Manager - Version 4.1. Oxford: The Cochrane Collaboration,* 2000.

COLACIOPPO, P. M. - Planned homebirth: maternal and neonatal outcomes. *Revista de Enfermagem Referência.* III Série, nº 2. Dez, 2010. p.81-90.

COMMITTEE ON ETHICS, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS; GYNECOLOGISTS - ACOG Committee Opinion No. 360: Sex selection. *J Obstet Gynecol.* Vol. 109. nº 2, 2007. pp. 475-8.

COMMITTEE ON OBSTETRIC, PRACTICE - ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet.* Vol. 77. nº 1, 2002. pp. 79-81.

CONCEIÇÃO, M. A. F. C. - *O ajustamento Materno no relacionamento íntimo com o companheiro após o parto.* Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado.

CONTE, F. D. O.; BERTI, L. M. *Atuação da fisioterapia na prevenção e melhoria da qualidade de vida desde a gestação ao puerpério.* Unisalesiano, Lins, 2009.

COOLEY, S.M. [et al.] - How effective is amniotomy as a means of induction of labour? *J Med Sci.* Vol 179, nº3. Set, 2010. p.381-383.

CORREIA, A.L.V. *Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa - Paraíba.* Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006. Tese de Mestrado.

COSTA, A. [et al.] - Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção das puérperas. *Revista Rene.* Fortaleza. Vol.12, nº3. Jul/Set, 2011. p. 548-554.

COUTO, A. C. [et al.] - Brazilian Collaborative Study Group of Infant Acute, Leukemia - Pregnancy, maternal exposure to hair dyes and hair straightening cosmetics, and early age leukemia. *Chem Biol Interact.* Vol. 205. n.º 1, 2013. pp. 46-52. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23747844>>.

COWAN, C. P.; COWAN, P. A. - *When partners become parents: the big life change for couples.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

CUNHA [et al.] - Impacto Clínico da Ecografia entre as 10 e as 13 semanas de gravidez. *Acta Medica Portuguesa,* Vol.12, 2002. p.345-350.

CUNHA, M.L; MENDES, E.; BONILHA, A.L. - A Pele do RN Prematuro. *Rev. Gaucha de Enferm.* Vol., 23, nº 2, 2002. p. 6-15.

CUNNINGHAM, F. G [et al.] - *Obstetrícia de Williams.* 23ª edição. McGraw Hill. Brasil, 2013.

DARVILL, R., SKIRTON, H., & FARRAND, P. - Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery,* Vol.26, nº3, 2010. p.357-66.

DAVIM, R. M. B; TORRES, G.V; MELO, E.S. - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: Pré teste de um instrumento. *Rev Latino-Americana de Enfermagem.* Vol. 15, nº6. Nov/Dez, 2007.

DEWEY, K. G. [et al.] - Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics,* Vol. 112, 2003. p.607-619.

DGS - *Plano Nacional de Vacinação 2012.* Ed. Revista e atualizada. Lisboa. Jan, 2012.

DGS - *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.* Ed. Revista e atualizada. Lisboa, 2008.

DGS - *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade.* Circular Normativa nº 001/2010 de Set., 2010.

DIVAN, H. A. [et al.] - Prenatal and postnatal exposure to cell phone use and behavioral problems in children. *Epidemiology.* Vol. 19, nº4, 2008. pp. 523-9. Disponível em WWW:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18467962>>.

DORES, J.; ALMEIDA, M.C; VICENTE, L; PAIVA, S; SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA; DIABETES E METABOLISMO; SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA; SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRICIA E MEDICINA MATERNO-FETAL; SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - *Relatório de consenso sobre Diabetes e Gravidez*. SPP, 2011.

DOREY, M. [et al.], - Maternal diabetic ketotic decompensation which occurred during corticotherapy for fetal lung maturation. A report of three cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris, 2013.

EMMERICH, A. [et al.] - The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitoria, Espírito Santo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. Vol. 20, n.º 3, 2004. p. 689-97.

ERLANDSSON, K. [et al.] - Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. Vol. 34. n.º 2, 2007. p. 105-114.

EVANS J. [et al.] - Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. Vol.186, 2005. p.302-307.

FACCO, F. L. [et al.] - Sleep disturbances in pregnancy. *Obstet Gynecol*. Vol. 115. n.º 1, 2010. pp. 77-83. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20027038>>.

FELDENS, C. A. [et al.] - Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Matern Child Health J*. Vol. 16. n.º 6 (2012). p. 1257-65.

FIGO - SHNH COMMITTEE. - FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics* vol.117, 2012. p.108-118.

FIGUEIREDO, B.- *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2001.

FIGUEIREDO, B., COSTA, R., PACHECO, A. - Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, Vol. 2, 2002. p.203-217.

FRASER, W. D. [et al.] - Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. The Canadian Early Amniotomy Study Group. *N Engl J Med*. Vol. 328. n.º 16, 1993. p. 1145-1149.

FRASER, W. D. [et al.] - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. n.º 3, 2006.

FREITAS, F. [et al.] - *Rotinas em obstetrícia*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos; RIVOIRE, Waldemar - *Rotinas em Ginecologia*. 5º ed. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

GAIER, L. [et al.] - Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary pelvic floor dysfunctions. *Neurourology and Urodynamics*. Vol. 29, nº2, 2010. p.64-65.

GALVÃO [et al.] - Comunicação não-verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da tacênica. *Revista de Enfermagem*. Vol.13, nº4, 2009. p.780-785.

GARITE, T.J. [et al.] - The influence of elective amniotomy on fetal heart rate patterns and the course of labor in term patients: a randomized study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol 168, 1993. p.1827-1832.

GASPAR, C.N; NASCIMENTO, M.J.P. - Repercussões da Diabetes materna para o neonato. *Rev Enferm UNISA*, Vol. 5, 2004. p.57-64.

GATES, S. [et al.] - Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 2, 2002.

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. - Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Vol, 19, nº4. Out-Dez, 2010. p.774-782.

GELMETTI, C. - Skin cleansing in children. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. Vol. 15, nº1, Set, 2001. p. 12-15.

GERD, A. T. [et al.]- Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr*. Vol. 101, n.º 1, 2012. p. 55-60.

GFATTER R, HACKL P, BRAUN F. - Effects of soap and detergents on skin surface pH, stratum corneum hydration and fat content in infants. *Dermatology*, Vol.195, 1997. p.258-62.

GHERMAN, R. B. - Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. *Clín Obstet Gynecol*. Vol. 45. n.º 2, 2002. p. 345-362.

GHERMAN, R.B. - Shoulder dystocia: prevention and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Vol. 32, 2005. p.297-305.

GIRALDO, P.C.- *Equilíbrio ácido-base de recém-nascidos de partos em posição de cócoras*. Campinas: Unicamp, 1990. Tese de Doutorado.

GOLDBERG, A. B.; GREENBERG, M. B.; DARNEY, P. D. - Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med*. Vol. 344. n.º 1 (2001). pp. 38-47. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11136959>>

GOLDENBERG, R. L. - The management of preterm labor. *Obstet*

Gynecol. Vol. 100. n.º 5 Pt 1 (2002). pp. 1020-37. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12423870>>

GOLOMBEK, S.; BRILL, P.; SALICE, A. - Randomized trial of alcohol versus triple dye for umbilical cord care. *Clinical Pediatrics*, Vol. 41, 2002. p.419-423.

GONZALEZ, T.A. - O ciúme entre os filhos. In: *Como resolver situações cotidianas de seus filhos de 0 a 6 anos*. 2ª ed. Palabra, 1998. Disponível na internet em URL: <<http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo205.shtml>>

GOTTLIEB, A.; GALAN, H. Shoulder dystocia: an Update. *Obstet Gynecol Clin N Am*. Vol. 34, 2007. p.501-531.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 5, 2012.

GUXENS, M. [et al.] - Maternal cell phone and cordless phone use during pregnancy and behaviour problems in 5-year-old children. *J Epidemiol Community Health*. Vol. 67. n.º 5 (2013). pp. 432-8. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23386674>>

GUZZETA, A. - Massage accelerates brain development and the maturation of visual function. *The Journal of Neuroscience*. Vol, 29, nº18, 2009. p.6042- 6051.

HALL [et al.] - Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Vol 38, nº 5, 2009. p.567-576.

HALL, W. A. [et al.] - Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Vol. 38. n.º 5 (2009). pp. 567-76. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19883478>>

HALLDORSOTTIR, S., KARLSDOTTIR, S.I. Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, nº12, 1996. p. 48-61.

HAMILTON, B.E.; MARTIN, J.A.; VENTURA, S.J. - Births: preliminary data for 2007 . *Natl Vital Stat Rep*. Vol.56, nº7, 2007. p.1-18.

HEDMAN, C. [et al.] - Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Med*. Vol. 3. n.º 1 (2002). pp. 37-42. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14592252>>

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006.

HODNETT, E. D. [et al.] - Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. n.º 3, 2013.

HOMER, C. S. [et al.] - Women's experiences of continuity of midwifery

- care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*. Vol. 18. n.º 2, 2002. p. 102-12.
- HOPKINS, J. - Essentials of newborn skin care. *British Journal of Midwifery*. Vol.12, n.º5, 2004. p.314-317.
- HOWARD, C. R. [et al.] - Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. Vol. 111. n.º 3, 2003. p. 511-8.
- HUDSON, D. B; ELEK, S. M.; FLECK, M. O. - First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*. n.º 24, 2001. p. 31-43.
- HUDSON, D., ELEK, S., & FLEK, M. - First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, Vol.24, 2010. p.31-43.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). *Management of labor*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 5ª edição, 2013. p.72.
- JAAFAR, S. H.; JAHANFAR, S.; ANGOLKAR, M.; HO, J. J. - Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. n.º 3, 2011.
- JACOB, A. - *A comprehensive textbook of Midwifery and Gynecological Nursing*. 3ª ed. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012.
- JENIK, A. G. [et al.] - Pacifier; Breastfeeding Trial, Group - Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr*. Vol. 155, n.º 3, 2009. p. 350-354.
- JENIK, A.; VAIN, N. E. - Pacifiers and breastfeeding. *Birth*. Vol. 36. n.º 3, 2009. p. 267-272.
- JING, J. [et al.] - Massage and motion training for growth and development of infants. *World Journal Pediatric*. Vol 3, n.º4, 2007. p.295-299.
- JOHNSON, J. - *Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado*. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.
- JONG, P. R. [et al.] - Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol*. Vol. 104. n.º 5, 1997. p. 567-571.
- JONGE, A. [et al.] - Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol. 14, 2014. p. 103.
- JONGKOLSIRI, P.; MANOTAYA, S. - Placental cord drainage and the effect

- on the duration of third stage labour, a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*. Vol. 92. n.º 4, 2009. p. 457-60.
- KAHN, K. S. [et al.] - Undertaking systematic reviews of research of effectiveness. *CRD's Guidance for Carrying out or Commissioning Reviews*. New York: NHS centre for Reviews and Dissemination, 2000.
- KARABULUT, E- [et al.] - Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. *Turk J Pediatr*. Vol. 51, nº 1, 2009. p. 35-43.
- KARP H. - *The happiest baby on the block*. Bantam, New York, 2002.
- KARP, H. *Five simple steps to calm your baby's fussies!* - Pediatrics for parents. Bangor, 2007.
- KELLY, M. [et al.] - Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. *MCN Am J Matern Child Nurs*. Vol. 35. n.º 2, 2010. p. 81-88.
- KEMPER [et al.] - Strategies for Implementing Screening for Critical Congenital Heart Disease. *Pediatrics*, Vol. 128, nº 5, Nov, 2011.
- KIRKHAM, C; HARRIS, S; GRZYBOWSKI, S. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. *Am Fam Physician*. Vol. 71, nº 7, Abr, 2005. p.1307-1316.
- KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. - *Pais/bêbe: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.360.
- KONJE, J.; CADE, J. - Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *BMJ*, Vol.33, 2008.
- KRAMER, L.; RAMSBURG, D. - Advice given to parents on welcoming a second child: A critical review. *Family Relations*, Vol. 51, 2002. p.2-14.
- KRAMER, M. S. [et al.] - Promotion of Breastfeeding Intervention Trial Study, Group - Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 65, nº 5, 2008. p. 578-84.
- KRONBORG, H.; VAETH, M. - How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*. Vol. 36, nº 1, 2009. p. 34-42.
- KRONBORG, H.; VAETH, M. - The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*. Vol. 32, nº 3, 2004. p. 210-6.
- KULLER J, LUND C, LOURDES BN. - Neonatal integumentary system. *Clinical Education Series Ross Pediatrics: Ross Products Division*. Abbott Laboratories: US, 2002.
- LAMBERTI, L. M [et al.] - Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. Vol. 11, nº 3, 2011. p. 15.

- LAUZON, L.; HODNETT, E. - Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev.* n.º 3, 2001.
- LAVENDER, T; HART, A; SMYTH, D. - Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labor at term. *Cochroane Database of Systematic Reviews*, 2009.
- LEAO, M.R [et al.] - Reflections on the excessive rates of cesareans in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva.* Vol. 18, nº8. Agos, 2013. p.2395-2400.
- LEITICH, H.; KAIDER, A. - Fetal fibronectin--how useful is it in the prediction of preterm birth? *BJOG.* Vol. 110 Suppl 20. (2003). pp. 66-70. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763115>>.
- LEVY, L; BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno.* 2012 [Em Linha]. Disponível em: <<http://www.unicef.pt>>.
- LEWIS, E. - Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Arch Dis Child.* Vol. 54. n.º 4 (1979). pp. 303-6. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/572201>>
- LINDQVIST [et al.] - Individual risk assessment of thrombosis in pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* Vol. 81, nº 5, Maio, 2002. p. 412-416.
- LONDON, M [et al.] - *Maternal & Child Nursing Care.* 4ª Ed. Pearson Education, 2010.
- LOPES, C.; PEDRO, S. - Pele do RN: cuidados essenciais para a proteger. *Informar*, Ano XI, nº34, 2005. p.58-62
- LOPES, E. A. [et al.] - Sleep disorders in pregnancy. *Arq Neuropsiquiatr.* Vol. 62. n.º 2A (2004). pp. 217-21. Disponível na Internet em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15235720>>
- LOPES, M.S. [et al.] - Iodine and Thyroid: What a Clinic Should Know. *Acta Med Port.* Vol, 25, nº3. Mai-Jun, 2012. p. 174-178.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade.* Loures, Lusodidacta, 2013.
- LOZANO DE LA TORRE [et al.] - Use of pacifiers and breastfeeding. *An Pediatr Barc.* Abril, Vol 74, nº4, 2011. p.271-275.
- MACEDO [et al.] - Women and the perception of pain at the delivery room: the influence of the environment at the delivery room. *R Enferm UERJ.* Vol 13, 2005. p. 306-312.
- MACHADO, Ana, TAVARES, Susana - Vinculação em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Informar.* Ano XII, nº 36. Jan/Jun, 2006. p. 59-66.
- MAIA, M. [et al.] - Striae distensae in pregnancy: risk factors in primiparous women. *An Bras Dermatol.* Vol. 84. n.º 6 (2009). pp. 599-605. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20191171>>

MALONI, J. A.; MARGEVICIUS, S. P.; DAMATO, E. G. - Multiple gestation: side effects of antepartum bed rest. *Biol Res Nurs*. Vol. 8. n.º 2 (2006). pp. 115-28. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17003251>>

MANNEL, R; MATERNS, P. J; WALKER, M. - *Manual Prático para consultores de Lactação*. Lusociência, 2011.

MARQUES, D. M.; LEMOS, A. - Sexuality and breastfeeding: Woman/mother's dilemmas. *Revista enfermagem UFPE*. nº4, 2010. p.622-630.

MARTINS, C, F. S. - *Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. 2012. Tese de Mestrado.

MARTINS, S. [et al.] - Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. *Acta Pediatr Port*. Vol. 38, nº6, 2007. p.246-249.

MASCARENHAS MLW, [et al.] - Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *Jornal de Pediatria*. Vol 82, nº4, 2006. p.289-294.

MATIAS; TIAGO; MONTENEGRO - Cálculo da Idade Gestacional: Métodos e Problemas. *Acta Medica Portuguesa*. Vol.15, 2002. p.17-21.

MCDONALD, S. J. [et al.] - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 7, 2013.

MCGARRY, K.A; TONG, I.L. - *5-Minute Consult Clinical Companion to Women's Health*. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2007. p.63-65.

MCGRATH, J.; THILLET, M.; CLEAVE, L. V. - Parent Delivered Infant Massage: Are We Truly Ready for Implementation? *Newborn and Infant Nursing Reviews*. Vol. 7, nº1, 2007. p.39-46.

MELEIS, A. [et al.] - Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. Vol. 376. n.º 9756 (2010). pp. 1923-58. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>>.

MELEIS, A. I. [et al.] - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. Vol. 23. n.º 1 (2000). pp. 12-28. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>>.

GRAÇA, L. M. [et al.] - *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa. Lidel, 2010.

MENDES, I. M. - *Ligação Materno-Fetal: contributo para o estudo de fatores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto, 2002.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis. Vol. 17, nº 4. Out/Dez, 2008. p. 758-764.

MENDONÇA, N.L.B - *O Luto como questão bioética*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga. Faculdade de Filosofia, 2011. Tese de Mestrado.

MERCER, R. - Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.34, nº4, 2004. p.456-464

MERCER, R. T. - The nurse and maternal tasks of early postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs*. Vol. 6. nº 5 (1981). pp. 341-5. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6792449>>.

MERCER, R. T., FERKETICH, S. L., & DEJOSEPH, J. F. - Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health*. Vol. 16, nº1, 1993. p.45-56.

MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L. - Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Res Nurs Health*. Vol. 18. nº 4, 1995. p. 333-43.

MERCER, R.T. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol 36, nº3, Set, 2004. p. 226-232.

MONGELLI, M.; WILCOX, M.; GARDOSI, J. - Estimating the date of confinement: ultrasonographic biometry versus certain menstrual dates. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 174. nº 1 Pt 1 (1996). pp. 278-81. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8572021>>.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. - *Obstetrícia fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE FILHO, J. - *Rezende Obstetrícia Fundamental*. 12ªedição. Guanabara Koogan, 2013.

MOORHEAD, S. [et al.] - *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4ªed. St. Louis: Mosby/Elsevier, 2008.

MORKVED, S. [et al.] - Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. Vol. 101. nº 2, 2003. pp. 313-319.

MOZURKEWICH, E. L. [et al.] - Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol. 11, 2011. p. 84.

MUNCK, H. - *Intervenção hospitalar com pais de bebês prematuros*. In *Bebé XXI: a criança e a família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995.

N, M.; KROHN, M. A.; PARVIAINEN, K. - Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. Vol. 111. nº 6, 2008. p. 1274-8.

NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT - *What is prenatal care and why is it important?* Washington, DC, 2010. Disponível na em WWW: <<http://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/Pages/prenatal-care.aspx>>

NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT. *Safe Sleep for Your Baby: Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Other Sleep-Related Causes of Infant Death*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2012.

NEVES, C.M. - Novas recomendações na prevenção da morte súbita do lactente. *Rev Port Clin Geral*. Vol. 27, 2011. p.566-568.

NICE - Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman-clinical guideline 62. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Londres, 2008.

NICE - Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. Set., 2007.

NICE - Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. *Royal College of General Practitioners*. Londres, 2006.

NICE - Weight management before, during and after pregnancy. *Public Health Guidance*. nº 27, 2010.

NILSSON, L. [et al.] - Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract*. Vol. 2013, 2013.

NOGUEIRA, J.; FERREIRA, M. - O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista referencia*. III Série - n.º 8 - Dez. 2012 pp.57-66.

NOGUEIRA, J.R.; FERREIRA, M. - O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 8. Dez, 2012.

NOVAES; SHIMO; LOPES - Lombalgia na gestação. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Jul/Agos, Vol.14, nº4, 2006. p.620-4.

NUSSBAUM, R.; BENEDETTO, A. V. - Cosmetic aspects of pregnancy. *Clin Dermatol*. Vol. 24. n.º 2, 2006. pp. 133-41. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16487888>>.

NYSTRÖM, K.; ÖHRLING, K. - Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 46, nº3, 2004. p.319-330.

O'CONNOR, N. R. [et al.] - Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Vol. 163, nº 4, 2009. p. 378-82.

OLIVEIRA [et al.] - *A mulher contemporânea e a maternidade tardia*. VI Amostra Científica do Cesuca. Vol.1, nº 7, 2013.

OLIVEIRA [et al.] - Intervenções de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. *Veredas Favip - Revista Eletrônica de Ciências*. Vol. 3, nº 1 - Jan/Jun, 2010.

OLIVEIRA, J. C. - *Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

OWEN, C. G. [et al.] - Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. *Am J Clin Nutr*. Vol. 88, nº 2, 2008. p. 305-14.

PACHECO, A. [et al.] - Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 7, nº1, 2005. p.7-41.

PERDIGÃO, C; DUARTE, J. S; SANTOS, A. - Prevalência e caracterização da Hipercolesterolemia em Portugal. Estudo HIPÓCRATES. *Revista Factores de Risco*. Nº 17. Abr-Jun, 2010. p.12-19.

PEREIRA, A.L.F; BENTO, A.D. - Autonomy in normal delivery from the perspective of women assisted in birthing center. *Rev Rene*. Vol.12, nº3. Fortaleza. Jul/Set, 2011. p.471-417.

PEREIRA, S. V. M; BACHION, M.M. - Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.58, nº6. Nov/Dez, 2005. p.659-64.

PICCINI [et al.] - Expetativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*. Vol. 26, nº3, 2009. p.372-382.

PIEN, G. W.; SCHWAB, R. J. - Sleep disorders during pregnancy. *Sleep*. Vol. 27. n.º 7 (2004). pp. 1405-17. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586794>>.

PINHEIRO, J; SEABRA, D. - Alteração dos hábitos alimentares durante a gravidez: Identificação dos Mitos Relacionados com a Alimentação na Gravidez e Amamentação. *Acta Med Port*. Vol 21, 2008. p.149-160.

PLENGE-BONIG [et al.] - Breastfeeding protects against acute gastroenteritis due to rotavirus in infants. *European Journal of Pediatrics*. Vol 169, nº12, 2010. p.1471-1476.

PLUNKETT, B. A. [et al.] - Management of the second stage of labor in nulliparas with continuous epidural analgesia. *Obstet Gynecol*. Vol. 102. n.º 1, 2003. p. 109-114.

POLIT, D. F; BECK, C. T. - *Using research in evidence-based nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

PONTES, M. M. - *Maternidade Interrompida: o drama da perda gestacional*. São Paulo: Ágora, 2009.

POPE, S. [et al.] - *Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999*. NHMRC. Camberra, 2000.

PORTO, A.M; AMORIM, H.M; SOUZA, A.S. - Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*. Vol 38, nº 10. Out., 2010. p. 527-537.

PRICE, S.; NOSEWORTHY, J.; THORNTON, J. - Women's experience with social presence during childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs*. Vol.32. nº 3, 2007. p. 184-191.

PRINS [et al.] - Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 118, nº 6. Mai, 2011. P. 662-670.

PUCCINI, R.F. [et al.] - Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública*. Vol.19, nº1, Fev, 2003. p.35-45.

RAHL, R. - *Physical Activity and Health Guidelines Recommendations for Various Ages, Fitness Levels, and Conditions from 57 Authoritative Sources*. Human Kinetics, 2010.

RELVAS, A. P.; LOURENÇO, M. C. - Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistêmica. Em: CANAVARRO, M. C. - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001.

REZENDE, Jorge - *Obstetrícia*. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RICCI, S. S. - *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RICCI, S.S.; KYLE,T. - *Maternity and Pediatric Nursing*. Lippincott Wilkins, 2009.

RIGHARD, L. - Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth*. Vol. 25, nº 1, 1998. p. 40-4.

ROCHA, Natividade; SELORES, Manuela - Dermatite das fraldas. *Nascer e Crescer*. Vol. 13, nº3, 2004. p. 207-214.

RODRIGUES, D. P. [et al.] - Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Vol. 15, nº2, 2007. p.97-204.

RODRIGUES, Roberto J. - Information systems: the key to evidence based health practice. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 78, nº. 11. Geneve, 2000. p. 1344-1351.

ROLIM, L.; CANAVARRO, M.C. Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2006. p.255-296

- ROTHER, E. T. - Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 20, nº 2. São Paulo, 2007. p. 5-6.
- RUBIN, R. - Attainment of maternal role processes. *Nursing Research*. Vol. 16, 1967. p. 237-245.
- RUBIN, R. - *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer, 1984.
- RUBIN, R. - Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*. Vol. 4, 1975. p.143-153.
- SABATINO, H. - Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. Orientações para a prática nos serviços. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. Vol. 4, n. 4, 2010. p. 143-148.
- SABATINO, H. [et al.] - Análise quantitativa de pressões intrauterinas e intravaginais em partos normais. *Rev da FCM da Unicamp*. Vol. 2, 1995. p.23-32.
- SANTOS NETO [et al.] - Pacifier use as a risk factor for reduction in breastfeeding duration: a systematic review. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife Vol.8, nº4, 2008. p.377-389.
- SANTOS NETO, E-T; ZADONADE, E.; EMMERICH, A.O. - Analysis models for variables associated with breastfeeding duration. *Rev Paul Pediatr*. Vol 31, nº3, 2013. p.306-314.
- SANTOS, Ana; CARDOSO, Ana - A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. nº 11, 2010.
- SANTOS, F.A.P.S. - *Vivência de mulheres no puerpério: significado atribuído à revisão pós-parto*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde, 2010. Tese de Mestrado.
- SAVI, M.G, M; SILVA, E.L. - Information flow in the clinical practice of resident physicians: an analysis from an evidence-based medicine perspective. *Ci. Inf*. Brasília, DF. Vol. 38, nº 3, 2009. p.177-191.
- SCOTT, J. A. [et al.] - Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. Vol. 117, nº 4, 2006. p. 646-655.
- SENGPIEL [et al.] - Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study. *BMC Medicine*. Vol 11, nº 42, 2013.
- SESCATO, A.; SOUZA, S.; WALL, M. - Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. Vol. 13, n.4. 2008. p. 585-90.
- SILVA [et al.] - *Maternal Health: the importance of the antenatal attendance*. Cadernos UniFOA - Edição Especial. Agos., 2009.

- SILVA, A. I.; FIGUEIREDO, B. - Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, Vol.25, nº3, 2005. p. 253-264.
- SILVA, P. S. R. - *Tratamento de náuseas e vômitos na grávida por pressão periódica num ponto de acupuntura*. Universidade da Beira Interior, Covilha, 2008. Dissertação de Mestrado.
- SILVEIRA, R.C.C.P. - *O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005. Tese de Mestrado.
- SMITH, A. - *Dunstan Baby language: Decoding baby talk*. *Grey-Bruce Kids Magazine*. Jun, 2013. Disponível na Internet em URL: <<http://www.dunstanbaby.com/decoding-baby-talk/>>
- SOARES, M. [et al.] - Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. Vol 79, nº3, 2003. p.309-16.
- SOLTANI, H.; HUTCHON, D. R.; POULOSE, T. A. - Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. n.º 8, 2010.
- SPROTT, J. - Cot death controversies. *S Afr Med J*. Vol. 96, nº 7, 2006. p. 568-569.
- SUNY DOWNSTATE MEDICAL CENTER. *Evidence Based Medicine Course Evidence pyramid*. 2001. Disponível na Internet em: <URL: [http://library.downstate.edu/EBM2/2100 .htm](http://library.downstate.edu/EBM2/2100.htm)>.
- SYDOW, V. K. - Sexuality during pregnancy and after childbirth: a Metacontent Analysis of 59 studies. *Journal of psychosomatic research*. Vol. 47, nº 1. p. 27-49, 1999. Disponível na Internet em:<URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399998001068> >.
- THIES, K.M; TRAVERS, J. F. - *Handbook of human development for health care professionals*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers, 2006.
- TINELLI [et al.] - Induction of labour: which method to use?. *Minerva Ginecol*. Vol. 55, nº6. Dez, 2003. p.463-482.
- TOGLIA, M.R.; NOLAN, T.E. - Venous thromboembolism during pregnancy: a current review of diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv*. Vol. 52, nº1, 1997. p. 60-72.
- TROTTER, Sharon - Care of the newborn: proposed new guidelines. *British Journal of Midwifery*. Vol.12, nº3. Mar, 2004.
- UNDERDOWN, A.; BARLOW, J.; CHUNG, V.; STEWART-BROWN, S. - Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. *Cochrane Collaboration*, 2009. p.1-35.

- URQUHART, G.M. [et al.] - *Parasitologia veterinária*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.273.
- VAN DEN BERGH B.; SIMONS, A. - A review of scales to measure the mother-foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol 27, nº 2, 2009.
- VARELA, C.S.V.D.J. - *Assistência de Enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado*. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2007.
- VICTORA [et al.] - Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*. Vol 99, nº3, 1997. p.445-453.
- VICTORA, C. G. [et al.] - Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*. Vol. 341, nº 8842, 1993. p. 404-406.
- VIEIRA, G. O. [et al.] - Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. Vol. 86, nº 5, 2010. p. 441-4.
- VINTZILEOS, A. M. [et al.] - A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol*. Vol. 81. n.º 6 , 1993. p. 899-907.
- VURAL, G.; KISA, S. - Umbilical cord care: a pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 35, 2006. p.123-128.
- WIGERT, H.; JOHANSSON, R.; BERG, M. - Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. Nordic College of Caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol 20, 2006. p.35-41.
- WILKINS, C. - A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. Vol.22, 2006. p.169-180.
- WOLF, R. [et al.] - Diaper dermatitis. *Clinics in Dermatology*. Vol. 18, 2000. p.657-660.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2007.
- YILDIRIM, G; BEJI, N.K. - Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. Vol, 35, nº1. Mar, 2008. p.25-30.
- YONKERS, K.A. [et al.] - Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*. Vol. 158, nº11, 2001. p. 1856-63.
- ZANINI, M; PASCHOAL, L. H. C - Dermatoses of Pregnancy. *Med Cutan Iber Lat Am*. Vol.32. nº4, 2004. p.139-150.

ZORNIG, S.M.A. - Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanal.* Vol.42, nº2, 2010. p. 453-470.

ZUPAN, J., GARNER, P., OMARI, A. - Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Collaboration.* 2009.