

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

AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA
MATERNA NA AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO PÓS-PARTO

Relatório de Estágio

Ana Rita da Silva Dias

Porto, 2018

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

AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA AMAMENTAÇÃO NO PERÍODO
PÓS-PARTO

NURSING PRACTICE TO PROMOTE MATERNAL BREASTFEEDING
SELF-EFFICACY IN THE POSTPARTUM PERIOD

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Marinha Carneiro

Ana Rita da Silva Dias

Porto, 2018

AGRADECIMENTOS

Uma vez terminado este agradável e fascinante percurso, torna-se indispensável o agradecimento a todos aqueles que me acompanharam nesta viagem e que deram o seu contributo para a concretização de uma das etapas mais importantes da minha vida.

À Professora Doutora Marinha Carneiro, pela rigorosa e cuidadosa orientação na elaboração deste relatório, pela sua disponibilidade para os momentos de reflexão e, sobretudo, pela sua compreensão e esforço para que, apesar de todas as dificuldades, eu fosse capaz de atingir os meus objetivos.

À docente orientadora do estágio e enfermeira-chefe do Serviço de Obstetrícia do CHPVVC, Enfermeira Irene Cerejeira, pelo acompanhamento e constante preocupação para que em todos os momentos estivessem reunidas as condições necessárias para o sucesso do nosso processo de aprendizagem.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia do CHPVVC pelas oportunidades de aprendizagem e por demonstrarem, todos os dias, como é possível prestar cuidados de excelência na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Ao CHPVVC, por me ter acolhido nas suas instalações e pela preciosa integração, fazendo-me sentir parte da equipa.

Aos meus pais, a quem dedico inteiramente este trabalho, como forma de agradecimento por tudo o que me proporcionaram até agora e continuam a proporcionar, por me fazerem acreditar que tudo é possível e por me demonstrarem constantemente o seu amor e orgulho.

À minha irmã, pela motivação e apoio em todos os momentos da minha vida.

Ao Tiago, pela partilha de conhecimento e, ainda, por todo o amor que escolheu dar-me, por ser o meu porto seguro e por nunca me ter deixado cair, nos momentos mais difíceis.

À minha amiga Mónica, que me acompanha desde a escola primária, por toda a disponibilidade, apoio e incentivo na realização deste meu projeto.

À minha amiga Christiane, pela sua visão positiva sobre a vida, pelo seu otimismo contagiante e por me ouvir quando eu mais precisei.

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos com os quais tive o privilégio de contactar ao longo deste percurso e que me deixaram entrar, de alguma forma, nas suas vidas.

A todos o meu sincero obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

BSES - *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*

BSES-SF - *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form*

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

CHPPVC - Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIU - Dispositivo Intra-uterino

DUM - Data da Última Menstruação

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

ICN - *International Council of Nursing*

ICNP - *International Classification for Nursing Practice*

IMA - Idade Materna Avançada

IMC - Índice de Massa Corporal

ITP - Indução do Trabalho de Parto

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PTOG - Prova de Tolerância à Glicose

RN - Recém-nascido

TP - Trabalho de Parto

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do estágio profissionalizante, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, que decorreu no CHPVVC, entre Novembro de 2015 e Julho de 2017. Este documento descreve o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, em conjunto com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. O estágio de natureza profissional incluiu o planeamento e prestação de cuidados nas seguintes áreas: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, e Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade. Através destes três módulos foi possível desenvolver cuidados de enfermagem especializados, baseados na evidência científica mais atual e descritos ao longo do presente relatório. De igual modo, neste documento encontram-se retratadas as experiências vividas ao longo do estágio, sendo realizada uma análise crítico-reflexiva acerca da pertinência das intervenções executadas, com base em evidência científica. No módulo do Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade, a amamentação foi um dos focos de atenção que mais necessitou de intervenção e, por isso, surgiu a necessidade de identificar as intervenções de enfermagem que promovem a autoeficácia materna na amamentação no período pós-parto, o que foi conseguido por meio da realização de uma revisão integrativa da literatura. Assim, pretende-se estabelecer um contributo para a prática de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no âmbito da promoção da amamentação e prevenção do abandono precoce da mesma.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Autoeficácia; Aleitamento Materno.

ABSTRACT

The present document emerges in the scope of a professional internship, included in the Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, which took place at the CHPVCC, between November 2015 and July 2017. This document describes the process of acquisition and development of competencies related to the role of midwife, in compliance with the Regulation of Competencies of the Nurse Specialist in Maternal, Obstetrical and Gynecological Health, described and approved by the Ordem dos Enfermeiros, together with the Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. The professional internship the planning and execution of nursing care in three distinct areas: High-risk Pregnancy, Labor and Delivery, and Postpartum Care and Parenthood. Throughout these three modules specialized nursing care was developed, supported by the most recent scientific evidence available and described throughout this report. Also, this document includes the experiences acquired throughout the internship, as well as a critical-reflexive analysis about the relevance of the nursing interventions undertaken in regards to the scientific evidence available. In the context of the Postpartum Care and Parenthood module, breastfeeding was one area in which women needed the most help and care, which brought up the need to identify the nursing interventions that improve self-efficacy of breastfeeding women in the postpartum. This was achieved through a review of literature. It is intended to be a contribution to the midwifery care practices in terms of promoting breastfeeding and prevention of early weaning.

Keywords: Midwifery; Nursing Care; Self Efficacy; Breast Feeding.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. CUIDAR DA MULHER/CASAL NA GRAVIDEZ	21
2. CUIDAR DA MULHER/CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	41
3. CUIDAR DA MULHER/FAMÍLIA NO PÓS-PARTO	57
3.1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	68
3.1.1. <i>Problema em estudo</i>	70
3.1.2. <i>Metodologia</i>	73
3.1.3. <i>Discussão dos resultados</i>	83
3.1.4. <i>Considerações finais</i>	85
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	87
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) ...	30
Figura 2 - Diagnóstico da Hiperglicemia na Gravidez e seus subtipos baseado na PTOG das 24-28 semanas (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017, cit in OMS, 2013)	35
Figura 3 - Intervenções que promovem a autoeficácia materna na amamentação, no período pós-parto.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Níveis de evidência segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009).....	70
Tabela 2 - Aplicação da estratégia PICO para formulação da pergunta de partida.	73
Tabela 3 - Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.	82
Tabela 4 - Experiências vivenciadas no contexto do estágio profissionalizante (R - Risco; SR - Sem Risco; E - com Episiotomia; SE - Sem Episiotomia).	88

INTRODUÇÃO

O atual plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia oferece ao estudante a possibilidade de realizar um estágio de cariz profissionalizante, que potencia o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados prestados à mulher na Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade.

No contexto do Estágio de natureza profissional, pretende-se que o estudante elabore um Relatório de Estágio que contemple sobretudo duas componentes: uma de descrição das práticas, análise e reflexão e outra de investigação. A primeira proporciona a oportunidade de descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO, analisando criticamente as práticas em contexto clínico. A segunda traduz a apresentação realização e descrição de um processo de revisão da literatura e, para tal, foi necessário a seleção de uma temática para estudo, que estivesse inteiramente relacionada com a prática clínica e que, desta forma, poderá dar um grande contributo para uma prática baseada em evidência e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência.

O Estágio profissionalizante decorreu no CHPVVC, o módulo Gravidez com Complicações no ano letivo de 2015/2016, os restantes módulos (Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado Pós-parto e Parentalidade), no ano letivo de 2016/2017. Este teve como objetivo a aquisição de Competências Específicas do EESMO, segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMOG (Ordem dos Enfermeiros, 2011). De acordo com este documento é da responsabilidade do EESMO assumir tanto as intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, isto é, aquelas que envolvem processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, como também as intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco, que correspondem àquelas que envolvem os processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Apesar de todo este processo ter sido carregado de valiosas experiências que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, torna-se impossível num só documento descrever todas elas. Por isso, foi dado um maior destaque a algumas temáticas, de entre elas, e objeto de estudo da revisão integrativa da literatura realizada, as intervenções de enfermagem que promovem a autoeficácia da mulher na amamentação, dado esta ser uma área na qual o papel do EESMO tem vindo a assumir cada vez mais importância.

A amamentação constitui uma das maiores áreas de atenção por parte do EESMO, na medida em que diariamente este contacta com casais, tendo como principal objetivo o

sucesso deste processo. É conhecido que o leite materno consiste num alimento vivo, completo e natural, que se adequa a quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levy e Bértolo, 2012). O aleitamento materno tem diversas vantagens tanto para mãe como para a criança e, ainda, para a sociedade e meio ambiente e, por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade (Levy e Bértolo, 2012). No entanto, e apesar de alguns estudos portugueses apontarem para a alta incidência do aleitamento materno, também se verifica que quase metade das mães portuguesas desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé (Levy e Bértolo, 2012).

Segundo Margotti e Epifânio (2014), um dos fatores que influencia o aleitamento materno exclusivo é a autoeficácia materna para amamentar. A autoeficácia da mulher na amamentação, consiste na perceção ou expectativa da mulher quanto aos seus conhecimentos e capacidade para amamentar com êxito o seu filho (Bezerra et al, 2012).

Aquando da realização do estágio no serviço do puerpério, foi possível verificar que muitas das puérperas apresentaram uma perceção negativa quanto à sua capacidade para amamentar e colocaram várias questões sugestivas de insegurança. Contudo e, apesar de toda a equipa de enfermagem ter como objetivo fomentar a autoeficácia das puérperas na amamentação, constata-se que algumas delas acabam por desistir deste processo. Desta forma, torna-se fulcral estudar as intervenções de enfermagem que poderão melhorar a autoeficácia da mulher e, por conseguinte, potenciar o sucesso da amamentação.

Este Relatório de Estágio tem como principais objetivos: evidenciar as competências desenvolvidas no domínio do planeamento de cuidados de enfermagem ao casal e família, nas diferentes áreas de atuação do EESMO; identificar práticas que respeitem a individualidade de cada casal/família, tendo em consideração as suas crenças e diferenças culturais, de forma incrementar a sua satisfação face à experiência da gravidez, trabalho de parto, parto e transição para a parentalidade; explicar o processo de aquisição de conhecimentos, com base em evidência científica, que permite a fundamentação das práticas realizadas em estágio; apresentar o processo de desenvolvimento de competências no âmbito da investigação científica, de forma a promover uma prática baseada na evidência e problematizando as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, no domínio do focos de enfermagem mais frequentes em cada área de cuidado especializado do EESMO, com base na evidência científica atual.

Nos últimos anos tem-se verificado que a qualidade e a excelência dos cuidados de saúde prestados, assenta cada vez mais numa prática baseada na evidência. Esta consiste numa *“forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão”* (Pereira, Cardoso e Martins, 2012, p. 56). Desta forma, compreende-se que através dos resultados

obtidos por meio da investigação científica produzida, torna-se possível prestar cuidados de saúde mais eficazes, capazes de dar resposta às necessidades sentidas pelo cliente. Por este motivo, a descrição das atividades realizadas em estágio será acompanhada pela devida fundamentação científica, como suporte à sua implementação na prática clínica.

Dada a importância do conhecimento científico, na implementação de práticas de enfermagem, foi efetuada uma vasta pesquisa bibliográfica com recursos predominantemente à base de dados Cochrane Library®, e, ainda, às bases de dados existentes no motor de busca EBSCO host da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este documento divide-se em quatro capítulos, sendo que o primeiro descreve o processo de desenvolvimento de competências ao longo do módulo de Gravidez com Complicações, no qual é realizada uma descrição dos cuidados ao casal durante a gestação, abordando aspetos relacionados com a gravidez com complicações. O segundo capítulo descreve o desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados ao casal em trabalho de parto e durante o parto, bem como ao recém-nascido. O terceiro capítulo traduz a conceção de cuidados ao casal/família no período pós-parto. Ainda dentro deste capítulo é possível encontrar uma descrição do processo de investigação desenvolvido no âmbito das intervenções de enfermagem que promovem a autoeficácia materna para amamentar, no período pós-parto, tendo por base a metodologia da Revisão Integrativa da Literatura. Por último, no quarto capítulo é apresentada uma análise crítico/reflexiva acerca do estágio profissionalizante.

1. CUIDAR DA MULHER/CASAL NA GRAVIDEZ

Em Portugal, as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica são definidas pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade da OE, documento este que salienta a necessidade de o EESMO ser um profissional com elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A gravidez, maior período de atuação do EESMO, consiste numa das etapas mais importantes do ciclo vital do casal. É um período de grandes mudanças, um período de transição. A chegada de um novo ser humano ao seio da família desencadeia um conjunto de transformações na vida da mãe e do pai que são únicas e irreversíveis (Cardoso, 2011). Tornar-se mãe e pai “*é considerado uma das etapas de maturação da vida adulta e por isso representa um período de intensas aprendizagens quer para os pais quer para os que lhes estão próximos*” (Canavarro, 2001, p. 19).

A forma como são vivenciadas estas transições e transformações é individual e única, isto porque, “*todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias ao longo do tempo*” (DGS, 2015, p. 9).

O período pré-natal oferece aos profissionais da saúde uma ótima oportunidade para influenciarem os comportamentos tanto da grávida, como da sua família. Nesta fase, é fulcral diagnosticar e tratar perturbações/distúrbios já existentes ou que se possam vir a desenvolver no decorrer da gestação (Canavarro, 2001).

A adaptação à parentalidade consiste num processo de transição que não é isenta de riscos, pois a qualidade da interação e relação entre pais e filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário perceber de que forma os pais experienciam a adaptação a este período de transição (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Surge uma certa vulnerabilidade que resulta do desconhecimento em lidar com um novo acontecimento.

Os enfermeiros são os principais profissionais da saúde a lidar com os clientes e suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição. Estes profissionais normalmente dão atenção às mudanças que as transições trazem para a vida das pessoas e tendem a prepará-las para o desenvolvimento de novas competências, de forma a promover uma transição saudável (Meleis et al, 2000). Nesta vertente, torna-se necessário compreender o processo de transição, dado que só desta forma é que os enfermeiros ficarão melhor dotados para apoiar os clientes nos seus processos de aprendizagem. Assim, a transição deve ser encarada como um conjunto de processos psicológicos, que culminam num processo adaptativo face a uma mudança ou rutura, isto é, uma forma de incorporar alterações na vida de um indivíduo (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, os enfermeiros podem ser encarados como facilitadores desse processo, na medida em que promovem a aquisição de competências por parte dos clientes, ajudando-os a lidar com uma nova condição de saúde

e oferecendo-lhes ferramentas para a aquisição de novos conhecimentos e alteração de comportamentos.

De acordo com Martins, Abreu e Barbieri (2017, p. 40), a *“parentalidade marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação do sistema familiar, com conseqüente redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida”*. A transição para a parentalidade diz respeito a um processo irreversível, que tem início na gravidez e que implica múltiplas mudanças pessoais e interpessoais que ocorrem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho (Pridham e Chang, 1992). Durante esta transição, os casais passam de uma díade à construção da sua própria família, através da qual assumem um compromisso para toda a vida com o novo ser. Este tipo de transição exige uma reorganização não só pessoal, mas também profissional e conjugal (Cardoso, 2011).

As transições podem ser facilitadas ou inibidas por diversos fatores como as condições pessoais da mulher, as suas crenças e atitudes culturais, o seu nível socioeconómico, a sua preparação e conhecimento e, ainda, as condições da comunidade e da sociedade na qual se encontra inserida (Meleis et al, 2000).

De acordo com Rubin (1984) e Mercer e Ferketich (1995), tornar-se mãe exige determinadas tarefas de desenvolvimento, sendo elas: a aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, a reorganização de relacionamentos pessoais (sobretudo com a sua própria mãe), o estabelecimento de relação com o feto e a preparação para a experiência de parto.

Quanto ao elemento masculino do casal, cada vez mais é exigido pela sociedade um maior envolvimento na gravidez. Os pais de primeira viagem normalmente experienciam três tarefas desenvolvimentais durante o processo de incorporação do papel: (1) lidar com a realidade da gravidez e da criança; (2) procurar o reconhecimento como pai nas pessoas com quem estabelece interações; e, (3) ser perseverante na integração do papel paternal (Mercer e Ferketich, 1995).

Atualmente verifica-se um crescente envolvimento do pai no processo de parentalidade, seja por vontade própria, seja por pressão da sociedade. A figura paterna tende, nos dias de hoje, a envolver-se mais ativamente na gravidez, no parto e nos cuidados diretos ao filho. Existe, atualmente, uma maior preocupação por parte dos serviços de saúde em considerar o pai como um elemento dos cuidados, procurando criar condições que lhe permitam acompanhar a mãe durante todo este processo (Cardoso, 2011).

O estágio desenvolvido no CHPVVC, no âmbito da Gravidez com Complicações permitiu o desenvolvimento de novas competências e a aplicação dos conhecimentos já adquiridos durante o MESMO, com o principal objetivo de apoiar o casal grávido e família a experienciar processos de transição saudáveis e adequados às suas expectativas. Nesta instituição de saúde, verifica-se que a maioria das grávidas com fatores de risco é acompanhada em regime de ambulatório quer nas consultas médicas, quer nas consultas de enfermagem especializadas, embora também exista nesta instituição um serviço de

internamento para as situações agudas, que impliquem uma vigilância mais rigorosa e cuidados especializados. Contudo, o serviço de Neonatologia do CHPVVC infelizmente não possui os recursos necessários para dar a resposta à necessidade de cuidados dos recém-nascidos prematuros, cuja idade gestacional seja inferior às 34 semanas, o que origina a transferência de algumas grávidas de risco para outro hospital, habitualmente o hospital central mais próximo.

O módulo Gravidez com Complicações foi enriquecedor ao nível da aquisição de competências, na medida em que foi possível acompanhar grávidas com diversos fatores de risco e/ou com patologias associadas, quer em contexto de internamento, quer em consulta de enfermagem. No contexto das consultas de enfermagem foi possível acompanhar grávidas com os seguintes fatores de risco: Idade Materna Avançada (IMA), Diabetes Gestacional (DG), Hipertensão Arterial, Gravidez na Adolescência, Gravidez Gemelar, Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre outros.

No âmbito deste módulo, mais especificamente, no contexto da consulta de enfermagem, tornou-se fundamental compreender que o casal grávido se encontra a vivenciar não só uma transição desenvolvimental, como também situacional e que poderá eventualmente surgir de forma inesperada, o que poderá constituir um evento crítico capaz de dificultar todo o processo de adaptação à gravidez e parentalidade.

Neste sentido, ao longo do primeiro contacto com o casal grávido foi realizada, através de entrevista, uma colheita de dados relevantes para caracterizar de que forma ambos se encontram a vivenciar o processo de transição. Tornou-se fundamental compreender o significado que cada elemento do casal atribui à gravidez e à parentalidade, se a gravidez foi algo planeado e desejado e de que modo esta mudou as suas vidas e se cada um deles se encontra consciencializado acerca das mudanças decorrentes deste evento crítico. Foi igualmente importante perceber qual o significado que este atribui à patologia/fator que contribuía para a classificação da sua gravidez como gravidez de risco. Desta forma, foram colhidos dados acerca do conhecimento do casal grávido sobre a patologia/fator de risco da gravidez e sobre os recursos disponíveis para enfrentar a situação vivida.

Para além desta informação relativa ao processo de transição, foram colhidos dados sociodemográficos, história clínica (peso anterior à gravidez, medicação habitual, grupo sanguíneo, alergias, hábitos de vida, antecedentes pessoais e doenças familiares), história ginecológica e obstétrica e história ocupacional (profissão, escolaridade, padrão de exercício físico) (Lowdermilk e Perry, 2008).

Todos estes dados foram obtidos por meio de entrevista, na medida em que esta constituiu um importante instrumento que facilitou o estabelecimento da relação terapêutica com o casal. Ao longo da entrevista foi possível observar a postura da cliente, a sua linguagem corporal, os aspetos físicos e emocionais de alarme. O relacionamento com as pessoas que acompanhavam a grávida à consulta foi, igualmente, uma preocupação, uma vez que estas fazem parte do contexto social da cliente (Lowdermilk e Perry, 2008).

De acordo com Rubin (1967) e Mercer (1981), o processo de reformulação da identidade pela incorporação de um novo papel compreende quatro fases: antecipatória, formal, informal e pessoal. A fase antecipatória diz respeito ao período prévio ao desempenho do papel, ou seja, é neste período que a mãe/pai inicia o ajustamento psicológico e social ao papel. Na segunda fase, a fase formal, ocorre com o nascimento do filho e, conseqüentemente, o confronto com a necessidade de desempenho do papel; normalmente os comportamentos do casal são guiados por fontes formais, como os profissionais da saúde. A fase informal surge à medida que a mãe/pai, apesar de ainda seguir as orientações dos outros, vai desenvolvendo as suas próprias estratégias para exercer o papel de mãe/pai. A quarta e última fase, a fase pessoal, corresponde ao período em que o casal criam um estilo próprio no desempenho do papel, assumindo-o perante os outros (Rubin, 1967; Mercer, 1981).

Neste contexto, é certo que todos os casais se encontravam na fase antecipatória e por isso foi importante, ao longo das consultas de enfermagem, perceber as suas dúvidas, preocupações e expectativas, de forma a planear os cuidados necessários para facilitar o início de todo este processo de reformulação de identidade. Simultaneamente, foi possível validar os conhecimentos que já detinham no domínio da parentalidade e promover a autoeficácia relativamente ao seu novo papel de pais.

Importa salientar que quando estamos perante uma grávida adolescente, temos que ter em consideração que o processo de transição é diferente, na medida em que, segundo Mercer (1981), este grupo etário necessita de mais tempo para atingir a fase formal, aproximadamente seis a dez meses.

A identidade materna é alcançada quando a mãe sente que existe harmonia entre o seu desempenho e as suas expectativas enquanto mãe. Esta nova identidade desenvolve-se com base em três componentes: a ligação com o filho, o sentir-se competente nos cuidados ao filho e a expressão de satisfação e prazer no exercício do papel maternal (Mercer, 1995; 2006).

Tornar-se mãe implica um extenso trabalho físico, psicológico e social. Ao experienciar esta transição, a mulher vivencia um maior período de vulnerabilidade, tendo que enfrentar desafios de grande dimensão. Assim, ao longo deste módulo, teve-se a oportunidade de apoiar as mulheres, quer no seu processo de aprendizagem, quer a aumentar a sua confiança nelas próprias e, assim, assumirem a sua identidade de mãe (Mercer, 2006).

De acordo com esta autora, o processo de se tornar mãe compreende quatro etapas: 1) compromisso, apego e preparação para uma criança durante a gravidez; 2) conhecimento e aumento do apego à criança, aprendendo a prestar-lhe os cuidados necessários e recuperação física, durante as primeiras semanas após o nascimento; 3) direção a uma nova realidade nos primeiros quatro meses; e 4) concretização de uma identidade materna em torno dos 4 meses. É de salientar o facto de que estas etapas se sobrepõem, sendo que as variáveis maternas, infantis, familiares e ambientais influenciam a sua duração. Em muitos

casos, a primeira etapa tem início antes da gravidez, em que a mulher trabalha para melhorar a sua saúde ou situação familiar (Mercer, 2006).

O grau de envolvimento é influenciado pelo nível de consciencialização (Meleis et al., 2000). Quando falamos em envolvimento, referimo-nos à participação ativa no processo de reajustamento a um novo papel (Lowdermilk e Perry, 2008). A procura de informação ou recursos, a preparação antecipada para lidar com o evento e a atitude proactiva face à necessidade de ajustamento das atividades de vida diária são indicadores de envolvimento do casal no processo de transição (Cardoso, 2011). A maior parte das mulheres inicia o seu envolvimento no processo de transição e interesse pelo seu filho por volta das 13 semanas gestação. No caso dos homens, estes começam por se envolver mais tarde (18 semanas de gestação), normalmente quando observam o feto na ecografia (Svensson, Barclay e Cooke, 2006).

Decorrente desta reformulação de identidade e aquisição de novos papéis de pai e mãe, surge um foco de enfermagem que assumiu especial importância ao longo deste módulo, a Ligação Mãe/Pai-Filho, que é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2017) como “Ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança.”. Esta foi uma área que mereceu especial atenção e na qual foi possível intervir, de forma a facilitar todo o processo de transição dos casais grávidos.

Antigamente acreditava-se que a ligação afetiva entre a mãe e o bebé se iniciava no nascimento, contudo, e contrariando a passividade psicológica da grávida em relação ao feto, hoje é consensual que esta ligação se começa a formar já durante a gravidez e começa-se, então, a falar de vinculação pré-natal (Mendes, 1999; Robinson, Baker e Nackerud, 1999; Speckhard, 1997).

Existem teorias que defendem que durante a gravidez o desenvolvimento da relação com o feto é uma tarefa fundamental para um desenvolvimento psicológico bem-sucedido, para todas as mulheres grávidas (Van den Bergh e Simons, 2008). Segundo Cruz (1990), a ligação entre a díade vai sendo fortalecida no decorrer da gravidez e torna-se mais forte a partir do segundo trimestre, altura em que começam a ser percecionados os movimentos fetais pela mulher grávida.

Os enfermeiros, sobretudo, os EESMO ocupam uma posição privilegiada junto dos casais grávidos e poderão ser um veículo promotor da ligação precoce entre estes e os seus filhos. De acordo com Burroughs (1995), o vínculo materno é um processo crescente que se inicia antes da conceção e é fortalecido por acontecimentos significativos ao longo da gravidez, amadurecendo através do contacto com o filho durante o período neonatal.

Segundo os autores Klaus, Kennel e Klaus (2000), o planeamento e aceitação da gravidez, a consciencialização dos movimentos fetais, a perceção do feto enquanto pessoa separada, a experiência do trabalho de parto, o nascimento, o primeiro contacto com o recém-nascido, os cuidados ao mesmo e a aceitação do recém-nascido como pessoa individual na família, constituem fatores promotores da formação do vínculo.

Segundo Mercer e Ferketich (1995), a ligação entre os pais e o feto é o melhor preditor da ligação após o nascimento. 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).

Sabe-se que a relação mãe-filho no período pré-natal, influencia fortemente a relação mãe-filho no período após o nascimento e, assim, interfere com o comportamento e o bem-estar da criança (Huth-Bocks et al., 2004). É de salientar, ainda, que a estrutura do relacionamento pré-natal ajuda a compreender por que motivo algumas mulheres grávidas agem de forma a modificar os seus comportamentos em prol da sua saúde, enquanto outras resistem em fazê-lo, como no caso das grávidas toxicodependentes ou mulheres grávidas que vivenciam uma experiência de internamento (Shieh & Kravitz, 2006; Curry, 1987). Van Den Bergh e Simons (2008), através de uma revisão da literatura sugeriram que alguns dados, quando presentes, conduzem a melhores índices de Ligação Mãe/Pai-Filho. Estes dados incluem os casais que cumprem as indicações dos profissionais da saúde, com o objetivo de otimizar a sua própria saúde e a do feto; os casais que descrevem o feto associando-o a características positivas; os casais que procuram conhecimento sobre o desenvolvimento do feto ao longo da gestação; os casais que mantêm relacionamentos conjugais estáveis; os casais que planearam a sua gravidez e têm bom suporte familiar e os que não tenham realizado amniocentese ou aos quais não tenha sido diagnosticada depressão previamente à gravidez.

Uma vez realizado o diagnóstico foi importante executar um planeamento de cuidados personalizado a cada casal, atendendo às características de cada um. Neste sentido e, no âmbito deste importante foco de enfermagem, foi implementado um conjunto de intervenções no decorrer das consultas de enfermagem. As intervenções de enfermagem devem ser planeadas de acordo com as características do casal, de forma a terem uma maior eficácia. São exemplos de intervenções de enfermagem implementadas ao longo do módulo: ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre as características do recém-nascido, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal e promover a construção da imagem do bebé.

É de salientar que para além das intervenções sugeridas pela literatura no domínio específico deste foco de enfermagem a Ligação Mãe/Pai-Filho pode ser promovida, no período pós-parto, através de muitas outras intervenções que não estão intimamente relacionadas com o mesmo, mas sim com outros focos de enfermagem no domínio do papel parental e amamentação.

Na primeira abordagem ao casal grávido, foi fundamental realizar uma correta datação da gravidez, na medida em que só assim poderão ser planeados os cuidados necessários a cada idade gestacional. O crescimento biológico tem início com a fertilização e, normalmente, a idade gestacional é baseada num ciclo menstrual ideal, com a ovulação/fertilização a ocorrer ao 14.º dia, ou seja, com mais duas semanas que a idade embriológica. É, igualmente, importante referir que a implantação do blastocisto acontece

no final da primeira semana após a fertilização, isto é, no final da terceira semana de amenorreia (Matias, Tiago e Montenegro, 2002).

A gravidez pode ser datada de duas formas, através da data da última menstruação (DUM) ou pela primeira ecografia. A datação da gravidez pela DUM, que segundo a DGS (2015) diz respeito à idade gestacional cronológica, pode ser imprecisa, na medida em que vários fatores podem interferir com a validade deste método, como é o caso de a mulher ter história de ciclos irregulares, ou se abandonou a contraceção oral há menos de três meses ou após um período de amenorreia subsequente, tal como acontece nas mulheres que amamentam (Matias, Tiago e Montenegro, 2002). Quanto ao segundo método apresentado, a ecografia, definida pela DGS (2015) como a idade gestacional definitiva, é considerado como o mais viável e preciso na datação da gravidez, pois o crescimento fetal apresenta um padrão de desenvolvimento constante na primeira metade da gravidez e, por conseguinte, os dados obtidos através da primeira ecografia permitem determinar a idade gestacional de uma forma mais segura e precisa (Matias, Tiago e Montenegro, 2002). Uma vez definida a idade gestacional, procedia-se, ainda, ao cálculo da data provável de parto, através da regra de Naegele.

De entre as competências do EESMO ressalta-se a importância do exame físico que foi desenvolvido de forma específica a cada consulta, com o principal objetivo de identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para cada caso específico (Leal et al, 2004). Este exame foi, na grande parte das consultas, realizado depois de abordados os aspetos relativos à transição para a parentalidade que o casal estava a vivenciar, o que já foi explorado anteriormente, e depois de uma correta datação da gravidez.

O exame físico foi realizado com uma sequência no sentido cefalocaudal. Após a inspeção, foi executada a medição da altura uterina para averiguação do crescimento uterino e posteriormente compará-lo com a idade gestacional da grávida (Bittencourt et al, 2014).

A monitorização da pressão arterial constituiu uma das atividades de vigilância realizadas em todas as consultas, na medida em que a hipertensão arterial pode surgir no decorrer da gravidez, mesmo em mulheres previamente normotensas. De acordo com Oliveira e Graciliano (2015), a causa da hipertensão na gravidez é, ainda, desconhecida, no entanto trata-se de uma patologia que afeta entre 10 a 22% das mulheres grávidas, caracterizando-se pelo aumento da pressão arterial, que se manifesta apenas durante a gravidez. Esta patologia está presente numa grande percentagem das grávidas e é responsável pelas elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. As principais complicações decorrentes da hipertensão arterial na gravidez e que contribuem para a mortalidade materna são a pré-eclâmpsia, o edema agudo do pulmão, a hemorragia cerebral, a insuficiência renal aguda e coagulopatias. No recém-nascido, esta patologia materna pode trazer complicações como a prematuridade, a deficiência perfusão uteroplacentária (hipoxia), restrição do crescimento intrauterino ou até mesmo a morte.

Assim, a vigilância deste parâmetro vital na grávida assumiu especial importância para a proteção quer da mãe, quer do bebê (Dotto, Moulin e Mamede, 2006).

No âmbito da Gestão do Regime Terapêutico nas grávidas com Hipertensão Arterial foram realizadas as seguintes atividades de diagnóstico: avaliar o conhecimento do casal sobre a contagem dos movimentos fetais, sobre o padrão de alimentação adequado, sobre os sinais de alerta e, ainda, sobre o consumo de sal. Para além da monitorização da pressão arterial, foram realizadas outras atividades de vigilância importantes no domínio deste foco, tais como: a avaliação das características da urina e a realização do Teste Combur[®] para determinar a presença de proteinúria, avaliação da presença de edemas, monitorização do peso corporal e a avaliação da presença de sinais e sintomas como dor epigástrica, oligúria ou cefaleias.

Consoante os diagnósticos identificados, após a colheita de dados, foram implementadas intervenções de enfermagem com o objetivo de promover uma gestão eficaz do regime terapêutico. São exemplos dessas intervenções: ensinar sobre dieta e consumo de sal e proteínas; ensinar sobre a avaliação do bem-estar fetal; ensinar sobre sinais de alerta; ensinar/instruir sobre a monitorização da pressão arterial no domicílio, caso esta seja a vontade do casal.

De seguida, foi averiguada a existência de edemas e foram analisadas as características da urina e realizado o teste Combur[®], que foi útil para detetar tanto a presença de proteinúria, como também de corpos cetónicos ou indicadores de bacteriúria.

A auscultação dos ruídos cardíacos fetais foi realizada no final do exame físico à grávida. Na verdade, a função cardíaca fetal tem início já por volta da quinta semana de gestação, mesmo antes que outras estruturas do embrião possam ser reconhecidas através da ultrassonografia. Nesta fase precoce do desenvolvimento, a frequência cardíaca do embrião é regular e está presente a capacidade de despolarização espontânea das fibras cardíacas mesmo antes da formação do sistema condutor (Arnold-Aldea e Parer, 1989; Shaffer e Wiggins, 1998; Wisser e Dirschedl, 1994; Robinson e Lecture, 1973). A formação dos ventrículos cardíacos ocorre antes da formação das aurículas e neste momento a função marcapasso é dirigida por estímulos que têm origem nas próprias células ventriculares, sendo a frequência de despolarização destas células menor do que as auriculares. Por esse motivo, a frequência do embrião é baixa (aproximadamente 82 batimentos por minuto) e à medida que ocorre o desenvolvimento das aurículas e do nódulo sinusal, em que as células possuem uma maior frequência de despolarização, o ritmo cardíaco passa a ser dirigido por esta estrutura, fazendo com que a frequência cardíaca nesta fase do desenvolvimento seja capaz de atingir valores até 180 batimentos por minutos (bpm) (Pettersen et al, 2001).

Após o período de embriogénese, a frequência cardíaca fetal (FCF) começa a ser estabelecida não só pela frequência de despolarização das células auriculares, como também pela influência do sistema nervoso central, sendo mediada por estímulos simpáticos e parassimpáticos. À medida que a gravidez vai evoluindo, verifica-se um predomínio do sistema parassimpático, o que origina uma diminuição da FCF (Arnold-Aldea e Parer, 1989;

Shaffer e Wiggins, 1998; Wisser e Dirschedl, 1994; Robinson e Lecture, 1973; Wladimiroff e Seelen, 1972). É por volta da 16ª semana de gestação que o sistema condutor cardíaco do feto se torna maduro e é a partir desta altura que começam a estar presentes as acelerações e desacelerações da FCF (Shaffer e Wiggins, 1998).

A realização das quatro manobras de Leopold também constituiu uma parte essencial do exame físico. Estas têm como finalidade a determinação da orientação fetal e trata-se de uma abordagem sistemática que permite obter uma grande quantidade de informações sobre: o número de fetos, o pólo fetal que ocupa o fundo uterino, a posição, a apresentação e a atitude fetal (Mirghani et al, 2007). Num estudo desenvolvido em 2013, Nishikawa e Sakakibara tentaram perceber o efeito de uma intervenção usando as manobras de Leopold na Ligação Mãe-Feto. O objetivo desta intervenção passou por promover a participação ativa das grávidas na realização das manobras de Leopold, tendo a oportunidade de sentir a posição fetal através da palpação. No final, as autoras concluíram que esta intervenção foi efetiva na promoção da Ligação Mãe-Feto.

Os exames complementares de diagnóstico solicitados pela equipa médica, como as análises e as ecografias são, de facto, importantes para uma correta e rigorosa vigilância da gravidez e, como tal, foram recolhidos dados relevantes para o planeamento de cuidados em cada situação. Alguns casais viram nas consultas de enfermagem uma oportunidade para esclarecer as suas dúvidas quanto aos resultados dos exames e, por isso, foi proporcionado o espaço e tempo para o efeito.

Através dos resultados das análises foi possível perceber a imunidade da grávida à toxoplasmose. Nos casos em que se verificou que a gestante não era imune à mesma, foram planeados os cuidados necessários, sobretudo na base da educação para a saúde. Primeiramente, foi explicado ao casal no que consiste a toxoplasmose e de que forma esta pode ter complicações para a grávida e para o feto e, posteriormente, foi transmitida informação acerca das medidas de prevenção desta infeção. Trata-se de uma patologia causada pelo microorganismo *Toxoplasma Gondii* e resulta da ingestão de carne crua ou mal-passada, do contacto com gatos infetados, da ingestão de leite ou queijo não pasteurizados, de vegetais mal lavados ou do contacto com o solo contaminado (Cook et al, 2000).

Segundo Phillips (1998), existe uma relação inversa entre a idade gestacional em que ocorre a infeção fetal e a gravidade da doença. Apesar de no primeiro trimestre ser menor a taxa de transmissão materno-fetal (15%), a doença revela-se mais grave, na medida em que há o risco de abortamento espontâneo, morte fetal, morte perinatal e, ainda, graves sequelas neurológicas. Por outro lado, no terceiro trimestre, a taxa de transmissão materno-fetal é de aproximadamente os 60%, contudo as consequências para o feto são ligeiras (Piper e Wen, 1999).

Ainda no domínio da suscetibilidade à infeção, é realizado o rastreio do *Streptococcus β hemolítico* do grupo B a todas as grávidas entre as 35 e as 37 semanas de gestação, através da colheita de uma amostra única do terço externo da vagina e ano-retal (DGS, 2013).

Outro dado importante que é possível obter através dos resultados dos exames analíticos, é a presença ou não de anemia. No caso de se verificar anemia, torna-se fundamental avaliar a tolerância da grávida à atividade física e perceber se esta condição lhe causa algum tipo de limitação no seu quotidiano.

Ainda no âmbito do exame físico da grávida, foi realizada em todas as consultas a monitorização do peso corporal e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) que constituem intervenções no domínio do exame físico geral e uma vez obtidos estes dados, foi realizada uma comparação do peso pré-gravídico ou do início da gravidez com o peso atual. A Figura 1 apresenta os valores relativos ao ganho de peso ao longo da gravidez para cada intervalo do IMC da grávida.

IMC da mulher antes de engravidar	Ganho de peso total	Ganho de peso médio por semana para o 2º e 3º trimestres*
Baixo peso IMC <18,5	12,5 Kg - 18 kg	Cerca de 0,5 kg por semana
Peso normal 18,5 ≤ IMC ≤ 24,9	11,5 Kg - 16 kg	Cerca de 0,4 kg por semana
Excesso de peso IMC entre 25 e 29,9	7 Kg - 11,5 kg	Cerca de 0,3 kg por semana
Obesidade IMC ≥ 30	5 Kg - 9 kg	Cerca de 0,2 kg por semana

Figura 1 - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015)

As grandes variações do peso corporal que se verificaram em algumas mulheres grávidas permitiram detetar alguns problemas que necessitaram de intervenção de enfermagem, sobretudo no âmbito dos hábitos alimentares e exercício físico.

Ao longo deste módulo teve-se a oportunidade de contactar com mulheres grávidas cujos hábitos alimentares poderiam revelar-se prejudiciais quer para a própria saúde, quer para a saúde do feto. Assim, e numa tentativa de promover uma mudança de comportamentos tornou-se importante explicar a importância da alimentação na gravidez e de que forma esta interfere com a saúde e bem-estar da mãe e do bebé. No entanto, não deixou de ser importante respeitar as opções alimentares de cada uma, ajudando a adequar a alimentação a esta fase.

Na verdade, o tipo de alimentação recomendada durante a gravidez não é muito diferente da recomendada para a restante população, devendo ser completa, equilibrada, variada, segura e adaptada às necessidades de cada mulher (WHO, 2001).

De acordo com DGS (2015), as necessidades de energia vão aumentando de acordo com o trimestre da gravidez. Dado que o gasto de energia total não sofre alterações significativas e o aumento de peso é mínimo durante o primeiro trimestre, o consumo de energia adicional é incentivado apenas a partir do segundo trimestre. Além das 2000 kcal

recomendadas diariamente, no segundo e terceiro trimestre são recomendadas 340 e 450 kcal adicionais respetivamente.

A partir do segundo trimestre verifica-se um aumento da necessidade de proteínas, devido ao contributo proteico para a formação da placenta, crescimento dos tecidos uterinos e desenvolvimento/crescimento do feto. Uma dieta equilibrada e diversificada consegue suprir esse aumento, acrescendo o facto de que a biodisponibilidade das proteínas aumenta nesta fase. Podem ser encontradas proteínas em alimentos como laticínios (leite, iogurte, queijo), leguminosas verdes e secas (feijão, ervilhas, favas, lentilhas, grão de bico), carne, peixe e ovos (DGS, 2015).

Quanto aos hidratos de carbono, estes são a principal fonte de energia do organismo e, por essa razão o seu consumo é de extrema importância durante a gravidez. A ingestão de alimentos com glicose pela grávida proporciona ao feto energia para este se desenvolver. Neste sentido, é recomendada a ingestão diária de cereais e seus derivados (pão integral, arroz, massa, aveia, etc), tubérculos (batata, inhame, etc), leguminosas secas (feijão, grão de bico, ervilhas, etc) e fruta (DGS, 2015).

A gordura de origem animal tem, igualmente, funções importantes no organismo da grávida, na medida em que é uma fonte de energia, promove o transporte de algumas vitaminas (A, D, E, K) e confere proteção contra o frio e influencia de forma positiva o desenvolvimento do cérebro e visão do feto. Durante a gravidez verifica-se uma maior necessidade de ácidos gordos essenciais (ácido linoleico e ácido alfa-linolénico) (Haggarty, 2014). O azeite e o peixe gordo como a sardinha, salmão e cavala são ótimos exemplos deste tipo de gorduras. São exemplos de alimentos de origem vegetal o azeite, óleos, margarina, frutos secos, alguns frutos tropicais (p.e. pera-abacate e coco) e de origem animal a manteiga, as natas, a gema do ovo, a gordura de constituição das carnes e peixe (DGS, 2015).

O ácido fólico assume um importante papel na prevenção do desenvolvimento de malformações do tubo neural do embrião (Penã-Rosas et al, 2012) e, por isso, é recomendado que a mulher grávida ingira diariamente frutos e hortícolas ricos nesta vitamina e, ainda, cereais integrais e leguminosas, não descartando a hipótese de ser necessária a toma de suplementos de ácido fólico (WHO, 2012).

No que diz respeito ao ferro, este, juntamente com o sódio, o potássio e a água ajuda a aumentar a volémia da grávida e a prevenir a anemia, sendo importante não só para o desenvolvimento do sistema nervoso do feto, como também para o metabolismo energético da gestante. A carência de ferro pode provocar alterações graves para o feto, pois pode causar prematuridade, perturbações na formação e organização neuronal, aumentar o risco de baixo peso ao nascimento e contribuir para a mortalidade perinatal (Penã-Rosas et al, 2012). Tal como acontece com o ácido fólico, pode ser necessária a toma de suplementos deste mineral em alguns casos (WHO, 2012). O ferro está presente em maior quantidade em alimentos de origem animal (carne e peixe), em leguminosas (feijão e grão de bico) e em hortícolas de folhas de cor verde escuro (DGS, 2015).

O iodo assume um papel importante no desenvolvimento cognitivo do feto e, por esse motivo é recomendado às mulheres no período de preconcepção, grávidas ou mulheres que amamentam (DGS, 2013). Estes grupos de mulheres devem, segundo a DGS (2015), tomar um suplemento diário de iodo e optar por alimentos ricos neste mineral como o peixe, as leguminosas, hortícolas, leite e outros produtos lácteos.

O cálcio, essencial à manutenção e desenvolvimento dos ossos da mãe e do feto respetivamente, pode ser obtido através da ingestão de produtos lácteos e de alguns cereais. A vitamina D é indispensável para a fixação do cálcio, bem como para o equilíbrio entre os ossos e a formação do esqueleto e dentes do feto. Esta vitamina pode ser encontrada no peixe gordo ou nos ovos (WHO, 2001; Procter e Campbell, 2014).

Quanto ao zinco, este assume um papel relevante na síntese proteica, no metabolismo energético, no metabolismo dos hidratos de carbono e lípidos, do ADN e do ARN e é essencial para a diferenciação e divisão celular e para o pleno funcionamento do sistema imunológico. Contribui, ainda, para o desenvolvimento neurológico do feto, sendo que o défice de zinco pode causar malformações congénitas, baixo peso ao nascimento e morte prematura (Grieger e Clifton, 2015). Os alimentos mais ricos em zinco são o peixe, a carne, as leguminosas, os produtos lácteos e os cereais (DGS, 2015).

Durante a gravidez, a ingestão de alimentos ricos em magnésio contribui para um menor risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, de partos pré-termo e de restrição do crescimento intrauterino. Neste sentido, é importante que a grávida inclua na sua dieta alimentos como: frutos secos; cereais integrais; pão integral; tofu; soja cozida; espinafres; feijão; linguado; banana; e abacate (DGS, 2015).

A utilização de prebióticos e probióticos tem sido cada vez mais estudada e são vários os benefícios que podem trazer tanto para a mãe como para o feto. Os prebióticos são ingredientes seletivamente fermentáveis que conduzem a alterações específicas na composição e atividade do microbiota (flora intestinal) e, desta forma, podem ser vantajosos para a saúde do hospedeiro (Roberfroid, 2010). Os probióticos são bactérias usadas para prevenir e tratar doenças, como promotores de crescimento e como imunoestimulantes (Coppola e Turnes, 2004).

De acordo com Li, Wang e Donovan (2014), uma dieta desequilibrada, rica em gordura e pobre em hortofrutícolas origina mudanças significativas na composição do microbiota. Este fenómeno contribui para o aparecimento de doenças inflamatórias e intestinais, obesidade, Diabetes Mellitus tipo 2, autismo, depressão, entre outras. Logo, a gravidez constitui um período em que deve ser dada a devida atenção à saúde do microbiota.

O microbiota da mulher é, de facto, modulável durante a gravidez, através da sua dieta, sobretudo pela ingestão de hortofrutícolas, prebióticos e probióticos, influenciando o microbiota do feto, pois existe uma transmissão de bactérias da mãe para o filho durante o parto e amamentação. Desta forma, o intestino da criança é colonizado com bactérias da mãe durante o parto. Assim, a qualidade das bactérias é determinada pelo tipo de parto e pelo tipo de alimentação que a criança faz (DGS, 2015).

A hidratação durante a gravidez é de elevada importância, na medida em que a mulher acumula aproximadamente 6 a 9 litros de água durante a gestação. Assim, foi recomendada a ingestão hídrica diária de 3 litros por dia. Já o consumo de sal deve ser moderado, incentivando-se a colocar pouco sal na confeção das refeições e substituindo-o por ervas aromáticas (DGS, 2015).

Quanto à ingestão de cafeína, ainda não são bem conhecidos os efeitos da mesma sobre o feto, contudo a American College of Obstetricians and Gynecologists (2010) defende que as grávidas não devem consumir mais do que 200 mg/dia de cafeína. Um café expresso contém entre 100 e 150 mg de cafeína, no entanto existem produtos alimentares cuja composição inclui esta substância, como o chá, o cacau e alguns refrigerantes, mas em menor quantidade que o primeiro (DGS, 2015).

Assim, foi ainda fundamental transmitir à mulher grávida alguns aspetos importantes relativamente à alimentação: deve realizar 5 a 6 refeições diárias com intervalos não superiores a 3 horas; preferir o consumo de hortícolas, ingerindo uma sopa de legumes no início do almoço e jantar; privilegiar o consumo de peixes gordos, que se encontram junto da superfície da água e apresentam menor probabilidade de conter metais pesados como o metilmercúrio; optar por carnes brancas; evitar o consumo das carnes vermelhas; ingerir entre 4 a 11 porções de cereais sob a forma integral (pão, arroz, massa); consumir 3 a 4 porções de fruta e 3 porções de laticínios meio-gordos ou magros por dia; preferir os óleos vegetais (p.e. azeite); evitar o consumo de sal; realizar uma correta hidratação através da ingestão hídrica; praticar atividade física moderada e evitar a ingestão de bebidas alcoólicas (DGS, 2015; Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2016).

O exercício físico, tal como referido anteriormente, também foi uma área que necessitou de intervenção, dado que a maioria das grávidas seguidas em contexto de consulta revelaram ter hábitos de exercício escassos. Desta forma, tornou-se fundamental transmitir aos casais grávidos a importância do exercício físico durante a gravidez.

Embora ocorra uma diminuição do oxigénio fetal e da disponibilidade de hidratos de carbono durante o exercício físico, este fenómeno é acompanhado de adaptações fisiológicas, como o aumento da extração de oxigénio, a redistribuição intrauterina e a hemoconcentração (Crée, 1998; Bessinger e McMurray, 2003). Não obstante, várias evidências mostram que um programa de exercício físico de intensidade moderada, com início numa fase precoce da gravidez, mais concretamente durante a fase hiperplásica do crescimento placentar, pode incrementar a capacidade funcional da placenta, aumentando, assim, a distribuição de nutrientes e, conseqüentemente, o crescimento fetal (Clapp et al, 2000).

Outro fator que assume especial relevância é que a prática de exercício físico pode, realmente, facilitar o trabalho de parto, diminuindo não só a sua duração, mas também prevenindo complicações obstétricas (Kardel e Kase, 1998). Existem mais benefícios que devem ser tidos em consideração, como a melhoria do tónus, da força e resistência muscular, a prevenção do excesso de peso e dos edemas, a manutenção da forma física e

postura corporal, a prevenção de intolerância à glicose, a prevenção de lombalgias e obstipação, uma melhor adaptação psicológica às alterações provocadas pela gravidez e, ainda, a diminuição do risco de desenvolver pré-eclâmpsia (Kardel e Kase, 1998; ACOG, 2002; Wolfe e Davies, 2003; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014).

Durante a gravidez são recomendados desportos como a natação, o yoga e exercícios aeróbicos de baixo impacto, caso não se verifique a presença de risco de parto pré-termo, placenta prévia, hemorragia vaginal ou rotura de membranas (ACOG, 2002). Nos casos em que a grávida já praticava desporto anteriormente, pode mantê-lo, mas com moderação, desde que não se trate de um desporto que implique o contacto físico ou que envolva o risco de trauma abdominal, pois sabe-se que as quedas e o stress exagerado podem interferir com o desenvolvimento fetal (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014).

O ACOG (2002) recomenda o equilíbrio entre a atividade física e os períodos de repouso, sendo que a primeira deve ser colocada em prática cerca de 30 minutos por dia, em 5 dias da semana.

Ao longo das consultas de enfermagem desenvolvidas durante deste módulo, contactou-se com grávidas, às quais havia sido diagnosticada Diabetes Gestacional. Tornou-se essencial compreender em que consiste esta patologia e como é diagnosticada. A Diabetes Gestacional (DG) define-se *“como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez”* (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017, p. 25). De acordo com a OMS (2013), a DG passou a ser considerada como um subtipo de hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez na gravidez em curso, distinguindo-se da Diabetes na Gravidez por apresentar valores de glicemia intermédios entre os níveis que são considerados normais na gravidez e os valores que excedem os limites diagnósticos para a restante população em geral.

A Diabetes na Gravidez é igualmente diagnosticada ao longo da gravidez, contudo, trata-se de uma patologia menos frequente, mas com maior gravidade. A presença desta pode refletir a existência de uma diabetes não diagnosticada antes da mesma, o que requer um rastreio rigoroso das malformações fetais, de complicações microvasculares, de uma maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica adequada durante a gestação e, ainda, a dispensa de reclassificação pós-parto com uma prova de tolerância oral à glicose (PTOG) (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017). A Figura 2 contempla os valores de diagnóstico da Diabetes Gestacional e da Diabetes na Gravidez.

Hora	Hiperglicemia na Gravidez		
	Normal	Diabetes Gestacional	Diabetes na Gravidez
Glicemia plasmática mg/dl (mmol/l)			
0	< 92 (5,1)	92 – 125 (5,1 – 6,9)	≥ 126 (7,0)
1	< 180 (10,0)	≥ 180 (10,0)	–
2	< 153 (8,5)	153 – 199 (8,3 – 10,9)	≥ 200 (11,0)

Figura 2 - Diagnóstico da Hiperglicemia na Gravidez e seus subtipos baseado na PTOG das 24-28 semanas (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017, cit in OMS, 2013)

A monitorização da glicemia capilar por parte da grávida é fundamental para avaliar o perfil glicémico da mesma e a necessidade de alterar comportamentos no domínio da alimentação e padrão de exercício físico ou até mesmo iniciar terapêutica farmacológica. Esta monitorização deve ser realizada 4 vezes durante o dia, uma em jejum e 1 hora após o início das 3 principais refeições, podendo ser ajustada se necessário (WHO, 2013; Blumer et al, 2013; ACOG, 2013). No caso da grávida estar já sob terapêutica farmacológica, devem ser realizadas 4 ou mais monitorizações da glicemia capilar, consoante o esquema medicamentoso (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017). A terapêutica não farmacológica assume um papel importante no controlo da glicemia ao longo da gravidez. A alimentação nas grávidas com Diabetes Gestacional tem algumas particularidades e, quando possível deverá ser elaborado um plano alimentar em parceria com um nutricionista ou dietista. É importante distribuir os hidratos de carbono ao longo do dia por 3 refeições principais, 2-3 intermédias (meio da manhã e 1-2 lanches) e uma antes de deitar. É de salientar que a ceia deve conter hidratos de carbono complexos, a fim de evitar a hipoglicemia noturna e cetose matinal. A atividade física desempenha, igualmente, um importante papel no tratamento da Diabetes Gestacional e, por isso, são recomendados 30 minutos diários, se possível pós-prandial (Coustán, 2016).

No decorrer das consultas de enfermagem com grávidas com Diabetes Gestacional, foram implementadas algumas atividades de diagnóstico no domínio do Regime Terapêutico, como a avaliação do padrão alimentar, dos conhecimentos sobre padrão alimentar adequado e exercício adequado, das competências para a monitorização da glicemia capilar, padrão de exercício físico, e, ainda, comportamento de procura de saúde e volição para mudança de comportamentos. Uma vez obtidos os dados necessários e identificados os diagnósticos de enfermagem neste âmbito, foram executadas intervenções, com vista a promover a saúde materna e fetal e apoiar na gestão eficaz do regime terapêutico, tais como ensinar sobre regime dietético, sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, ensinar como intervir no caso de hipoglicemia, ensinar/instruir/treinar sobre administração de insulina, ensinar/instruir/treinar sobre monitorização da glicemia capilar, ensinar sobre importância do exercício físico e caminhada pós-prandial, ensinar sobre estratégias adaptativas que

permitam à mulher adaptar-se aos novos hábitos de saúde (Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2017).

O “Autocuidado” (ICN, 2017) foi um foco de enfermagem que assumiu especial importância ao longo das consultas. No que diz respeito ao ramo do autocuidado “Cuidar da higiene pessoal” tornou-se essencial compreender as dúvidas dos casais e colher dados relevantes para o diagnóstico. Através da observação foi possível avaliar alguns aspetos físicos como a aparência geral da grávida, o estado da pele, cabelo e unhas. Questionar a grávida sobre os cuidados de higiene habituais também constituiu uma importante atividade de diagnóstico para detetar possíveis áreas que necessitariam de intervenção. Neste contexto, e depois de identificadas as necessidades de cada mulher, as grávidas foram informadas de que devem preferir duchas a banhos de imersão, especialmente se estes forem demorados e com água muito quente. Apesar do aumento fisiológico das secreções vaginais, as irrigações vaginais foram, também, desaconselhadas na medida em que estão descritos casos em que se verificou embolia gasosa atribuídos a estes procedimentos (Machado, 2010). Relativamente à higiene perineal, as grávidas foram incentivadas a realizar a lavagem no sentido ântero-posterior, com água morna e se utilizar algum produto, este deve ter um pH semelhante ao da vagina, ou seja, $\text{pH} < 4,5$. Deve-se, ainda, dar preferência a produtos que se apresentam sob a forma líquida, dado que os produtos sólidos além de serem mais abrasivos, geralmente apresentam pH alcalino (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012).

A troca do penso diário de 4 em 4 horas foi, igualmente, aconselhada, bem como a utilização de roupa interior de algodão, evitando a roupa mais apertada que ponha em causa a circulação sanguínea dos membros inferiores (Lowdermilk et Perry, 2008).

Ainda no âmbito da higiene, a higiene oral foi, também, abordada nas consultas de enfermagem. As mulheres grávidas foram, então, incentivadas a utilizar elixires e pastas dentífricas com fluor pelo menos duas vezes por dia. A revisão estomatológica deve ser realizada no início da gravidez e a meio da mesma (Machado, 2010).

Ao longo do módulo pôde-se verificar que algumas das grávidas possuíam hábitos de consumo de substâncias que poderiam vir a ser prejudiciais tanto para a própria como para o feto. A substância da qual dependia a maior parte destas mulheres era o tabaco que, de acordo com Machado (2010), para além de interferir negativamente com o crescimento fetal, aumenta o risco de parto pré-termo e de rotura prematura de membranas e, ainda, provoca dificuldade respiratória do recém-nascido. Tendo em conta estes aspetos, as mulheres fumadoras foram incentivadas a cessar os seus hábitos tabágicos ou, caso não fosse possível reduzir a quantidade de cigarros por dia pelo menos durante a gravidez.

Os efeitos colaterais da gravidez foi uma área sobre a qual incidiu a intervenção, na medida em que estes poderiam vir a ser bastante incómodos para a mulher grávida. O objetivo principal passou por promover o conhecimento dos casais para diminuir a sintomatologia associada ao estado gravídico. Relativamente às náuseas e vômitos as grávidas foram aconselhadas a realizar pequenas refeições a intervalos frequentes, não

deixando chegar à sensação de saciedade; evitar o odor de determinados alimentos também ajuda a prevenir esta sintomatologia. Caso estas medidas não sejam suficientes, as grávidas poderão tomar antieméticos indicados na gravidez.

A pirose constitui, também, um efeito secundário bastante frequente na gestação, devido ao refluxo gástrico para a porção inferior do esófago, provocado pelo aumento da pressão intra-abdominal, pelo esvaziamento gástrico mais lento e pela diminuição do tónus do cárdia. Um regime alimentar fracionado ajuda a diminuir este sintoma, bem como a adoção de posturas pouco fletidas. À semelhança das náuseas e vômitos, podem ser prescritos medicamentos específicos nos casos em que as medidas não farmacológicas não surtam o efeito desejado (Machado, 2010).

Quanto ao padrão intestinal podem, igualmente, verificar-se alterações como a obstipação, devido à ação relaxante da progesterona sobre o músculo liso, o que diminui o peristaltismo do intestino. Decorrentes da obstipação podem surgir complicações como as fissuras, as hemorroidas e, em casos excepcionais, o prolapso da mucosa retal. Posto isto, deve ser incentivada a ingestão hídrica (pelo menos 2 litros por dia), a alimentação rica em fibras e a prática de exercício físico. Uma vez mais, é de referir que existe medicação que poderá ser prescrita caso as medidas não farmacológicas se revelem insuficientes (Machado, 2010).

A dor na região inguinal foi manifestada por uma grande parte das grávidas, sobretudo no terceiro trimestre da gravidez, o que acontece devido ao estiramento dos ligamentos redondos. Trata-se de uma queixa que geralmente é unilateral e aparece com maior frequência no lado direito, devido à dextro-rotação do útero. Esta dor normalmente agrava com a realização de movimentos bruscos e alivia com a aplicação de calor local (Machado, 2010).

A gravidez constitui um período da vida de mulher que acarreta um conjunto de adaptações fisiológicas e psicológicas que exercem um grande impacto tanto na grávida como na família. Nesta fase é exigido à grávida que encontre um equilíbrio face às mudanças inerentes à gravidez. Estas mudanças dizem respeito aos ritmos metabólicos e hormonais, bem como ao processo de integração de uma nova imagem corporal. Todas estas alterações têm repercussões quer numa dimensão física, como emocional e, por conseguinte, umas das áreas afetadas é a sexualidade (Araújo et al, 2012). Ao longo das consultas de enfermagem, muitos dos casais demonstraram preocupação quanto ao facto de a atividade sexual prejudicar o feto. Existem estudos que demonstram que a manutenção da atividade sexual durante a gestação não aumenta o risco de rutura prematura de membranas, parto pré-termo, baixo peso ao nascer ou aumento da mortalidade perinatal (Mills, Harlap e Harley, 1981; Klebanoff, Nugent e Rhoads, 1984). Para além de a atividade sexual não implicar risco de eventos adversos para o feto, verifica-se que contribui para a promoção do bem-estar da mulher e, conseqüentemente, do casal. Contudo, há que salientar que esta prática deverá ser descontinuada nos casos em que existe um risco obstétrico anterior, rutura prematura

de membranas, incompetência cervical ou hemorragias vaginais ativas (Klebanoff, Nugent e Rhoads, 1984).

Mesmo tendo em consideração que durante as consultas de enfermagem são abordados temas relativos à preparação do casal grávido para o parto e para a parentalidade, a partir das 28 semanas de gestação os casais foram informados acerca de existência e importância dos cursos existentes no CHPVVC e convidados a participar, de forma a adquirirem competências neste âmbito.

Já em contexto de internamento, teve-se a oportunidade de contactar com casos clínicos de extrema relevância para a concretização do módulo de gravidez com complicações. Foi possível, ainda, planear e prestar cuidados a casais grávidos que passaram por situações de abortamento, de restrição de crescimento intrauterino, ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia e Diabetes Gestacional e Diabetes Mellitus prévia.

Cada mulher, na sua individualidade, atribui um significado simbólico à gravidez. Este significado varia consoante a personalidade, associada à história de vida e momento atual de cada uma. Quando a gestação é algo não desejado, a maternidade pode ser angustiante, na medida em que esta altera o senso físico da mulher, o que implica que haja uma reorganização a vários níveis no domínio da sua identidade, como a relação com o seu corpo, a relação com o pai da criança, bem como aspetos relacionados com os seus planos para a vida. Por outro lado, quando uma gravidez desejada é perdida, também se verifica uma alteração ao nível da identidade, originando um sentimento de fracasso pessoal (Benute et al, 2009).

De acordo com Lopes (1996), uma das perdas mais dolorosas na vida de alguém é a perda de um filho e esta é sentida pela mãe como uma perda irreparável, surgindo, assim, uma necessidade extrema de se defender desta realidade inaceitável, visto que se trata de uma dor considerada intolerável. Este é um tipo de dor que dificulta todo o processo de luto, pois “o pensamento da mãe, torna-se sistematicamente confuso, não permitindo uma identificação à criança perdida.

O ritual funerário é considerado um momento importante para o processo de luto, na medida em que ver e tocar o filho antes e depois de morto poderá facilitar a aceitação da realidade. Alguns autores apresentam estudos que demonstram que os pais que viram e pegaram no seu bebé morto, desenvolveram com mais facilidade o processo de elaboração do luto (Lopes, 1996). No entanto, verifica-se alguma controvérsia relativamente à intensidade do pesar relativo à morte de um filho mais velho e de um nado-morto ou bebês com morte perinatal.

A interrupção involuntária da gravidez pode ser algo emocionalmente devastador para o casal. Daí resultam reações únicas e individuais qualquer que seja a idade gestacional (Peppers & Knapp, 1982). Alguns estudos indicam que mesmo em gestações numa fase inicial, para uma grande parte das mulheres, a perda não é referente apenas ao embrião/feto, mas sim de um filho que já haviam idealizado e para o qual se preparavam (Koch, 2014).

O luto não é, de facto, um assunto de fácil abordagem quer para os profissionais da saúde, quer para os pais que os estão a vivenciar. 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.

2. CUIDAR DA MULHER/CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

No contexto do trabalho de parto e parto e, tendo por base todo o conhecimento e capacidade que adquire ao longo da sua formação, o EESMO desempenha funções com grande competência e rigor técnico e científico, o que lhe confere um elevado grau de autonomia perante as situações consideradas de baixo risco, assim como face a intervenções em cenários nos quais estão envolvidas patologias.

No serviço de Obstetrícia do CHPVVC, quase todos os elementos da equipa de enfermagem são detentores do título de especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e existe uma rotatividade das enfermeiras, desempenhando funções nas diferentes áreas, isto é, vigilância da gravidez, preparação para o parto, trabalho de parto e parto e, ainda, puerpério. Assim, todos os casais e famílias têm a oportunidade de contactar com diferentes profissionais, recebendo o contributo de cada um deles para experienciarem uma transição para a parentalidade saudável. Outro benefício desta rotatividade prende-se ao facto de que desta forma é possível o mesmo EESMO acompanhar o casal nas diferentes fases deste ciclo (gravidez, trabalho de parto e parto e puerpério).

O primeiro contacto com alguns os casais ocorreu nas consultas de enfermagem, contudo uma grande parte destes, nunca antes teve contacto com o serviço de obstetrícia e, por esse motivo, o acolhimento no serviço constituiu um momento importante para que o internamento decorresse da melhor forma e para que este não fosse um fator de *stress* ao longo desta fase. No momento da admissão, para além da apresentação do espaço físico e do funcionamento do serviço, foram identificadas as necessidades da parturiente/casal, através de uma colheita de dados completa e rigorosa. Este procedimento ajudou a determinar o diagnóstico correto e assegurar que fossem prestados os cuidados adequados. É fundamental ter em consideração que o tempo necessário para efetuar uma recolha de dados completa deve basear-se na condição clínica da mulher (Murray e Huelsmann, 2009).

Ao longo deste módulo, sentiu-se que a comunicação foi uma importante ferramenta, durante o processo de trabalho de parto e parto. A comunicação ajuda a criar relações e, por isso, esta tornou-se essencial para encontrar uma forma de se relacionar com a mulher e respetiva família e amigos, de modo a maximizar a eficácia da informação que se pretendia transmitir. A primeira interação entre o enfermeiro e a mulher/casal é fundamental para estabelecer uma relação de confiança (Murray e Huelsmann, 2009). Para isso, foi importante na primeira abordagem ao casal, proceder à apresentação, dizendo o nome e categoria profissional, assumindo-se como o profissional que acompanharia o casal nas próximas horas, com a supervisão da tutora, dado ser estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Salientou-se, também, o facto de se estar sempre disponível para dar resposta a todas as necessidades do casal, promovendo o seu bem-estar, de forma a contribuir para uma experiência de trabalho de parto e parto

agradável. Desta forma, foi possível verificar que estas atitudes facilitaram a criação de uma relação de confiança com os casais, o que permitiu a implementação das intervenções planejadas, de forma mais rigorosa e eficaz.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) defende que os profissionais da saúde devem envolver ativamente as mulheres nos seus planos de cuidados, de forma a aumentar a precisão do diagnóstico, a satisfação da mesma e a adesão à terapia, resultando em ganhos em saúde. Neste sentido, e segundo Murray e Huelsmann (2009) foi utilizada uma linguagem simples, sem termos científicos, limitando a quantidade de informação fornecida, repetindo informações relevantes, criando um ambiente em que os casais pudessem expor as suas dúvidas, recorrendo a técnicas de ensino e, ainda, fornecendo materiais escritos para reforçar algumas ideias importantes.

Muitas vezes, foi no momento da admissão, durante da colheita de dados e através da relação de empatia e confiança que foi criada com o casal, logo desde o início, que foi possível detetar aspetos relacionados com o medo do parto. O medo da gravidez e parto é um assunto cada vez mais estudado nos últimos anos. O sentimento de medo consiste num alerta para a presença de perigo, tratando-se um agente protetor natural que permite à pessoa escapar do perigo.

A gravidez e o parto são descritos como fases de transição ou um limiar existencial que as mulheres grávidas devem atravessar. O parto constitui uma experiência multidimensional e única para cada mulher, sendo fortemente influenciada pelo seu contexto social. As expectativas e experiências que as mulheres têm relativamente à gravidez e parto tanto podem ser positivas como negativas, envolvendo sentimentos de alegria e fé, mas também preocupações, ansiedade e medos. Ainda que seja cada vez mais seguro nascer em países desenvolvidos, o medo do parto é um problema comum que afeta a saúde e o bem-estar das mulheres grávidas. O medo do parto pode trazer consequências para a ligação mãe-filho, para a relação com o seu companheiro e família, e muitas vezes conduz as mulheres a preferirem a cesariana como tipo de parto (Nilsson et al, 2018).

Para as mulheres que não possuem experiência anterior de parto, os seus medos podem surgir da adolescência ou início da idade adulta, onde as experiências dos outros são descritas como negativas ou se existir histórias de distúrbios anormais. O medo do parto está associado ao evento de nascimento e, geralmente, relaciona-se com os medos desenvolvidos após uma experiência anterior de parto negativa ou traumática.

Segundo a evidência científica, uma em cada cinco mulheres grávidas sofre medo moderado do parto e entre 6 e 10% de todas as mulheres grávidas, em todo o mundo, sofrem de um medo severo do parto (Melender, 2002; Rouhe et al, 2008).

A paridade, o tipo de parto anterior, a depressão, o conflito decisional, o baixo apoio social e a falta de conhecimentos foram associados ao medo do parto (Rouhe et al, 2008). Sabe-se que é altamente provável que o medo do parto provoque complicações na gravidez e manifestações de ansiedade e *stress*, podendo levar a distúrbios físicos e psicológicos,

incluindo a hipertensão arterial, a pré-eclâmpsia e o transtorno de stress pós-traumático (Kurki et al, 2000).

Vários estudos avaliaram intervenções destinadas a reduzir o medo do parto (Klabbers et al, 2016). Saisto et al. (2001) estudaram a psicoeducação em grupo constituída por informação e discussão de experiências obstétricas anteriores, sentimentos atuais e equívocos. Salmelo-Aro (2011) estudou, também, a psicoeducação em grupo constituída por seis sessões durante a gravidez e uma no período pós-parto. Rouhe et al. (2008; 2015) compararam a psicoterapia em grupo, incluindo exercícios de relaxamento, com os cuidados convencionais. Toohill et al. (2014) e Fenwick et al. (2015) estudaram a psicoterapia individual através do telefone em mulheres com medo moderado a severo de parto. Nieminen et al. (2016) realizaram um estudo de viabilidade de um programa de autoajuda oferecido por terapeutas através da Internet, de acordo com a terapia comportamental cognitiva. Todos esses estudos relataram uma diminuição do medo do parto e mostraram redução das taxas de cesariana, intervenções e fatores psicossociais (Klabbers et al, 2017).

De acordo com o estudo de Fenwick et al (2015), o medo do desconhecido, a falta de confiança no parto, a interiorização de narrativas negativas de outras mulheres e a dor do parto são maiores em primigestas em comparação com aquelas que já tiveram essa experiência.

Relativamente às intervenções para o medo do parto, geralmente as sessões de orientação individual ou em grupo executadas por profissionais da saúde especializados revelam-se efetivas na redução do medo do parto e, conseqüentemente na diminuição das taxas de cesariana. No estudo australiano, as participantes com medo do parto moderado a severo foram randomizadas para cuidados pré-natais padrão e cuidados pré-natais com acréscimo de duas sessões de psicoterapia telefônica oferecidas por parteiras entre as 24 e as 34 semanas. As sessões duraram de 10 a 125 minutos cada uma e incluíram uma combinação de informações baseadas em evidências sobre opções de nascimento e discussões sobre a origem do medo do parto (por exemplo, experiências anteriores de gravidez e parto). Durante as sessões psicoeducativas, as parteiras estabeleceram uma relação terapêutica com as mulheres, aceitaram as suas percepções, incentivaram a expressão de sentimentos, esclareciam informações erradas ou mal-entendidos sobre gravidez e nascimento e exploraram estratégias e soluções com as mulheres (por exemplo, construindo uma rede de apoio social, procurando aconselhamento adicional individualmente). A intervenção foi efetiva na medida em que as mulheres que participaram do aconselhamento telefônico relataram redução significativa do medo do parto e aumento da autoeficácia do parto após o tratamento (Stoll, Fairbrother, e Thordarson, 2018).

Ao longo deste módulo, teve-se a oportunidade de intervir no medo do parto através da preparação para o parto, da técnica de relaxamento, das intervenções cognitivo-comportamentais e educacionais que, de acordo com Lopukhova e Kashshapova (2015) se têm revelado eficazes na redução deste sentimento. Outra intervenção que tem efeitos positivos na redução do medo do parto e que foi executada junto dos casais, foi o

aconselhamento, na medida em que é através desta estratégia que é possível examinar e aprofundar os problemas enfrentados pela mulher durante a gravidez.

O CHPVVC, local onde se teve o privilégio de estagiar, é uma instituição que ao longo dos anos se tem revelado singular no âmbito dos cuidados na área da obstetrícia. Um dos grandes passos foi a implementação do plano de parto nos cuidados prestados aos casais. Em alguns contextos hospitalares, o trabalho de parto é, ainda, condicionado a uma modalidade de assistência intervencionista, à qual a mulher tem que se submeter para se tornar mãe (Pimentel et al, 2014). No entanto, algumas instituições, como é o caso do CHPVVC, têm vindo a fazer esforços no sentido de evitar algumas práticas intervencionistas desnecessárias e que não trazem quaisquer benefícios quer para a mãe quer para a criança. O trabalho de parto e parto devem ser assistidos de forma mais humanizada e individualizada, a fim de que seja garantido que a mulher obtenha maior autonomia no processo de parir, favorecendo, desta forma, o seu empoderamento (Milfont et al, 2011).

A assistência humanizada ao trabalho de parto e parto pressupõe uma atuação centrada no respeito pelo processo fisiológico feminino. Isto implica a não utilização de intervenções desnecessárias e a valorização de aspetos sociais e culturais associados ao parto e nascimento. A oferta de suporte emocional à mulher e seus familiares, bem como a disponibilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor tornaram-se fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi fundamental compreender que o recurso a métodos não invasivos de apoio à mulher durante o trabalho de parto tem como finalidade desmistificar a ideia que este processo consiste em algo patológico e doloroso, ao mesmo tempo em que valoriza o autoconhecimento e domínio do seu próprio corpo (Mouta et al, 2017).

Os métodos não invasivos utilizados no apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto promovem o empoderamento da mesma, dando-lhe, deste modo, uma oportunidade para ganhar poder interior, fazer parte do controlo de todas as suas relações e de tudo que está ao seu redor, assim como defender seus direitos. É a partir do empoderamento que se torna possível que no período pré-natal, trabalho de parto e parto a mulher desenvolva o poder de decisão sobre todas as dimensões do parto, como a escolha do local do nascimento, o acompanhante, o profissional que lhe irá prestar assistência e os métodos não farmacológicos de alívio da dor às quais irá recorrer.

O plano de parto, termo cunhado por Sheila Kitzinger em 1980, consiste numa estratégia que fomenta e promove o empoderamento da mulher grávida relativamente ao parto. Trata-se de um documento de carácter legal, através do qual a grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, poderá definir os seus desejos pessoais, expectativas e necessidades particulares, tendo por base as boas práticas e de acordo com sua preferência, durante seu trabalho de parto e parto, sob condições normais (Suárez-Cortés et al, 2015). Mais tarde, os países anglo-saxónicos começaram a dar ênfase a este novo documento como forma de exigir um parto o menos intervencionista possível. Este documento constitui o eixo da relação clínica estabelecida entre a mulher grávida e o

enfermeiro obstetra, devendo servir para orientar os cuidados prestados ao longo de todo o processo (Suárez-Cortés et al, 2015).

Como se referiu anteriormente, no CHPVVC teve-se a oportunidade de contactar com esta realidade, o que foi sem dúvida uma experiência rica no percurso académico. O Serviço de Obstetrícia desta instituição oferece às mulheres grávidas a possibilidade de agendamento de uma consulta para discussão e elaboração do plano de parto. Nesta consulta são definidas pelo casal as suas opções relativamente ao trabalho de parto e parto, ao mesmo tempo que são informados pela enfermeira obstetra acerca das condições e recursos disponíveis no bloco de partos, tendo por base uma perspetiva realista e sobretudo segura para todos os intervenientes no processo. Posteriormente, quando o casal é admitido no bloco de partos, para além da colheita de dados que é realizada, é averiguado se o casal tem um plano de parto definido, pois este será importante para o planeamento dos cuidados prestados ao mesmo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Ao longo do estágio verificou-se que os casais que tinham um plano de parto previamente estabelecido, estavam muito mais seguros e conscientes das suas escolhas e direitos.

No momento da admissão da parturiente, tornou-se fulcral realizar uma correta avaliação do período do trabalho de parto no qual esta se encontrava, na medida em que esta informação permitiu executar um rigoroso planeamento e conceção de cuidados para cada casal em particular. Um correto diagnóstico permite, ainda, selecionar os casos em que efetivamente é indicado o internamento da mulher grávida/parturiente (Soares, 2014; Porto e Souza, 2010).

Neste sentido, a avaliação inicial da parturiente/casal mereceu especial atenção. Esta avaliação consistiu na análise do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e numa colheita de dados relevantes que permitiram conhecer o contexto de cada gravidez, compreender de que forma esta estaria a decorrer, bem como as expectativas face ao trabalho de parto. No BSG foram procurados dados relativos à vigilância da gravidez, à idade e antecedentes clínicos de cada elemento do casal, aos exames e análises clínicas durante a gestação, o grupo de sangue da mulher e possíveis alergias. Posteriormente, os casais foram abordados relativamente ao nome pelo qual gostariam de ser tratados, nome do filho(a) ou filhos(as), se pretendiam que alguém estivesse presente durante o trabalho de parto e parto e se haviam realizado previamente algum plano de parto. Foram questionados, ainda, quanto às expectativas e emoções quanto à gravidez, trabalho de parto e parto e se frequentaram a preparação para o parto e parentalidade.

No caso de não possuírem um plano de parto, foram colhidos dados para conhecer as preferências do casal, tais como os alimentos preferidos, a opção por fazer ou não o contacto pele-a-pele com o recém-nascido após o nascimento, se pretende cortar ou não o cordão umbilical e, por último, se a mãe pretende ou não amamentar o seu filho.

Uma vez terminada a admissão e o acolhimento dos casais no Bloco de Partos do Serviço de Obstetrícia, deu-se início ao planeamento de cuidados de enfermagem ao casal e documentado esse planeamento em sistema informático, através do processo de

enfermagem. Na maioria das situações, as mulheres foram admitidas no serviço por início do trabalho de parto, indicação para indução do trabalho de parto ou para realização de cesariana eletiva. Assim, os diagnósticos de enfermagem identificados mais frequentemente no foco “Trabalho de Parto” foram: “Trabalho de Parto presente” ou “Potencial para Trabalho de Parto” (ICN, 2017).

Entende-se por Trabalho de Parto (TP) *“o conjunto de fenômenos fisiológicos, que uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”* (Machado in Graça, 2010, p. 320). Clinicamente, o TP inicia-se quando se instalam as contrações uterinas dolorosas, e regulares quer em frequência, quer em intensidade (Machado, 2010).

O primeiro estadió do trabalho de parto (dilatação) decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino (Machado, 2010). Este estadió compreende duas fases: a fase latente e a fase ativa. A fase latente inicia-se no momento em que são percebidas pela grávida as contrações uterinas regulares e rítmicas e termina aos 4 cm de dilatação cervical. A duração desta fase é variável, contudo aceita-se como duração máxima as 20 horas para as nulíparas e 14 horas para as múltiparas (Wing e Farinelli, 2012). Por sua vez, a fase ativa tem início aos 4 cm de dilatação cervical juntamente com a extinção praticamente total do colo do útero. A progressão até aos 6 cm é similar na nulípara e na múltipara, mas a partir dos 6 cm é mais rápida na múltipara (Zhang et al, 2010).

O segundo estadió do trabalho de parto (período expulsivo) inicia-se desde a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto. Por último, o terceiro estadió corresponde à dequitação, ou seja, tem início desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta e membranas (Machado, 2010).

Durante o acompanhamento de um trabalho de parto, a construção de um partograma foi essencial para ajudar a perceber se havia um progresso normal ou anormal deste processo (Murray e Huelsmann, 2009).

A indução do parto consiste em estimular, de forma artificial, as contrações uterinas antes de seu início espontâneo, resultando, desta forma, no início do trabalho de parto. Devido aos avanços da medicina e recursos propedêuticos, a indução do trabalho de parto pode ser necessária para garantir a segurança da mãe e do feto. Assim, esta é uma prática que está indicada em algumas situações como, nas gestações prolongadas e pós-termo, nas síndromes hipertensivas da gravidez, na rutura prematura das membranas, na diabetes, em casos que se verifique isoimunização Rh, na restrição de crescimento intrauterino e morte fetal (Souza et al, 2010).

Nem sempre as induções do trabalho de parto têm sucesso e as condições do colo do útero constituem um importante fator para o desempenho adequado do método de indução escolhido. Assim, colos uterinos com características desfavoráveis são frequentemente encontrados em gestações antes do termo, podendo conduzir à falha da indução do TP e, conseqüentemente, à realização de uma cesariana (Sampaio et al, 2011).

Os métodos farmacológicos de ITP atuam sobre o colo uterino, manifestando-se pela alteração dos parâmetros do Índice de Bishop e sobre o corpo uterino, pelo desencadeamento de contrações uterinas. Atualmente, os fármacos mais utilizados são a ocitocina e as prostaglandinas, em especial o misoprostol (prostaglandina E1) e a dinoprostona (prostaglandina E2) (Cunha, 2010).

A ocitocina é uma hormona cujo efeito passa por desencadear ou aumentar as contrações rítmicas do útero, em qualquer momento durante a gravidez, embora a resposta uterina seja maior quanto mais próxima a gestação esteja do termo. A infusão intravenosa desta hormona na sua forma sintética tem sido um dos métodos mais utilizado para indução e condução do trabalho de parto desde sua introdução por Page, em 1943 (Jonsson, 2015). Esta intervenção que torna o parto em algo altamente medicalizado, pode trazer riscos para a criança e para a mulher, na medida em que pode originar eventos adversos como a taquissístolia, a hipertonia e a hiperestimulação uterina, podendo até mesmo causar rutura uterina. Para o feto, o efeito colateral mais frequente é o sofrimento fetal agudo, decorrente da diminuição da perfusão sanguínea placentária. É de salientar, ainda, que estes efeitos adversos estão dependentes da dosagem utilizada, do ritmo e duração da perfusão (Jonsson, 2015; Mozurkewich et al, 2011). Não obstante, Oliveira et al (2017) concluíram, através de um estudo retrospectivo, que as taxas de episiotomia sofreram um aumento significativo nas mulheres submetidas a ITP com ocitocina, associada à analgesia de parto.

A ocitocina é eficaz no desencadeamento das contrações uterinas, contudo o seu sucesso depende das condições do colo uterino e, em muitas situações, opta-se por recorrer primeiramente à administração de prostaglandinas com o intuito de amadurecer o colo e, posteriormente, iniciar perfusão ocitócica caso seja necessária (Wing et al, 1995). As prostaglandinas oferecem a vantagem de promover o amadurecimento cervical e, ao menos tempo, induzir a contratilidade do miométrio. No entanto, estas podem igualmente causar contrações uterinas excessivas, aumentando, deste modo, a morbidade materna e perinatal (Farah et al, 1997). Tendo em conta as experiências vivenciadas durante este módulo, é de referir que uma parte das parturientes submetidas a ITP, quer com recurso à ocitocina, quer às prostaglandinas, apresentaram ao longo do TP traçados cardiotocográficos não tranquilizadores e em muitos casos foi decidida a cesariana emergente.

A amniotomia foi realizada em muitas situações como forma de indução do trabalho de parto. Quando é realizada a rotura da bolsa amniótica verifica-se a libertação de prostaglandinas que desencadeiam as contrações uterinas ou intensificam-nas caso estas já tenham iniciado (ACOG, 2013). No entanto, a amniotomia não deve ser utilizada como método de ITP de forma isolada (WHO, 2011). Bricker e Luckas (2012) concluíram através de uma revisão da literatura que não existe evidência suficiente que fundamente esta prática. Contudo, defendem que este procedimento, associado à perfusão ocitócica apresenta resultados importantes para o sucesso da indução.

Ao longo do trabalho de parto, tendo ele início espontâneo ou induzido, foi de extrema importância a vigilância do bem-estar fetal, bem como a evolução do trabalho de parto. O EESMO detém conhecimento e competências que lhe permite realizar essa avaliação, nomeadamente através da cardiocotografia. De acordo com Graça (2010), a cardiocotografia apresenta como vantagens o registo contínuo da FCF, bem como das contrações uterinas, permite realizar uma avaliação da variabilidade da FCF, possibilita a vigilância em simultâneo de vários fetos por um só enfermeiro especialista, facilita a deteção e identificação de padrões periódicos e, ainda, permite rever o comportamento da FCF ao longo de todo o trabalho de parto.

Em muitas instituições de saúde é, ainda, utilizada a monitorização cardiocotográfica contínua ao longo do trabalho de parto. Quanto ao CHPVVC, no caso de gestações de baixo risco e cujo trabalho de parto teve início espontâneo e decorre de forma fisiológica, utiliza-se preferencialmente a auscultação intermitente da FCF, na fase latente com uma frequência de 30 e 30 minutos e na fase ativa de 15 em 15 minutos, com duração de 60 segundos. Esta é uma prática devidamente fundamentada pela evidência científica, nomeadamente por Cunningham et al (2012). Nos casos em que é utilizada a perfusão ocitócica para ITP, é realizada a monitorização cardiocotográfica contínua, devido aos riscos que a ITP comporta tanto para a atividade uterina como para o bem-estar fetal. Em 1987, Thacker realizou um estudo cujo objetivo foi comparar os resultados perinatais da vigilância fetal durante o parto, através de duas metodologias distintas: a monitorização cardiocotográfica (CTG) versus auscultação intermitente da FCF. Este autor concluiu que a única vantagem da monitorização cardiocotográfica contínua é a prevenção de convulsões neonatais e a diminuição do número de internamentos de recém-nascidos numa unidade de cuidados especiais.

Durante este módulo, a indicação para monitorização cardiocotográfica contínua nunca suscitou qualquer constrangimento por parte dos casais, na medida em que no CHPVVC existem equipamentos sem fios que permitem realizar esta prática sem que a parturiente tenha que permanecer deitada ou sentada no quarto, podendo esta deambular pelo serviço, sem que haja necessidade de interromper a avaliação. Existem dados que nos permitem definir um traçado cardiocotográfico tranquilizador, que são: FCF basal de 110 a 160 bpm; variabilidade longa de 5 a 25 bpm na maioria do traçado; acelerações (pelo menos duas durante 50 minutos); ausência de desacelerações exceto se forem esporádicas (≤ 2 em 50 minutos) com duração inferior a 2 minutos. Um traçado é considerado suspeito quando estão ausentes uma ou mais características das referidas anteriormente. Embora tenham sido situações menos frequentes ao longo do estágio, foi importante saber os critérios que definem um traçado como patológico para uma intervenção em tempo útil, a fim de promover o bem-estar do feto e da parturiente e evitar complicações. Quando a variabilidade longa é inferior a 5 bpm durante pelo menos 60 minutos (na ausência de medicação que interfira com este parâmetro), ou se se verificar uma redução da variabilidade curta, incluindo um padrão sinusoidal, com mais de 30 minutos ou, ainda, se

existirem desacelerações repetidas (associadas a mais de 50% das contrações uterinas), com diminuição da variabilidade longa por mais de 30 minutos (desaceleração prolongada), então estamos perante um traçado patológico (Ayres-de-Campos e Bernardes, 2010).

Relativamente à monitorização cardiocográfica durante a ITP, sabe-se que a taxa de variações da frequência cardíaca fetal (FCF) durante a ITP pode chegar a 5% e, por este motivo, o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, recomenda a avaliação do bem-estar fetal por cardiocografia (CTG), antes do início do procedimento. Todas as grávidas submetidas a ITP devem realizar CTG contínua quando é possível, ou pelo menos uma monitorização com duração de 30 minutos, após cada administração do método de indução (Harman e Kim, 1999).

O exame vaginal foi, também, uma importante atividade de vigilância e diagnóstico ao longo do trabalho de parto. Através deste procedimento conseguiu-se obter dados relevantes para o processo de tomada de decisão, tais como a consistência e a posição do colo do útero, a posição e apresentação fetal, e, ainda, o nível de descida da apresentação fetal em relação à pelve materna (Lavender, Tsekiri e Baker, 2008). Apesar de ser uma importante fonte de dados, o exame vaginal é um procedimento que não é encarado da mesma forma por todas as mulheres, podendo ser desconfortável e um fator de grande ansiedade para a grande maioria.

As mais recentes *guidelines* defendem que é essencial os profissionais terem a certeza de que a avaliação do colo uterino é realmente necessária e que tem o potencial de acrescentar informações relevantes para o processo de tomada de decisão (NICE, 2007). Ao longo deste módulo, teve-se a oportunidade de acompanhar o trabalho de parto de um casal oriundo da Índia e a parturiente demonstrava medo e pudor relativamente ao exame vaginal e nessa situação, foi importante explicar a importância do deste procedimento e garantir que este só seria realizado apenas por uma enfermeira e quando houvesse motivos para tal. Neste caso, a relação de empatia e confiança estabelecida desde o momento da admissão foi fulcral para o sucesso das intervenções de enfermagem inerentes a todo o processo de trabalho de parto.

A maternidade é, geralmente, percebida pelas mulheres como o início de um novo ciclo, embora a grande maioria a associe à dor e sofrimento. A dor é uma sensação que as pessoas normalmente associam ao trabalho de parto e parto e esta crença poderá influenciar de forma negativa a forma como a mulher/casal experienciam todo este processo. Trata-se de uma experiência humana tão antiga quanto a existência do homem. Apesar de evitável, esta continua a ser experienciada frequentemente pelas parturientes (Mamede et al, 2007). Apesar de ser um fenómeno fisiológico, o trabalho de parto caracteriza-se por alterações mecânicas e hormonais que originam contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal (Gallo et al, 2011). Durante a fase de dilatação, predomina a dor visceral, cujo estímulo doloroso (nociceptivo) provém do mecanismo de distensão do segmento inferior do útero e da dilatação do colo uterino. Já no período

expulsivo, a dor tem característica somática e resulta da distensão e tração das estruturas pélvicas que envolvem a cúpula vaginal e da distensão do assoalho pélvico (Lowe, 2002).

Durante o trabalho de parto, a intensidade da dor percebida pelas mulheres é variável e é fortemente influenciada por fatores psíquicos/comportamentais, temperamentais, culturais, orgânicos e, ainda, por possíveis desvios da normalidade (por exemplo o stress) e outros fatores externos tais como, as distócias, que podem intensificá-la, e a libertação de endorfinas, que por sua vez pode diminuí-la (Niven e Murphy-black, 2000). Lowdermilk e Perry (2008) descrevem a dor do trabalho de parto como um fenómeno único para cada mulher e que é influenciada por diversos fatores como a cultura, a ansiedade, o medo, a experiência anterior de parto, a preparação para o parto e o suporte oferecido durante todo o processo.

Numa perspetiva histórica, no período de 1930 a 1960, muitos profissionais da saúde que davam assistência no trabalho de parto tinham a crença de que a dor tinha uma função biológica importante e que, por isso, não deveria ser aliviada. Em contrapartida, eram valorizados os efeitos indesejáveis dos fármacos disponíveis na época. Nas décadas seguintes, sobretudo nos anos 80, foram realizados vários estudos que concluíram que apesar de a dor ter uma função biológica importante, esta precisa de ser aliviada, na medida em que a persistência de dor intensa está associada ao stress e pode ter efeitos prejudiciais quer para a mãe, quer para o feto e recém-nascido (Mamede et al, 2007).

De acordo com Leeman et al (2003), apesar de a maior parte das mulheres referir que o trabalho de parto é doloroso, muitos dos profissionais da saúde têm pouco conhecimento acerca da natureza deste fenómeno. A dor é uma experiência subjetiva que envolve uma complexa interação entre influências fisiológicas, psicológicas, culturais e ambientais. Como tal, este parâmetro foi avaliado de forma regular, de modo a permitir a escolha de um método de alívio eficaz. Esta avaliação foi executada com recurso à observação dos comportamentos da parturiente e descrições verbais da dor. Contudo, há que ter em atenção de que o comportamento da mulher em trabalho de parto nem sempre é um bom parâmetro para avaliar a dor, na medida em que a maioria das parturientes tende a controlar as suas emoções para não transmitir à equipa de saúde a ideia de descontrolo ou descompensação face à situação que está a vivenciar (Nilsen, Sabatino e Lopes, 2011).

De uma forma geral, as nulíparas experienciam uma dor mais intensa durante o trabalho de parto precoce, enquanto que as múltiparas podem sentir dor mais intensa durante o primeiro período tardio e o segundo período do trabalho de parto, resultante da celeridade da descida fetal (Leeman et al, 2003).

A sensação dolorosa, pode ser influenciada, também, pela posição que a mulher adota durante o trabalho de parto. Segundo um estudo com 20 ensaios clínicos sobre as posições no segundo período do parto confirmou que na posição vertical ou lateral verificava-se uma diminuição da sensação dolorosa durante o período expulsivo, quando comparada com a posição supina ou litotomia. Os partos realizados nas diversas formas de posições verticais apresentam redução do período expulsivo quando comparados com partos em

litotomia. A redução da duração do período expulsivo, das taxas de parto assistido e de episiotomia afirmam o conceito de que os puxos no período expulsivo são mais eficientes em posições verticais (Teixeira e Pereira, 2006). Em contrapartida, a posição horizontal dificulta esses aspetos, gerando a perceção negativa sobre a mesma, uma vez que dificulta a movimentação, aumenta o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas (Ragnar et al, 2006). Na posição de semi-sentada é, também, considerada uma posição vertical, em que a mulher fica sentada num assento próprio para o parto, com uma inclinação cerca de 30° da cabeceira e com os membros inferiores afastados e fletidos. Segundo Basile (2005), esta por ser uma posição vertical, as contrações uterinas são mais frequentes e mais intensas, o que torna o trabalho de parto mais eficaz e proporciona menos cansaço à parturiente.

Neste sentido, um dos focos de enfermagem que mereceu maior atenção no decorrer deste módulo, foi a “Dor de trabalho de parto” (ICN, 2017). Após uma correta identificação do diagnóstico de enfermagem em cada situação, foram planeadas intervenções no âmbito da gestão da dor do trabalho de parto, seja ela farmacológica e/ou não farmacológica. No domínio dos métodos não farmacológicos, pôde-se, sem dúvida, dar um grande contributo, na medida em que se assistiu o casal a identificar estratégias que já haviam sido utilizadas anteriormente e com sucesso nalguma fase da vida da mulher e ensinou-se o casal sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor do trabalho de parto, que estão descritos na literatura. Desta forma, teve-se a oportunidade de executar técnicas para alívio da dor do TP como: a massagem, a musicoterapia, a utilização da bola de pilates, o rebozzo, a imaginação guiada, a hidroterapia, posicionamentos antiálgicos, técnica da respiração, pressão dupla da anca, acupressão e aromaterapia (Davim, Torres, Melo, 2007; Sescato, Souza, Wall, 2008; Gayeski et Brüggemann, 2010; Colacioppo [et al.], 2010). As estratégias mais adotadas pelas parturientes/casais alvo dos cuidados e as que surtiram mais efeito no alívio da dor do TP foram a musicoterapia, a utilização da bola de pilates, a pressão dupla da anca e a massagem. É de salientar que a filosofia de cuidados presente no serviço de obstetrícia do CHPVVC apoia e investe na adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor e existem elementos da equipa de enfermagem que se especializaram em áreas específicas, como a acupunctura, a aromaterapia, a hidroterapia, entre outras, o que contribuiu positivamente, quer para todo o processo de aprendizagem, quer para o sucesso destas técnicas por parte das parturientes. Ao longo do módulo teve-se contacto com casais que residiam fora do distrito do Porto e que optaram pelo CHPPVC como local de nascimento do seu filho e a justificação para esta decisão prendeu-se ao facto de esta ser uma instituição cuja filosofia respeita o decorrer fisiológico do trabalho de parto e parto e oferece a liberdade de cada casal ter um plano de parto e permite a adoção de técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Algumas destas mulheres tomaram a decisão de não recorrer a qualquer tipo de analgesia para conseguirem ter um parto natural e, de facto, foi interessante assistir ao poder de autocontrolo de cada uma delas. Não obstante, nestas

situações foi possível dar um contributo relativamente às medidas não farmacológicas de alívio da dor do TP.

Uma grande parte das parturientes solicitaram o recurso à analgesia por via epidural quando os métodos não farmacológicos não estariam a ser eficazes no alívio da dor e no caso das mulheres que desde o início assumiram a opção de utilizar este tipo de analgesia, descartando a possibilidade de adoção de técnicas não farmacológicas.

A analgesia por via epidural foi abordada já na preparação para o parto e os casais são informados sobre os riscos e benefícios que quer a medicação, quer o próprio procedimento acarreta quer para a mãe, quer para o feto. Trata-se de uma opção da mulher/casal que deve ser pensada e ponderada até à sua admissão no bloco de partos. No contexto deste módulo, foi realizada a admissão a vários casais que inicialmente referiram não pretender analgesia epidural durante o trabalho de parto e que mais tarde, com o aumento da intensidade da dor, decidiram recorrer a este tipo de método farmacológico. Importa referir que, quer os casais que desde o início pretendiam recorrer à analgesia por via epidural, quer os que expressaram a sua vontade por não utilizar este tipo de estratégia, foram informados quanto à possibilidade de, a qualquer momento, poderem alterar a sua escolha, o que contribuiu para uma diminuição da ansiedade associada a todo o processo. Esta ansiedade era intensificada, também, pela falta de conhecimento que alguns casais tinham acerca do procedimento de colocação do cateter epidural e muitos deles realizavam questões relativamente a esse assunto, pelo que foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar os casais sobre a analgesia por via epidural; informar os casais sobre os riscos desta analgesia; explicar aos casais em que consiste o procedimento de colocação do cateter epidural. Estas intervenções contribuíram para a tomada de decisão de alguns casais que estavam com dificuldade em decidir se recorreriam a este método ou não.

O bloqueio epidural consiste numa técnica que proporciona analgesia durante o trabalho de parto ou anestesia no caso de cesariana. Este bloqueio e administração de medicação é realizado através de um cateter epidural que é colocado, geralmente, num espaço intervertebral da região lombar (entre L2 e L5), na medida em que neste ponto, o risco de provocar lesão medular ou punção venosa direta é mínimo. Este procedimento é realizado com a parturiente na posição de sentada, com curvatura anterior do tronco ou em decúbito lateral. A medicação administrada pelo cateter espalha-se no espaço epidural, bloqueando as fibras nociceptivas. A região e grau de analgesia dependem da quantidade de concentração do fármaco utilizado, da localização da ponta do cateter e da posição da parturiente. Durante o procedimento, e com o objetivo de detetar precocemente alguma complicação, está preconizada a monitorização contínua da pressão arterial, oximetria de pulso, e FCF (Martins, Marques e Tomé, 2002; Brown, 2000; Wadligton et al, 1998; Tetzlaff, 1996; Rowan et al, 1998).

A analgesia por via epidural tem sido utilizada pela maioria das mulheres e embora proporcione um alívio efetivo da dor do trabalho de parto, esta encontra-se associada a

desfechos negativos, como por exemplo, o aumento do risco de parto distócicos. O aumento da taxa de partos distócicos é explicado pelo relaxamento dos músculos do assoalho pélvico (que pode retardar a rotação da cabeça do feto), pela diminuição do reflexo de Ferguson e, ainda, pela redução da atividade uterina. Com o objetivo de minimizar esse efeito adverso, em muitas instituições a analgesia por via epidural é interrompida na fase tardia do trabalho de parto, a fim de promover a capacidade da mulher para realizar os esforços expulsivos, desse modo, reduzir a taxa de partos distócicos (Torvaldsen et al, 2010).

Neste sentido, a vigilância dos efeitos secundários da analgesia epidural foi uma preocupação ao longo deste módulo, bem como a implementação de intervenções para os minimizar. Segundo Graça (2010), os efeitos colaterais descritos na literatura são a hipotensão materna, tremores intensos, 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. Na realidade, os efeitos colaterais mais observados em contexto de estágio foram as náuseas, os vômitos, o prurido, os tremores intensos, a retenção urinária e a hipotensão materna.

No primeiro e segundo estadios do trabalho de parto, as parturientes foram incentivadas a adotar as posições nas quais se sentiam mais confortáveis e foi promovida a deambulação sempre que possível (NICE, 2014). No período expulsivo a maioria das parturientes adotou a posição de semi-sentada, por desencadear uma sensação de maior controlo e mais eficácia nos esforços expulsivos, além de referirem mais conforto. Respeitando as preferências de cada mulher, foi sempre explicada a importância da adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e respetivas vantagens (duração mais curta do segundo estadio, menos partos instrumentados e menor taxa de episiotomias) (De Jonge et al, 2004). Apesar de as posições verticais serem mais benéficas para o trabalho de parto, a posição de deitada foi bastante escolhida pelas parturientes com as quais se teve contacto, talvez por ser a imagem mais comumente criada acerca da mulher durante o trabalho de parto (Royal College of Midwives, 2010). Segundo Shorten, Donsante e Shorten (2002), o uso da posição lateral no período expulsivo parece proteger o períneo de eventuais traumas e, ao longo deste módulo foi possível verificar que uma grande parte das parturientes preferiu esta posição. Relativamente à posição sentada no banco de parto, existe um maior risco de lacerações perineais de terceiro e quarto grau (Jander e Lyrenas, 2001). No entanto, esta foi uma posição utilizada por algumas parturientes, pois para além de proporcionar uma sensação de maior controlo sobre o TP, pareceu encurtar a duração do período expulso, dado privilegiar a gravidade por ser uma posição mais verticalizada da mulher. A posição de quatro apoios na cama foi, igualmente, uma posição sugerida e aceite por uma pequena parte das parturientes.

As várias posições adotadas pelas mulheres, não só contribuíram para o sucesso do TP, como também foram essenciais para o processo de aprendizagem, pois houve a

necessidade de se ajustar a forma como era executado o procedimento do parto, nomeadamente, a adaptação aos diferentes ângulos.

No que diz respeito aos esforços expulsivos, não existe evidência que sugira que a parturiente deve ser ensinada sobre como e quando os fazer, já que a suspensão da respiração e o puxo dirigido revelam-se prejudiciais no decorrer do trabalho de parto. As mulheres devem ter confiança e seguir a sua própria vontade de puxar (NICE 2007; Bloom et al. 2005; Sleep 1990; RCM, 2012). O recurso à manobra de Valsalva pode comprometer o bem-estar fetal por causar redução da pressão arterial materna e, conseqüentemente, diminuir a oxigenação do sangue materno (Cooke 2010; Roberts 2002; Thomson 1993). A presença do reflexo de Ferguson é crucial para a parturiente iniciar os esforços expulsivos. Esta foi incentivada, também, a adotar posições promotoras da mobilidade da bacia, de forma a facilitar a descida da apresentação fetal, encurtando, assim, a duração deste período do trabalho de parto. Nesta fase, considerou-se importante encorajar e apoiar a parturiente/casal a recorrer às técnicas de respiração e relaxamento entre as contrações uterinas.

Neste sentido, as parturientes foram assistidas a adotar as posições que lhes eram mais confortáveis durante o trabalho de parto e parto, contudo foram, igualmente, encorajadas a realizar os esforços expulsivos em posições verticais (NICE, 2007).

Outro dos assuntos mais abordados na área da obstetrícia e que tem sido cada vez mais estudado nos dias de hoje é a episiotomia, no período expulsivo de trabalho de parto. Esta é uma intervenção recente, que surgiu publicamente em 1920, defendida por DeLee e Pomeroy como um método de rotina para prevenir as lacerações perineais extensas e complicadas. No entanto, atualmente, têm sido realizados estudos que indicam que não existe evidência científica que suporte a manutenção desta prática como rotina (Argentine episiotomy Trial Collaborative Group, 1993; Carroli e Mignini, 2009). Mais tarde, em 1993, foi realizado um ensaio clínico randomizado na Argentina que comparou a episiotomia de rotina com a episiotomia seletiva. Através deste estudo, os autores concluíram que a episiotomia rotineira deveria ser abolida, pois não apresenta os benefícios que lhe eram atribuídos, sendo, por isso, injustificável uma taxa superior a 30% (Argentine episiotomy Trial Collaborative Group, 1993).

A episiotomia envolve uma incisão cirúrgica no períneo que pode ser de três tipos: lateral, médio-lateral e mediana. A primeira encontra-se contraindicada devido ao risco elevado de causar lesões extensas do músculo elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral é a mais utilizada sobretudo na Europa e América Latina, na medida em que é considerada a incisão com maior facilidade de correção e está associada a uma menor dor no pós-parto, bem como dispareunia, contudo é a mais relacionada com as lacerações de terceiro e quarto grau (Thacker, 2000). Assim, verificou-se que esta é uma prática que apenas se executa em situações excepcionais e que realmente reúnam as condições para tal, a fim de prevenir traumas perineais severos. De entre todas as experiências ao longo deste módulo, apenas foram realizadas duas episiotomias, pois as parturientes apresentaram critérios que

determinaram essa decisão em conjunto com as tutoras. Esta é uma intervenção que preocupa as grávidas e parturientes e isso foi possível constatar, através dos respetivos planos de partos, através dos quais estas expressavam a ideia de apenas aceitarem a episiotomia como último recurso para facilitar o parto.

Durante o TP existem fatores que contribuem para o desenvolvimento de infeção da parturiente, tais como a amniotomia, a necessidade de episiotomia e episiorrafia, as lacerações espontâneas e o esvaziamento vesical. No caso das parturientes com rotura de membranas superior a 18 horas, o risco de infeção encontra-se acrescido e, por isso, é iniciada, com prescrição médica, a antibioterapia profilática de 4 em 4 horas até ao parto. A antibioterapia profilática foi, também, executada nos casos em que as parturientes apresentaram resultado positivo no rastreio de *Streptococcus B*, previamente realizado (a partir das 35 semanas de gestação) (Ayres de Campos, Montenegro, Rodrigues, 2008). Assim, surgiu a necessidade de identificar no plano de cuidados, o diagnóstico de enfermagem “Risco de Infeção” (ICN, 2017).

Após o nascimento, os cuidados ao recém-nascido foram uma preocupação, na medida em que a sua adaptação ao meio extrauterino é fortemente influenciada pelas práticas exercidas. Um dos aspetos que levantou mais questões ao longo do estágio e que foi motivo de discussão crítico-reflexiva por parte da equipa multidisciplinar foi o tempo de clampagem do cordão umbilical. De acordo com a WHO (2014), NICE (2015) e a ACOG (2017), o cordão não deve ser cortado antes do primeiro minuto após o nascimento, exceto em situações de emergência. Esta prática, além de não acarretar riscos para a mulher, é fundamentada pelos benefícios do corte tardio do cordão umbilical como o aumento dos níveis de hemoglobina e um conseqüente maior aporte de ferro, uma menor incidência de enterocolite necrosante e, ainda, uma melhor adaptação do sistema vascular (WHO, 2014). No serviço de Obstetrícia do CHPVVC, alguns elementos da equipa multidisciplinar mostraram-se preocupados com o corte tardio do cordão umbilical (superior a um minuto), pelo risco de policitemia e a necessidade de fototerapia nos primeiros dias de vida. No entanto, segundo a ACOG (2017), estes riscos revelam-se mínimos e são facilmente superados pelos benefícios desta prática. Assim, torna-se importante no período pré-natal informar e esclarecer os casais sobre esta temática, explicando as vantagens e desvantagens da mesma, dando-lhes ferramentas para uma tomada de decisão livre e consciente. É, ainda, essencial salientar que a realidade pode, em algumas situações, não corresponder às expectativas, como acontece nas situações de cesarianas emergentes ou em casos de má adaptação à vida extrauterina.

O contacto pele-a-pele e a amamentação constituíram as etapas seguintes, que têm vindo a assumir cada vez mais importância, na medida em que consolidam desde logo a ligação mãe-filho que teve início já durante a gravidez. Estas práticas, além de preconizadas pela OMS, estão intrínsecas aos cuidados prestados no serviço de obstetrícia do CHPVVC, sendo já executadas de forma natural como parte integrante de todo o processo. É evidente que em algumas situações não é possível realizar o contacto pele-a-pele e a amamentação,

como nas emergências obstétricas, em casos em que a mulher toma a decisão de não querer amamentar ou se existir algum motivo impeditivo de o fazer. Neste sentido, torna-se importante salientar que os profissionais da saúde devem evitar separações desnecessárias entre o binómio mãe-filho, de forma a não prejudicar o aleitamento materno, bem como a aproximação ao recém-nascido. Por conseguinte, foi fulcral reduzir ao máximo os procedimentos realizados após o nascimento, quando se trata de uma situação que não envolvam complicações quer maternas, quer neonatais (Cruz, Suman e Spíndola, 2007).

A amamentação na primeira hora de vida constitui um fator protetor contra a mortalidade neonatal devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas do leite materno e aos fatores bioativos adequados para o recém-nascido, presentes no colostro (Boccolini et al, 2013; Lönnerdal, 2017). Não obstante, a primeira hora de vida da criança traduz um período denominado inatividade alerta que tem uma duração média de quarenta minutos. Esta é uma fase sensível, promotora do apego, bem como a primeira oportunidade de a mãe ser sensibilizada pelo seu filho. Desta forma, foram privilegiados o contacto pele-a-pele e a amamentação logo após o nascimento, na ausência de complicações obstétricas e neonatais. Estas práticas assumiram extrema importância neste processo de vinculação, facilitando a aproximação entre a mãe e o recém-nascido (Zveiter, 2003).

Ao longo do módulo, estas recomendações foram respeitadas e muitos casais demonstraram-se surpreendidos e agradecidos por lhes ser dado o tempo necessário para conhecerem o novo membro da família e iniciar o processo de vinculação. No entanto, esta atitude exige uma grande capacidade de gestão do tempo e planeamento dos cuidados por parte dos profissionais da saúde, o que também foi algo que, enquanto estudantes, teve-se a oportunidade de desenvolver com o apoio da equipa de enfermagem do serviço de Obstetria. Na ausência de complicações/emergências, os cuidados imediatos ao recém-nascido foram prestados após o casal ter tido o tempo necessário para permanecer em contacto pele-a-pele com o mesmo, que não deverá, segundo a WHO (2012), ser inferior a uma hora (Posteriormente, procedeu-se à identificação do recém-nascido com pulseira, às avaliações antropométricas e alguns procedimentos invasivos como é o caso da administração da vitamina K).

3. CUIDAR DA MULHER/FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

“Ter um filho muda tudo: um dia, na vida de um homem e de uma mulher, nasce um filho, e nada mais será como antes.” (Cardoso, 2011)

No âmbito deste módulo, desenvolvido no serviço de Puerpério do CHPVVC, foi possível aplicar e desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências que permitiram 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. A parentalidade constitui uma transição importante que requer cada vez mais a atenção dos enfermeiros.

De acordo com Meleis (2010), a transição para a parentalidade é do tipo desenvolvimental, pois não se trata de uma mudança no estado de saúde da pessoa e não se restringe somente a uma alteração de papéis. Esta implica o desenvolvimento de habilidades e caracteriza-se pela necessidade de dar solução a tarefas desenvolvimentais específicas (Leal, 2005). Neste tipo de transição, o casal passa a desempenhar outro tipo de papel na sociedade, o que implica um reajuste de papéis dentro do sistema familiar (Silva, 2012). Desta forma, é importante que o processo de transição seja abordado e apoiado pelo EESMO desde a gravidez, de forma a que o casal vivencie uma experiência positiva e saudável e que vá ao encontro das suas expectativas.

O suporte familiar constitui, igualmente, uma importante ferramenta para o casal no período puerperal, na medida em que é à família que os indivíduos recorrem quando necessitam de ajuda, orientação e conselhos. Sabe-se que desde o nascimento as pessoas criam ligações, sendo que as primeiras a ser estabelecidas ocorrem entre os membros da família. Assim, a família consiste num sistema de relações interligadas, consolidadas por laços de parentesco, bem como por uma rede de apoio social para a sua própria sobrevivência. Neste conjunto de ligações, a saúde dos indivíduos é fortemente influenciada pelas crenças, tradições, valores e relações da rede de apoio social. Deste modo, teve-se a oportunidade de, na maior parte dos casos, envolver a família no planeamento dos cuidados prestados ao casal e recém-nascido, com o objetivo comum de promover uma experiência de transição para parentalidade saudável.

O período pós-parto, consiste no intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutivos da mulher ao estado pré-gravídico. Também denominado puerpério ou quarto trimestre da gravidez, este período tem a duração de 6 semanas, contudo, é variável, dependendo de cada mulher (Alden, 2014). Nesta fase, os cuidados de enfermagem centram-se na avaliação e no apoio à adaptação fisiológica e emocional da mulher após o nascimento do filho. Numa fase precoce do puerpério, importou prevenir e detetar atempadamente possíveis complicações, ensinar sobre o autocuidado, bem como sobre os

primeiros cuidados ao recém-nascido. Neste sentido, os cuidados de enfermagem prestados à puérpera incluíram avaliações periódicas a fim de detetar desvios de mudanças fisiológicas, métodos de alívio do desconforto ou da dor, bem como medidas de segurança, de forma a prevenir lesões ou infeções e, ainda metodologias de ensino/aconselhamento sobre a promoção de sentimentos de autocontrolo e capacidade para cuidar do recém-nascido. A eficácia das intervenções de enfermagem foi alvo de uma avaliação contínua, pelo que foi alterado o plano de cuidados sempre que necessário, a fim de atingir os objetivos previamente estabelecidos (Alden, 2014).

No CHPVVC, cerca de duas horas após o nascimento, as puérperas/casais e respetivos recém-nascidos foram transferidos para a unidade de puerpério, onde foram recebidos e acolhidos no serviço, tendo-lhes sido explicadas as normas de funcionamento e dado a conhecer o espaço físico do mesmo. O recém-nascido foi recebido na mesma unidade da mãe, a qual dispõe de um berço, o que evita a separação da díade e ao mesmo tempo promove a vinculação (WHO, 2013). Foi permitida e incentivada, ainda, a presença do companheiro/convivente, na medida em que este pode proporcionar a vivência de experiências positivas e permite que a puérpera se sinta acompanhada e acarinhada, bem como evidencia a importância do papel do pai nos cuidados e relação com o recém-nascido (RCOG, 2011).

No pós-parto imediato, seja após um parto eutócico ou distócico, os focos de enfermagem “Hipotensão”, “Retenção urinária”, “Infeção” e “Perda sanguínea” integram desde logo o plano de cuidados, pois necessitam de uma vigilância rigorosa e imediata (ICN, 2017). As atividades de vigilância inerentes a estes focos permitiram detetar atempadamente complicações características deste período (Lowdermilk e Perry, 2008).

Os sinais vitais, bem como a coloração da pele e mucosas constituíram importantes indicadores relativamente à perda sanguínea. Nas duas primeiras horas após o parto, a avaliação do Globo de segurança de Pinard foi realizada e foram observados os lóquios, a fim de despistar hemorragia (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A atonia uterina é das complicações mais frequentes no pós-parto, que resulta da incapacidade do músculo uterino se contrair firmemente. O útero relaxado distende-se com sangue e coágulos, os vasos sanguíneos da placenta não são clampados e a perda sanguínea aumenta. Esta complicação pode ser evitada através da manutenção de um bom tónus uterino e da prevenção da distensão da bexiga. Importa salientar que nem sempre a atonia uterina é a causa da perda sanguínea excessiva no pós-parto imediato, podendo esta ser originada, também, por hematomas vaginais ou lacerações não reparadas da vagina ou colo do útero (Alden, 2014). A hemorragia pós-parto é definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais nas primeiras 24 horas após o parto. Trata-se da principal causa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas a nível mundial (OMS, 2014).

A OMS (2014) defende que deve ser administrada ocitocina a todas as parturientes durante a terceira fase do parto para a prevenção da hemorragia pós-parto. Podem,

também, ser utilizados outros fármacos injetáveis ou o misoprostol como alternativas, caso não exista ocitocina disponível. A massagem uterina contínua não é recomendada como forma de prevenção da hemorragia pós-parto em mulheres às quais foi administrada ocitocina profilática, na medida em que este procedimento pode causar desconforto materno e não ter efeitos na diminuição da quantidade de sangue perdida. Contudo, todas as mulheres no período pós-parto foram elucidadas a importância da contração uterina. Dado o risco de hemorragia acrescido no pós-parto, executam-se atividades de vigilância a fim de detectar atempadamente esta complicação, tais como: vigiar os lóquios (cor, quantidade, consistência); vigiar contração uterina; vigiar eliminação urinária; monitorizar tensão arterial; monitorizar frequência cardíaca; monitorizar frequência respiratória; monitorizar temperatura corporal; e vigiar a pele. Ainda no domínio da vigilância, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar a puérpera sobre o processo de involução uterina; ensinar a puérpera sobre sinais de alerta; e instruir a puérpera sobre a massagem uterina (Alden, 2014).

Relativamente ao risco de retenção urinária, este existe em ambos os tipos de parto e é definida como a incapacidade de micção espontânea seis horas após um parto vaginal ou seis horas após a remoção da algália no pós-operatório de cesariana (Saultz, Toffler e Shackles, 1991). Para a prevenção da retenção urinária, numa fase inicial, foram implementadas intervenções não invasivas como: incentivar a ida ao WC; encorajar a tomar banho; e incentivar a imersão das mãos em água fria corrente (Yip et al, 2004). Nas situações em que estas intervenções não produziram o efeito desejado, procedeu-se ao esvaziamento vesical ou algaliação.

A deambulação precoce foi promovida sempre que possível, na medida em que diminui o risco de complicações tromboembólicas e melhora o trânsito intestinal (Centeno, 2010). O primeiro levante foi executado apenas quando se encontravam reunidas as condições necessárias para o fazer em segurança, como é o caso do valor da pressão arterial, por isso, esta deve ser monitorizada antes, durante e após o procedimento. No caso do parto vaginal, o primeiro levante foi realizado cerca de 6 horas após o parto e no caso de cesariana, este decorreu após as primeiras 12 horas (Lowdermilk e Perry, 2008).

O reinício da ingestão oral foi, igualmente, incentivado assim que a puérpera tolerasse, ou no caso do pós-operatório de cesariana cerca de 4 a 8 horas após a mesma. Foi dada preferência a uma dieta ligeira, como chá e bolachas (Centeno, 2010).

A sensação de dor está presente na maioria das mulheres mesmo no período pós-parto. As causas mais comuns da dor sentida pela puérpera são: a presença de feridas perineais resultantes do parto; as hemorroidas; os mamilos dolorosos; e o ingurgitamento mamário. A descrição que a mulher faz sobre a sua dor serve como um guia de orientação para o planeamento dos cuidados, com o objetivo de atenuar a mesma e promover o conforto. Para além da descrição da dor, foi uma preocupação, através do exame físico, confirmar a localização e extensão da mesma, procurando sinais de alerta como rubor, edema, exsudado, calor, observação da tensão corporal, bem como os movimentos de

defesa. Alguns sinais vitais como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória podem estar elevados na presença de dor aguda, contudo, a falta de sinais objetivos não significa que não exista sensação de dor por parte da puérpera, dada a forte influência da componente cultural na forma como esta é manifestada (Alden, 2014).

Com o objetivo de promover o alívio da dor, recorreu-se tanto a medidas farmacológicas como às não farmacológicas. Ao longo deste módulo deu-se preferência às medidas não farmacológicas, no entanto sempre que necessário foi administrada a analgesia prescrita. A técnica de distração, a imaginação guiada, o toque terapêutico, a técnica de relaxamento, a musicoterapia, a hidroterapia e a massagem terapêutica são exemplos de medidas não farmacológicas de alívio da dor no período pós-parto e que foram implementadas ao longo deste módulo. Existem, ainda, intervenções que podem ajudar a diminuir o desconforto relacionado com a presença de feridas perineais e que foram implementadas, tais como: incentivar a puérpera a deitar de lado sempre que possível e usar uma almofada quando estiver na posição sentada; encorajar a aplicação de frio (gelo) no períneo; e incentivar a lavagem do períneo com água fria. Estas intervenções foram muitas vezes eficazes, também, no tratamento das hemorroidas. Relativamente à dor relacionada com a amamentação como os mamilos dolorosos, procedeu-se à supervisão da técnica de amamentação para corrigir aspetos importantes que contribuissem para a prevenção do trauma dos mamilos. Foi, ainda, ser aconselhada a aplicação de lanolina ou compressas de hidrogel.

O ingurgitamento mamário pode causar bastante desconforto na mulher, mas este pode ser aliviado através da aplicação de calor/frio, da massagem e da utilização de um soutien que providencie um suporte eficaz. Em alguns casos é necessário recorrer a medicamentos anti-inflamatórios (Alden, 2014). As atividades de vigilância “Vigiar a dor” e “Monitorizar a dor através da escala numérica da dor” foram executadas com a frequência necessária para perceber se as intervenções estavam a ser eficazes ou se o plano de cuidados deveria de ser reajustado.

Para além das alterações físicas que ocorrem após o parto, o estado emocional e psicológico da puérpera foi, também, uma das grandes preocupações durante este módulo. É ao longo da gestação que a mulher constrói as suas expectativas relativamente ao parto (Pacheco et al, 2005). Geralmente, o parto constitui um evento que tem um impacto significativo na vida familiar e que acarreta tanto consequências positivas como negativas, permanentes e/ou a longo prazo na vida do casal, bem como dos restantes filhos (Halldorsdottir e Karlsdottir, 1996; Brudal, 1985; Green, Coupland, e Kitzinger, 1990; Morris-Thompson, 1992; Oakley, 1983; Simkin, 1992). A perceção que as mulheres têm da sua experiência de parto é fortemente influenciada pelo tipo de parto. Alguns estudos compararam a experiência de diferentes tipos de parto e concluíram que as mulheres submetidas a cesariana percebem de forma mais negativa a sua experiência em comparação com as mulheres que tiveram um parto eutócico (Rizk et al, 2001).

Segundo Figueiredo et al (2002), verifica-se que a maior parte das vezes o parto é relatado como uma experiência difícil, sendo que quanto mais difícil é a experiência de parto, pior será o ajustamento emocional da mulher no puerpério e, conseqüentemente, menos adequada a relação que esta estabelecerá com o recém-nascido.

De acordo com Schneider (2002) e Waldenström (1999), existem três aspetos propostos como marcadores da percepção das mulheres acerca da sua experiência de parto: o controlo percebido, o suporte social e a dor. De entre estes, a dor apresenta-se como uma das dimensões mais marcantes e mais mencionadas pelas mulheres, sobretudo nos casos em que se verificam mais discrepâncias entre as expectativas criadas e a forma como o parto é vivenciado (MacLean, McDermott, & May, 2000; Niven, 1988). Embora seja frequente a conotação negativa à experiência de parto, muitas mulheres expressam sentimentos de enriquecimento pessoal, bem como percepção de autoeficácia e autocontrolo relativamente à sua capacidade para dar à luz (Hardin & Buckner, 2004; Thune-Larsen & Moller-Pedersen, 1988). O autocontrolo e autoeficácia sentidos trazem benefícios a longo prazo na vida da mulher, como por exemplo, uma melhor capacidade para gerir situações de stress e dor no futuro (Niven, 1988).

Um dos maiores desafios no período pós-parto é a amamentação. São conhecidos e cada vez mais divulgados os benefícios do aleitamento materno, quer para a mãe, quer para a criança. Contudo, trata-se de um processo complexo que apesar de natural, exige o desenvolvimento de competências e acompanhamento profissional desde o início. A maioria das mulheres com as quais se teve a oportunidade de contactar no puerpério havia tomado a decisão de amamentar e, por isso, o foco de enfermagem “Amamentar” foi aquele que mereceu mais atenção. O interesse, o envolvimento, bem como a integridade das capacidades cognitivas demonstrados pela grande parte dos casais permitiu identificar diagnósticos como “Potencialidade para melhorar o conhecimento” e “Potencialidade para melhorar a capacidade” e, posteriormente, planear e implementar intervenções para dar resposta às necessidades de cada um (ICN, 2017).

Os cuidados prestados durante o internamento afetam significativamente os resultados na amamentação. Os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” da Organização Mundial da Saúde traduzem um conjunto de práticas de cuidados de saúde baseadas em evidência científica, que suportam a fisiologia da amamentação, bem como os cuidados com a pele, o alojamento conjunto e, ainda, a alimentação em horário livre. É de referir que as mulheres submetidas a cesariana, apresentam menores taxas de amamentação e, por isso, podem vir a necessitar de mais apoio para estabelecer e manter o aleitamento materno. O contacto pele-a-pele no bloco operatório é uma intervenção viável e pode contribuir para uma redução da necessidade de suplementação da alimentação do recém-nascido com leite adaptado (ACOG, 2013). Durante o módulo, teve-se a oportunidade de colocar todos os recém-nascidos em contacto pele-a-pele com a mãe imediatamente após o nascimento, salvo nas situações em que foi necessária reanimação da criança. No caso de a

mãe ter sido submetida a cesariana, o contacto pele-a-pele do recém-nascido foi realizado com o pai.

Segundo Levy e Bértolo (2012, p. 8), “*o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções*”. A amamentação tem vantagens tanto para a mãe como para a criança e, por isso, deve ser prática exclusiva até aos seis meses de vida da mesma. Ainda de acordo com os mesmos autores, existem estudos portugueses que apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, em que mais de 90% das mães portuguesas o iniciam. Contudo, os mesmos estudos demonstram que cerca de metade dessas mulheres desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida da criança.

O estabelecimento, manutenção e sucesso da amamentação depende de vários fatores, sendo um deles a decisão e motivação materna para amamentar. Neste sentido, foi importante incluir esse dado na avaliação inicial, aquando da admissão do casal no bloco de partos. Ainda que as mulheres demonstrem vontade e motivação para amamentar, muitas vezes surgem obstáculos, potencialmente geradores de stress que podem comprometer todo este processo. Assim, as intervenções de enfermagem ganham cada vez mais poder nesta área, na medida em que apoiam os casais tanto na aquisição de competências no domínio da técnica da amamentação, como também no domínio da resolução de problemas relacionados com a mesma.

O abandono precoce da amamentação caracteriza-se pela introdução de outros alimentos na dieta da criança que está em aleitamento materno exclusivo, antes dos seis meses de vida. Trata-se de um fenómeno complexo e que é fortemente influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Muitas das causas relatadas para o abandono da amamentação é a dor, o baixo suprimento de leite e problemas com a pega do recém-nascido e incapacidade deste se adaptar à mama (Stuebe et al., 2014). Neste sentido, foi realizada uma avaliação e gestão de problemas relacionados com a amamentação, de forma a providenciar um apoio ao casal para alcançar o sucesso da mesma e, consequentemente atingir os seus objetivos pessoais. Algumas mulheres, mesmo com apoio profissional são incapazes de estabelecer a amamentação. Estas puérperas podem sentir frustração e normalmente relatam sofrimento considerável, pelo que correm maior risco de desenvolver depressão pós-parto no futuro. Deste modo, percebe-se que estas mulheres necessitam de ser regularmente acompanhadas e encaminhadas para outros profissionais caso manifestem algum sinal de alarme neste domínio (Stuebe, 2014). Outro fator que tem uma grande influência no início e na manutenção do aleitamento materno é a autoeficácia materna para amamentar, que corresponde ao objeto de estudo da revisão integrativa da literatura incluída neste relatório e que será apresentada mais à frente.

Em contexto de estágio, verificou-se que, no geral, existia unanimidade entre os profissionais da saúde relativamente às informações transmitidas às mulheres/casais, no âmbito da amamentação. No entanto, existem algumas divergências quanto a práticas comuns nos dias de hoje nas instituições de saúde, como é o exemplo da suplementação

com leite adaptado ou leite materno, o uso do mamilo de silicone e a utilização do copo em vez do biberão. Ainda assim, o principal objetivo da equipa de saúde do serviço de obstetrícia do CHPVVC passa pela promoção do aleitamento materno, contribuindo, desta forma, para que esta instituição seja considerada um dos Hospitais Amigos dos Bebés.

No âmbito do foco de enfermagem “Amamentação”, foi executado um conjunto de atividades de diagnóstico, com o intuito de detetar as reais necessidades dos casais nesta área e, conseqüentemente, planear os cuidados com maior rigor e precisão. Deste modo, foi importante perceber se os casais detinham conhecimento sobre os benefícios da amamentação, sobre os sinais de fome e saciedade do recém-nascido, sobre técnica da amamentação, duração e intervalo das mamadas e conservação do leite materno. Uma vez identificados os diagnósticos de enfermagem relativos a este foco, foram implementadas intervenções de enfermagem, tais como: “Ensinar sobre amamentação”, “Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre sinais de fome e saciedade”, “Instruir sobre técnica da amamentação”, “Treinar a amamentação” e “Apoiar amamentação” (ICN, 2017).

Ao longo deste módulo verificou-se que, mesmo tendo frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade durante a gravidez, a maior parte dos casais apresentou défice de conhecimento relativamente à amamentação e necessitou de bastante apoio para executar a técnica corretamente. De facto, a amamentação é dos maiores desafios nesta fase e exige muito empenho e dedicação quer por parte dos casais, quer por parte dos profissionais que lhes prestam cuidados. Existem muitas crenças e mitos relativamente à amamentação que devem ser desconstruídos já desde a gravidez. Um exemplo é a ideia de que o recém-nascido deve mamar de 3 em 3 horas, contudo, segundo Levy e Bértolo (2012), o horário não é o aspeto mais importante e a criança deve, por isso, mamar sempre que tiver fome, isto é, em horário livre, não fazendo intervalos superiores a 3 horas no primeiro mês de vida. Outra preocupação frequentemente relatada pelas puérperas é de que pensam que não têm leite suficiente para alimentar o seu filho e, nestas situações, as mulheres foram informadas que as mães quase sempre produzem o leite necessário para o seu bebé e que inicialmente o estômago de um recém-nascido é do tamanho de uma avelã.

Relativamente à técnica da amamentação, primeiramente, importou transmitir à mulher a ideia de que deve amamentar numa posição confortável, assim como informar sobre as possíveis posições do recém-nascido durante a técnica. Não obstante, foi fundamental os casais reconhecerem os sinais de boa pega, não só porque é desta forma que o recém-nascido é capaz de mamar eficazmente, como também é um modo de prevenção de fissuras mamilares e outras complicações. Para uma pega correta, é necessário que o recém-nascido abra bem a boca e abocanhe grande parte da aréola e não apenas o mamilo, o queixo deve tocar na mama e o lábio inferior fica evertido (Levy e Bértolo, 2012).

Através da observação da mamada conseguiu-se não só avaliar a execução da técnica da amamentação, como também inspecionar as mamas, com o objetivo de perceber a sua consistência e estado dos mamilos. Uma grande parte das puérperas apresentou os mamilos

macerados nas primeiras 24 horas. Neste sentido, desde o início da amamentação as mulheres foram incentivadas a aplicar gotas de colostro no mamilo e aréola e de seguida expor as mamas ao ar para secarem bem e evitar que os mamilos fiquem húmidos. A pega correta do bebé é essencial, também, para prevenir estas complicações, por isso, é de extrema importância a observação da mamada por parte dos enfermeiros, para eventualmente corrigir determinados aspetos. Outro aspeto importante e que foi explicado às mulheres que amamentam, foi que quando se pretender interromper a mamada, se deve introduzir o seu dedo mínimo suavemente no canto da boca do recém-nascido, de forma a não suspender a sucção de modo abrupto e, conseqüentemente, evitar lesões do mamilo. A aplicação de lanolina foi, também, aconselhada quando as mulheres apresentavam fissuras mamilares (Levy e Bértolo, 2012).

Embora a maior parte das puérperas tenha manifestado vontade em amamentar o seu filho, considerou-se informar que este é um processo complexo e que poderão surgir alguns obstáculos, contudo importou garantir que todo o apoio profissional necessário seria providenciado para alcançar o sucesso nesta etapa e transmitir a ideia de que a mulher é capaz de amamentar. Um dos obstáculos, como já foi referido anteriormente, passa pelo desenvolvimento de fissuras nos mamilos, mas o que talvez exige mais tempo e empenho quer por parte do casal, quer por parte dos profissionais da saúde é o ingurgitamento mamário que pode ocorrer aquando da descida do leite, ou seja, por volta do 2º ou 3º dia após o parto. Normalmente, nesta fase as mamas ficam quentes, mais pesadas e endurecidas, pois verifica-se um aumento do leite e a quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos na mama é maior. O aumento da temperatura corporal nesta fase é normal, desde que não ultrapasse os 38°C durante 24 horas. Geralmente, o leite é ejetado da mama sem dificuldade e a mulher poderá continuar a amamentar sem qualquer problema, o que ajudar a retirar o leite da mama. Quando o leite não é extraído da mama em quantidade suficiente, esta fica ingurgitada, isto é, fica tensa, brilhante e dolorosa, o que pode dificultar a ejeção do leite. Nesta situação, o recém-nascido, normalmente, tem dificuldade em realizar a pega para fazer uma sucção eficiente, pois a aréola está tensa. Como resultado a mama pode ficar infetada, visto que o leite não é drenado (Levy e Bértolo, 2012). Ao longo do módulo, sempre que as puérperas apresentavam dificuldade em extrair o leite da mama através da sucção da criança, estas foram incentivadas a realizar extração leite manualmente ou com bomba, com o objetivo de aliviar a tensão mamária e, posteriormente, adaptar o recém-nascido à mama. A extração do leite é mais eficiente, quando o reflexo de ocitocina é estimulado, por isso, as puérperas que se encontravam nesta situação foram aconselhadas a realizar este procedimento com o seu filho por perto, tentar manter-se relaxada, passar com o chuveiro ou água quente nas mamas, ingerir uma bebida quente (exceto bebidas estimulantes como o café, chá preto ou cacau) e, ainda, massajar levemente as mamas com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direção dos mamilos. No final da extração do leite, quando as mamas ainda se mantinham edemaciadas, recomendou-se a aplicação de água fria ou gelo sobre as mesmas (Levy e Bértolo, 2012). Estas medidas de tratamento do

ingurgitamento mamário são extremamente importantes na prevenção de complicações como é o caso da mastite. Na unidade de puerpério não se contactou com puérperas que desenvolveram mastite, contudo foram ensinados os sinais de alerta associados a esta complicação a todas as mulheres, sobretudo na preparação para o regresso a casa.

Duas das temáticas menos abordadas no puerpério, tanto pelos profissionais da saúde como pelos casais são a sexualidade e a contraceção no período pós-parto. Verifica-se que a ideia de que estas são preocupações a longo e não a curto prazo e está bastante presente na maioria das pessoas, contudo são temas igualmente importantes e os casais devem estar informados sobre os aspetos mais importantes relacionados com os mesmos, com o intuito de evitar complicações e desconfortos. Durante este módulo e à luz da evidência científica, foi transmitida aos casais a ideia de que devem retomar a atividade sexual quando os dois elementos se sentirem confortáveis e preparados para tal. No entanto, foi importante salientar que a prática de relações sexuais precoce, ou seja, quando ainda não tiver ocorrido a cicatrização completa da ferida perineal (episiorrafia ou laceração), poderá ser bastante dolorosa para a mulher (Neves, 2010).

Relativamente à contraceção no puerpério, sabe-se que nas mulheres que não amamentam, o retorno da ovulação no período pós-parto, ocorre por volta do 27º dia. Quanto às mulheres que amamentam exclusivamente, este intervalo é variável e pode estender-se por vários meses. Assim, é possível concluir que a duração da infertilidade provocada pela amamentação torna-se imprevisível e não existe forma de prever a sua ocorrência. Alguns estudos demonstram que em mais da metade das mulheres que amamentam, a ovulação ocorre antes da primeira menstruação pós-parto e apresentam a ovulação antes da primeira menstruação pós-parto (Vieira, Brito e Yazlle, 2008). Deste modo, o planeamento familiar constitui uma estratégia de extrema importância, na medida em que não só poderá evitar uma gravidez indesejada e não planeada e tudo o que ela implica, como também é conhecido que intervalos entre duas gestações subsequentes constitui um dos fatores mais importantes na morbilidade e mortalidade neonatal e infantil (Vieira, Brito e Yazlle, 2008). Neste sentido, informar a mulher relativamente aos métodos contraceptivos possíveis de serem utilizados no período pós-parto, foi uma preocupação numa fase final do internamento.

Neste domínio, sabe-se que existem os métodos não hormonais, os métodos hormonais e a contraceção definitiva cirúrgica. Dentro dos métodos não hormonais podemos encontrar o método da lactação e amenorreia que, apenas se revela eficaz até aos 6 meses após o parto se a mulher amamentar em exclusivo (DGS, 2008). Existem, também, os métodos de barreira como é o caso do preservativo masculino e feminino que se tem revelado contraceptivos eficazes quer na prevenção de uma gravidez quer na transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e encontram-se disponíveis na maioria dos serviços públicos. Outro método não hormonal de grande eficácia é o dispositivo intrauterino (DIU) que, por meio de modificações bioquímicas, provoca uma reação inflamatória no endométrio

e interfere com o transporte de espermatozoides ao longo do aparelho genital da mulher (Vieira, Brito e Yazlle, 2008).

No grupo dos métodos contraceptivos hormonais, podemos encontrar os contraceptivos combinados (orais, intramusculares, transdérmicos ou vaginais) que bloqueiam a ovulação ao inibir a secreção de FSH e LH, de espessar o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides e, ainda, são capazes de tornar o endométrio não receptivo à implantação e alteram o peristaltismo das trompas de Falópio. No entanto, estes últimos não estão indicados nas primeiras seis semanas pós-parto, mesmo nas mulheres que não amamentam, pois, a associação de estrogênio e progesterona aumenta o risco de trombose venosa e arterial. Ainda dentro dos métodos hormonais existem os anticoncepcionais progestativos isolados (orais, intramusculares, implantes, sistema intrauterino libertador de progesterona) que suprimem o pico de LH, inibindo assim a ovulação, espessando o muco cervical e reduzindo a vascularização do endométrio, tornando-o hipotrófico. Estes não interferem com a qualidade e quantidade do leite materno, nem mesmo com o desenvolvimento do recém-nascido (Vieira, Brito e Yazlle, 2008).

Por último, a contraceção definitiva cirúrgica constitui um método permanente, através do qual o lúmen da trompa é obstruído, impedindo o transporte e união dos gametas. Sabe-se, ainda, que este método não tem efeito negativo sobre a lactação (Vieira, Brito e Yazlle, 2008).

Nas mulheres que amamentam, a primeira escolha devem ser os métodos não hormonais, sobretudo os de barreira, pois não interferem na lactação. Os anticoncepcionais progestativos isolados para lactantes devem ser a segunda escolha, pois não influenciam o processo de lactação, devendo ser iniciados preferencialmente seis semanas após o parto. Em puérperas que não amamentam deve ser usado um anticoncepcional progestativo isolado nos três primeiros meses, pelo risco de tromboembolismo acrescido nesta fase, podendo iniciar os contraceptivos combinados seis semanas após o parto. O DIU de cobre também é boa opção pós-parto, desde que a paciente não exista contra-indicação ao método, sendo inserido após seis semanas (Vieira, Brito e Yazlle, 2008).

O recém-nascido mereceu, igualmente, atenção e cuidados tanto no domínio da vigilância da saúde, como no domínio do desenvolvimento das competências parentais por parte do casal para prestarem cuidados ao mesmo de forma autónoma e preparar para o regresso a casa.

Ao longo deste módulo, foram desenvolvidos inúmeros planos de cuidados para cada recém-nascido, contudo os focos de atenção de enfermagem foram os seguintes: “Infeção”, “Hipotermia”, “Aspiração”, “Eliminação urinária” e “Eliminação intestinal” (ICN, 2017). Assim, interessou desenvolver atividades de vigilância como “Vigiar coto umbilical”, “Vigiar eliminação urinária”, “Vigiar eliminação intestinal”. No sentido de promover o desenvolvimento de competências parentais relativamente aos focos acima mencionados foram implementadas algumas intervenções como: “Ensinar a mãe e(ou) o pai a aumentar a temperatura corporal”, “Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção da aspiração”, “Ensinar

a mãe e(ou) o pai sobre sinais de infecção”, entre outras. Os tipos de choro do recém-nascido e técnica para o acalmar, os cuidados de higiene, a troca da fralda, o tratamento ao coto umbilical e sinais de infecção do mesmo foram alguns dos temas mais trabalhados junto dos casais durante o internamento.

No domínio do papel parental, as questões relacionadas com o choro do recém-nascido foi das mais abordadas pelos casais no puerpério. Frequentemente, assistiu-se à manifestação de sentimentos de impotência por parte dos casais para acalmarem o seu filho e, por isso, foi essencial ensinar os casais sobre os diferentes tipos de choro e sobre as técnicas de conforto ao recém-nascido.

De acordo com Brazelton e Sparrow (2011), o choro constitui uma das formas mais importantes de comunicação da criança e desperta na maioria das pessoas a urgência em dar resposta. Existem seis razões pelas quais os bebés choram: fome, dor, tédio, desconforto e cansaço. Cada um destes tipos de choro manifesta-se por meio de um determinado som associado a linguagem corporal específica. Da experiência em estágio, pôde-se perceber que o conhecimento adquirido pelos casais nas intervenções em grupo de preparação para o parto e parentalidade foi essencial, contudo verificou-se que uma ferramenta de aprendizagem igualmente importante foi a tentativa-erro, na medida em que cada recém-nascido tem as suas próprias características. O tempo e a crescente interação com a criança permitiram aos casais conhecerem melhor o seu filho e identificarem as estratégias que melhor resultam quando este expressa determinado tipo de choro.

No sentido de promover o desenvolvimento de competências dos pais para lidar com o choro do recém-nascido recorreu-se à técnica dos 5 S's, criada pelo pediatra Harvey Karp e já abordada nas intervenções em grupo de preparação para o parto e parentalidade. Esta técnica envolve cinco passos para acalmar o bebé: embrulhar, posicionar, embalar, fazer um ruído branco e oferecer sucção. Estas etapas criam um ambiente semelhante ao ambiente intrauterino e, na verdade, sempre que colocadas em prática tiveram um efeito instantâneo (Karp, 2014).

Algumas puérperas são submetidas a um elevado grau de ansiedade pela separação do seu filho quando este nasce prematuro ou quando tem alguma indicação que justifique o seu internamento no serviço de neonatologia. Para os profissionais da saúde trata-se de uma situação normal, mas para os pais da criança é algo verdadeiramente angustiante, causando sentimentos como o medo do desconhecido (Silva, 2010; Santos et al,2007). Nestas situações assiste-se a um conflito entre a imagem do filho real e a imaginada, o que poderá ser um fator dificultador à adaptação à parentalidade. Não obstante, o ambiente hospitalar por si só, pode ser um entrave na criação do vínculo afetivo entre a tríade. Os enfermeiros, por serem os profissionais da saúde que mais tempo de contacto têm com os casais assumem um papel fulcral na promoção da ligação entre os pais e o bebé, facilitando a proximidade entre todos os elementos da tríade. Um exemplo de estratégias facilitadoras desta proximidade desenvolvidas foi, juntamente com os casais, a realização do planeamento dos cuidados e negociação do *timing* de execução de determinadas intervenções de enfermagem no serviço

de puerpério, de forma aos pais poderem estar presentes no serviço de neonatologia junto do seu filho, nos horários dos cuidados ao mesmo.

Por fim, a preparação para o regresso a casa compreendeu o reforço de todos os assuntos abordados anteriormente e a promoção do conhecimento sobre temas como: a importância do exercício físico e da alimentação variada e diversificada, consulta de revisão do puerpério (6 semanas após o parto), sinais de alarme associados tanto ao estado físico como ao estado psicológico e emocional, teste de diagnóstico precoce do recém-nascido (a realizar entre o 3.º e o 6.º dia de vida do bebé), a necessidade de agendamento da consulta de saúde infantil ao 1.º mês de vida, indicadores de ingestão nutricional do recém-nascido suficiente, entre outros. Os Boletim de Saúde Infantil e o Boletim de Vacinas foram entregues aos pais e foi explicada a finalidade de cada um deles. A disponibilidade para esclarecer dúvidas foi constantemente demonstrada não só ao longo de todo o internamento da tríade, como também no momento da alta e após a mesma. Os casais foram incentivados a recorrer ao serviço de obstetria, sempre que surgisse alguma dificuldade que necessitasse de ajuda profissional para dar solução.

3.1. Revisão integrativa da literatura

Nos dias de hoje, os enfermeiros deparam-se constantemente com desafios na procura de novos conhecimentos científicos que fundamentem as suas intervenções e, por conseguinte, promovam uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este é um dos objetivos também deste relatório.

Sabe-se que uma prática não baseada na evidência impede-nos de atingir os nossos objetivos e contribui para tomadas de decisão mal informadas, o que é uma das causas pela quais os serviços poderão não funcionar de forma eficiente e eficazes. A partir dos anos 90, através de um trabalho realizado no Canadá, a medicina começou a recorrer à prática baseada na evidência que se foca na tomada de decisão médica. A medicina passou, então, a basear-se em registos de informação sem viés e onde os benefícios para a pessoa são valorizados, em vez de se basear na experiência clínica apenas. Neste sentido, outros grupos profissionais optaram por recorrer à mesma metodologia, incluindo a enfermagem. A Prática Baseada na Evidência (PBE) consiste num método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que envolve uma procura pela melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar (ICN, 2012). A PBE contempla várias etapas como a definição do problema, a pesquisa e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e, ainda, a avaliação dos resultados obtidos (Galvão, Sawada e Mendes, 2003).

De forma a atingir os objetivos previamente delineados e a identificar as intervenções de enfermagem que promovem a autoeficácia da mulher na amamentação no

período pós-parto, foi desenvolvido um trabalho de investigação, nomeadamente uma revisão integrativa da literatura. Optou-se por este método de investigação, na medida em que através deste torna-se possível analisar o conhecimento científico já construído através de estudos anteriores sobre o fenómeno em questão. De acordo com Soares et al. (2014), a revisão integrativa permite reunir os resultados de pesquisas desenvolvidas através de diferentes métodos.

A revisão integrativa revela-se a mais ampla abordagem metodológica de todos os tipos de revisões, possibilitando a seleção tanto de estudos experimentais, como não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno em questão. Não obstante, permite a combinação de dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um variado conjunto de propósitos como a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências e, ainda, a análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Whittemore e Knafl, 2005). De acordo com os mesmos autores, uma revisão integrativa bem elaborada e conseguida apresenta o estado da arte sobre um tema, contribuindo para o desenvolvimento de teorias.

Este método de investigação contempla seis importantes etapas, sendo a primeira e a mais importante de todo o processo, a definição da pergunta de partida ou questão de investigação (É através da pergunta de pesquisa que são determinados os estudos a incluir na revisão, os meios utilizados para a identificação e os dados colhidos de cada estudo selecionado (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004). A segunda etapa consiste na pesquisa nas bases de dados que deve ser ampla e diversificada e, concomitantemente deve ser realizada a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incluir na revisão. A terceira etapa refere-se à colheita de dados dos artigos selecionados que é realizada através de um método previamente estabelecido para garantir que os dados relevantes sejam extraídos na totalidade, minimizando, assim, o risco de erros na transcrição e assegurando a precisão e rigor na validade das informações (Ursi, 2005). Neste sentido, a informação colhida deve compreender a amostra, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões de cada estudo. Na quarta etapa da revisão integrativa da literatura procede-se à avaliação crítica dos estudos selecionados, sendo essencial analisar o nível de evidência de cada artigo. Para classificar os estudos quanto ao nível de evidência recorreu-se à hierarquia proposta por Pompeo, Rossi e Galvão (2009) que se apresenta na tabela seguinte:

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

Tabela 1 - Níveis de evidência segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009).

Posteriormente, a quinta etapa consiste na interpretação dos resultados e contempla a comparação dos dados recolhidos dos artigos com o referencial teórico existente (Whittemore e Knafl, 2005). Nesta fase do processo, o pesquisador tem a oportunidade de fazer sugestões para a prática de enfermagem, bem como discutir condições de impacto político ou prático, contestar resultados relativamente às teorias e proceder a recomendações para futuros investigadores. Por fim, a sexta e última etapa consiste na apresentação da revisão e síntese do conhecimento alcançado, isto é, a discussão dos resultados. Os resultados encontrados através da revisão da literatura contribuem para o aprofundamento do tema em estudo. Nesta etapa, é realizada uma exposição das conclusões provenientes da revisão, assim como possíveis limitações e vies de investigação (Pompeo, Rossi e Galvão (2009).

3.1.1. Problema em estudo

A amamentação constitui uma das maiores áreas de atenção por parte do EESMO, na medida em que diariamente este contacta com casais tendo como principal objetivo o sucesso deste processo. É conhecido que o leite materno consiste num alimento vivo, completo e natural, que se adequa a quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções (Levy e Bértolo, 2012). O aleitamento materno tem diversas vantagens tanto para mãe como para a criança e, ainda, para a sociedade e meio ambiente e, por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade (Levy e Bértolo, 2012). No entanto, e apesar de alguns estudos portugueses apontarem para a alta incidência do aleitamento materno, também se verifica que quase metade das

mães portuguesas desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebê (Levy e Bértolo, 2012).

Segundo Margotti e Epifânio (2014) um dos fatores que influencia o aleitamento materno exclusivo é a autoeficácia materna para amamentar. A autoeficácia da mulher na amamentação consiste na percepção ou expectativa da mulher quanto aos seus conhecimentos e capacidade para amamentar com êxito o seu filho (Bezerra et al, 2012).

De acordo com Bandura (1977), a autoeficácia percebida define-se como julgamento da capacidade que a pessoa tem para atingir um determinado nível de desempenho. A autoeficácia pode influenciar o comportamento individual e, conseqüentemente interferir com os resultados comportamentais. Os indivíduos que acreditam que são capazes de alcançar os resultados desejados, apresentam maior probabilidade de iniciar comportamentos e atingir metas-alvo. Decorrente da Teoria Social Cognitiva, este mesmo autor desenvolveu a Teoria da Autoeficácia, através da qual afirma que o funcionamento humano pode ser explicado por comportamentos recíprocos, fatores cognitivos, outros fatores pessoais e eventos ambientais. As cinco capacidades cognitivas humanas fundamentais incluem: a capacidade de utilizar símbolos, a aprendizagem por meio da observação, a previsão, a autorregulação e a autorreflexão. Pelo uso de símbolos, as pessoas traduzem experiências em modelos cognitivos para guiar suas ações subseqüentes, isto é, toda a aprendizagem pode ocorrer indiretamente, observando o comportamento de outras pessoas e as suas conseqüências. A capacidade de premeditação direciona o comportamento para resultados específicos esperados. Através de funções autorreguladoras, o comportamento humano é motivado e regulado por padrões internos e reações de autoavaliação. A capacidade de autorreflexão permite que às pessoas analisem a sua experiência e pensem sobre seus próprios processos de pensamento (Bandura 1986, cit por Jeng e Braun, 1994).

A autoeficácia percebida, influencia significativamente a escolha de atividades e configurações comportamentais das pessoas, assim como o esforço que é gasto e por quanto tempo estas persistem face aos obstáculos e experiências adversas. Assim, quanto maior a autoeficácia percebida, mais ativos são os esforços de *coping*. Os indivíduos que persistem em atividades subjetivamente ameaçadoras são capazes de erradicar as suas inibições através de experiências corretivas, enquanto que aqueles que evitam o que temem ou que cessam seus esforços de *coping* de forma prematura, tendem a conservar as suas expectativas e o comportamento defensivo (Bandura e Adams, 1977).

Segundo esta teoria, as expectativas de eficácia pessoal baseiam-se em quatro fontes de informação: a realização de desempenho (performance accomplishments), a experiência vicária (vicarious experience), a persuasão verbal (verbal persuasion) e a excitação emocional (emotion arousal). A realização de desempenho significa que os sucessos aumentam as expectativas de domínio, isto é, se as expectativas de eficácia forem devolvidas através do sucesso repetido, então é provável que o impacto negativo de falhas ocasionais seja reduzido. Os fracassos ocasionais que são superados por um determinado

esforço podem fortalecer a persistência e a automotivação se, através da experiência a pessoa descobrir que consegue superar mesmo os obstáculos mais difíceis por meio de um esforço sustentado. A experiência vicária traduz a ideia de que observar outras pessoas a realizar atividades ameaçadoras sem consequências adversas pode originar a criação de expectativas nas pessoas de que elas próprias também conseguirão desempenhar determinada atividade, se intensificarem e persistirem nos seus esforços. A persuasão verbal é uma estratégia fácil de utilizar, que está disponível a todos e tem o poder de influenciar o comportamento humano, na medida em que leva a pessoa a acreditar que é capaz de lidar com o sucesso com aquilo que a sobrecarregou no passado. Por fim, a excitação emocional, segundo Bandura (1978), surge quando o indivíduo enfrenta situações stressantes e desgastantes e que pode ter valor informativo em relação à competência pessoal. A elevada excitação emocional normalmente fragiliza o desempenho, os indivíduos apresentam maior probabilidade de esperar o sucesso quando não são assediados pela excitação adversa, do que quando estão tensos e visceralmente agitados.

Alguns testes empíricos desta teoria confirmam que abordagens distintas de tratamento modificam as expectativas de eficácia pessoal e, quanto mais confiável a fonte de informação de eficácia, maiores são as mudanças na autoeficácia. Deste modo, os tratamentos baseados em realizações de desempenho através do auxílio da modelagem participante produzem expectativas mais altas, mais fortes e mais generalizadas de eficácia pessoal do que apenas as experiências vicárias (Bandura e Adams 1977).

Em contexto clínico, foi notável a influência que a percepção de autoeficácia materna na amamentação tem no sucesso da mesma. É certo que as mulheres começam já a pensar na amamentação desde a gravidez, contudo verifica-se que é no puerpério que estas necessitam do apoio dos profissionais da saúde, quando contactam com esta realidade e com todos os obstáculos que poderão surgir. Daí emerge a necessidade de estudar as intervenções de enfermagem que podem contribuir para a promoção da autoeficácia materna na amamentação e, por esse motivo, este foi o tema escolhido para esta revisão integrativa.

A autoeficácia mais especificamente no domínio da amamentação tem sido estudada e em 1999, Dennis e Faux desenvolveram um instrumento de avaliação que permite medir as expectativas de autoeficácia da mãe relativamente à sua capacidade para amamentar o seu filho, a “Breastfeeding Self-Efficacy Scale” (BSES). Trata-se de uma escala que contempla 33 itens, cada um deles precedido da frase “I can always” (Eu consigo sempre) e todos eles derivaram da literatura empírica sobre eventos que conduzem tanto à interrupção prematuro, como ao sucesso da amamentação (Dennis e Faux, 1999). A resposta aos itens é realizada através da atribuição de uma pontuação de 1 a 5, sendo que 1 significa “nada confiante” e 5 “sempre confiante”. Todos itens são apresentados de forma positiva e as pontuações são somadas para produzir um score com um intervalo de 33 a 165. Quanto mais alto o score, maior é a autoeficácia materna na amamentação.

Mais tarde, em 2010, Dennis publicou a “Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form” (BSES-SF), versão curta da BSES, através da qual reduziu o número de itens de 33 para 14. Tanto a BSES como a BSES-SF têm sido traduzidas e validadas em diferentes países.

3.1.2. Metodologia

Como já foi referido anteriormente, uma vez definido o problema a ser estudado, a primeira etapa de uma revisão integrativa da literatura passa elaboração da pergunta de partida, que deve ser clara, precisa e inequívoca, capaz de identificar os conceitos e a população-alvo a serem estudados. Se a questão for construída de forma incorreta, a investigação é posta em causa e poderá não levar a parte alguma (Fortin, 2009).

A construção da questão de investigação pode ser realizada através da estratégia PICO, que segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007), contempla os conceitos de População, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (Resultados). A População refere-se a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos com uma condição particular ou problema de saúde, já a Intervenção é descrita como o ato de interesse que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada com assuntos económicos. O conceito Comparação pode corresponder a uma intervenção padrão, assim como a uma intervenção mais utilizada ou, ainda, a nenhuma intervenção. Por último, surge o termo “Outcomes” (Resultados) que representa o resultado esperado. Neste sentido, de seguida apresenta-se uma tabela ilustrativa da aplicação da estratégia PICO à temática em estudo no presente trabalho.

População	Intervenção	Comparação	Resultado
Puérperas	Intervenções de enfermagem	N/A	Promover a autoeficácia na amamentação

Tabela 2 - Aplicação da estratégia PICO para formulação da pergunta de partida.

Através da utilização da estratégia PICO, foi possível posteriormente construir a seguinte questão de partida: *“Quais as intervenções de enfermagem, no período pós-parto, que promovem a autoeficácia da mulher na amamentação?”*.

A etapa que sucede à elaboração da questão de investigação é, tal como abordado anteriormente, a pesquisa de evidências que sejam relevantes para o problema em estudo. Primeiramente, foram identificados os termos indexados para proceder a uma pesquisa rigorosa e criteriosa e, para tal, recorreu-se ao MeSHbrowser para encontrar os descritores mais adequados a esta pesquisa que, neste caso foram: “self efficacy”, “breast feeding” e “postpartum period”. Desta forma, foi possível formular a seguinte frase booleana para

tornar exequível toda a pesquisa nas bases de dados: (("self efficacy") OR ("self-efficacy")) AND ((breastfeeding) OR ("breast feeding")) AND ("postpartum period"). Os termos "breastfeeding" e "self-efficacy" foram incluídos na frase de pesquisa, por serem variantes dos descritores MeSH e também são termos indexados, pelo que permitiu encontrar mais evidências referente a esta temática.

As bases de dados utilizadas na presente pesquisa foram: 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; PubMed.

A definição dos critérios de inclusão e exclusão constituem o passo seguinte e, nesta pesquisa, foram incluídos: estudos publicados entre 2006 e 2017; estudos com acesso ao texto integral; estudos disponíveis na língua inglesa, espanhola e portuguesa; estudos cujas participantes são puérperas; e estudos que abordam intervenções no período pós-parto. Relativamente aos critérios de exclusão são aplicados os seguintes: estudos que abordam intervenções desenvolvidas por outros profissionais de saúde que não enfermeiros; estudos cuja amostra é constituída por puérperas com filhos prematuros e/ou com patologia; estudos que abordem intervenções no período pré-natal.

Através da pesquisa realiza no motor de busca EBSCOhost que contempla as bases de dados acima mencionadas, foram obtidos 113 artigos no total. É de salientar que foi executada pesquisa, também, na Cochrane Databases of Systematic Reviews, contudo não foram encontrados estudos sobre a temática em questão. Após a exclusão de 29 artigos duplicados, obtiveram-se 84 artigos. Um dos estudos foi excluído devido ao idioma e outro estudo foi excluído, pois a amostra incluía mães de recém-nascidos prematuros. Destes 82 artigos foram excluídos 52 pelo título e destes foram excluídos 23 estudos pelo resumo. Dos restantes 7 artigos, um foi excluído após leitura integral do texto por não abordar especificamente a autoeficácia materna na amamentação, mas sim a autoeficácia materna em relação ao desempenho do papel parental. Assim, sendo, foram incluídos 6 estudos na presente revisão.

Uma vez realizada a seleção dos estudos a incluir na revisão, estes foram submetidos a um processo de avaliação da qualidade metodológica e nível de evidência científica. Esta classificação foi executada através da proposta apresentada por Galvão (Pompeo et al, 2009). Dos estudos selecionados, 1 encontra-se no nível de evidência I por consistir numa revisão sistemática da literatura com meta-análise que inclui na sua maioria estudos randomizados controlados, 2 estudos foram classificados como nível II por serem ensaios clínicos randomizados controlados, outros 2 como nível III por se tratarem de ensaios clínicos bem delineados, mas sem randomização e, por fim, 1 dos estudos encontra-se no nível VI de evidência por incluir evidências derivadas de um único estudo descritivo. Considerando que se obteve uma avaliação satisfatória em relação à qualidade metodológica e pertinência

científica, todos os estudos foram incluídos na presente revisão integrativa e, posteriormente, submetidos a uma análise que é apresentada na seguinte tabela:

Título/Autor(es)/Ano e local de publicação	Objetivo(s)	Metodologia	Instrumento de medida da autoeficácia	Resultados	Nível de evidência
<p data-bbox="331 454 571 762"><i>“An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding”</i></p> <p data-bbox="315 826 584 1045">Regina Dodt, Emanuella Joventino, Priscilla Aquino, Paulo Almeida, Lorena Ximenes</p> <p data-bbox="376 1109 524 1136">Brasil, 2015</p>	<p data-bbox="611 619 824 1018">Construir, validar e avaliar uma intervenção educacional usando o bloco de cavalete intitulado <i>“I Can Breastfeed my child”</i>.</p>	<p data-bbox="929 339 1191 367">Estudo experimental</p> <p data-bbox="913 384 1207 411">Amostra: 201 puérperas</p> <p data-bbox="846 432 1274 1305">Intervenção: criação do cavalete <i>“I Can Breastfeed my child”</i> que contem 7 ilustrações com um guião cada uma, baseado nos itens da BSES-SF. O cavalete contem 7 ilustrações relacionadas com a amamentação, cada uma delas com um guião associado, tendo por base os itens da BSES-SF. Abordagem de aspetos técnicos (técnica da amamentação, posicionamento adequado do recém-nascido, formas de melhorar o conforto durante a técnica, reconhecimento dos sinais de qualidade da lactação e sucção adequada do RN) e aspetos no domínio mental (desejo de amamentar, motivação para a amamentação, por sua vez que se</p>	<p data-bbox="1339 805 1435 833">BSES-SF</p>	<p data-bbox="1507 643 1892 997">A intervenção forneceu resultados positivos em relação ao aumento da autoeficácia materna na amamentação, que foi relacionada a uma maior adesão e uma maior duração da amamentação aos dois meses pós-parto.</p>	<p data-bbox="1966 805 1995 833">III</p>

		baseou na satisfação relativamente à experiência da amamentação).			
<p><i>“Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial”</i></p> <p>Karimi Aghdas, Khadivzadeh Talat, Bagheri Sepideh</p> <p>Irão, 2013</p>	<p>Avaliar o efeito do contato pele-a-pele imediato entre mãe e recém-nascido na autoeficácia da amamentação da mãe primípara.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado controlado</p> <p>Amostra: 114 primíparas.</p> <p>Intervenção: Os RN foram colocados nus contra a pele das suas mães em decúbito ventral. As cabeças dos bebês foram cobertas com gorros e foram colocados cobertores quentes nas costas. As mães foram incentivadas a manter essa posição durante pelo menos 2 horas. Os cuidados hospitalares de rotina, como a pesagem e a injeção de vitamina K, foram adiados por duas horas.</p>	BSES	<p>O estudo mostrou que o contato pele-a-pele imediato entre mãe e filho melhora a autoeficácia materna na amamentação. Trata-se de um método fácil, económico e não invasivo. A melhoria da autoeficácia da amamentação resultará em amamentação exclusiva e pode prevenir o abandono precoce da amamentação.</p>	II
<p><i>“A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With</i></p>	<p>Testar uma intervenção recentemente desenvolvida de autoeficácia na amamentação.</p>	<p>Estudo randomizado controlado</p> <p>Amostra: 150 primíparas.</p> <p>Intervenção: A intervenção individual foi executada em três sessões no período pós-parto. A 1ª sessão ocorreu dentro de 1 dia após</p>	BSES-SF	<p>Os resultados sugerem que as puérperas do grupo de intervenção apresentaram taxas mais altas de autoeficácia, duração e exclusividade da amamentação às 4 e 8 semanas</p>	II

<p><i>Primiparous Mothers</i></p> <p>Karen A. McQueen, Cindy-Lee Dennis, Robyn Stremmler, and Cameron D. Norman</p> <p>Canadá, 2011</p>		<p>o parto. A 2ª sessão ocorreu 1 dia após a primeira sessão. A amamentação foi observada em uma das duas sessões de intervenção para maximizar a realização da performance. A 3ª sessão da intervenção foi realizada pelo telefone 1 semana após a alta hospitalar. As sessões individuais incluíram avaliação inicial, estratégias de melhoria da autoeficácia (baseadas na Teoria da Autoeficácia de Bandura), e avaliação final.</p>		<p>pós-parto. No entanto, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significativas.</p>	
<p><i>“Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis”</i></p>	<p>Explorar a relação teórica entre a autoeficácia na amamentação e os resultados na amamentação, investigando: (a) se as intervenções para melhorar a</p>	<p>Revisão sistemática da literatura Recorreu-se a 10 bases de dados para estudos que investigaram o efeito de intervenções para mães de recém-nascidos a termo sobre as taxas de amamentação e de autoeficácia na amamentação. Foi utilizada uma meta-análise de variância inversa e efeitos aleatórios.</p>	<p>N/A</p>	<p>As intervenções sugeridas pelo estudo cuja implementação é no período pós-natal, não foram consideradas por não irem ao encontro do objetivo desta revisão integrativa.</p> <p><u>Intervenções implementadas no puerpério para promover a autoeficácia na amamentação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chamadas telefônicas diárias (após a alta e até 2 semanas 	<p>I</p>

<p>Meredith Brockway, Karen Benzies, K. Alix Hayden</p> <p>Canadá, 2017</p>	<p>autoeficácia foram bem-sucedidas; e (b) se as melhorias na autoeficácia na amamentação resultaram em melhores taxas de amamentação.</p>			<p>após o parto); incluem triagem da lactação ou problemas médicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Visita domiciliar após o parto, no prazo de 48 horas após a alta (cuidados à mãe e ao recém-nascido, avaliação inicial, avaliação da amamentação e apoio na amamentação). Visitas clínicas de acompanhamento fornecidas conforme indicado ou conforme desejado pelos participantes. Posteriormente, realizadas visitas de acompanhamento conforme indicação ou desejo das participantes. •Aplicação de lanolina nos mamilos no pós-parto, durante 7 dias após cada mamada. •Dois contactos no internamento (24 e 48 horas após o parto) e um contacto telefónico. Avaliação inicial/estratégias para 	
--	--	--	--	---	--

				<p>aumentar a autoeficácia na amamentação com base em itens de baixa pontuação. Estratégias de melhoria da autoeficácia baseadas em quatro fontes de informação.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Intervenção individual, com três sessões pós-parto (duas pessoalmente e uma por telefone). Intervenções individualizadas baseadas na BSES-SF. Estratégias de melhoria da autoeficácia baseadas em quatro fontes de informação. •Programa de Autocuidado da Amamentação: panfleto e DVD; educação sobre amamentação, posicionamento, pega correta e amamentação em horário livre. Intervenção implementada aos 4-5 dias após o parto. • Cavalete "<i>I Can Breastfeed My Child</i>", desenvolvido com base na teoria da autoeficácia.
--	--	--	--	--

<p><i>“Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period”</i></p> <p>Katja S. Koskinen, Anna L. Aho, Leena Hannula, Marja Kaunonen</p> <p>Finlandia, 2013</p>	<p>Explorar a relação entre práticas de maternidade e a autoeficácia da amamentação.</p>	<p>Estudo transversal descritivo</p> <p>Os dados foram colhidos através de um estudo transversal. O estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa e desenvolvimento longitudinal denominado "Urban parenthood". Os dados foram colhidos através de questionários que foram distribuídos às puérperas no internamento no período pós-parto aquando da alta hospitalar. As mães foram incentivadas a devolver ao hospital os questionários preenchidos dentro de uma semana, pelo correio. O segundo questionário foi enviado seis semanas após o parto para todas as mães que completaram o primeiro questionário.</p>	<p>BSES-SF</p>	<p>O início precoce e bem-sucedido da amamentação, o alojamento conjunto e a amamentação exclusiva durante o período de internamento foram associados a uma maior autoeficácia materna na amamentação em mulheres primíparas e múltiparas. Experiências de amamentação durante o período pós-parto imediato têm uma associação com a autoeficácia da amamentação. As mães que não são capazes de iniciar a amamentação dentro de uma hora após o nascimento ou cujos bebés são suplementados com leite adaptado durante o internamento podem beneficiar de apoio adicional e aconselhamento sobre amamentação.</p>	<p>VI</p>
<p><i>“The effects of a breastfeeding self-</i></p>	<p>Avaliar os efeitos de uma</p>	<p>Estudo experimental Amostra: 74 primíparas.</p>	<p>BSES-SF</p>	<p>As participantes do grupo de intervenção mostraram</p>	<p>III</p>

<p><i>efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China”</i></p> <p>Di Shi Wu, Jie Hu, Thomas P. McCoy, Jimmy T. Efid</p> <p>China, 2014</p>	<p>intervenção sobre autoeficácia na amamentação de mulheres primíparas, duração da amamentação e exclusividade às 4 e 8 semanas pós-parto.</p>	<p>Intervenção: A intervenção individual foi executada em três sessões no período pós-parto. A 1ª sessão ocorreu dentro de 1 dia após o parto. A 2ª sessão ocorreu 1 dia após a primeira sessão. A amamentação foi observada em uma das duas sessões de intervenção para maximizar a realização da performance. A 3ª sessão da intervenção foi realizada pelo telefone 1 semana após a alta hospitalar. As sessões individuais incluíram avaliação inicial, estratégias de melhoria da autoeficácia (baseadas na Teoria da Autoeficácia de Bandura), e avaliação final.</p>		<p>aumentos significativamente maiores na autoeficácia, exclusividade e duração da amamentação comparativamente às participantes do grupo controlo, às 4 e 8 semanas pós-parto. Esta investigação sugere que as intervenções destinadas a aumentar a autoeficácia têm um impacto significativo na autoeficácia materna na amamentação e nos desfechos a curto prazo.</p>	
--	---	--	--	--	--

Tabela 3 - Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.

3.1.3. Discussão dos resultados

Uma vez realizada a análise dos artigos incluídos nesta revisão, é possível constatar que as práticas de enfermagem, sobretudo do EESMO, podem fazer a diferença na promoção da autoeficácia materna na amamentação. O contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento constitui uma dessas práticas, que é fácil e acessível a todos. Aghdas e colaboradores (2014), através do seu ensaio controlado randomizado concluíram que esta é uma prática que contribui para a melhoria da autoeficácia materna na amamentação, na medida em que as puérperas que apresentaram scores mais elevados na BSES foram as que integravam o grupo de intervenção, ou seja, aquelas que tiveram a oportunidade de realizar contacto pele-a-pele com os seus filhos após o nascimento.

No mesmo ano, foi realizado um outro estudo, mas de carácter descritivo que concluiu que práticas como o alojamento conjunto, a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e a amamentação exclusiva são, também, práticas que devem ser implementadas nos cuidados no período pós-parto, pois promovem a autoeficácia da mulher para amamentar (Koskinen et al, 2014). Estes autores constataram, ainda, que as mulheres que não iniciam a amamentação dentro de uma hora após o parto ou cujos recém-nascidos são suplementados com leite artificial ao longo do internamento podem beneficiar de maior apoio e aconselhamento no âmbito da amamentação.

Dos 5 artigos incluídos nesta revisão, 2 estudaram a eficácia da mesma intervenção de autoeficácia na amamentação, mas em países diferentes e em anos diferentes. A intervenção contempla 3 sessões, sendo que a primeira decorre dentro de 24 horas após o parto, a segunda tem lugar dentro de 24 horas após a primeira sessão e a terceira ocorre via telefone dentro de 1 semana após a alta hospitalar. A observação da técnica da amamentação é realizada nos dois primeiros contactos, de forma a otimizar o desempenho das puérperas neste domínio. As 3 sessões incluem uma avaliação inicial, abordagem a estratégias para aumentar a autoeficácia da amamentação e uma avaliação final. Através da avaliação inicial o profissional fica a conhecer as metas da mãe na amamentação, a sua percepção de autoeficácia para amamentar o seu filho (com recurso à BSES-SF), os itens de baixa e alta pontuação na BSES-SF, percepções relacionadas com cada item, estado geral fisiológico e afetivo, incluindo a fadiga, dor e sintomas de depressão ou ansiedade. As estratégias de melhoria da autoeficácia foram implementadas com base na avaliação inicial. As estratégias foram desenvolvidas a partir das quatro fontes de informação observadas na teoria da autoeficácia (realização de desempenho, experiência vicária, persuasão verbal e estados fisiológicos e emocionais). A avaliação minuciosa foi realizada para garantir que a intervenção fosse adaptada para atender às necessidades da puérpera. Em 2011, McQueen e colaboradores, através do seu ensaio controlado randomizado chegaram à conclusão que esta intervenção não produziu diferenças significativas entre os grupos de controlo e de intervenção no score da BSES-SF às 4 a 8 semanas pós-parto, contudo as mulheres do grupo

de intervenção apresentaram scores mais elevados na BSES-SF comparativamente às mulheres do grupo de controlo, pelo que, desta forma, os autores constataram que esta é uma intervenção viável e aceitável. Por outro lado, o estudo de Wu et al (2014) realizado numa amostra de mulheres chinesas demonstrou que esta mesma intervenção teve um impacto significativo na promoção da autoeficácia materna na amamentação, visto que as puérperas do grupo de intervenção apresentaram scores de BSES-SF mais elevados do que as participantes do grupo de controlo. Estes investigadores sugerem que para além do importante acompanhamento profissional dos enfermeiros durante o internamento às puérperas que amamentam, deve ser ponderada, também, a realização de visitas domiciliárias no período pós-parto, a fim de ajudar as mulheres a solucionar problemas relacionados com a amamentação e promover o sucesso do aleitamento materno.

O apoio domiciliário neste domínio foi abordado por Laliberte et al. (2016, cit por Brockway et al., 2017) que estudou o efeito da visita domiciliária no pós-parto, no prazo de 48 horas após a alta, a qual inclui os cuidados à mãe e ao recém-nascido, avaliação inicial, avaliação da amamentação e o apoio na amamentação. As visitas foram fornecidas conforme indicação profissional ou desejo das participantes e, posteriormente, foram realizadas visitas de acompanhamento. No entanto, os autores concluíram que a intervenção não produziu diferenças significativas na autoeficácia materna para amamentar.

As chamadas telefónicas diárias após a alta até duas semanas após o parto para rastrear problemas relacionados com a lactação ou problemas médicos, sugeridas por Bunik e colaboradores (2010, cit por Brockway et al., 2017), podem também não ter um impacto significativo na promoção da autoeficácia materna na amamentação, na medida em que no estudo que realizaram não encontraram diferenças importantes na autoeficácia entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção. Uma outra intervenção que consistia na aplicação de lanolina nos mamilos no pós-parto, durante 7 dias após cada mamada foi, também, estudada por Jackson e Dennis em 2016, num artigo incluído na revisão sistemática anteriormente referida. Contudo, não produziu efeitos significativos sobre a autoeficácia na amamentação.

Um exemplo interessante de uma intervenção de enfermagem possível de ser implementada no período pós-parto é interação com as puérperas através de um cavalete, criada e estudada por Dodt et al (2015). Esta intervenção consistiu em reunir individualmente com cada puérpera e durante um tempo médio de 20 minutos utilizar um cavalete intitulado “I Can Breastfeed my Child” (Eu consigo amamentar o meu filho). O cavalete continha 7 ilustrações relacionadas com a amamentação, cada uma delas com um guião associado, tendo por base os itens da BSES-SF. Assim, o profissional tem oportunidade de abordar aspetos técnicos como é exemplo a técnica da amamentação, o posicionamento adequado do recém-nascido, formas de melhorar o conforto durante a técnica, reconhecimento dos sinais de qualidade da lactação e sucção adequada do RN e, ainda, aspetos no domínio mental, como o desejo de amamentar, a motivação para a amamentação, por sua vez que se baseou na satisfação relativamente à experiência da

amamentação. No final deste estudo, os investigadores concluíram que esta intervenção de carácter educacional forneceu resultados positivos relativamente ao aumento da autoeficácia materna na amamentação.

Numa revisão sistemática da literatura, Brockway e colaboradores (2017), incluíram um estudo de Awano e Shimada (2010), que testou a eficácia de um programa de intervenção na autoeficácia materna para amamentar (Programa de Autocuidado da Amamentação), a ser implementado 4 a 5 dias após o parto. Este programa consiste numa intervenção educativa através de um panfleto e um DVD, que aborda a amamentação, posicionamento, pega correta e amamentação em livre demanda. No final do estudo, concluíram que se trata de uma intervenção com forte impacto na autoeficácia materna na amamentação, pois as puérperas do grupo de intervenção obtiveram scores na BSES-SF mais elevados do que as puérperas do grupo de controlo. Brockway e colaboradores (2017), concluíram na sua revisão sistemática que comparativamente às intervenções que usam o suporte/aconselhamento, as intervenções que utilizaram a educação foram mais eficazes na promoção da autoeficácia materna na amamentação no 1.º mês após o parto. Contudo, este fenómeno não traduziu significou melhores taxas de amamentação.



Figura 3 - Intervenções que promovem a autoeficácia materna na amamentação, no período pós-parto.

3.1.4. Considerações finais

Em modo de conclusão, é possível constatar que existem práticas de enfermagem de fácil implementação e que estão ao alcance de todos os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, como é o caso do contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento, a amamentação na primeira hora de vida, a amamentação exclusiva e o alojamento conjunto. No entanto, as duas primeiras estratégias são desvalorizadas nos casos de partos distócicos por cesariana devido à organização/funcionamento dos serviços e condição clínica da puérpera. Por esse motivo, deve haver um esforço adicional por parte

das equipas de enfermagem por promover estas práticas que sabemos agora através da evidência científica, têm um impacto significativo na promoção da autoeficácia materna na amamentação.

Relativamente às intervenções de carácter educativo, podemos concluir que estas contribuem para o aumento da autoeficácia percebida pelas mulheres que amamentam, o que pode conduzir a uma maior duração do aleitamento materno que, como vimos anteriormente, tem inúmeros benefícios quer para a mãe, quer para a criança.

Embora não tenham sido encontrados estudos que evidenciem a importância do apoio domiciliário e o apoio telefónico após a alta hospitalar nesta revisão integrativa, penso que deve ser realizada mais investigação nesta área, na medida em que este tipo de intervenção poderá garantir o apoio percebido por parte da puérpera, assim como um melhor acompanhamento e, conseqüentemente, uma maior percepção de autoeficácia para amamentar.

Por último, importa referir que tanto a BSES como a BSES-SF foram importantes instrumentos de avaliação da autoeficácia materna na amamentação. A tradução e validação da escala para a população portuguesa seria útil para ajudar o EESMO na identificação das mulheres em risco de abandonarem a amamentação de forma prematura, avaliar comportamentos inerentes à amamentação, testar a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas e criação de programas de intervenção.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O estágio de natureza profissional cria uma oportunidade única para cada estudante desenvolver as competências específicas do EESMO, tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica publicado pela Ordem dos Enfermeiros (2010). A prática supervisionada por uma profissional experiente, a procura constante pela melhor evidência científica e a reflexão crítica acerca de aspetos decorrentes da prática clínica constituíram ferramentas essenciais para todo o processo de aprendizagem, tanto a nível pessoal como profissional e académico.

A instituição na qual decorreu o estágio fez toda a diferença na forma como se conseguiu atingir os meus objetivos e desenvolver todas as competências esperadas. Foi, de facto, enriquecedor estagiar no Serviço de Obstetrícia do CHPVVC, na medida em que se teve a oportunidade de utilizar estratégias que em muitos outros locais não seria possível, como foi o caso das medidas não farmacológicas de alívio da dor no TP e a possibilidade de a mulher escolher a posição a adotar no período expulsivo.

A comunicação com o casal foi um dos aspetos mais valorizados ao longo do estágio. Durante a interação com os casais conseguiu-se perceber que se foi capaz de criar uma relação de confiança que os deixou mais tranquilos e confiantes face a esta nova etapa das suas vidas. Não obstante, considera-se que quer enquanto estudantes, quer enquanto enfermeiros, deve-se ter uma postura calma, mas ao mesmo tempo atenta e curiosa, de querer saber mais e aprender com as todas as críticas construtivas que recebemos sempre com o objetivo de prestar cuidados de excelência a quem deposita toda a sua confiança em nós e merece o melhor, os casais e os seus filhos.

A qualidade dos cuidados prestados é garantida quando as práticas se baseiam em evidência científica. Assim, a componente da investigação, que neste caso se reportou a uma revisão integrativa da literatura no domínio da autoeficácia na amamentação, deu um importante contributo quer para a forma como se planeou e concebeu os cuidados aos casais, quer para a aquisição de conhecimento acerca do tema e possíveis sugestões para a prática.

A Lei n.º 9/2009, de 4 de março, alterada pela Lei nº 26/2017 de 30 de maio, define que os critérios para o reconhecimento do título de EESMO são os seguintes: acompanhamento de pelo menos 100 grávidas e respetivos exames pré-natais; vigilância e cuidados a pelo menos 40 parturientes; execução de pelo menos 40 partos, sendo que na impossibilidade de concretização deste número por falta de parturientes, o estudante poderá realizar no mínimo em 30 partos, na condição de participar em 20 partos assistidos;

participação ativa num parto de pélvico real ou na sua impossibilidade, no parto simulado em contexto formativo; prática de episiotomia e sutura; vigilância e cuidados a 40 grávidas de risco; vigilância e cuidados (incluindo exame) de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais; observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais (exemplo: prematuros, recém-nascidos leves para a idade gestacional, recém-nascidos com patologias); cuidados a mulheres que apresentem patologias do foro ginecológico/obstétrico. Neste sentido, foi construída uma tabela que ilustra as experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.

Consultas de grávidas e exames pré-natais	Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática de sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
	R	SR	R	SR	E	SE	Parto pélvico simulado	Cefálicos		R	SR	R	SR
173	68	105	14	26	2	38	1	9	34	36	76	22	90
	173				40		10			112		112	

Tabela 4 - Experiências vivenciadas no contexto do estágio profissionalizante (R - Risco; SR - Sem Risco; E - com Episiotomia; SE - Sem Episiotomia).

CONCLUSÃO

Por fim, é possível concluir que este documento é um espelho do meu percurso enquanto estudante do MESMO. É um documento rico, tanto ao nível da reflexão das experiências vividas ao longo do processo de aprendizagem em contexto clínico, como na procura das melhores evidências para sustentar as práticas. Este relatório criou o espaço ideal para analisar e refletir sobre a prática clínica e proporcionou o confronto entre o que normalmente é feito nas instituições e o que a evidência científica sugere.

Como foi possível verificar através da leitura deste relatório, a gravidez, o trabalho de parto e parto e o puerpério foram as áreas que mereceram maior atenção e que fazem parte de uma das mais importantes transições que as pessoas vivenciam nas suas vidas, a transição para a parentalidade. Gerar e criar um ser humano é, nos dias de hoje, uma tarefa cada vez mais exigente e, é por esse motivo que o EESMO assume um papel preponderante na promoção da adaptação a estes novos papéis.

A prática baseada na evidência assumiu particular destaque neste trabalho, com o intuito de melhorar cada vez mais, tanto a qualidade dos cuidados prestados, como a análise crítico-reflexiva acerca das práticas em contexto clínico. O pensamento crítico constitui uma importante ferramenta do processo de tomada de decisão e, por essa razão deve acompanhar, em todos os momentos, a prática dos enfermeiros.

Posto isto e, tendo em conta os objetivos delineados inicialmente, é possível afirmar que foram todos eles alcançados com sucesso, contudo a vontade por querer saber mais e ir mais além deve continuar futuramente, com a finalidade de alcançar a excelência nos cuidados de enfermagem prestados aos casais/famílias.

Finalizado este trabalho, surge uma sensação de concretização tanto pessoal, como profissional e académica e uma vontade insaciável de prestar cuidados de excelência nesta área tão apaixonante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDEN, K. Maternal Physiologic Changes. In: PERRY, Shannon [et al]. *Maternal Child Nursing Care*. 5ª Edição. Canadá: Elsevier, 2014. Capítulo 18.

AGHDAS, K., TALAT, K. e SEPIDEH, B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth* [Em linha], 2014, vol. 27, nº 1, pp. 37-40. [consult. 2018-08-17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216342>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee Opinion nº 267 - Exercise during pregnancy and postpartum period. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2002, vol. 99, nº 1, pp. 171-173. [consult. 2016-05-17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11777528>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (ACOG). Committee opinion nº 462: Moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2010, vol. 116, nº 2, pp. 467-468. [consult. 2016-08-21]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Moderate-Caffeine-Consumption-During-Pregnancy>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (ACOG). Committee opinion nº 570: Breastfeeding in Underserved Women: Increasing initiation and Continuation of Breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2013, vol. 122, nº2, pp. 423-428. [consult. 2018-01-12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23969829>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2013, vol. 122, nº 2, pp. 406-416. [consult. 2016-09-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23969827>.

ARAÚJO, N. [et al]. Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista Escola Enfermagem USP* [Em linha], 2012, vol. 46, nº 3, pp. 552-558. [consult. 2017-03-15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/04.pdf>.

ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* [Em linha], 1993, vol. 342, nº 8886-8887, pp. 1517-1518.

[consult. 2018-02-20]. Disponível em:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)800856/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)800856/abstract).

ARNOLD-ALDEA, A. e PARER, J. Fetal cardiovascular physiology. In: EDEN, R. e BOEHM, F. *Assessment and Care of the Fetus: physiological, clinical and medical legal principles*. New York: Prentice-Hall, 1989, pp. 29-42.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS. *Pescar Saúde*. [Em linha]. 2016. [consult. 2016-09-18]. Disponível em: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/E-book_pescado_Final_High.pdf.

ATAÍDE, M. [et al]. Exame Obstétrico Realizado pela Enfermeira: da Teoria à Prática. *Enferm. Foco* [Em linha], 2016, vol. 7, nº 2, pp. 67-71. [consult. 2016-04-17]. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/798/323>.

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

AYRES-DE-CAMPOS D. e BERNARDES, J. Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: Time for a simplified approach? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Em linha], 2010, vol. 110, nº 1, pp. 1-6. [consult. 2017-05-04]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434156>.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* [Em linha], 1977, vol. 84, nº 2, pp. 191-215. [consult. 2018-05-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy* [Em linha], 1978, vol. 1, nº 4, pp. 139-161. [consult. 2018-05-19]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0146640278900024>.

BANDURA, A. e ADAMS, N. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research* [Em linha], 1977, vol. 1, nº 4, pp. 287-310. [consult. 2018-05-20]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01663995>.

BASILE, A. *Riscos e benefícios maternos e neonatais das posições lateral-esquerda e vertical semi-sentada no parto* [Em linha] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2005. Tese de Doutorado. [consult. 2016-01-30]. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/20873>.

BESSINGER C. e MCMURRAY R. Substrate utilization and hormonal responses to exercise in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* [Em linha], 2003, vol. 46, nº 2, pp. 467-478. [consult. 2016-10-13]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12808396>.

BENUTE, G. [et al]. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras* [Em linha], 2009, vol. 55, nº 3, pp. 322-327. [consult. 2017-12-20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>.

BERGOLD, L. e ALVIM, N. Influência dos encontros musicais no processo terapêutico de sistemas familiares na quimioterapia. *Texto & Contexto Enferm* [Em linha], 2011, vol. 20, pp. 108-116. [consult. 2018-03-21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000500014&script=sci_abstract&tlng=pt.

BEZERRA, V. [et al]. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Revista Paulista de Pediatria* [Em linha], 2012, vol. 30, nº2, pp. 173-179. [consult. 2018-09-13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/04.pdf>.

BITTENCOURT, S. [et al]. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saúde Pública* [Em linha], 2014, vol. 30, pp. S208-S219. [consult. 2017-11-11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>.

BLOOM, A. [et al]. A randomised trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2005, vol. 194, nº 1, pp. 10-13. [consult. 2018-03-14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16389004>.

BLUMER I., [et al]. Diabetes and pregnancy: an endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* [Em linha], 2013, vol. 98, nº 11, pp. 4227-4249. [consult. 2016-07-11]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24194617>.

BOCCOLINI, C. [et al]. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)* [Em linha], 2013, vol. 89, nº 2, pp. 131-136. [consult. 2018-06-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642422>.

BRAZELTON, T; SPARROW, D. *O método Brazelton: A criança e o choro*. 5ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, 2011.

BRICKER L. e LUCKAS, M. Amniotomy alone for induction of Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha], 2000, vol. 4. [consult. 2016-07-09]. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD002862/PREG_amniotomy-alone-for-induction-of-labour.

BROCKWAY, M., BENZIES, K. E HAYDEN, K. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact* [Em linha], 2017, vol. 33, nº 3, pp. 486-499. [consult. 2018-08-19]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28644764>.

BROWN, D. Spinal, Epidural and Caudal Anesthesia. In: MILLER, R. *Anesthesia*. 5ª Edição. Filadélfia: Churchill Livingstone, 2000. Pp. 1491-1516.

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

BUSANELLO, J. [et al] Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha], 2011, vol. 64, nº 5, pp. 824-832. [consult. 2017-10-10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>.

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

CARDOSO, A. *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo sobre a Avaliação das Competências Parentais*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2011. Teste de Doutoramento.

CARROLI, G. e MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha], 2009, vol. 1, nº CD000081. [consult. 2018-02-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160176>.

CAVELAARS, A. [et al]. Prioritizing micronutrientes for the purpose of reviewing their requirements: a protocol developed by EURRECA. *European Journal of Clinical Nutrition* [Em linha], 2010, vol. 64, pp. S19-S30. [consult. 2016-04-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20517316>.

CENTENO, M. Puerpério e lactação. In: GRAÇA, Luís M. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010. Capítulo 34.

CLAPP, J. [et al]. Beginning regular exercise in early pregnancy: Effect on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha], 2000, vol. 183, n° 6, pp. 1484-1488. [consult. 2016-09-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11120515>.

COLACIOPPO, P. [et al]. Planned homebirth: maternal and neonatal outcomes. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha], 2010, III Série, n° 2, pp. 81-90. [consult. 2017-12-10]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000400009&script=sci_arttext&tlng=en.

COOK, A. [et al]. Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study. *BMJ* [Em linha], 2000, vol. 321, n° 7254, pp. 142-147. [consult. 2016-05-05]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27431/>.

COOKE, A. When will we change practice and stop directing pushing in labour? *British Journal of Midwifery* [Em linha], 2010, vol. 18, n° 2, pp. 77-81. [consult. 2018-02-20]. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>.

COPPOLA, M. e TURNES, C. Probióticos e resposta imune. *Ciência Rural* [Em linha], 2004, vol. 34, n° 4, pp. 1297-1303. [consult. 2016-03-20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cr/v34n4/a56v34n4.pdf>.

COUSTAN, D. Gestational diabetes mellitus: glycemic control and maternal prognosis. [Em linha] 2016. [consult. 2016-08-21]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-glycemic-control-and-maternal-prognosis>.

CRÉE, C. Safety guidelines for exercise during pregnancy. *Lancet* [Em linha], 1998, vol. 351, n° 20, pp. 1889-1890. [consult. 2016-08-30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9652699>.

CRUZ, M. Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica* [Em linha], 1990, vol. 4, n° 8, pp. 367-370. [consult. 2016-08-19]. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2904/1/1990_4_367.pdf.

CRUZ, D., SUMAM, N. e SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista Es Enferm USP* [Em linha], 2007, vol. 41, n° 4, pp. 690-697. [consult. 2018-08-15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>.

CUNHA, A. Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Feminina* [Em linha], 2010, vol. 38, nº9, pp. 469-480. [consult. 2017-05-24]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>.

CUNNINGHAM, G. [et al]. Hypertensive disorders in pregnancy. In: WILLIAMS, J. *Williams Obstetrics*. Houston: 2001, pp. 567-617.

CUNNINGHAM, G. [et al]. *Obstetrícia de Williams*. São Paulo: ARTMED, 2012.

CURRY, M. Maternal behavior of hospitalized pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* [Em linha], 1987, vol. 7, pp. 165-182. [consult. 2018-03-18]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674828709040277>.

DAVIM, R., TORRES, G. e MELO, E. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: Pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha], 2007, vol. 15, nº 6, pp. 1-7. [consult. 2017-11-09]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421879015>.

DECRETO-LEI nº 16/2009. D.R. I Série. Nº 44 (2009-03-04), pp. 1465-1536.

DE JONGE, A., TEUNISSEN, T. e LAGRO-JANSSEN, A. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2004, vol. 25, nº 1, pp. 35-42. [consult. 2017-06-28]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15376403>.

DENNIS, C. e FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health* [Em linha], 1999, vol. 22, nº 5, pp. 399-409. [consult. 2018-09-21]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10520192>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Alimentação e Nutrição na gravidez*. [Em linha]. Lisboa, 2015. [consult. 2016-03-19]. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco. Norma nº 037/2011*. [Em linha]. Lisboa, 2013. [consult. 2016-02-16]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *lodo - Importância para a Saúde e o Papel da Alimentação*. [Em linha]. Lisboa, 2014. [consult. 2016-04-27]. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899433lodo_Importanciaparaasaudeeopapeldaalimentação.pdf.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Indução do Trabalho de Parto. Circular normativa nº002/2015*. [Em linha]. Lisboa, 2015. [consult. 2017-10-25]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/...da...e-circulares.../orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. [Em linha]. Lisboa, 2015. [consult. 2016-02-17]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. [Em linha]. Lisboa, 2008. [consult. 2017-07-27]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/planeamento-familiar--contracepcao/contracepcao-no-pos-parto-.aspx>.

DODT, R. [et al]. An experimental study of an educational intervention to promote maternal self-efficacy in breastfeeding. *Rev Lat Am Enfermagem* [Em linha], 2015, vol. 23, nº 4, pp. 725-732. [consult. 2018-08-15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26444176>.

DOTTO, L., MOULIN, N. e MAMEDE, M. Assistência pré-natal: Dificuldades Vivenciadas pelas Enfermeiras. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [Em linha], 2006, vol. 14, nº 5, pp. 1-8. [consult. 2016-09-15]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a07.pdf.

FARAH, L. [et al]. Randomized trial of two doses of the prostaglandin E1 analog misoprostol for labor induction. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha], 1997, vol. 177, pp. 364-371. [consult. 2017-10-12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9290452>.

FENWICK, J. [et al]. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Em linha], 2015, vol. 15, nº 284. [consult. 2017-05-2017]. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0721-y>.

FIGUEIREDO, B., COSTA, R. E PACHECO, A. - Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica* [Em linha], 2002, vol. 20, nº 2, pp. 203-217.

[consult. 2018-01-28]. Disponível em:
<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/306/pdf>.

FORTIN, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Iniciativa Hospital Amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3 - promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GALLO, R. [et al]. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Feminina* [Em linha], 2011, vol. 39, nº 1, pp. 41-48. [consult. 2018-02-10]. Disponível em:
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>.

GALVÃO, C., SAWADA, N. e MENDES, I. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha], 2003, vol. 37, nº 4, pp. 43-50. [consult. 2018-04-19]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>.

GALVÃO C., SAWADA N., e TREVIZAN M. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Em linha], 2004, vol. 12, nº3, pp. 549-556. [consult. 2018-09-24]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>.

GAYESKI, M. e BRÜGGEMANN, O. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*, [Em linha], 2010, vol. 19, nº 4, pp. 774-782. [consult. 2018-02-03]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>.

GREEN, J., COUPLAND, V. e KITZINGER, J. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth* [Em linha], 1990, vol. 17, pp. 15-24. [consult. 2017-10-15]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2346576>.

GRIEGER, J. e CLIFTON, V. A Review of the Impact of Dietary Intakes in Human Pregnancy on Infant Birthweight. *Nutrients* [Em linha], 2015, vol. 7, nº 1. [consult. 2016-02-25]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4303831/>.

HAGGARTY, P. Meeting the fetal requirement for polyunsaturated fatty acids in pregnancy. *Lippincott Williams & Wilkins* [Em linha], 2014, vol. 17, nº 2, pp. 151-155. [consult. 2017-01-04]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24468708>.

HALLDORSOTTIR, S. e KARLSDOTTIR, S. Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery* [Em linha], 1996, vol. 12, pp. 48-61. [consult. 2017-11-30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8718109>.

HARDIN, A., e BUCKNER, E. Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education* [Em linha], 2004, vol. 13, nº4, pp. 10-16. [consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595217/>.

HARMAN, J. e KIM, A. Current Trends in Cervical Ripening and Labor Induction. *Am Fam Physician* [Em linha], 1999, vol. 60, nº2, pp. 477-484. [consult. 2018-01-05]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10465223>.

HUTH-BOCKS, A. [et al]. The Impact of Maternal Characteristics and Contextual Variables on Infant-Mother Attachment. *Child Development* [Em linha], 2004, vol. 75, nº 2, pp. 480-496. [consult. 2018-08-31]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056201>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem versão 2017*.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [consult. 2018-07-05]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf;

JANDÉR, C. e LYRENÄS, S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Em linha], 2001, vol. 80, nº 3, pp. 229-234. [consult. 2018-02-15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11207488>.

JENG, C. e BRAUN, L. Bandura's Self-Efficacy Theory: a Guide for Cardiac Rehabilitation Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing* [Em linha], 1994, vol. 12, nº 4, pp. 425-436. [consult. 2018-09-24]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7722281>.

JONSSON, M. Induction of twin pregnancy and the risk of caesarean delivery: a cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Em linha], 2015, vol. 15, nº 136, pp. 1-7. [consult. 2016-05-17]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ad5f43e3-f2f4-4df6-9482-6cecad74fb69%40sessionmgr102>.

KARDEL K. e KASE, T. Training in pregnant women- Effects on fetal development and birth. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha], 1998, vol. 178, nº 2, pp. 280-286. [consult. 2016-11-09]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9500487>.

KARP, H. *O bebé mais feliz do mundo*. 1ª Edição. Lisboa: Livros d'hoje. 2014.

KLABBERS, G. [et al]. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2017. [consult. 2018-03-20]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2017.1398230>.

KLABBERS, G. [et al]. Severe fear of childbirth: its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics* [Em linha], 2016, vol. 25, nº 1, pp. 107-127. [consult. 2017-10-03]. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/156335>.

KLAUS, M., KENNEL, J. e KLAUS, P. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KLEBANOFF, M., NUGENT, R. e RHOADS, G. Coitus during pregnancy: is it safe? *Lancet* [Em linha], 1984, vol. 2, nº 8408, pp. 914-917. [consult. 2017-04-04]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6148629>.

KOCH, M. *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. [Em linha]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de Doutoramento em Enfermagem. [Consult. 2017-02-25]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18293>.

KOSKINEN, K. [et al]. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery*

[Em linha], 2014, vol. 30, n° 4, pp. 464-70. [consult. 2018-08-14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23768951>.

KRISTINA J. e BERG, O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN American Journal Matern Child Nurs* [Em linha], 2011, vol. 36, n°5, pp. 318-324. [consult. 2018-09-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743355>.

KURKI, T. [et al]. Depression and anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2000, vol. 95, n° 4, pp. 487-490. [consult. 2017-09-08]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10725477>.

LAVENDER T., TSEKIRI, E. e BAKER, L. Recording labour: a national survey of partogram use. *British Journal of Midwifery* [Em linha], 2008, vol. 16, n°6, pp. 359-362. [consult. 2017-07-12]. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjom.2008.16.6.29593>.

LEAL, I. *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.

LEAL, M. [et al]. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública* [Em linha], 2004, vol. 20, n° 1, pp. S20-S33. [consult. 2018-06-07]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/03.pdf>.

LEEMAN, L. [et al]. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician* [Em linha], 2003, vol. 68, n° 6, pp. 1109-1112. [consult. 2017-12-01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14524397>.

LEVY, L. e BÉRTOLO, H. Manual de Aleitamento Materno. [Em linha]. Comité Português para a UNICEF, 2012. [consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>;

LI, M., WANG, M. e DONOVAN, S. Early Development of the Gut Microbiome and Immune-Mediated Childhood Disorders. *Seminars in Reproductive Medicine* [Em linha], 2014, vol. 32, n° 1, pp. 74-86. [consult. 2017-10-13]. Disponível em: [https://www.w.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24390924](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24390924).

LONNERDAL, B. Bioactive proteins in human milk-potential benefits for preterm infants. *Clin Perinatol*. [Em linha], 2017, vol. 44, n° 1, pp.179-191. [consult. 2018-06-30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159205>.

LOPES, J. *Luto na Gravidez: Contributo para uma Compreensão do Luto na Gravidez Subsequente à Morte de um Filho*. Coimbra, 1996.

LOPUKHOVA, O. e KASHSHAPOVA, E. Fear of childbirth in pregnant women: External and internal factors. *Clinical psychology* [Em linha], 2015, Vol. 8, n° 4. [consult. 2017-12-09]. Disponível em: <http://psychologyinrussia.com/volumes/index.php?article=4212>.

LOWDERMILK, D. e PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*. 6ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008.

LOWE, N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha], 2002, vol. 186, n°5, pp. 16-24. [consult. 2016-12-13]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011870>.

MACHADO, M. Assistência pré-natal. In GRAÇA, L. *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010. Capítulo 17.

MACLEAN, L., MCDERMOTT, M. e MAY, C. Method of delivery and subjective distress: Women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Em linha], 2000, vol. 18, n°2, pp. 153-162. [consult. 2017-06-05]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830050008396>.

MAMEDE, F. [et al] A dor durante o trabalho de parto - o efeito da deambulação. *Revista Latino-am. Enfermagem* [Em linha], 2007, vol. 15, n° 6, pp. 1-6. [consult. 2017-08-05]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_15.pdf.

MARGOTTI, E. e EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a escala de autoeficácia na amamentação. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste* [Em linha], 2014, vol. 15, n°5, pp. 771-779. [consult. 2018-05-20]. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11314/1/2014_art_emargotti.pdf.

MARTINS, C., ABREU, W. e BARBIERI, M. Transição para a Parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. In *Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, vol. 2, 2017. Salamanca: Investigação Qualitativa em Saúde. Pp. 40-49.

MARTINS, E., MARQUES, M. E TOMÉ, J. - Analgesia Epidural Obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* [Em linha], 2002, vol. 18, n° 3, pp. 163-168. [consult. 2017-07-30]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878/9616>.

MATIAS, A., TIAGO, P. e MONTENEGRO, N. - Cálculo da Idade Gestacional: Métodos e Problemas. *Acta Médica Portuguesa* [Em linha], 2002, vol. 15, pp. 17-21. [consult. 2016-05-11]. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1912/1480>.

MCQUEEN, K. [et al.]. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Em linha], 201, vol. 40, nº 1, pp.35-46. [consult. 2018-08-16]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21244493>.

MELEIS, Afaf I. [et al.]. Experiencing transitions: an emerging middle- range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. [Em linha], 2000, vol. 23, nº 1, pp. 12-28. [consult. 2016-11-05]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.

MELEIS, A. *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELENDER, H. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* [Em linha], 2002, vol. 29, nº2, pp. 101-111. [consult. 2017-10-23]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12051188>.

MELNYK, B. Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. *Pediatr Nurs* [Em linha], 2003, vol. 29, nº2, pp. 147-149. [consult. 2018-09-08]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12723829>.

MENDES, I. *Ligação Materno-Fetal: contributo para o estudo de alguns factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1999. Dissertação de Mestrado.

MERCER, R. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha], 2004, vol. 34, nº4, pp. 456-464. [consult. 2016-05-12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>.

MERCER, R. e FERKETICH, S. Experienced and Inexperienced Mothers' Maternal Competence During Infancy. *Research in Nursing & Health* [Em linha], 1995, vol. 18, pp. 333-343. [consult. 2016-04-25]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7624527>.

MERCER, R. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *JOGNN Clinical Issues*, 2006, vol. 35, nº 5, pp. 649-651. [consult. 2016-11-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958722>.

MERCER, R. The nurse and maternal tasks of early postpartum. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* [Em linha], 1981, vol. 6, nº 5, pp. 341-345. [consult. 2016-11-09]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6792449>.

MILFONT, P. [et al]. Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres. *Brazilian Journal of Nursing* [Em linha], 2011, vol. 10, nº 3. [consult. 2017-05-27]. Disponível em: <file:///Users/anaritadias/Desktop/Bibliografia/Milfont%20et%20al%202011.webarchive>.

MILLS, J., HARLAP, S. e HARLEY, E. Should coitus late in pregnancy be discouraged? *Lancet* [Em linha], 1981, vol. 2, nº 8238, pp. 136-138. [consult. 2016-10-15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6113493>.

MIRGHANI, H., KHAIR, H. e AHMED, B. Leopold's maneuvers: how common is it in our daily practice? *Gynaecol. Perinatol* [Em linha], 2007, vol. 16, nº 2, pp. 79-82. [consult. 2016-08-08]. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/file/36896>.

MOUTA, R. [et al]. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de enfermagem* [Em linha], 2017, vol. 31, nº 4, pp. 1-10. [consult. 2018-03-19]. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>.

MORRIS-THOMPSON, P. Consumers, continuity, and control. *Nursing Times* [Em linha], 1992, vol. 88, pp. 29-31. [consult. 2016-02-07]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1620637>.

MOZURKEWICH, E. [et al]. Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Em linha], 2011, vol. 11, nº 84, pp. 1-19. [consult. 2017-07-19]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ad5f43e3-f2f4-4df6-9482-6cecad74fb69%40sessionmgr102>.

MURRAY, M. e HUELSMANN, G. *Labor and delivery nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman. *RCOG Press* [Em linha], 2014. [consult. 2016-09-17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21370514>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period*. NICE guideline, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and their Babies During Childbirth. *RCOG Press* [Em linha], 2007. [consult. 2017-06-19]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250397>.

NEVES, J. Contraceção no pós-parto. In Graça, L. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010. Capítulo 35.

NIEMINEN, K. [et al]. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *Journal Psychosom. Obstet. Gynaecol.* [Em linha], 2016, vol. 37, nº 2, pp. 37-43. [consult. 2017-08-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26918752>.

NILSEN, E., SABATINO, H. e LOPES, M. Dor e comportamento das mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha], 2011, vol. 45, nº 3, pp. 557-565. [consult. 2017-04-26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a02.pdf>.

NILSSON, C. [et al]. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Em linha], 2018, vol. 18, nº 28. [consult. 2018-08-24]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5766978/>.

NISHIKAWA, M. e SAKAKIBARA, H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health* [Em linha], 2013, vol. 10, nº 12, pp. 1-7. [consult. 2016-10-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23421578>.

NIVEN, C. Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Em linha], 1988, vol. 6, pp. 83-87. [consult. 2017-05-18]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838808403546>.

NIVEN, C. e MURPHY-BLACK, R. Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth* [Em linha], 2000, vol. 27, n° 4, pp. 244-253. [consult. 2017-11-09]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251509>.

OAKLEY, A. Social consequences of obstetric technology - The importance of measuring soft outcomes. *Birth* [Em linha], 1983, vol. 10, pp. 99-108. [consult. 2017-04-30]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6552198>.

OLIVEIRA, A. e GRACILIANO, N. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiologia e Serviços da Saúde* [Em linha], 2015, vol. 24, n° 3, pp. 441-451. [consult. 2016-05-07]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00441.pdf>.

OLIVEIRA, L. [et al]. Perineal laceration associated with the use of exogenous oxytocin. *Journal of Nursing* [Em linha], 2017, vol. 11, n° 6, pp. 2273-2278. [consult. 2017-01-14]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ad5f43e3-f2f4-4df6-9482-6cecad74fb69%40sessionmgr102>.

OLIVEIRA, V. e GONZAGA, M. Benefícios do parto humanizado com a presença do acompanhante. *Revista Saúde em Foco* [Em linha], 2017, pp. 217-220. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/025_beneficios_parto_humanizado.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Parecer n° 63/2015*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [consult. 2017-01-21]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_63_2015_04_09_2015_MCEESMO_Consultas_de_Enfermagem_no_Pos_parto_a_nivel_particular.pdf.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. [Em linha]. 2014. [consult. 2017-12-20]. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12.

PACHECO, A. [et al]. Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática* [Em linha], 2005, vol. 7, nº1, pp. 7-41. [consult. 2017-09-13]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/287/28770201/>.

PEÑA-ROSAS, J. [et al]. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Em linha], 2015. [consult. 2016-10-26]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004736.pub5/full>.

PEPPERS, L. e KNAPP, R. *Motherhood and Mourning*. New York: Praeger, 1982.

PEREIRA, R., CARDOSO, M. e MARTINS, M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha], 2012, vol. 3, nº 7, pp. 55-62. [consult. 2018-04-10]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a06.pdf>.

PETTERSEN, H. [et al]. Frequência Cardíaca Fetal durante o Primeiro Trimestre de Gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Em linha], 2001, vol. 23, nº 9, pp. 567-571. [consult. 2016-02-18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n9/11279.pdf>.

PIMENTEL, C. [et al]. Autonomia, risco e sexualidade - A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *REALIS* [Em linha], 2014, vol. 4nº 1, pp. 166-185. [consult. 2017-12-07]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813/8788>.

PIPER, J. e WEN, T. Perinatal citomegalovirus and toxoplasmosis: challenges of antepartum therapy. *Clin. Obstet. Gynecol.* [Em linha], 1999, vol. 42, nº 1, pp. 81-96. [consult. 2016-09-25]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073303>.

PHILLIPS, E. Toxoplasmosis. *Can Fam Physician* [Em linha], 1998, vol. 44, pp. 1823-1827. [consult. 2016-07-08]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9789661>.

POMPEO, D., ROSSI, L e GALVÃO, C. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* [Em linha], 2009, vol. 22, nº 4, pp. 434, 438. [consult. 2018-03-18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.

PORTO, M. e SOUZA, S. Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina* [Em linha], 2010, vol. 38, nº 10, pp. 527-537. [consult. 2017-01-25]. Disponível em:

http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf.

PRIDHAM, K. e CHANG, A. Transitions to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha], 1992, vol. 17, pp. 204-216. [consult. 2016-11-23]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556329>.

PROCTER, S. e CAMPBELL C. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* [Em linha], 2014, vol. 114, nº 7, pp. 1099-1103. [consult. 2016-08-12]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24956993>.

RIZK, D., [et al]. Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine* [Em linha], 2001, vol. 29, pp. 298-307. [consult. 2017-04-26]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11565198>.

RAGNAR, I [et al]. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions - a randomized controlled trial. *BJOG* [Em linha], 2006, vol. 113, nº 2, pp. 165-170. [consult. 2017-08-17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16411993>.

ROBERFROID, M. [et al]. Prebiotic effects: metabolic and health benefits. *British Journal of Nutrition* [Em linha], 2010, vol. 104, nº 2, pp. S1-S63. [consult. 2016-09-17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920376>.

ROBINSON, H. e LECTURE, J. Fetal rates as determined by sonar in early pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of British Commonwealth* [Em linha], 1973, vol. 80, pp. 805-809. [consult. 2016-09-23]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1973.tb11222.x>.

ROBINSON, M., BAKER, L. e NACKERUD, L. The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies* [Em linha], 1999, vol. 23, nº 3, pp. 257-270. [consult. 2017-02-19]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920376>.

ROUHE, H. [et al]. Fear of childbirth according to parity, gestation age and obstetric history. *BJOG* [Em linha], 2008, vol. 116, pp. 67-73. [consult. 2016-10-14]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>.

ROUHE, H. [et al]. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience - a randomized controlled trial. *Journal Psychosom. Obstet. Gynaecol.* [Em linha], 2015, vol. 36, n° 1, pp. 1-9. [consult. 2017-05-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25417935>.

ROUHE, H. [et al]. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG* [Em linha], 2013, vol. 120, n° 1, pp. 75-84. [consult. 2017-09-24]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121002>.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Reaching out: involving fathers in maternity care. *RCM* [Em linha], 2011. [consult. 2017-12-19]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father%27s%20Guides%20A4_3_0.pdf.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. The Royal College Of Midwives' Audit of Midwifery Practice. *RCM* [Em linha], 2010. [consult. 2017-06-15]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Practice%20Full%20ReportAug2011FINAL_0.pdf.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Evidence-based clinical guideline N° 9: Induction of labour. *RCOG Press* [Em linha], 2001. [consult. 2017-24-03]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/266045914_RCOG_Evidence-based_Clinical_Guidelines_Induction_of_labour.

ROBERTS, J. The “push” for evidence: the management of the second stage. *Journal of Midwifery and Women's Health* [Em linha], 2002, vol. 47, pp. 2-15. [consult. 2017-04-27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874088>.

ROWAN, M., MAY, C. e SMITH, P. Spinal, Epidural and Caudal Anaesthesia. In: Hurford W. [et al]. *Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital, Department of Anaesthesia and Critical Care*. 5ª Edição. Filadélfia: Lippincott-Raven Publisher, 1998, pp. 243-263.

RUBIN, R. Attainment of maternal role processes. *Nursing Research* [Em linha], 1967, vol. 16, pp. 237-245. [consult. 2016-11-09]. Disponível em:

https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1967/01630/ATTAINMENT_OF_THE_MATERNAL_ROLE__Part_I__Processes.6.aspx.

RUBIN, R. *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer, 1984.

SAISTO, T. [et al]. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2001, vol. 98, nº 5, pp. 820-826. [consult. 2017-08-10]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784401015526>.

SALMELA-ARO, K. [et al]. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology* [Em linha], 2011, pp. 1-15. [consult. 2017-06-17]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Hanna_Rouhe/publication/51685748_Promoting_positive_motherhood_among_nulliparous_pregnant_women_with_an_intense_fear_of_childbirth_RCT_intervention/links/0c96053be3bd489431000000/Promoting-positive-motherhood-among-nulliparous-pregnant-women-with-an-intense-fear-of-childbirth-RCT-intervention.pdf?origin=publication_list.

SAMPAIO, A., SOUZA, A. e NETO, C. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito fetal após a 20ª semana. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Em linha], 2011, vol. 11, nº2, pp. 125-131. [consult. 2017-10-13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n2/a03v11n2.pdf>.

SANTOS, C., PIMENTA, C. e NOBRE, M. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha], 2007, vol. 15, nº 3, pp. 1-4. [consult. 2018-05-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf.

SANTOS, M. [et al]. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Revista Enfermagem UFPE* [Em linha], 2010, vol.1, nº2, pp. 140-149. [consult. 2018-02-12]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33566&indexSearch=ID>.

SANTOS, R. e RAMOS, K. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha], 2012, vol. 65, nº 1, pp. 13-18. [consult. 2017-03-30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>.

SAULTZ, J., TOFFLER, W. e SHACKLES, J. Postpartum urinary retention. *J Am Board Fam Pract* [Em linha], 1991, vol. 4, nº 5, pp. 341-344. [consult. 2018-04-18]. Disponível em: <http://www.jabfm.org/content/4/5/341.full.pdf>.

SCHNEIDER, Z. An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. *Midwifery* [Em linha], 2002, vol. 18, pp. 238-249. [consult. 2016-09-21]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12381428>.

SESCATO, A., SOUZA, S. e WALL, M. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* [Em linha], 2008, vol. 13, nº 4, pp. 585-590. [consult. 2017-06-18]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13120/8879>.

SHAFFER, E. e WIGGINS, J. Fetal dysrhythmias. In: DROSE J. *Fetal Echocardiography*. 1ª Edição. Filadélfia: W.B. Saunders, 1998. Pp.279-290.

SHIEH, C. e KRAVITZ, M. Attachment in Pregnant Marijuana and Cocaine/Heroin Users. *JOGNN Clinical Research* [Em linha], 2006, vol. 35, nº 4, pp. 499-508. [consult. 2016-11-19]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16881994>.

SHORTEN, A., DONSANTE, J. e SHORTEN, B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth* [Em linha], 2002, vol. 29, pp. 18-27. [consult. 2017-10-01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11843786>.

SILVA, C. *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Dissertação de mestrado.

SILVA, C. *Transição para a parentalidade: Necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

SILVA, V., PILGER, C. e MARCON, S. Music in human terminality: the family members' conceptions. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha], 2011, vol. 45, nº 1, pp. 134-140. [consult. 2018-05-16]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_19.pdf.

SIMKIN, P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth pregnancies. *Birth* [Em linha], 1992, vol. 19, pp. 64-81. [consult. 2017-01-13]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1388434>.

SLEEP, J. Spontaneous delivery. In: ALEXANDER, J., LEVY, V. e ROCH, S. *Intrapartum care: a research-based approach*. Hampshire and London: Macmillan Education, 1990.

SOARES, A. *O cuidado de enfermagem baseado em evidência - A influência da introdução da chupeta no primeiro mês de vida na duração da amamentação*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado.

SOARES, C. [et al]. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha], 2014, vol. 48, nº 2, pp. 335-345. [consult. 2018-05-05]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA. Consensos “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes* [Em linha], 2017, vol. 12, nº 1, pp. 24-38. [consult. 2016-09-25]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017.aspx>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*. [Em linha]. 2012. [Consult. 2017-10-06]. Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infeccoes_vulgovaginais.pdf.

SOUZA, A. [et al]. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidade. *Feminina* [Em linha], 2010, vol. 38, nº 4, pp. 185-194. [consult. 2017-10-06]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>.

SPECKHARD, A. Traumatic Death in Pregnancy: The Significance of Meaning and Attachment. In: FIGLEY, C., BRIDE, B. e MAZZA, N. - *Death and Trauma: The Traumatology of Grieving*. EUA: Taylor & Francis, 1997. Pp. 67-100.

SUÁREZ-CORTÉS, M. [et al]. Uso e influência dos planos de parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Em linha], 2015, vol. 23, nº 3, pp. 520-526. [consult. 2017-06-07]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf.

STOLL, K., FAIRBROTHER, N. e THORDARSON, D. Childbirth fear: relation to birth and care provider preferences. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Em linha], 2018, Vol. 63, nº 1, pp. 58-67. [consult. 2018-09-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29364575>.

STUEBE, A. Enabling women to achieve their breastfeeding goals. *Obstet Gynecol* [Em linha], 2014, vol. 123, pp. 643-652. [consult. 2018-07-08]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24499748>.

STUEBE, A. [et al]. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *J Womens Health (Larchmt)* [Em linha], 2014, vol. 23, pp. 404-412. [consult. 2017-12-21]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655291>.

SVENSSON, J., BARCLAY, L. e COOKE, M. The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *The Journal of Perinatal Education* [Em linha], 2006, vol. 15, nº 4, pp. 18-27. [consult. 2017-04-07]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17768431>.

TEIXEIRA, N., PEREIRA, W. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Curitiba-MT. *Rev Bras Enferm* [Em linha], 2006, vol. 59, nº 6, pp. 740-744. [consult. 2017-12-02]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600004&script=sci_abstract&tlng=pt.

TETZLAFF, J. Spinal, Epidural and Caudal Blocks. In: MORGAN, G. e MIKHAIL, M. *Clinical anaesthesiology*. 2ª Edição. Connecticut: Appleton & Lange, 1996, pp. 211-244.

TOOHILL, J. [et al]. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* [Em linha], 2014, vol. 41, nº 4, pp. 384-394. [consult. 2017-06-19]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257571/>.

THACKER, S. Midline versus mediolateral episiotomy. *BMJ* [Em linha], 2000, vol. 320, nº 7250, pp. 1615-1616. [consult. 2018-02-13]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127405/>.

THACKER, S. The efficacy of intrapartum electronic fetal monitoring. *Am J Obstet Gynecol* [Em linha], 1987, vol. 156, nº 1, pp. 24-30. [consult. 2017-10-14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3541620>.

THOMSON, A. Pushing techniques in the second stage of labour. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha], 1993, vol. 18, pp. 171-177. [consult. 2017-11-04]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8436706>.

THUNE-LARSEN, K. e MOLLER-PEDERSEN, K. Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Em linha], 1988, vol. 6, nº4, pp. 229-240. [consult. 2017-10-09]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838808403559?journalCode=cjri20>.

TORVALDSEN, S. [et al]. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia. *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha], 2004, nº 4, pp. 1-30. [consult. 2017-05-09]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495111>.

URSI, E. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa literatura*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005. Dissertação de Mestrado.

VAN DEN BERGH, B. e SIMONS, A. A review of scales to measure the mother-foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Em linha], 2008, vol. 23, nº 3, pp. 1-13. [consult. 2017-09-30]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240239522_A_review_of_scales_to_measure_the_mother-foetus_relationship.

VIEIRA, C., BRITO, M. E YAZLLE, M. - Contracepção no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Em linha], 2008, vol. 30, nº 9, pp. 470-479. [consult. 2017-03-14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>.

ZVEITER, M. Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): cuidados essenciais ao recém-nascido - comentário sobre as implicações psíquicas [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. Dissertação de Mestrado.

YIP, S. [et al]. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Em linha], 2004, vol. 83, pp. 881-891. [consult. 2018-01-21]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453880>.

WADLIGTON, J., NATALE, M. e CROWLEY, M. Anesthesia in Obstetrics and Gynaecology. In: Hurford W. [et al.]. *Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital, Department of Anaesthesia and Critical Care*. 5ª Edição. Filadélfia: Lippincott-Raven Publisher, 1998, pp. 523-552.

WALDENSTROM, U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* [Em linha], 1999, vol. 47, nº5, pp. 471-482. [consult. 2017-12-02]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10624845>.

WHITTEMORE, R. e KNAFL, K. The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha], 2005, vol. 52, nº 5, pp. 546-553. [consult. 2018-06-09]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>.

WING, D. [et al]. Misoprostol: an effective agent for cervical ripening and labor induction. *Am J Obstet Gynecol.* [Em linha], 1995, Vol. 172, nº6, pp. 1811-1816. [consult. 2016-05-09]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778637>.

WING, D. e FARINELLI, C. Abnormal Labor and Induction of Labour. In: GABBE, S. [et al]. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 6ª Edição. Saunders, 2012.

WISSER, J. e DIRSCHIEDL, P. Embryonic heart rate in dated human embryos. *Early Human Development* [Em linha], 1994, vol. 37, pp. 107-115. [consult. 2016-02-13]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/037837829490152X>.

WLADIMIROFF, J e SEELEN, J. Fetal heart action in early pregnancy: Development of fetal vagal function. *Europ. J. Obstet. Gynec.* [Em linha], 1972, vol. 2, pp. 55-63. [consult. 2016-05-18]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0028224372900652>.

WOLFE L. e DAVIES G. Canadian Guidelines for Exercise in Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* [Em linha], 2003, vol. 46, nº 2, pp. 488-495. [consult. 2016-07-09]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12808398>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Daily iron and folic acid supplementation in pregnant Women - Guideline*. [Em linha]. Geneva, 2012. [consult. 2016-04-21]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf;jsessionid=9DBD1F5568DA15CB14DB23DA2B74BDB6?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy*. [Em linha]. Geneva, 2013. [consult. 2016-04-16]. Disponível em: http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Healthy Eating during Pregnancy and Breastfeeding*. [Em linha]. Geneva, 2001. [consult. 2016-06-11]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/120296/E73182.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative*. [Em linha]. Geneva, 2013. [consult. 2017-10-09]. Disponível na internet em: <URL http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recomendations for induction of Labour*. [Em linha]. Geneva, 2011. [consult. 2017-09-14]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Recommendations for management of common childhood conditions*. [Em linha]. Geneva, 2012. [consult. 2017-12-04]. Disponível na internet em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44774/9789241502825_eng.pdf?sequence=1.

WU, D. [et al]. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *J Adv Nurs* [Em linha], 2014, vol. 70, nº 8, pp.1867-1879. [consult. 2018-08-15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24400967>.

ZHANG, J. [et al]. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics & Gynecology* [Em linha], 2010, vol. 115, nº 4, pp. 705-710. [consult. 2017-08-14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20308828>.

ZVEITER, M. *Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): cuidados essenciais ao recém-nascido - comentário sobre as implicações psíquicas*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira. Dissertação de Mestrado.