

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

Envolver o pai no processo de nascimento:
Uma estratégia para a promoção da ligação precoce
pai/filho

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

**ENVOLVER O PAI NO PROCESSO DE NASCIMENTO:
UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA LIGAÇÃO
PRECOCE PAI/FILHO**

**INCLUDING THE FATHER IN THE BIRTH PROCESS:
A STRATEGY FOR EARLY FATHER/INFANT BONDING**

Relatório final de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Vitória Parreira e
elaborado pela Leila Batista Banj-Ali Vilarica.

Porto, 2019

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório encerra uma importante e inesquecível etapa da minha vida, da qual resultou o meu crescimento profissional como futura enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica, tal como me ajudou a ser uma enfermeira com mais Enfermagem. Este foi um percurso trilhado a custo e que não teria sido possível sem a ajuda de algumas pessoas especiais às quais pretendo exprimir os meus mais sinceros agradecimentos.

À Prof.^a Vitória Parreira, minha orientadora, por promover e estimular o meu pensamento crítico e atitude reflexiva resultando na qualidade e no desenvolvimento das minhas práticas enquanto enfermeira e ainda pela sua enorme paciência e disponibilidade durante este longo percurso.

Às minhas orientadoras de estágio que me guiaram durante este percurso e me mostraram o que é ser Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Em especial às enfermeiras Isabel Vaz, Madalena Ferreira e Susana Monteiro que com a sua experiência tiveram um papel crucial durante uma importante parte do meu percurso e ainda pela generosa e sincera amizade.

A toda a equipa do Bloco de Partos do Hospital Pedro Hispano pelo caloroso acolhimento, por me terem proporcionado valiosos momentos de aprendizagem e por todo o apoio, suporte, encorajamento e compreensão em cada parto.

Ao meu marido Tiago, por teres estado sempre do meu lado e me encorajares durante todo este tempo transmitindo-me confiança e coragem e acreditando que era possível.

Aos meus filhos, Clara e Rafael, que vieram iluminar a minha vida ainda durante este percurso e que me motivaram mais ainda a continuar.

A todos os casais e recém-nascidos que cuidei durante esta etapa de aprendizagem que para sempre irei recordar carinhosamente.

RESUMO

O presente relatório de estágio tem como objetivo geral descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica estando subjacente o cumprimento do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. As áreas de atuação em que decorreu o estágio compreenderam a gravidez, trabalho de parto e parto, pós-parto e parentalidade. Os cuidados prestados nas diferentes áreas de atuação tiveram sempre como base o conhecimento, experiência e pensamento crítico como tríade indissociável para o pensamento em Enfermagem, sendo assim apresentados e fundamentados ao longo deste documento o planeamento de cuidados prestados ao casal/família nomeadamente através de focos, diagnósticos e intervenções suportados pela prática baseada na evidência.

O parto representa um momento crucial no processo de transição do homem para a parentalidade podendo influenciar o seu envolvimento emocional com o recém-nascido, sendo essencial a prestação de cuidados de enfermagem especializados nos primeiros momentos de interação pai/filho no sentido de potenciar o estabelecimento de uma relação precoce e de qualidade. O pensamento crítico e reflexivo transversal à prestação de cuidados durante o estágio conduziu à identificação desta temática que se considera pertinente, atual e de interesse para a prática de cuidados de qualidade, sendo o objetivo específico deste relatório a identificação de intervenções que promovam a ligação precoce entre o pai e o recém-nascido após o parto.

A metodologia a que recorremos como suporte ao estudo realizado foi a revisão integrativa da literatura cujos resultados emergentes pretendem contribuir para a prática da enfermagem centrada na pessoa, na sua singularidade e sensível às necessidades específicas do pai para que este possa estabelecer uma relação precoce e duradoura com o seu filho.

Palavras-chave: Processo de Cuidados; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia; Pai-Filho; Ligação precoce; Pós-Parto.

ABSTRACT

This internship report describe the general process of acquisition and development of midwifery competences underlying and compliance with the Regulation of Skills in Specialized Care, recommended and approved by the Order of Nurses (2011) and the International Confederation of Midwives.

The practice areas in which ran the internship comprised the pregnancy, labor and delivery, postpartum and parenting. The care provided in different areas had always based on knowledge, experience and critical thinking as inseparable triad for thought in nursing, so presented and substantiated throughout this document. The care planning to the couple/family includes outbreaks, diagnosis and interventions supported by evidence-based practice.

Labor represents a crucial moment in the man's transition process to parenting and may influence his emotional involvement with the neonate, being essential to the midwife to promote the establishment of an early bonding in the first moments of parent/infant interaction. The critical thinking and reflecting the care during the internship led to the identification of the subject considered pertinent, current and relevant to the practice of quality care, with the specific goal of this report to identify interventions that promote the early bonding between the father and the neonate after birth.

The methodology used in this investigation was the integrative literature review whose results are intended to contribute to the emerging practice of person-centered nursing, in his individuality and sensitive to the unique needs of the parent to establish an early and lasting relationship with his child.

Keywords: Midwifery process of care; Father-infant; Early Bonding; Post-partum

SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

BP - Bloco de partos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm - Centímetro

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EGB - Estreptococo do Grupo B

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenosa(o)

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

ICNP - International Classification of Nursing Practice

IG - Idade gestacional

ITP - Indução do Trabalho de Parto

HPH - Hospital Pedro Hispano

HPP - Hemorragia pós-parto

mg/dl - Miligrama/Decilitro

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPP - Preparação para o Parto e Parentalidade

PPT - Parto Pré-Termo

RPM - Rotura Prematura de Membranas

RN - Recém-Nascido

RNPT - Recém-nascido Pré-termo

RPM - Rotura Prematura das Membranas

TP - Trabalho de parto

TPPT - Trabalho de parto pré-termo

UGR - Unidade de Grávidas de Risco

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Found

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. EM TORNO DO MODELO CONCEPTUAL DE McCORMACK E McCANCE E DA TEORIA DE AFAP MELEIS, COMO SUPORTE DE UMA PRÁTICA PERSONALIZADA.....	15
2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO CASAL NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	19
3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO	39
3.1. Revisão integrativa da literatura - Envolver o pai no processo de nascimento: Uma estratégia para a promoção da ligação precoce pai/filho	61
3.1.1. Introdução à problemática em estudo	62
3.1.2. Metodologia.....	63
3.1.3. Resultados	66
3.1.4. Discussão	72
3.1.5. Conclusão	80
4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO	83
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	107
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Modelo conceptual dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa.....	16
FIGURA 2 - Parturientes cuidadas.....	39
FIGURA 3 - Partos realizados com/sem episiotomia.....	55
FIGURA 4 - Processo de elaboração da revisão integrativa.....	64
FIGURA 5 - Intervenções promotoras da ligação pai/filho durante TP, parto e pós-parto.....	73

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Estratégia pico para construção da pergunta de pesquisa.....	65
QUADRO 2 - Matriz de síntese dos artigos selecionados.....	67
QUADRO 3 - Resumo das intervenções promotoras da ligação pai/filho durante o TP, parto e pós-parto.....	78

INTRODUÇÃO

As mudanças que se têm observado, nos últimos tempos, nas necessidades em cuidados de saúde da população têm vindo a alterar o paradigma da profissão de Enfermagem, com a conseqüente alteração nas competências e funções dos enfermeiros devido fundamentalmente ao desenvolvimento do seu corpo de conhecimentos como disciplina científica e profissão cada vez mais autónoma.

Segundo Meleis (2010) para a prática de enfermagem é indispensável desenvolver a teoria, para que assim se clarifiquem os domínios e se identifique o que pertence ou não ao campo da enfermagem, racionalizando-se recursos e focalizando as ações nas terapêuticas de enfermagem.

A enfermagem é uma ciência social e humana tendo a sua base disciplinar assente no conhecimento científico e a sua prática moldada pela disciplina e pelos profissionais individualmente, ou seja, o conhecimento profissional dos enfermeiros baseia-se na teoria que se aplica aos problemas reais da prática (Chicória, 2013).

Neste sentido o presente documento resulta da necessidade de justificar a prática, à luz da evidência científica mais recente, decorrente do estágio de natureza profissional que decorreu no Hospital Pedro Hispano, no período entre outubro de 2014 até Julho de 2015, que permitiu a aquisição do conjunto de competências profissionais preconizadas pela OE para o exercício profissional como enfermeira especialista.

A prática clínica desenvolvida ao longo de todo o processo de aquisição de competências permitiu-nos refletir sobre as necessidades reais, em cuidados especializados e, ainda, problematizar área temática, através da realização e descrição de um processo de investigação, cujo objetivo principal foi fornecer um contributo teórico para a sustentação científica de uma problemática considerada relevante para as práticas de enfermagem e que traduzisse ganhos em saúde para a mulher, casal e recém-nascido face à necessidade de envolver o pai no processo de nascimento como estratégia para a promoção da ligação precoce pai/filho.

As mudanças socioeconómicas têm vindo a alterar os papéis e as funções familiares, tendo o pai vindo a assumir um papel mais ativo no processo educacional resultando num maior envolvimento emocional e nos cuidados diários aos filhos. Esta mudança leva à produção cada vez maior de pesquisas científicas sobre a importância do pai no desenvolvimento dos seus filhos. Assim é vasta a literatura que faz referência à amplitude que a paternidade representa no desenvolvimento biopsicossocial da criança, ao contrário da literatura acerca do estabelecimento/desenvolvimento da ligação pai/filho bem como o processo de adaptação à paternidade.

O momento do parto e pós-parto é essencialmente dominado pelos cuidados direcionados à mulher e RN e ao estabelecimento da relação entre a díade, sendo o pai frequentemente negligenciado pelos profissionais de saúde que demonstram grandes dificuldades em dirigir as suas ações aos homens, apesar dos estudos que revelam a importância da ligação precoce entre o pai e a criança e a sua influência no processo de transição para a parentalidade. Neste sentido, tornou-se pertinente compreender o processo de paternidade e identificar estratégias/intervenções que promovam a ligação precoce entre o pai e o filho, facilitando a transição saudável do pai para a paternidade.

Os objetivos da realização deste relatório incluíram: demonstrar o desenvolvimento de competências no processo de cuidados que permitem a assistência especializada à mulher/família nas diferentes áreas do cuidado, em Saúde Materna e Obstetrícia; problematizar as práticas através da sua fundamentação com base no desenvolvimento do conhecimento científico; refletir os focos de atenção predominantes e descrever fundamentando cientificamente o planeamento de diagnósticos, intervenções executadas e resultados esperados em cada área do cuidado especializado; contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a implementação de práticas emancipatórias que promovam o exercício do papel parental do casal e a vivência saudável da parentalidade; demonstrar competências no domínio da investigação científica contribuindo para a construção e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Este documento encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo faz uma breve descrição dos modelos conceituais que serviram de base orientadora à elaboração deste relatório, nomeadamente o modelo conceitual centrado na pessoa ou *person centred care* de McCormack (2010) e o modelo conceitual de Afaf Meleis (2010), que baseiam a prática da enfermagem na prestação de cuidados centrados na singularidade da pessoa, enquanto ser único, com necessidades de cuidados específicos e tendo em conta a transição que estão a vivenciar numa fase específica das suas vidas. Os três capítulos seguintes descrevem o processo de aquisição e desenvolvimento de competências decorrido durante os módulos de estágio nas diferentes áreas de cuidado (gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto); o terceiro capítulo contém ainda um subcapítulo referente ao processo de investigação desenvolvido através do enquadramento metodológico referente à Revisão Integrativa da Literatura e o quarto capítulo diz respeito à análise crítico-refletiva sobre o percurso de aprendizagem realizado.

A prática baseada na evidência esteve na base da construção deste relatório por se constituir um método que permite suportar a prática em evidência científica atual, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados. Assim a pesquisa bibliográfica que possibilitou a realização deste processo formativo e a sua descrição foi realizada através do motor de busca EBSCOhost e à base de dados The Cochrane Library disponíveis pela ESEP. Apresentando-se a lista de referências bibliográficas no final deste documento.

1. EM TORNO DO MODELO CONCEPTUAL DE MCCORMACK E MCCANCE E DA TEORIA DE AFAF MELEIS, COMO SUPORTE DE UMA PRÁTICA PERSONALIZADA

O planeamento dos cuidados que se descreve ao longo deste documento foi norteado pelo modelo concetual desenvolvido por McCormack e McCance que se designam Modelo de cuidados centrado na pessoa ou *person centred care* e pela Teoria das Transições de Afaf Meleis. A utilização destas teorias de Enfermagem, bem como a investigação científica realizada ao longo da nossa prática foram os pilares que sustentaram e fundamentaram a nossa conduta e as intervenções que foram sendo implementadas ao longo de todo o nosso percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

O modelo de cuidados centrado na pessoa ou *person centred care* de McCormack e McCance (2010) (cit. in McCormack, 2015), é um modelo de cuidados que consiste fundamentalmente na prática da enfermagem baseada no respeito e no direito individual das pessoas à sua autodeterminação e a compreensão da importância da sua individualidade enquanto ser único. Preconiza ainda a humanização da organização dos cuidados através da compreensão da centralidade da pessoa e no reconhecimento do seu lugar na parceria de cuidados através do seu envolvimento no processo de tomada de decisões (Grilo, 2014). Assim a nossa conduta caracterizou-se essencialmente por tentar dar resposta às necessidades específicas de cada casal cuidado.

A relação terapêutica estabelecida durante o processo de cuidados é também amplamente reconhecida pela OE que a caracteriza, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, “*pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel*” (OE, 2001). Ainda segundo o modelo de McCormack e McCance as relações terapêuticas construídas nesta prestativa dos cuidados baseiam-se na confiança mútua e na partilha e compreensão do conhecimento (McCormack [et al.], 2015). Este é um modelo holístico que valoriza as experiências e perspetivas dos utentes e que na prática engloba quatro constructos: **pré-requisitos** dos cuidadores que incidem nos atributos e competências dos enfermeiros; **ambiente de cuidados** que se refere ao contexto em que os cuidados são prestados; **cuidado centrado na pessoa** que foca a prestação de cuidados através de um conjunto de atividades; **resultados** que representam o componente central do modelo e que representam a efetividade de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, tal como representado na figura1.

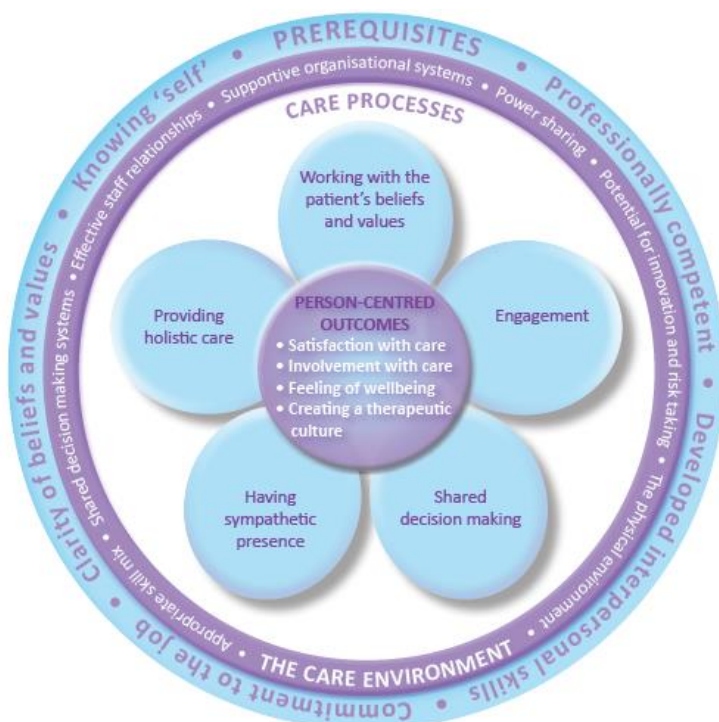


FIGURA 1 - Adaptado de *Person-centredness - the 'state' of the art* por McCormack e McCance, 2015. Recuperado de <http://www.fons.org/library/journal.aspx>

Analisando retrospectivamente o percurso de aquisição de competências compreendemos que tentamos sempre ir de encontro aos constructos estabelecidos por este modelo e assim, quanto aos pré-requisitos por ele estabelecidos fomos sempre profissionalmente competentes, durante a nossa prática, através da busca sistemática de evidência científica mais recente e da permanente recontextualização dos conhecimentos. Desenvolvemos com a ajuda de colegas mais experientes as nossas competências interpessoais e de comunicação; o processo de cuidados foi desenvolvido sempre em parceria com o casal de forma a envolvê-los na tomada de decisão, respeitando as suas crenças e valores, demonstrando uma atitude empática e prestando cuidados de enfermagem holísticos.

Cuidados de enfermagem holísticos pressupõem a compreensão da globalidade da pessoa cuidada e para isso torna-se fundamental compreender os processos de transição, para que as intervenções de enfermagem fossem centradas nas pessoas e nas suas necessidades reais, podendo assim os cuidados influenciarem positivamente os processos de transição traduzindo-se em ganhos de saúde efetivos para mulher casal e famílias cuidadas e que poderão, segundo o modelo de McCormack e McCance, incluir a criação de um ambiente terapêutico favorável a um maior envolvimento e satisfação com os cuidados recebidos.

Assumimos a perspectiva de que a Enfermagem, para além de profissão é também uma disciplina do saber, cujo foco de atenção são as transições humanas e o estudo das respostas das pessoas perante as mudanças (Carneiro e Silva, 2014). As transições de vida

são assim um conceito central na implementação de cuidados de enfermagem pois durante processos de transição os indivíduos e famílias tendem a apresentar-se mais vulneráveis aos riscos e, por conseguinte, a verem a sua saúde atingida (Soares, 2008). Assim segundo Mendes, Bastos e Paiva (2010) os cuidados de enfermagem são cuidados transacionais, ou seja, eles desenvolvem-se mediante as transições vivenciadas pelos indivíduos em determinado momento e contexto. Ainda segundo Meleis [et al.] (2000), os enfermeiros são os principais cuidadores da família, em situações de transição, por estarem atentos às necessidades e mudanças que estas acarretam nas suas vidas, preparando-os para lidarem melhor com elas através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

Transição pode ser definida como tudo aquilo que envolve mudança e a forma como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita de integrar as mudanças no seu dia-a-dia (Meleis, 2010). Ainda segundo Cowan (citado por Martins, 2013), transição define-se como um momento crítico na vida do ser humano e que envolve a passagem de um estágio para outro no ciclo do desenvolvimento do ser humano.

A gravidez é um período de transição em que decorrem enormes mudanças, quer biológicas, psicológicas e sociais, exigindo ajustes pessoais, interpessoais e do relacionamento do casal (Canavarro, 2001). Temporalmente a gravidez circunscreve-se a um período de aproximadamente 40 semanas ou 280 dias de gestação que decorrem entre a concepção e o parto (Mendes, citado por Monteiro, 2012). Canavarro (2001) faz a distinção dos conceitos de gravidez e maternidade/paternidade, sendo o primeiro referente ao período que medeia a concepção e o parto e o segundo referente a um processo que ocorre a longo prazo e que pode durar toda a vida. No entanto, ambos os processos têm em comum a realização de tarefas desenvolvimentais específicas, com crises próprias associadas e que exigem a aquisição de novos conhecimentos e habilidades e a reorganização pessoal (Graça [et al.], 2017).

A experiência biológica de tornar-se mãe/pai ocorre no momento em que o RN respira e chora pela primeira vez, ao contrário da transição psicossocial que é um processo longo e gradual que começa antes ou durante a gravidez e continua ao longo dos primeiros anos de vida da criança (Glade, Bean e Vira, 2005). No processo de transição para a parentalidade, a gravidez e a maternidade/parentalidade apresentam-se assim interligadas, sendo a primeira considerada uma etapa intermédia e um ponto de viragem para a segunda (Mendes, 2002). Para muitos autores, o nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por inúmeras mudanças a vários níveis, nomeadamente a nível individual, conjugal, familiar e social (Soares, 2008). Assim, sendo o nascimento de um filho um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e que representa uma transição que ocorre durante o desenvolvimento da vida, Meleis [et al.] (2010) e Mercer (2004) designaram esta transição de transição desenvolvimental.

Para a família a transição para a parentalidade representa uma fase de transição do seu ciclo evolutivo, sendo uma *transição-chave no ciclo de vida familiar*, mas que se comporta também como uma fonte geradora de stresse esperável e normativa (crise) (Relvas e Lourenço, citado por Soares, 2008). Apesar da transição para a parentalidade ser encarada essencialmente como uma oportunidade de desenvolvimento, são vários os autores que afirmam que esta constitui, por si só, um momento de elevado stresse para todos os pais, ao implicar a passagem de uma realidade conhecida para uma outra desconhecida e exigir a reestruturação de responsabilidades e comportamentos normalmente conseguidos através da incorporação de mudanças a vários níveis (Austin, 2006; Ramos [et al.], 2005; Santos e Cardoso, 2010). A transição para a parentalidade apresenta-se como um dos períodos mais desafiantes e importantes para o casal (Biddle e Mutrie, 2003), pois exige a interiorização das expectativas familiares e sociais quanto à adequação dos seus comportamentos e que obrigará à reorganização pessoal, profissional e conjugal dos elementos do casal (Freitas, Menke e Revoire, 2006; Santos e Cardoso, 2010). Este é um processo vivenciado tanto pela mãe como pelo pai, constituindo um processo de mudança e um marco na vida familiar e que exige novos conhecimentos e habilidades para o desempenho do novo papel (Cardoso, 2011).

Nesta perspetiva, consideramos que desenvolver uma prática, como enfermeiros, onde se exprima a renovação, não bastam os saberes biomédicos, pese embora, sejam eles considerados o pilar das ciências de enfermagem. Foi necessário para cuidar de uma forma especializada e personalizada, adotar modelos e teorias de referência, como um guião, neste percurso formativo, que nos ajudou a refletir e a prosseguir conscientes sobre a importância de colocar a **singularidade** da mulher, grávida, parturiente, puérpera e companheiro (pai) na **centralidade dos cuidados**.

2. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO CASAL NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

É da competência do EEESMOG cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2010). Neste sentido, o estágio Gravidez com Complicações que decorreu no Hospital Pedro Hispano, na unidade de Grávidas de Risco, visou principalmente o desenvolvimento e aquisição de um conjunto de competências necessárias à implementação de cuidados especializados de excelência, face a intercorrências e/ou complicações associadas ao processo gravídico e de transição para a parentalidade. No sentido de potenciar ganhos em saúde para o casal os cuidados de enfermagem prestados consistiram essencialmente na monitorização do bem-estar materno-fetal e no estabelecimento de um plano de cuidados adaptados às necessidades reais de mulheres com patologias associadas e/ou concomitantes à gravidez, tendo como objetivos primordiais a adaptação ao processo gravídico, a identificação precoce de sinais e sintomas de possíveis complicações e a adaptação e preparação do casal para a parentalidade.

Assistir a mulher que se encontra a vivenciar uma gravidez com complicações revelou-se desafiante no decorrer deste estágio pois implicou a mobilização não só de conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente como a mobilização de recursos internos pessoais para ajudar a mulher/casal a ultrapassar as dificuldades, medos e anseios inerentes e a promover a esperança e a vivência saudável do seu “estado de graça”.

A gravidez representa para o casal um momento de transição com expectativas, medos e anseios, pois tanto a mulher como o homem passam a encarar-se como pai e como mãe (Freitas, Coelho e Silva, citado por Brandão, 2009). São vários os estudos que referem a importância do papel do pai na construção de uma família, no entanto tem sido produzida pouca investigação científica no processo necessário para o homem se tornar pai, ou seja, no processo de transição para a paternidade. O papel do homem no processo de parentalidade tem vindo a mudar, sendo considerado o casal como uma díade fundamental para o sucesso do processo gravídico e de parentalidade, sendo assim o alvo dos cuidados de enfermagem o “casal grávido”. Apesar do processo gravídico representar um momento significativo, cheio de expectativas e simbolismo e a adaptação para a parentalidade ser um processo gradual vivenciado pelo casal, este é um processo vivido de forma distinta entre o homem e a mulher. Segundo Maldonado, Dickstein e Nahoum (citado por Nogueira, 2011), enquanto a futura mãe inicia o processo de adaptação à maternidade ainda durante a gestação com a perceção do feto dentro de si, o pai apenas inicia o

processo de adaptação à paternidade após o nascimento. Todavia, são vários os autores que relacionam diretamente o grau de envolvimento do pai na gravidez com o desempenho do papel parental após o nascimento e a ligação que este estabelece com o filho (Nogueira, 2012). Assim de acordo com um estudo realizado por Martin (citado por Nogueira, 2012) os comportamentos dos pais que indicam um maior envolvimento na gravidez são: estar presentes nas ecografias/consultas realizadas durante a gravidez; ouvir os BCF; conversar com a mulher sobre a gravidez; frequentar as aulas de PPP; sentir o bebê mexer e participar nos preparativos para a chegada do filho. Neste sentido a nossa intervenção passou por promover o envolvimento ativo do pai na gravidez através do incentivo e encorajamento a adotar estes comportamentos mesmo em situação de gravidez com complicações. Piccini (citado por Nogueira, 2012) refere também como indicador do envolvimento na gravidez as preocupações do pai manifestadas durante a gestação e que se focam essencialmente na saúde da grávida/feto, no parto, no aumento das responsabilidades, na inexperiência em cuidar de um bebê e nas finanças. Tendo em conta a singularidade das preocupações do pai nesta fase do processo gravídico tentamos sempre dar resposta às suas preocupações, explorando o tema gerador de preocupação e tentando encontrar soluções em conjunto de forma a empoderá-lo para enfrentar estas situações. Os autores que têm vindo a realizar pesquisas científicas nesta área referem que o processo de transição para a paternidade implica grande stresse e que a gestação é vivida pelo pai como um período repleto de emoções e marcado por sentimentos ambivalentes de alegria, entusiasmo, mas também ansiedade e conflitos interiores, sendo um período emocionalmente intenso (Krob [et al.], 2009).

A adaptação à parentalidade constitui assim um foco de atenção de enfermagem e define-se como *um conjunto de comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados* (ICNP, 2011). Assim é da competência do EEESMOG o reconhecimento do processo de parentalidade e o acompanhamento atento que permita uma adaptação ao processo de parentalidade, através da conceção, planeamento, implementação e avaliação de cuidados na promoção da vivência saudável da gravidez e parentalidade, na preparação para o exercício do papel parental através do empoderamento do casal conferindo-lhes a mestria necessária para tomar as suas próprias decisões (informadas e conscientes) durante todo o processo, contribuindo desta forma para a satisfação do casal face aos novos papéis.

No processo de adaptação à parentalidade os pais têm de se adaptar a novos papéis e a consciencialização sobre as exigências que a transição acarreta irá influenciar o envolvimento na mesma, pois segundo Meleis [et al.] (2000) a consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da transição para a parentalidade que os pais experienciam. Ainda segundo a mesma autora, são indicadores

de um bom envolvimento e, conseqüentemente de uma consciencialização facilitadora, comportamentos de procura de informação, preparação ativa e pró-ativa de adaptação às atividades e novo estilo de vida inerentes ao processo de parentalidade. Neste contexto, a avaliação do envolvimento do casal no processo de adaptação à parentalidade passava por: avaliar comportamentos de procura de informação do casal; escutar e responder às questões sobre a gestação, desenvolvimento fetal e estado de saúde; avaliar disponibilidade do casal para frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade; avaliar disponibilidade para frequentar consultas de vigilância da gravidez de risco. No sentido de promover a consciencialização para o processo de parentalidade foram por nós implementadas intervenções como: incentivo à participação nos cursos de preparação para o parto dos casais grávidos a partir das 28 semanas de gestação que se mostrassem recetivos para os frequentar; encorajar a verbalização de sentimentos e preocupações sobre o que está a acontecer e a encontrar estratégias para melhor se adaptarem às mudanças vivenciadas; orientar para as mudanças decorrentes do processo e os recursos disponíveis para os ajudar a lidar com estas mudanças; ensinar o casal a identificar comportamentos necessários para melhor se adaptarem à gravidez de risco (ICNP, 2011).

A Ligação Mãe/Pai-filho é definida pela CIPE como *“apego com características específicas: estabelecimento de relações próximas entre a mãe e o filho, procura de mútuo contacto visual com a criança, iniciando o toque com os dedos da criança e chamando-a pelo nome”* (ICNP, 2011). O foco de Enfermagem Ligação Mãe/Pai-filho foi sempre alvo da nossa atenção no processo de planeamento dos cuidados, pois segundo Cardoso (2011) a intervenção do EESMOG na avaliação e promoção da ligação emocional, entre a mãe/pai e o seu filho, poderá contribuir para a criação de uma relação que começa na gravidez e se irá prolongar para toda a vida. A Ligação Mãe/Pai-filho durante a gravidez é assim um preditor da ligação após o nascimento e, para além disso, dela dependem ainda a satisfação e a competência no exercício do papel parental (Mercer, 2004). Neste contexto, tornou-se essencial a compreender e identificar de dados que nos permitiram fazer um diagnóstico diferencial no que respeita à Ligação Mãe/Pai-filho. Os dados identificados e comportamentos dos casais observados durante os contactos foram: referirem-se ao feto pelo nome e com carinho; descreverem características positivas do feto associadas aos seus movimentos; acariciarem a barriga; seguirem as orientações dos profissionais de saúde; procurarem informação sobre o desenvolvimento fetal ao longo da gestação; planearem e desejarem a gravidez e terem a presença de um bom suporte familiar; terem relacionamentos conjugais estáveis; não terem realizado amniocentese e não apresentarem antecedentes de depressão previamente à gravidez (Van Den Bergh e Simons, 2009). As intervenções implementadas no sentido de promover a interação e aproximação precoces dos pais com o filho e atendendo aos diagnósticos de cada situação específica foram: ensinar sobre o desenvolvimento fetal; ensinar sobre os movimentos

fetais; ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (táteis e auditivas); ensinar sobre características do RN; promover a construção da imagem do bebê; permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais. Estas intervenções eram dirigidas com o mesmo enfoque ao pai sempre que estava presente no sentido de promover também a construção da sua relação com o feto, pois segundo Nogueira e Ferreira (2012) existe uma ligação mais efetiva entre o pai e o bebê se os profissionais de saúde promoverem o seu envolvimento na gravidez tal como referido anteriormente.

Durante este módulo de estágio, que decorreu em contexto de internamento, tornou-se importante compreender que os casais grávidos cuidados, para além da transição desenvolvimental, enfrentam também uma transição situacional de saúde/doença decorrente do diagnóstico de gravidez com complicações que surge de forma inesperada na maioria das vezes, podendo representar um evento crítico que poderá dificultar o processo de adaptação à gravidez e parentalidade. A nossa atenção focou-se, portanto, nos dois tipos de transição que decorrem em simultâneo, para que as nossas intervenções fossem facilitadoras dos processos de transição. Assim o planeamento dos cuidados passava pela identificação dos focos de atenção anteriormente referidos, como a Ligação Mãe/Pai-Filho e Adaptação à Parentalidade, bem como dos focos como o Autocuidado durante a gravidez e os focos relacionados com a existência de patologia que incluíam Gravidez Comprometida e Conhecimento sobre a saúde.

Independentemente do motivo de internamento, no momento do primeiro contato com a grávida/casal procurávamos estabelecer uma relação empática, tendo sempre o cuidado de comunicar de uma forma agradável, para proporcionar a abertura e confiança ao casal, para que colocassem as suas dúvidas e, deste modo, podermos ser mais assertivos nas respostas em relação às suas expectativas. Este era um modo e uma estratégia como garante da proximidade necessária para facilitar uma ação terapêutica como futura EEESMOG.

No momento da admissão permitíamos-lhe familiarizarem-se com a dinâmica e com o espaço físico do serviço. Numa fase posterior eram-lhes explicadas as regras de funcionamento e após estarem confortáveis fazíamos a avaliação inicial, através da colheita de dados essenciais ao planeamento do cuidado, tais como: o motivo de internamento, antecedentes de saúde (peso pré-gravídico, terapêutica usada, grupo sanguíneo, alergias, doenças familiares, hábitos de vida), antecedentes obstétricos e ginecológicos, dados demográficos e ainda o nome pelo qual preferia ser tratada bem como o contacto de uma pessoa significativa. Para além dos dados obtidos, através da entrevista realizada, no momento da admissão, era ainda consultado o processo clínico da grávida com o objetivo de obter dados sobre a gravidez atual, como a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP), intercorrências da gravidez e vigilância da gravidez. A avaliação inicial da grávida/casal demonstrou-se fundamental para melhor compreender a forma como o casal lidava com a patologia e, conseqüentemente, com o diagnóstico de

gravidez de risco, qual o conhecimento que possuíam e quais os recursos mobilizados face à situação que estavam a vivenciar, permitindo-nos assim a conceção de cuidados individualizada indo de encontro às necessidades específicas de cuidados de cada grávida/casal.

Gravidez de risco é definida segundo Montenegro [et al.] (2017) como aquela em que a probabilidade de desfechos adversos para a mãe e/ou feto é superior à da população em geral. É definida como gravidez de risco quando à gravidez estão associadas complicações que podem dever-se a patologia materna ou obstétrica na gravidez atual, antecedentes de complicações obstétricas ou pela presença de fatores de risco no âmbito demográfico ou socioeconómico (adolescentes, IMA, IMC ≥ 35 ou $\leq 18\text{kg/m}^2$) e comportamental (toxicodependência, alcoolismo) (Ayres de Campos [et al.], 2008; London [et al.], 2010). A unidade de internamento em que decorreu este módulo de estágio permitiu-nos a prestação de cuidados a grávidas com diferentes patologias associadas ou coexistentes à gravidez e complicações obstétricas, dentro das quais se destacam por serem as principais causas de internamento neste serviço, a ameaça de parto pré-termo (APPT), pré-eclâmpsia, rotura prematura de membranas (RPM) e abortamentos no primeiro trimestre. Foram ainda prestados cuidados a grávidas com diagnóstico de hemorragias do primeiro, segundo e terceiro trimestre, hipertensão arterial, diabetes gestacional, alterações do líquido amniótico (oligoâmnios e hidrâmnios), alterações hepáticas, incompetência cervical, pielonefrite, hiperémese gravídica e restrição do crescimento intrauterino. Seguidamente será feita uma abordagem mais detalhada sobre as intervenções de enfermagem mais frequentes, devido a serem as situações de gravidez com patologia associada, que encontramos no internamento, com maior frequência, resultando no foco de atenção Gravidez Comprometida por ameaça de parto pré-termo (APPT).

Neste serviço eram também internadas grávidas para realização de indução do trabalho de parto (ITP), processo que não estando relacionado com a existência de patologia no processo gravídico permitiu o desenvolvimento de competências nesta área pelo que no final deste capítulo será feita uma breve abordagem deste processo.

Ameaça de parto pré-termo (APPT) é a existência, antes da 37^a semana de gestação, de contrações uterinas regulares, frequentes e dolorosas, com o segmento inferior distendido, mas sem alterações cervicais. Por sua vez, trabalho de parto pré-termo (TPPT) corresponde à presença de alterações cervicais (dilatação e extinção do colo) acompanhadas de contratilidade uterina (Graça [et al.], 2017; Montenegro [et al.], 2017). Enquanto parto pré-termo (PPT) é definido pela OMS (2012) como todos os partos que ocorrem após as 22 semanas e antes de completadas 37 semanas de gestação ou de completados 259 dias após a data da última menstruação. As gestações que terminem antes de completadas as 22 semanas de gestação ou em que o peso do feto é inferior a 500 gramas consideram-se abortamentos e não PPT, sendo assim traçado o limite da

viabilidade fetal (OMS, 1977). No entanto, entre as 22 e as 24 semanas de gestação mantém-se uma *zona cinzenta* no respeitante à decisão clínica de reanimar ou não, devido à elevada taxa de morbilidade e mortalidade nestes recém-nascidos, pelo que prevalece a decisão dos pais e da equipa clínica. Relativamente à situação em Portugal e de acordo com os Consensos Nacionais de Neonatologia (2004), no respeitante a prematuros com idade gestacional inferior a 24 semanas quase todos concordam que não devem ser reanimados, tendo sido assim traçado o limiar da viabilidade no nosso país.

A etiologia do PPT é multifatorial e em parte desconhecida o que torna a sua prevenção difícil e ineficaz (SPP, 2008). No entanto apesar de não estar estabelecida uma relação causa efeito entre os vários fatores de risco e o PPT, o seu conhecimento é um passo fundamental para evitar a prematuridade (Machado, 2012). Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado algumas condições que poderão estar associadas ao PPT: gravidez em extremos da idade materna; o nível nutricional materno, bem como o aumento ponderal deficiente ou excessivo durante a gestação; abuso de substâncias (tabagismo, toxicodependência ou consumo de bebidas alcoólicas); fatores geradores de stresse (baixo nível socioeconómico, mulheres solteiras, depressão ou ansiedade); curto intervalo entre as gestações e ausência de vigilância pré-natal (Alves, 2012; Goldenberg [et al.], 2008; Montenegro [et al.], 2017; SPP, 2008). Estes fatores de risco constituíam um foco importante de atenção do EEESMOG que vigia a gravidez pois a sua remoção ou redução antes ou durante a gravidez e a conseqüente melhoria do estado de saúde materno constituem a primeira linha de prevenção do PPT (Schleubner, 2013).

O diagnóstico de APPT e conseqüente internamento no serviço de Grávidas de Risco baseava-se na presença de dinâmica uterina identificada pela leitura e análise do traçado cardiotocográfico, na avaliação do comprimento do colo uterino através da ultrassonografia transvaginal (considerado o indicador de PPT *goldstandard*) e no teste de fibronectina fetal (se comprimento do colo entre 20-30mm), respeitando os protocolos estabelecidos. Após estabelecido o diagnóstico e o conseqüente internamento no serviço, a conduta adotada caracterizava-se essencialmente na adoção de intervenções cujo principal objetivo era, não só o prolongamento da gravidez *per se*, mas o prolongamento da gravidez o tempo necessário para que fosse instituída terapêutica capaz de aumentar as hipóteses de sobrevivência do RN, diminuindo assim a mortalidade e morbilidade associadas ao PPT (Schleubner, 2013).

Perante a abordagem diagnóstica eram implementadas intervenções resultantes de prescrição e que irão ser descritas inicialmente, sendo posteriormente descritas as intervenções autónomas implementadas e que privilegiaram a transição vivenciada pelo casal. As atitudes terapêuticas prescritas e dependendo de cada caso, poderiam incluir a administração de medicamentos (tocolíticos, corticóides, antibioterapia profilática e sulfato de magnésio), a colaboração na colheita de exsudados vaginais e a interpretação do registo cardiotocográfico. É, no entanto, necessário salvaguardar que em todas as

intervenções resultantes de prescrição implementadas foram explicadas no sentido de promover a compreensão, colaboração e tomada de decisão da grávida/casal.

Perante a administração de fármacos surgia o foco Conhecimento sobre medicamentos (ICNP, 2011) e era elaborado o diagnóstico de potencial para aumentar o conhecimento sobre regime terapêutico, sendo implementadas intervenções como ensinar sobre medicação e ensinar sobre efeitos colaterais de medicamentos.

Da literatura consultada, uma revisão sistemática concluiu que a administração de tocolíticos prolonga a gestação até 7 dias sem aparente aumento da morbidade fetal e materna (Bose, 2011; RCOG, 2011). A tocolise era realizada apenas nas situações de IG entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, isto porque segundo vários estudos a elevada taxa de mortalidade e morbidade perinatal ocorre em fetos que nascem antes das 34 semanas de gestação. Assim e ainda segundo Schleubner (2013) o prolongamento da gravidez em pelo menos 48h é essencial para que se possa transferir a grávida para um hospital com cuidados intensivos neonatais e para que seja induzida a maturação pulmonar fetal através da administração de corticóides, duas medidas que por si só demonstraram um aumento na taxa de sobrevivência de RN's com IG inferior a 34 semanas. A administração destes fármacos, após a prescrição médica, era realizada em regime de ciclos de 48 horas, pois não existe atualmente evidência científica suficiente que recomende a sua utilização por períodos superiores (Pereira, 2012).

No que diz respeito aos fármacos prescritos, existe na literatura uma enorme controvérsia quanto à sua eficácia, existindo autores que os categorizam em fármacos de primeira ou segunda linha enquanto outros como Clode, Jorge e Graça (2012) defendem não existir tocolíticos de 1ª linha uma vez que todos são eficazes em prolongar a gestação até 7 dias. Assim, recomendam que a escolha deverá ser feita tendo em conta a IG, a sua relação custo-benefício e os seus riscos/efeitos secundários. O protocolo de serviço instituído definia que a escolha do fármaco dependia da IG da grávida, pelo que: entre as 24 e 25 semanas e 6 dias o tocolítico de 1.ª linha a ser usado era a indometacina (inibidor da síntese de prostaglandinas) e o de 2.ª linha a nifedipina (bloqueador dos canais de cálcio); entre as 26 e as 31 semanas e 6 dias a nifedipina era o fármaco de 1.ª linha, sendo o atosiban (inibidor dos recetores de ocitocina) de 2.ª linha e a indometacina de 3.ª linha; entre as 32 e as 33 semanas e 6 dias o tocolítico de 1.ª linha era nifedipina e de 2.ª linha o atosiban. Perante a incapacidade de inibição da dinâmica uterina, ou seja, quando se verificava a ausência de resposta de um tocolítico de 1.ª linha este era suspenso e iniciava-se novo ciclo com um de 2.ª linha. São vários os autores que consideram a nifedipina o fármaco de eleição por ter uma eficácia semelhante à de outros tocolíticos, ter uma baixa incidência de efeitos secundários (incluem cefaleias, fadiga e flush cutâneo) e apresentar uma melhor relação custo-benefício (Montenegro [et al.], 2017). O atosiban pela sua elevada tolerabilidade e o seu elevado custo era reservado para situações de intolerância materna, gravidez gemelar e ausência de resposta clínica à nifedipina tal

como é recomendado pela literatura. Os seus efeitos secundários são raros, no entanto poderão incluir tonturas, cefaleias, náuseas e vômitos (Montenegro [et al.], 2017).

A administração de medicamento (corticóide) (ICNP, 2011) era realizada entre as 24 e 33 semanas mais 6 dias, segundo a prescrição e o protocolo de serviço, com vista à maturação pulmonar fetal em gestantes com risco de PPT. A administração materna de corticosteróides está associada a baixas taxas de morbimortalidade no PPT, reduzindo a mortalidade neonatal, a incidência de síndrome da membrana hialina, enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular no RNPT (SPP, 2012; Surbek, [et al.], 2014; Montenegro [et al.], 2015; RCOG, 2010). A literatura existente recomenda que seja administrado um único ciclo de corticosteróides (betametasona ou dexametasona) às grávidas com risco de PPT entre as 24 e as 34 semanas de gestação (Montenegro [et al.], 2015). Este medicamento apresenta uma eficácia máxima se o parto ocorrer entre 24 horas e sete dias após a última administração, contudo tem-se demonstrado eficaz mesmo quando o parto ocorre antes das 24 horas, pelo que é indicada a sua administração mesmo que o parto seja iminente (SPP, 2012; Montenegro [et al.], 2015). A administração de ciclos repetidos (*ciclos de resgate*) de corticóides encontra-se atualmente desaconselhada por não trazer benefícios relevantes para o RNPT e por estar, segundo alguns estudos, associada a restrição do crescimento fetal e diminuição da circunferência da cabeça fetal (Surbek, [et al.], 2014; SPP, 2012; Pinto [et al.], 2015; RCOG, 2010). No entanto existiram situações em que foram realizados ciclos de resgate, pois segundo alguns autores estes são considerados benéficos e não parecem estar associados a efeitos secundários quando o primeiro ciclo é realizado em idades gestacionais precoces (IG inferior a 26 semanas), com um intervalo de pelo menos quinze dias do primeiro ciclo e quando é administrado antes de completadas 32 semanas de gestação (Surbek, [et al.], 2014; SPP, 2012).

Os fármacos corticóides administrados mais frequentemente foram a betametasona (12mg por via intramuscular com 24 horas de intervalo entre duas doses) e a dexametasona (6mg por via intramuscular com 6 horas de intervalo entre as quatro doses) que apresentam efeitos secundários no feto, como alterações do comportamento fetal (diminuição da variabilidade e frequência cardíaca fetal) e na grávida como hiperglicemia, aumento da tensão arterial, retenção de líquidos, edema facial e distúrbios gastrointestinais (Montenegro [et al.], 2015). Assim as intervenções de enfermagem associadas à administração de corticoterapia nestas situações incluíam: monitorização da glicemia capilar, avaliação do traçado cardiotocográfico e ensinar sobre medicamento e efeitos secundários (ICNP, 2011).

Nos casos de parto prematuro iminente (nas 12 horas seguintes), em grávidas com IG entre as 24 e as 31 semanas e 6 dias, instituímos o protocolo de neuroprotecção fetal que consistia na administração endovenosa de um bólus de 6g de sulfato de magnésio durante 20 a 30 minutos seguido da administração de uma dose de manutenção de 2g/hora até ao parto ou durante 12 horas. As principais sequelas a longo prazo da prematuridade

incluem a disfunção cognitiva e a paralisia cerebral (Castro [et al.], 2014). A neuroproteção fetal com sulfato de magnésio tem sido associada por diversos estudos à redução dos casos de paralisia cerebral em RNPT com IG inferior a 32 semanas de gestação (Lloreda-Garcia [et al.], 2016). Os efeitos adversos maternos são leves e caracterizam-se principalmente por efeitos vasodilatadores como calor, flushing facial, diaforese e outros efeitos relacionados com a dose e velocidade de infusão como náuseas, vômitos e cefaleias. No entanto a sua toxicidade pode manifestar-se em depressão respiratória, paragem cardiorrespiratória e morte (Castro, [et al.], 2014; Llamazares [et al.], 2015). Quanto aos efeitos no feto manifestam-se através diminuição da variabilidade e da FCF basal (Montenegro [et al.], 2017). Perante a atitude terapêutica prescrita, administração de medicamento (sulfato de magnésio) (ICNP, 2011) e para garantir o bem-estar materno-fetal eram implementadas as atividades de vigilância seguintes: monitorização dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória) e monitorização da saturação periférica de oxigénio; monitorização do débito urinário; testar os reflexos rotulianos e avaliação do bem-estar fetal através de CTG, sendo interrompida a terapêutica se frequência respiratória inferior a 12 ciclos/minuto, ausência de reflexos rotulianos e o débito urinário inferior a 100ml/4 horas (Llamazares et. al, 2015).

A antibioterapia profilática era também protocolada nos casos de APPT, assim a administração de profilaxia (ICNP, 2011) da infeção neonatal por EGB era realizada em todas as grávidas com APPT ou PPT se EGB positivo, desconhecido ou realizado há mais de cinco semanas. A infeção neonatal pelo Estreptococo do grupo B (EGB) é uma doença provocada por um coco gram positivo designado *Streptococcus agalactiae* que ou *Streptococcus* do grupo B de Lancefield (SGB) que coloniza habitualmente o tracto gastrointestinal e genitourinário. O SGB tem sido identificado como o principal causador de sépsis e meningite neonatal, apresentando elevadas taxas de morbimortalidade em RN prematuros, sendo as mães a principal fonte de transmissão que na maioria dos casos são portadoras assintomáticas (ACOG, 2013). A transmissão do EGB ocorre maioritariamente, de forma vertical (mãe/filho) após o início do TP ou rotura de membranas, mas mais raramente poderá ocorrer *in útero* (Silva, 2012). Medidas de prevenção e a instituição de profilaxia têm vindo a ser implementadas após o reconhecimento do potencial deste agente para causar complicações fetais. Assim é recomendado o rastreio universal a todas as mulheres grávidas entre as 35 e as 37 semanas de gestação através da colheita de exsudado vaginal e rectal para cultura do EGB (CDC, 2010), tal como é protocolado no HPH. É também recomendada a administração de profilaxia intraparto, o que era realizado a todas as grávidas com APPT e PPT eminente e cujo fármaco de eleição era a penicilina ou ampicilina, salvo se alergia conhecida, feito por via endovenosa por permitir maiores concentrações intra-amnióticas (Montenegro [et al.], 2017).

A implementação de atividades de vigilância específicas como a vigilância do bem-estar materno e fetal, a presença de CU, sinais de TP, perda sanguínea ou RM, tal como

preconizado pela OE (2010) no Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG que refere que lhe compete “*Identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez (...)*”, era essencial para diminuir o risco de repercussões na saúde materna e fetal. Assim a avaliação da saúde materna passava pela avaliação do estado geral da grávida (vigilância da pele e mucosas, monitorização dos sinais vitais e despiste de sinais e sintomas de alarme) e avaliação do bem-estar fetal pela monitorização da frequência cardíaca fetal e contagem dos movimentos fetais.

A monitorização da FCF era realizada em todos os turnos através da auscultação com estetoscópio de ultrasons *Doppler* ou do registo cardiotocográfico. Em grávidas internadas com idades gestacionais precoces entre as 12 e as 28 semanas de gestação e na ausência de contratilidade uterina era realizada auscultação intermitente através do estetoscópio de ultrasons *Doppler*, que se realizava durante pelo menos um minuto e cujos valores de normalidade deveriam estar compreendidos entre 120 a 180 bpm em IG inferiores a 28 semanas e 110 a 160 bpm após as 28 semanas (Lowdermilk e Perry, 2008). Para a realização deste procedimento era solicitada a colaboração da grávida relativamente à sua perceção sobre a posição do feto, pois o local onde estas referiam sentir os movimentos fetais corresponde ao local oposto ao dorso do feto, facilitando assim a determinação do foco de auscultação. O foco de auscultação corresponde à identificação do local, no abdómen da grávida, em que os batimentos cardíacos fetais são audíveis com maior intensidade e que normalmente corresponde ao local sobre o dorso do feto (Lowdermilk e Perry, 2008; RCOG, 2008; parecer n.º 4 da MCEE Saúde Materna e Obstétrica, 2011). A identificação do foco fetal, para além da perceção materna sobre os movimentos fetais, era realizada através das manobras de Leopold em grávidas com IG superior a 30 semanas, ou seja, quando o feto apresenta tamanho que permite a exploração da posição fetal. As manobras de Leopold consistem na palpação do abdómen da grávida através de um conjunto de quatro manobras (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro [et al.], 2017). Este procedimento para além de auxiliar na determinação do foco fetal também se torna relevante por aumentar a ligação mãe/feto, pois segundo Nishikawa e Sakakibara (2013) estas manobras aumentam a perceção materna da posição fetal traduzindo-se no aumento de interações mãe/feto, como por exemplo falar com o feto, aumentando assim a ligação mãe/filho durante a gestação.

A cardiotocografia era a técnica de monitorização mais utilizada, pois permite a monitorização simultânea da FCF (cardiografia), da contractilidade uterina (tocografia), dos movimentos fetais (actografia) e dos MF sentidos pela mãe. Esta é uma técnica de monitorização fetal externa que consiste na colocação de dois transdutores externos no abdómen da grávida: o tocodinamómetro que avalia a frequência das contrações uterinas e que é colocado sob o fundo uterino e a sonda eco-Doppler colocada sob o foco fetal permite a avaliação da FCF (Graça [et al.], 2017; Ayres-de-Campos, 2015). Esta técnica foi utilizada em todas as grávidas internadas no serviço com IG superior ou igual a 28 semanas

e a sua interpretação, enquanto competência autônoma do EEESMOG, incluía a avaliação de quatro parâmetros fetais: linha de base ou FCF basal, variabilidade, acelerações e desacelerações. A linha de base da frequência cardíaca fetal é definida como o segmento mais horizontal e menos oscilatório, devendo os seus valores normais encontrar-se entre os 110 e 160 bpm (FIGO, 2015; Santo, 2016). É definida como bradicardia fetal quando a linha de base se encontra abaixo dos 110 bpm e taquicardia fetal quando esta se encontra acima dos 160 bpm por um período superior a 10 minutos (FIGO, 2015; Santo, 2016). A variabilidade compreende as oscilações da frequência cardíaca e é considerada normal se apresentar oscilações entre os 5 e 25 bpm; é considerada reduzida se inferior a 5 bpm e aumentada se superior a 25 bpm (Santo, 2016). No que diz respeito às acelerações e desacelerações, as primeiras são definidas como o aumento abrupto da FCF acima da linha de base superior a 15 bpm durante mais de 15 segundos e as segundas como a diminuição da linha de base superior a 15 bpm por um período superior a 15 segundos (Santo, 2016). Pela primeira vez as guidelines da FIGO classificam os diferentes tipos de desacelerações: precoces, variáveis, tardias em forma de U e prolongadas sendo os dois últimos tipos de desacelerações associados a hipoxémia fetal (FIGO, 2015). A partir da interpretação dos quatro parâmetros referidos anteriormente podemos então classificar os traçados CTG, de acordo com as guidelines publicadas pela FIGO, RCOG/NICE, em três categorias: normais, suspeitos e patológicos. Os traçados são considerados normais quando apresentam linha de base entre 110 e 160 bpm, variabilidade longa (5-25 bpm) e sem desacelerações repetitivas representando assim a ausência de hipoxemia fetal. Os traçados são suspeitos quando pelo menos um critério de normalidade não se encontra presente, sem apresentar características patológicas. São características patológicas a linha de base inferior a 110 bpm, variabilidade reduzida ou aumentada, padrão sinusoidal e a presença de desacelerações tardias e repetitivas ou prolongadas, levando à classificação do traçado de patológico (Santo, 2016). Os traçados patológicos estão associados a elevado risco de hipoxia/acidémia, não tendo sido presenciados ao longo deste estágio.

Relativamente à avaliação da contractilidade uterina era realizada a monitorização externa através da realização de CTG que apenas avalia a frequência e a duração das contrações (Santo, 2016). O registo cardiotocográfico era realizado de forma intermitente, com a duração mínima de 20 minutos em que a grávida era aconselhada a permanecer na posição de decúbito lateral esquerdo, sentada ou semi-fowler evitando assim a compressão uterina da veia cava inferior e a consequente diminuição da perfusão uteroplacentária e oxigenação fetal (FIGO, 2015; parecer n.º 16 da MCEE Saúde Materna e Obstétrica, 2011). A par da monitorização da FCF e da dinâmica uterina, no registo cardiotocográfico era realizada a monitorização dos movimentos fetais através da actografia. Esta monitorização era realizada durante a realização do CTG e em simultâneo com o registo dos movimentos fetais percebidos pelas grávidas.

Apesar de já não reunir consenso entre todos os profissionais a prescrição de repouso no leito persiste ainda na prática obstétrica como uma das intervenções mais amplamente prescritas. Cerca de 95% dos obstetras utilizam a prescrição de repouso no leito durante a sua prática clínica, calculando-se assim que a cerca de 20% das grávidas irá ser prescrito o repouso nalgum momento durante a sua gravidez (Sciscione, 2010). A intervenção *manter repouso no leito* foi amplamente prescrita durante o estágio, para grávidas internadas por APPT ou TPPT, apesar de não haver evidência sobre a eficácia do repouso na manutenção da gravidez. São vários os estudos que enumeram os inúmeros efeitos adversos do repouso prolongado no leito, sejam efeitos na saúde da mãe e do feto, quer efeitos na família e sociedade em que a grávida está inserida. Alguns dos efeitos adversos maternos descritos na literatura são o aumento do risco de tromboembolismo venoso, atrofia muscular, perda de peso, desmineralização óssea e alterações da função cardíaca (Sosa [et al.], 2010). Para além dos efeitos fisiológicos, o repouso no leito produz também efeitos psicológicos na grávida, como aumento da ansiedade, depressão e até hostilidade. Os maiores stressores que advêm desta prescrição são a separação da grávida da sua família, preocupações com o bem-estar fetal, sentimentos ambivalentes relativamente à gravidez e culpa por não seguir a prescrição de repouso (Bigelow & Stone, 2011). Para além dos efeitos maternos do repouso no leito, foi demonstrado que este tem também profundos efeitos na família da grávida. Segundo Calado e Ayres de Campos (2008) as crianças filhas de mães em repouso apresentam um aumento de reações negativas como dificuldades na escola e comportamentos agressivos (cit. in Bigelow & Stone, 2011).

Também os companheiros de grávidas em repouso no leito apresentam aumento da ansiedade devido ao aumento das responsabilidades domésticas com os filhos já existentes e ainda preocupações relacionadas com bem-estar materno e fetal (Janighorban [et al.], 2018). Relativamente aos efeitos sobre os fetos de mães que estiveram em repouso durante a gravidez existem poucos estudos, no entanto os efeitos neonatais observados são RN com baixo peso e diminuição da IG no momento do parto (Janighorban [et al.], 2018).

Segundo Alves [et al.] (2010) uma revisão da literatura feita pela Cochrane databases, sobre o repouso no leito na prevenção do PPT concluiu que não existe evidência científica que suporte ou refute o uso de repouso no leito como medida preventiva do PPT. Acresce, ainda, que devido aos potenciais efeitos adversos que esta medida tem na mulher, na sua família e nos custos para a sociedade, a prescrição de repouso no leito, de forma rotineira, para prevenir o PPT deverá ser desaconselhada. Montenegro [et al.] (2017), citando um estudo da ACOG (2014) sobre o assunto, também desencorajam a restrição física e repouso no leito como condutas a seguir na prevenção do PPT.

Sempre que o repouso no leito foi prescrito as nossas intervenções passaram por facilitar a gestão do repouso e a minimização dos efeitos colaterais a ele associados

através da avaliação do cumprimento da prescrição médica, avaliação da volição para manter o repouso durante o internamento e após a alta, monitorização dos efeitos adversos decorrentes do cumprimento de repouso no leito e o ensino de estratégias para gerir o repouso: colocar a cama ou sofá perto de uma janela e da casa de banho; estabelecer uma rotina para as atividades diárias de forma a reduzir o tédio e manter controlo sobre essas atividades; organizar a área de repouso para que possa ter acesso fácil a tudo aquilo que necessita; realizar exercícios passivos de mobilidade articular, se permitido; continuar a procurar/pedir informação sobre os cuidados ao filho; limitar as sesta; fazer refeições pequenas e frequentes; planejar as refeições, fazer a lista de compras e fazer as compras pela internet; encontrar atividades de lazer como ler, ouvir música, ver TV ou manter um diário sobre a gravidez, onde registe os progressos da gravidez (Rubarth [et al.], 2012). Perante o impacto que o processo patológico tem na saúde mental da grávida e pelo facto desta unidade de cuidados, que apesar de se localizar num hospital com projetos inovadores e com uma construção recente, apresenta um espaço físico reservado ao internamento de grávidas com condições exíguas e pouca luminosidade o que é suscetível de ter implicações no bem-estar das grávidas e provocar e/ou aumentar a ansiedade, podendo constituir só por si um fator de destabilização, fatores esses entre outros que nos levou a ter em conta O foco Ansiedade

O foco Ansiedade é definido como sendo *uma emoção negativa que gera sentimentos de ameaça, perigo ou angústia* (ICNP, 2011). Tal como já foi referido anteriormente a gravidez por si só é considerada por muitos autores um período transaccional de crise que ocorre durante um período da vida do casal e que exige diversas mudanças, exigindo por isso reajustamentos e adaptações a vários níveis (Conde e Figueiredo, 2005). Por se constituir uma situação crítica, a gravidez justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade por implicar uma maior vulnerabilidade do casal (Rato, 1998). Ainda segundo Brazelton (citado por Fonseca, 2012), a ansiedade no período pré-natal pode apresentar-se como um mecanismo saudável de adaptação ao novo papel de mãe, desde que haja *uma certa plasticidade psicológica*. A ansiedade na gravidez apesar de ser considerada por muitos uma resposta natural presente em situações novas, de stresse ou ameaçadoras, esta poderá constituir um problema quando percecionada constantemente levando a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa (RCP, 2011; MHF, 2016). Situações de risco durante a gravidez, em que muitas vezes é necessário o internamento hospitalar, poderão estar associadas a níveis aumentados de ansiedade na grávida e no casal (Poplar, 2014). A ansiedade nestas situações surge assim pelo facto das grávidas serem afastadas subitamente do seu meio familiar, social e laboral e pelos receios e preocupações associadas ao seu próprio estado de saúde e ao bem-estar fetal (Poplar, 2014; Rubarth [et al.], 2012). Níveis elevados de ansiedade podem manifestar-se na grávida de diversas formas, como através de sintomatologia física (aumento da frequência cardíaca e respiratória, sudorese excessiva, presença de dor e tensão muscular, tremores,

tonturas e indigestão) e através de sintomatologia ansiógena (preocupação constante, cansaço, dificuldades de concentração, irritabilidade ou desânimo) (ICNP, 2011; Conde e Figueiredo, 2005). Segundo Costa e Figueiredo (citado por Bettiol [et al.], 2012), na sua revisão da literatura, constataram que stresse presente na gravidez em níveis elevados pode comprometer o estado de saúde da mãe e do bebé. Existem já alguns estudos que associam a presença de ansiedade na gravidez com a presença de desfechos materno-fetais adversos como, sofrimento fetal, parto prematuro e RN com baixo peso ao nascimento. Também o desenvolvimento de vários distúrbios infantis a longo prazo tem sido associado à ansiedade excessiva na gravidez como distúrbios comportamentais, emocionais, cognitivos ou até situações de hiperatividade infantil (Miquelutti [et al.], 2013; Conde e Figueiredo, 2005). A evidência de que os riscos resultantes de níveis elevados de ansiedade durante a gravidez poderão acarretar implicações para a saúde da mãe e da criança torna imperativa a adoção por parte do EEESMOG de um conjunto de estratégias para prevenção ou tratamento de estados excessivos de ansiedade durante a gravidez. Assim perante o diagnóstico de ansiedade na gravidez era implementada a intervenção gerir a ansiedade através da promoção do autocontrolo pela adoção de estratégias de coping para lidar com stresse.

Coping é definido como a adoção de um conjunto de estratégias utilizadas pelos próprios indivíduos para lidar com situações geradoras de stresse e inclui respostas individuais de resolução de problemas, procura de mais informação, considerar alternativas, discussão da situação com outras pessoas, ou seja, o conjunto de ações que minimizem o stresse provocado por determinada situação (Paulino e Godinho, 2009). Lazarus e Folkman (citado por Bernardo, 2012) dividiram as estratégias de *coping* em dois grupos: o *coping* focado na emoção que visa a regulação dos afetos e emoções relacionados com a situação causadora de stresse e o *coping* focado na resolução de problemas que se relaciona com os esforços levados a cabo para lidar ou alterar a situação causadora de stresse, envolvendo estratégias para resolver, reformular e minimizar as consequências da situação traumática. Neste sentido a grávida/casal era incentivado a encarar a ansiedade e o seu motivo, a reavaliar a ameaça e a aprender a lidar com a mesma, eram encorajados a verbalizar as causas de ansiedade e a adotar estratégias não farmacológicas de redução do stresse como a massagem, a musicoterapia, a aromaterapia e a técnica de imaginação guiada, diminuindo assim os níveis de ansiedade da grávida/casal e promovendo o bem-estar materno-fetal (Bjorn [et al.], 2013).

O foco Autoestima ou Autoimagem foi identificado por diversas vezes no decorrer deste estágio, pois frequentemente eram presenciadas situações em que as grávidas verbalizavam sentimentos associados a uma baixa autoestima como, sentimentos de incompetência face ao novo papel de mãe, sentimentos de culpa e até sentimentos ambivalentes relativamente à gravidez. Este foco define-se como a *opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si*

próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (ICNP, 2011). Segundo Gupton (citado por Dias [et al.], 2008), grávidas consideradas de risco apresentam uma autoestima menor quando comparadas com grávidas sem complicações. Para além disso, baixa autoestima está associada a gravidez não planeada, nível baixo de escolaridade e falta de envolvimento do outro progenitor na gravidez (Van den Bergh, 2009). O conceito de autoestima está ligado ao conceito de autoeficácia, conceito referente à sensação de confiança que o indivíduo tem de si para realizar tarefas que lhe foram propostas. Existem evidências que referem que a percepção de bem-estar e confiança durante a gravidez predizem positivamente o assumir do papel parental no pós-parto (Dias [et al.], 2008). Também um estudo realizado por Hall (citado por Dias [et al.], 2008) com 738 mulheres no período pós-parto concluiu que as mulheres com baixa autoestima têm provavelmente 39 vezes mais probabilidades de apresentarem sintomas depressivos quando comparadas com mulheres com elevada autoestima. Assim verifica-se que as repercussões de uma baixa autoestima poderão colocar em risco o desempenho do papel parental, o estabelecimento da ligação mãe/filho e até da saúde mental da mulher, considerando-se, portanto, essencial a avaliação e o diagnóstico no sentido de promover o autoconceito da mulher facilitando a transição para o papel parental nestas situações. O diagnóstico diferencial de baixa autoestima era estabelecido através atitudes diagnósticas como: dialogar com a grávida sobre a sua autoestima e a opinião sobre si própria; conhecer as condições socioeconómicas da grávida/casal; avaliar os sentimentos relativos à gravidez atual e se a gestação tinha sido planeada, avaliar as expectativas relacionadas com a maternidade; avaliar a autoaceitação e a aceitação do elogio; avaliar a opinião sobre as suas capacidades e o seu mérito e conhecer o papel do companheiro na gravidez. Com o objetivo de promover o aumento da autoestima as intervenções adotadas foram: elogiar; escutar; esclarecer dúvidas; encorajar a identificar as suas qualidades; reforçar a importância das qualidades identificadas pela própria; incentivar a identificar experiências que aumentem a autoestima; ajudar a identificar as reações positivas que as pessoas significativas demonstram sobre si; transmitir confiança na capacidade da utente em lidar com as adversidades; ajudar no estabelecimento de metas realistas para alcançar uma maior autoestima e promover o envolvimento do pai na gravidez (Maçola [et al.], 2010; Machado [et al.], 2013).

De acordo com a idade gestacional e as necessidades sentidas pelo casal, as intervenções de enfermagem, independentemente do diagnóstico associado à gravidez, passaram também pelo aconselhamento e orientação no que diz respeito aos seguintes focos: Ingestão Nutricional, Sono e Repouso, Exercício Físico, Autocuidado relacionado com a Capacidade para cuidar da higiene pessoal, Capacidade para arranjar-se, Capacidade para vestir-se, Uso de substâncias, Segurança, Processo sexual, Conhecimento sobre Saúde e Capacidade para gerir os efeitos colaterais da gravidez (ICNP, 2011).

Assim, com a finalidade de ajudar os casais a compreender as mudanças decorrentes da gravidez e as alterações que estas poderão implicar na sua vida eram implementadas diversas intervenções relacionadas com os diferentes focos acima identificados, de forma a potenciar a saúde da grávida e do feto (Pinheiro e Seabra, 2008), passando as nossas intervenções por, respetivamente: ensinar sobre nutrição (alimentação e hidratação adequada), ensinar sobre aumento de peso esperado; informar sobre os efeitos da gravidez no padrão de sono/repouso, aconselhamento sobre o padrão de sono e repouso adequados e estratégias promotoras de sono; promoção das vantagens da prática de exercício físico durante a gravidez, ensinar sobre exercício físico adequado à IG e situação clínica; ensinar sobre alterações fisiológicas na gravidez e a sua influência no aumento da suscetibilidade à infeção, ensinar sobre hábitos de higiene e higiene perineal, ensinar sobre atividades como pintura do cabelo, das unhas, os cuidados de depilação, os cuidados de hidratação da pele e a utilização de maquilhagem, ensinar sobre uso de vestuário e calçado adequados; ensinar sobre efeitos adversos ao feto decorrentes do consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas ou medicação; ensinar sobre precauções de segurança relativas a segurança nos transportes (automóvel e avião), o uso de telemóveis, micro-ondas e fogão, a utilização de saunas ou água do banho com temperaturas elevadas (superior a 38/39°), o uso de produtos químicos ou tóxicos em casa, o contacto com gatos e a realização de atividades de jardinagem; ensinar sobre sexualidade durante a gravidez e, nos casos de mulheres com APPT, os casais eram orientados sobre as medidas de segurança associadas ao processo sexual na gravidez (evitar a estimulação da aréola mamária, a utilizar o preservativo e a evitar o orgasmo na mulher).

O foco Conhecimento sobre a saúde (ICN, 2011) refere-se à capacidade para identificar sinais de alerta e é essencial ser abordado nos diferentes contextos de prestação de cuidados ao casal grávido pois permite a prevenção de complicações, aumenta o envolvimento do casal no processo de cuidados, diminui a ansiedade e aumenta a sensação de autocontrolo. Sempre que o diagnóstico era o Conhecimento não adequado sobre sinais de alerta a valorizar no primeiro trimestre, o casal era informado a recorrer aos serviços de saúde caso identificasse: febre, ardência a urinar, dores abdominais, diarreia, vômitos persistentes ou hemorragia vaginal. A partir do primeiro trimestre os sinais de alerta são: perda de líquido pela vagina, hemorragia vaginal, corrimento vaginal com prurido, ardor ou odor não habitual associado, dor abdominal, dor epigástrica ou dor ou ardor ao urinar, cefaleias intensas ou persistentes com perturbações de visão associadas, edema da face, mãos e região sacral, alteração do padrão ou diminuição da percepção de movimentação fetal e identificação dos sinais de trabalho de parto (percepção de contrações uterinas regulares, dolorosas e de intensidade e duração crescente e rotura espontânea da bolsa amniótica) (DGS, 2005; Fraser [et al.], 2010; Lowdermilk e Perry, 2008).

Eram ainda internadas no serviço, grávidas com indicação para realização de indução do TP e que posteriormente passariam para o bloco de partos, pelo que neste capítulo irá ser abordado o processo de planeamento e execução dos cuidados relativos a estas situações como foi referido anteriormente.

Indução do trabalho de parto consiste na *iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação* (DGS, 2015) e deverá ser realizada quando o término da gravidez é a opção que apresenta maior benefício e um desfecho perinatal mais positivo do que a sua continuidade. Constituem indicações para o término da gravidez, complicações maternas e/ou fetais nas quais não se verifica urgência no parto: oligâmnios em gestação de termo, RCIU com alterações fluxométricas, morte fetal e gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas (DGS, 2015; OMS, 2011; ACOG, 2009). No sentido de reduzir a probabilidade de complicações neonatais e sempre que possível a ITP deve ser evitada antes das 39 semanas de gestação, exceto em situações em que haja claro benefício para a saúde materno-fetal. A ITP e maturação cervical estão associadas a um maior risco de complicações como cesariana, hemorragia peri-parto, rotura uterina e hiperestimulação uterina com hipóxia fetal. Também estão associadas a maior desconforto materno durante o TP e diminuem a sua mobilidade por monitorização fetal prolongada, tendo assim um impacto negativo na experiência de parto. Assim estas não devem ser consideradas em gestações não complicadas de forma a abreviar a duração da gravidez por motivos psicológicos ou sociais ou por maior conveniência dos pais ou profissionais de saúde (DGS, 2015; NICE, 2008).

Segundo ACOG (2009), o grau de maturação cervical encontra-se correlacionado com a eficácia da terapêutica da ITP. A maturação cervical refere-se à *intervenção obstétrica que tem como objetivo a preparação do colo do útero para uma posterior indução do trabalho de parto, quando as características cervicais não são favoráveis ao sucesso da indução* (DGS, 2015). Neste sentido, no caso de ITP era sempre realizada avaliação, através do toque vaginal, dos cinco itens (posição, consistência, extinção, dilatação e plano de descida fetal) que compõem o índice de Bishop, permitindo a atribuição de uma pontuação de valor prognóstico que irá posteriormente delinear a conduta a seguir. Assim para uma pontuação inferior a sete era realizada maturação cervical recorrendo métodos farmacológicos (aplicação de dinoprostona em dispositivo intravaginal de libertação lenta ou misoprostol em comprimidos intravaginais) ou através de métodos mecânicos (aplicação de sonda de Foley dilatada com SF). Quando o índice de Bishop era superior a sete era realizada ITP através da administração de ocitocina por via EV controlada por bomba infusora de acordo com o protocolo instituído (DGS, 2015; Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A avaliação do índice de Bishop é um indicador prognóstico importante associado ao sucesso da ITP, já que colos imaturos estão associados a tentativas frustradas de indução, resultando em TP prolongados e exaustivos,

aumentando a possibilidade de partos instrumentados ou de cesarianas e internamentos prolongados (Oliveira [et al.], 2011). Assim a escolha do método para ITP deverá ter em conta parâmetros como segurança, efetividade, facilidade de administração, conforto para a grávida e custo (Macedo, 2016).

O análogo da prostaglandina E1 (misoprostol) era o método mais utilizado para maturação cervical na gravidez de termo em que o índice de Bishop era inferior a sete e com membranas íntegras. São diversos os estudos que têm demonstrado que o misoprostol é um agente farmacológico tão ou mais eficaz que a dinoprostona, com segurança semelhante, apresentando um custo significativamente mais baixo e, portanto, devendo ser a escolha de primeira linha na maturação do cérvix. No entanto em situações como cesariana anterior, cirurgia uterina major, gravidez múltipla e IB inferior a 4, o uso de misoprostol deve ser evitado por se encontrar associado a um aumento do risco de rutura uterina (DGS, 2015; Macedo, 2016; ACOG, 2009; OMS, 2014). Também uma revisão de 45 estudos randomizados realizada pela Cochrane concluiu que o misoprostol vaginal apresenta uma eficácia superior à dinoprostona nas doses atualmente recomendadas, mas com maior incidência de hiperestimulação uterina com alterações da FCF (Hofmeyr citado por Macedo, 2016; DGS, 2015). Apesar disso, o seu uso encontra-se associado a uma diminuição da duração da ITP e TP, sem aumento da taxa de cesarianas (Ozkan [et al.], 2009; Calder [et al.], 2008; Prager [et al.], 2008). O protocolo de administração constava na administração de uma dose inicial de 25µg de misoprostol no fundo do saco vaginal posterior após confirmação de ausência de contratilidade uterina através de CTG. Esta aplicação poderia ser repetida em intervalos de 4 horas até ao máximo de 6 aplicações (150 µg). A estimulação iatrogénica do TP através da administração de ocitocina era realizada através da perfusão de 10 unidades diluídas em 1000 ml de SG 5%, controlada por bomba perfusora a um ritmo de 15ml/h, que poderia ser aumentado gradualmente de 20 em 20 minutos, após 40 minutos de acordo com a dinâmica uterina. Neste sentido a perfusão do agente ocitócico era sempre acompanhada de monitorização cardiotocográfica contínua, pois a complicação mais frequentemente diagnosticada era a taquissístolia uterina, bastando a remoção do agente causador para reverter estas situações.

Os focos de enfermagem identificados sempre que o casal era admitido no serviço para maturação cervical/ITP eram a Consciencialização, o Conhecimento sobre maturação/ITP e Oportunidade de TP (ICNP, 2011). Ao longo do estágio fomos constatando que os casais internados para ITP já possuíam informação sobre as razões e processo de maturação/ITP que tinha sido discutido durante a vigilância da gravidez, possuindo assim algum conhecimento que lhes permitia uma consciencialização facilitadora no momento da implementação dos cuidados associados a estas intervenções. No entanto sempre que os casais apresentavam défice de conhecimento e, no sentido de facilitar a consciencialização, eram implementadas intervenções com o objetivo de aumentar o conhecimento do casal sobre maturação cervical/ITP. Assim o casal era informado sobre os

critérios para a sua realização, as intervenções associadas à maturação cervical/ITP, nomeadamente a necessidade de monitorização com CTG de forma contínua com consequente redução da mobilidade, a evolução tocológica esperada, as fases de ITP, a necessidade de repouso no leito 2 horas após a aplicação de agente farmacológico para maturação cervical, os riscos associados aos fármacos utilizados e as suas consequências no bem-estar materno e fetal.

3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO

Cuidar da mulher e família durante o TP e parto implicou proporcionar-lhes conforto, segurança e cuidados de acordo com as suas necessidades reais e culturalmente congruentes, no sentido de ir ao encontro das suas expectativas, de forma a promover uma vivência positiva do TP. Foi este o nosso objetivo primordial durante o estágio que decorreu na unidade de bloco de partos do HPH. A nossa conduta pautou-se por ir de encontro às competências definidas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia de 2010 e que define que o EEESMOG *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.* Ainda segundo a OMS (2015) o objetivo do cuidar no parto normal, da perspetiva do cuidador, consiste na promoção da saúde e bem-estar materno e infantil com a menor intervenção possível e simultaneamente compatível com a segurança de todos os intervenientes. A experiência de parto representa um marco na vida das mulheres, sendo a sua vivência significativa e singular, que poderá ser influenciada por diversos fatores como experiências anteriores, expectativas, cultura, conhecimento sobre o processo e ainda a perceção do apoio e cuidados recebidos durante este período das suas vidas (Lopes [et al.], 2009; Velho [et al.], 2012). Neste sentido, todos os cuidados prestados seguiram a premissa da OE e APEO (2012) de que *o casal tem o direito de vivenciar o parto como um momento único e individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, de forma a fortalecer os aspetos do processo fisiológico normal do nascimento.*

O estágio no bloco de partos permitiu-nos, em colaboração com a equipa multidisciplinar assistir a 71 partos dos quais 46 eutócicos realizados, 5 eutócicos participados, 16 distócicos e 4 cesarianas, tal como representado no diagrama da figura 2, sendo que cada um constituiu um momento único de aprendizagem e um momento único na vida de cada parturiente/pessoa significativa todas as intervenções implementadas e que irão ser descritas neste capítulo promoveram o cuidar de cada parturiente/casal de forma individualizada e atendendo sempre a sua globalidade naquele momento único das suas vidas.

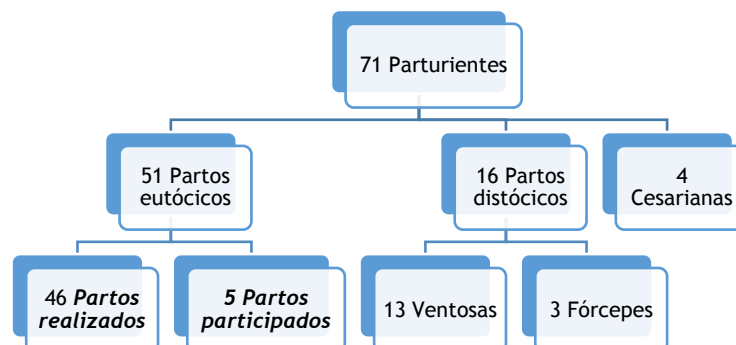


FIGURA 2 - Parturientes cuidadas

O percurso realizado pela parturiente, após recorrer ao serviço de urgência geral do HPH, era o encaminhamento para o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, provido de profissionais especializados na área permitindo a avaliação clínica e o diagnóstico destas mulheres. Sendo este serviço no mesmo espaço físico que o BP, permitiu-nos a realização de um conjunto de aprendizagens relacionadas essencialmente com os cuidados imediatos necessários ao bem-estar materno e fetal. Sempre que a grávida dava entrada no serviço de urgência era priorizado o atendimento médico e a realização de exames complementares de diagnóstico nomeadamente a ecografia, sendo posteriormente avaliado o bem-estar fetal e a contratilidade uterina através da monitorização CTG e, perante uma grávida com sinais e sintomas suspeitos de fase ativa de TP era realizada a admissão no serviço de BP. Todas as situações em que o traçado CTG era normal e na ausência de TP a conduta a adotar priorizava o ensino sobre movimentos fetais a grávidas que recorriam por perceção diminuída dos movimentos fetais e o ensino sobre contrações de Braxton-Hicks e contrações de TP. Todas as grávidas que recorriam por RPM sem a presença de TP concomitante eram internadas no serviço de grávidas de risco para vigilância e monitorização materna e fetal até início espontâneo ou indução do TP. As grávidas admitidas no BP eram maioritariamente provenientes do serviço de urgência, mas também eram transferidas da unidade de grávidas de risco por início de TP espontâneo ou após progressão da indução do TP, encontrando-se sempre na fase ativa e em todas as situações era identificado o diagnóstico de enfermagem Trabalho de Parto Presente (ICNP, 2011). Face ao exposto, a descrição do estágio no BP apresenta-se descrita, cronologicamente, desde a admissão da parturiente/casal até à sua transferência para o serviço de puerpério e de acordo com a evolução do TP.

Trabalho de parto define-se como *um conjunto de processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) e a sua evolução pode ser dividida em quatro períodos ou estádios (Lowdermilk e Perry, 2008). O primeiro período caracteriza-se pelo início de contrações rítmicas e regulares e termina com a dilatação completa. Durante este período decorrem alterações cervicais que se distinguem em três fases: fase latente (dilatação até aos 3 cm) que poderá durar cerca de 20 horas nas primíparas, fase ativa (dilatação entre os 4 cm e 7 cm) e a fase de transição (dilatação dos 8 cm aos 10 cm). O segundo período inicia-se com a dilatação completa e termina com o nascimento do feto, sendo assim também designado de período expulsivo. O terceiro período é também designado de dequitação e inicia-se após o nascimento do feto até à expulsão da placenta e poderá ter uma duração até cerca de 30 minutos. O quarto e último período refere-se ao período de hemóstase, com uma duração até cerca de 2 horas após a expulsão da placenta (Fatia e Tinoco, 2016).

O diagnóstico de fase ativa do TP, apesar de não ser consensual na literatura, compreende a presença de alterações cervicais como a extinção do colo do útero e/ou a dilatação cervical superior a 3 cm acompanhadas de contrações uterinas regulares (cerca de 2 em 15 minutos) ou a rutura de membranas espontânea (ICSI, 2013). A determinação da fase ativa de TP é crucial para evitar o internamento de grávidas em fases muito precoces do TP, isto porque esta fase poderá ter uma duração de até cerca de 20h na nulípara e 14h na múltipara (DGS, 2015) levando a internamentos prolongados e consequentemente a uma maior probabilidade de serem cuidadas por diferentes profissionais e submetidas a intervenções obstétricas desnecessárias (Porto [et al.], 2010). Assim, a admissão na fase ativa do TP encurta a estadia da mulher no hospital, fazendo com que estas se sentiam menos vulneráveis à dor e ao desconforto, refletindo-se na sensação de controlo do TP, resultando num segundo estadio mais rápido e não afetando o desfecho perinatal (Hodnett [et al.], 2013). Uma ferramenta útil na tomada de decisão perante diagnóstico de TP ativo é a realização do toque vaginal, que permite avaliação das características do colo uterino como a dilatação, extinção, posição e consistência do colo. A avaliação tocológica permite ainda a monitorização da progressão do TP através da avaliação de indicadores da estática fetal como apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedades da apresentação fetal (anterior, posterior ou transversa) e descida (através dos planos de Hodge) e rotação interna da cabeça fetal (APEO & FAME, 2009). A avaliação da variedade da apresentação fetal foi o parâmetro em que surgiram maiores dificuldades, mas que foram sendo superadas ao longo do tempo e pela adoção de algumas estratégias sugeridas pela orientadora de estágio. Esta avaliação era realizada durante admissão no serviço de urgência como adjuvante no diagnóstico e ao longo do primeiro período de TP, permitindo-nos a recolha de dados importantes na vigilância da evolução do mesmo. A realização do toque vaginal é uma intervenção frequentemente associada a desconforto e ansiedade maternas, estando também associada a um aumento do risco de infeção, tendo sido apenas implementada quando estritamente necessário e indo de encontro às recomendações da OMS (2014) que indicam que deve ser realizada com um intervalo mínimo de cerca de 4 horas, não existindo outras queixas.

Quando a grávida/acompanhante eram admitidos no BP era realizado o seu acolhimento através da apresentação das instalações físicas, da equipa de cuidados e dos recursos disponíveis durante a sua permanência no serviço. Durante o acolhimento procurava-se conhecer melhor a parturiente/casal, iniciando-se assim a relação terapêutica no sentido de transmitir confiança no processo e a participação nos cuidados. Consideramos que neste primeiro contacto a comunicação é um instrumento essencial na individualização dos cuidados pois permite-nos conhecer as reais necessidades das pessoas através da sua forma de agir, pensar e sentir, minimizando as inseguranças, medos e ansiedade. A par do acolhimento era realizada a colheita de dados através da consulta do

boletim de grávida (idade, índice obstétrico, vigilância durante a gravidez, exames e análises clínicas realizadas, antecedentes clínicos, grupo sanguíneo e alergias) e através de entrevista informal sobre sentimentos relativos à gravidez e expectativas e emoções relacionados com o TP, frequência no curso de preparação para o parto e parentalidade, existência de plano de parto, acompanhante significativo durante o TP, preferência de técnicas para alívio da dor (farmacológicas ou não farmacológicas), nome do RN, corte do cordão umbilical (precoce ou tardio), vontade de realizar contacto pele a pele após o nascimento e amamentação na primeira hora de vida e finalmente o esclarecimento de dúvidas, receios e preocupações. Depois de realizado o acolhimento no serviço era sugerido à parturiente o uso de roupa confortável, preferencialmente uma camisa de noite que permitisse a amamentação após o nascimento e era preparada a unidade para receber o RN, nomeadamente a disposição da sua roupa pela ordem que seria vestida. À entrada no serviço era ainda proposto à parturiente a realização de enema de limpeza (Microlax®) e tricotomia, tal como preconizado pelos protocolos instituídos no serviço e que apenas foi realizado com o consentimento da mesma. A realização de enema de limpeza durante o TP é uma prática rotineira que se encontra atualmente não recomendada por não apresentar quaisquer benefícios clínicos na evolução do TP, não ter efeitos nas taxas de infeção materno-infantil e podendo muitas vezes produzir constrangimento e desconforto na mulher por ser considerada uma prática invasiva (OMS, 2018; Reveiz, Gáitan e Cuervo, 2013). A tricotomia da região perineal encontra-se também desaconselhada por aumentar o risco de contaminação do local cirúrgico (caso ocorra episiotomia) devido aos micro-cortes resultantes da raspagem e pelo prurido e desconforto causado pelo crescimento do pelo interferindo no processo de cicatrização do períneo (OE, 2011). Esta foi uma intervenção que apenas foi realizada quando solicitada pela parturiente, tendo-se verificado que em muitos casos no momento da admissão a parturiente já apresentava tricotomia da região perineal.

As expectativas e experiências anteriores de parto podem influenciar a forma como a mulher encara o parto, envolvendo frequentemente sentimentos ambivalentes como alegria e entusiasmo, mas também medo, stresse e ansiedade (Nilsson [et al.], 2018). Estas são complexas e multidimensionais podendo ser fatores facilitadores ou inibidores do processo e na transição para o papel maternal (Shumacher e Meleis, 1994). O conhecimento das expectativas das grávidas em relação ao parto tem sido várias vezes objeto de estudo, havendo diferentes estudos que procuram conhecer as dimensões da experiência de parto que a grávida antecipa. O suporte proporcionado quer pelo companheiro quer pelos profissionais de saúde, a intensidade e a forma como lidar com a dor, as características do ambiente onde irá acontecer o parto, o medo do desconhecido, a preocupação relativa à sua saúde e à saúde do bebé e a sua autoeficácia durante todo o processo foram referidos, em vários estudos como dimensões em torno das quais as mulheres vão formando determinadas expectativas. O efeito das expectativas das

mulheres em relação ao tipo de parto desejado e às diferentes dimensões associadas a esta experiência, encontram-se intimamente ligadas tanto ao nível de satisfação que a mulher irá perceber após o parto como com a percepção que as mulheres irão ter da sua eficácia para lidar com as situações futuras, nomeadamente a sua capacidade para cuidar do filho, o que poderá mesmo influenciar o estabelecimento de laços afetivos com o seu filho (Nilsson [et al.], 2018).

Deste modo, discutir e conhecer as expectativas que cada mulher durante o primeiro período do TP permitiu-nos estabelecer um plano de cuidados individualizado, cujo objetivo foi o aumento da satisfação da parturiente com a sua experiência de parto e a promoção de uma transição mais saudável para a maternidade. A verbalização de medos e preocupações relativamente ao parto foi mais frequente em múltiparas com experiências anteriores negativas e primíparas que não tinham frequentado as aulas de preparação para o parto, demonstrando, conseqüentemente, estas parturientes maiores níveis de ansiedade e stresse e uma percepção diminuída da sua autoeficácia. O medo, stresse e ansiedade durante o trabalho de parto poderá afetar o desfecho materno-fetal, pois a libertação de betaendorfinas poderá bloquear o músculo liso do útero diminuindo conseqüentemente as contrações uterinas e prologando ou inibindo o TP (APEO, 2009). O trabalho de parto inibido por medo ou ansiedade irá, por sua vez, aumentar ainda mais os níveis de stresse da puérpera formando-se, assim, um ciclo vicioso (medo, ansiedade e dor) difícil de ultrapassar (Lowdermilk e Perry, 2008). Perante o foco de Ansiedade e Stresse (ICNP, 2011) durante o primeiro período do TP foram implementadas intervenções promotoras do conforto e diminuição dos níveis de ansiedade. Neste sentido, foi promovido o bem-estar físico e o bem-estar emocional da parturiente. A promoção do conforto e bem-estar físico passava por proporcionar um ambiente acolhedor (agradável, calmo, aquecido, com luminosidade reduzida, sem ruídos e com privacidade), sendo essencial para a diminuição da ansiedade, insegurança e medo associados a ambientes hospitalares e desconhecidos aumentando conseqüentemente a satisfação materna (Marques, 2014).

Incentivar a presença de um acompanhante para suporte contínuo durante o TP foi essencial na promoção do bem-estar emocional da parturiente, o que segundo Silva [et al.], 2015 aumenta a sensação de apoio e segurança da mulher gerando sentimentos de maior controlo no processo de nascimento e diminuindo assim os sentimentos relacionados com medo e ansiedade. São vários os estudos que apontam ainda para a diminuição da necessidade de intervenções obstétricas e partos distócicos, bem como o aumento da satisfação dos casais com a experiência de parto e o aumento da eficácia do AM (Hodnett [et al.], 2013; Silva [et al.], 2015). Os pais foram os acompanhantes que mais frequentemente estiveram presentes nos partos que assistimos, isto porque para além de se considerarem uma importante fonte de suporte para as mulheres, estes também foram exprimindo o seu desejo de partilharem esta experiência com as suas companheiras.

As experiências de parto dos pais são complexas e multidimensionais e podem gerar diferentes sentimentos como euforia e felicidade mas também ansiedade, sensação de inutilidade, vulnerabilidade, stresse e exclusão do processo de nascimento (Ledenfors [et al.], 2016; Hildingsson [et al.], 2011). São vários os estudos que referem que a experiência de parto do pai influencia a sua transição para a parentalidade, a ligação com o filho e a própria relação do casal.

Também o suporte proporcionado pelo EEESMOG foi essencial no empoderamento e capacitação do casal no processo de tomada de decisões, promovendo a participação ativa do mãe/pai durante todo o processo de nascimento, rumo a uma experiência de parto positiva para o casal. O papel do pai durante o TP deve, assim, ser encarado pela equipa como um agente participativo e é necessário providenciar suporte para que este se sinta incluído em todo o processo. Durante a experiência de nascimento é necessário ter em conta o nível de envolvimento desejado pelos pais e que este poderá oscilar entre desejarem ser envolvidos em determinados momentos e noutros não, evitando “forçar” a participação para que a experiência não se torne desagradável para o casal. No entanto, independentemente do papel adotado pelo pai (mais ou menos ativo) este nunca deverá ser excluído do processo, mas antes, ser incentivado a adotar o papel mais confortável para si e para a sua companheira (Bäckström & Wahn, 2011).

Proporcionar uma experiência de parto positiva aos pais, também faz parte das competências do EEESMOG. Pois, segundo Hildingsson [et al.] (2010) consiste basicamente em mostrar disponibilidade estando frequentemente presentes na sala de partos e providenciar informação sobre o processo, resultando numa perceção aumentada de suporte aos pais o que se torna essencial para que estes consigam lidar com as emoções vivenciadas durante o processo de nascimento. Providenciar suporte ao pai para promover a sua participação ativa e envolvimento durante o TP é muito importante para proporcionar uma experiência de parto positiva, reforçar a sua identidade enquanto homens e pais e reduzir o sentimento de exclusão Rodrigues (2014).

Segundo Eggermont [et al.] (2016) uma das formas de os pais se sentirem envolvidos no processo é proporcionar suporte físico e emocional às suas companheiras, nomeadamente, através de ajuda na mudança de posição, oferecer massagens ou fluídos, dando carinho ou reforços positivos ao longo do TP. No sentido de promover a satisfação das necessidades de ambos os progenitores, durante o processo de nascimento, o pai foi envolvido, individualmente no processo de cuidados. A Royal College of Midwives recomenda a adoção de algumas intervenções específicas em relação às necessidades do pai durante o TP, nomeadamente compreender o nível de envolvimento desejado, respeitando o seu direito a mudar de ideias, compreender e respeitar os seus sentimentos ao longo do processo, incentivar o seu papel ativo (através de atitudes como apoiar a companheira ou proporcionar o corte do cordão umbilical), incentivá-lo a apoiar a adoção de medidas não farmacológicas de alívio da dor (dando massagens, auxiliarem durante a

liberdade de movimentos, usem técnicas de relaxamento, etc.), dar as informações relevantes e incluí-lo no processo de tomada de decisão. Incentivar, também a comunicação entre o casal, e o pai a conhecer e tocar no RN e a incluí-lo no processo de cuidados ao filho (Johansson & Hildingsson, 2013).

A promoção da autonomia e participação ativa da mulher durante o trabalho de parto é essencial na humanização dos cuidados prestados durante o parto normal. Tal, implica conhecer as reais necessidades das mulheres e empoderá-las a fazer as suas próprias escolhas nos cuidados que lhe são prestados tornando-a protagonista do seu próprio parto (Silva [et al.], 2015; Mouta [et al.], 2017).

Empowerment significa *fornecer meios e oportunidades, tornar possível, dar os conhecimentos e aumentar as atitudes e competências para que as pessoas se sintam capazes, competentes e responsáveis para tomar decisões sobre a sua saúde* (Silva [et al.], 2015). O acesso à informação é essencial para empoderar a mulher e neste sentido tornou-se fundamental fornecer orientações sobre todo o processo e fomentar o seu conhecimento relativamente às rotinas e atitudes de vigilância que iriam sendo implementadas, desconstruir termos técnicos desconhecidos, explicar todos os procedimentos adotados preparando-a antecipadamente para sensações que poderia experienciar e esclarecer todas as dúvidas que fossem surgindo. O acesso à informação possibilita assim à mulher ter mais confiança nas decisões que irá tomar durante todo o TP tornando assim mais ativa nos cuidados que lhe são prestados (Silva [et al.], 2015).

O plano de parto é uma ferramenta útil para a mulher, mas também para os profissionais de saúde. Permite à mulher a reflexão sobre aquilo que gostaria que acontecesse durante o parto do seu filho e permite aos profissionais de saúde na prestação de cuidados respeitar a vontade e decisões da parturiente e fazer- sentir-se escutada e respeitada e, portanto, empoderada (Mouta [et al.], 2017). Durante a nossa permanência no bloco de partos não presenciamos a entrega formal de um plano de parto por escrito, no entanto, foram várias as mulheres que verbalizaram aquilo que tinham idealizado e quais seriam as suas preferências, que foram respeitadas sempre que dependiam de ambos e equipa de enfermagem, indo de encontro à premissa da OE (2010, p.5) que define que o EEESMOG *Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantido intervenções de qualidade e risco controlado.*

A avaliação da dor associada ao TP era realizada durante a permanência no serviço, sendo disponibilizados métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, contribuindo, desta forma, para aumentar o conforto e permitir uma vivência mais positiva da experiência de parto e nascimento. A participação ativa da mulher e acompanhante na gestão da dor, em colaboração com o profissional de saúde, contribui de forma positiva para perceber quais as estratégias e soluções mais eficazes para cada mulher. A dor associada ao TP é subjetiva, multidimensional e variável de mulher para

mulher, sendo a sua intensidade influenciada por fatores comportamentais, culturais e orgânicos, bem como possíveis desvios da normalidade como stresse, ansiedade e distócias (Nilsen, Sebastino e Lopes, 2011). A dor durante o primeiro estadio do TP é do tipo visceral, sendo o estímulo doloroso nociceptivo resultante da distensão do segmento inferior do útero e da dilatação cervical, manifestando-se as queixas principalmente na porção inferior do abdómen com irradiação para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, glúteos e coxas (Lowdermilk e Perry, 2008). Já durante o período expulsivo a dor é somática e está associada à distensão e tração das estruturas pélvicas, nomeadamente assoalho pélvico e períneo (Nilsen, Sebastino e Lopes, 2011), sendo a dor localizada na região infra-umbilical, lombar e sagrada (Lowdermilk e Perry, 2008). Segundo Klomp [et al.] (2014) as preocupações de mulheres grávidas relativas à dor de TP relacionam-se essencialmente com o nível de dor que irão experienciar e a forma como irão lidar com essa dor. Ao mesmo tempo referem-se ao TP como uma experiência difícil mas empoderadora por terem sido capazes de lidar com a dor.

Ainda segundo uma revisão sistemática da literatura realizada por Hodnett (2002) (cit. in Klomp [et al.], 2014) existem quatro fatores que influenciam a satisfação com a experiência do parto, nomeadamente as expectativas, a perceção de suporte recebido, a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde e o nível de envolvimento nas decisões durante o processo. Nesta perspetiva, ajudar a mulher a decidir o método de alívio da dor implica empoderá-la na sua escolha proporcionando - lhe não só toda a informação sobre os métodos disponíveis (farmacológicos/não farmacológicos ou ambos) como também os seus potenciais benefícios e riscos sobre a capacidade inata da mulher para produzir endorfinas durante o parto, a possibilidade de escolher vários métodos de alívio da dor e informar sobre a evidência de métodos não farmacológicos proporcionando suporte continuo durante todo o processo.

A maioria das parturientes por nós cuidadas optou pelo controlo farmacológico da dor através de analgesia pela via epidural. A analgesia epidural é o método farmacológico mais comum e eficaz no alívio da dor no TP e que melhor é tolerado pela parturiente e pelo feto. É contra-indicação para realização de analgesia epidural as coagulopatias, hipovolemia, infeções no local da punção e pressão intracraniana elevada (Sitras [et al.], 2017). A administração de analgesia pela via epidural foi sempre realizada quando solicitada pela parturiente, excepcionando os casos em que o período expulsivo era eminente seguindo a premissa da *American College of Obstetrician and Gynecologists* (Joy [et al.], 2015) que recomenda a administração de analgesia epidural assim que a mulher o deseje, independentemente da fase de TP.

A colocação do cateter epidural era realizada pelo anestesista de serviço com a nossa colaboração pois uma das competências do EEESMOG é “*Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção e controlo da dor*” segundo o regulamento de competências específicas definidas pela OE (2010). Previamente à

colocação do cateter era reunido todo o material, explicado o procedimento à parturiente e colocada e incentivada a manter a posição (sentada ou em decúbito lateral preferencialmente esquerdo em posição fetal). Sempre que havia perfusão de ocitocina em curso esta era suspensa para diminuição da frequência e intensidade da contratilidade uterina e era ainda vigiado o bem-estar materno-fetal durante todo o procedimento. Após colocação do cateter epidural era administrada uma primeira dose de fármacos (sufentanil e ropivacaína) pelo anestesista, sendo posteriormente administradas doses intermitentes de ropivacaína 0,2% (8-10ml) sempre que solicitado pela parturiente e respeitando o intervalo de segurança (cerca de 1h) entre doses e segundo o protocolo de serviço instituído. Os efeitos secundários mais frequentemente associados aos fármacos administrados pela via epidural e presenciados durante a prática clínica foram a hipotensão materna, náuseas e vômitos, prurido, tremores, bloqueio motor e sensitivo e retenção urinária (Sitras [et al.], 2017). Ainda segundo alguns estudos, o uso de fármacos opiáceos na analgesia epidural tem demonstrado estar associado ao prolongamento do segundo estagio do TP, ao aumento do número de partos instrumentados e ao aumento das taxas de cesariana (Herrera-Gómez [et al.], 2018; Khajehei e Assareh, 2018). Por outro lado, uma revisão sistemática da Cochrane realizada por Anim-Somuah [et al.], 2011 demonstrou que a administração de analgesia epidural numa fase precoce ou tardia do TP não se encontra associada às taxas de cesariana.

Após a realização da analgesia epidural a vigilância do estado de saúde materno-fetal era mais apertada com vista a prevenir as complicações mais frequentemente associadas aos fármacos administrados, à presença do cateter e ainda para avaliar a eficácia analgésica. Assim a TA era monitorizada de 10 em 10 minutos durante os primeiros 30 minutos após a colocação do cateter, colocada fluidoterapia em curso para prevenir a hipotensão materna e a avaliação cardiotocográfica durante 30 minutos após cada administração de bólus de fármacos (NICE, 2014); foi presenciada uma situação de hipotensão resultante da administração de analgesia pela via epidural que facilmente foi revertida através do aumento do volume de fluídos em perfusão e através do posicionamento da grávida em Trendelenburg. As náuseas, vômitos e prurido eram sintomas monitorizados essencialmente após a primeira administração de fármacos pela via epidural por se encontrarem associados à administração de opióides (fentanil e sufentanil) (Pereira, 2013) e que foram observados em diversas situações. Os fármacos anestésicos locais administrados intermitentemente através do cateter epidural produzem analgesia pelo bloqueio da sensação dolorosa (fibras sensitivas) associada às contrações uterinas, mas também poderá causar bloqueio das fibras motoras traduzindo-se numa diminuição da capacidade de deambulação da parturiente. A administração de baixas doses de anestésicos locais produz analgesia com bloqueio motor mínimo permitindo a deambulação da grávida (Cordeiro [et. al.], 2010). Assim era vigada a função motora das

parturientes e desde que não houvesse qualquer compromisso era incentivada a adoção de posições antiálgicas e a deambulação durante o primeiro período do TP.

O foco Retenção Urinária foi também identificado após colocação do cateter epidural, pela diminuição da percepção de “bexiga cheia” pela parturiente comprometendo assim a eliminação urinária e conseqüentemente a progressão da descida fetal pelo aumento vesical que constitui uma barreira física à passagem do feto (Graça [et al.], 2017). As nossas intervenções passaram então pela prevenção da formação de globo vesical através da vigilância da eliminação urinária e sinais de retenção urinária, incentivando as grávidas a urinar de 2 em 2 horas. Sempre que se verificou retenção urinária procedeu-se à algaliação da parturiente durante todo o TP até ao período expulsivo o que dificultava a deambulação da mulher.

A analgesia epidural foi o método de alívio da dor preferencialmente adotado pela maioria das parturientes cuidadas durante o nosso percurso, no entanto eram também promovidos outros métodos de alívio da dor pela equipa de enfermagem mesmo nos casos em que tinha sido realizada analgesia epidural. Tivemos ainda a oportunidade de cuidar algumas puérperas que optaram pelo alívio da dor apenas com recurso a métodos não farmacológicos e houve também uma situação de uma grávida com trombocitopenia que é contra-indicação para a realização de analgesia pela via epidural.

A OMS (2018) recomenda que durante o TP sejam implementadas medidas que promovam a progressão do TP e o conforto materno, como a oferta de líquidos, a deambulação, a liberdade de movimentos e a adoção de posições verticalizadas, bem como a oferta de metodologias não farmacológicas para o alívio da dor como a massagem, hidroterapia, aplicação de calor local, a dança, o uso da bola de pilates, a musicoterapia, as técnicas de respiração. A meta-análise realizada por Chaillet [et al.] (2014) (cit. in Khajehei e Assareh, 2018) que reuniu 57 estudos publicados entre 1990 e dezembro de 2012 demonstrou que os métodos não farmacológicos para alívio da dor do TP oferecem inúmeros benefícios materno-fetais e não apresentam riscos associados. Os benefícios associadas a adoção destes métodos incluem a diminuição do nível de stresse e ansiedade das mulheres prevenindo assim a hiperventilação materna e redução da libertação de catecolaminas contribuindo para uma melhor perfusão placentária resultando num melhor desfecho neonatal; a promoção da satisfação com a experiência de parto devido a uma maior sensação de controlo do próprio corpo e as suas emoções e a redução da fase latente do TP bem como a taxa de partos instrumentados (Medeiros [et.al], 2015; Leal [et al.], 2014).

A ingestão de líquidos e alimentos leves durante o TP é recomendada pela OMS (2018) como uma medida de conforto que deve ser apoiada sempre que as mulheres o desejarem. No entanto de acordo com o protocolo instituído foi feita uma restrição da ingestão oral apoiada por um estudo publicado em 1940 por Mendelson que referia que em

caso de anestesia geral existe um risco aumentado de aspiração pulmonar do conteúdo do estômago. Ao longo do tempo a anestesia obstétrica tem vindo a mudar consideravelmente com avanços no que diz respeito às técnicas de anestesia geral e ao uso mais frequente da anestesia regional. São vários os estudos que têm vindo a avaliar estas restrições não tendo sido encontrados benefícios ou danos associados à restrição de alimentos e bebidas durante o TP em mulheres de baixo risco, tendo alguns estudos identificados alguns efeitos nocivos do jejum prolongado como a cetoacidose e a desidratação que poderão estar relacionadas ao aumento do stresse materno e prolongamento do TP (Singata [et al.], 2013; Hunt, 2013). Em consequência do jejum prolongado era rotineiramente instituída a administração de soroterapia com soro glicosado 5% contrariando as recomendações da OMS (2018) que recomendam ponderação na administração de fluidoterapia EV durante o TP já que tem vindo a estar associada a um risco aumentado de sobrecarga de fluídos, aumento da incidência da hipoglicemia neonatal e aumento do stresse materno por diminuição da possibilidade de mobilização durante o TP (Singata [et al.], 2013).

Neste contexto, não existe consenso na literatura sobre o tipo de alimentos que a puérpera poderá ingerir durante o TP, tendo sido referido por alguns autores que durante a fase latente do TP a mulher poderá ingerir líquidos e alimentos leves como bolachas, fruta, saladas, sopas e gelatina (Marques, 2014). Já na fase ativa do TP o mesmo autor considera que a parturiente apenas poderá ingerir líquidos como água, sumos e chá. Apesar de não haver consenso sobre o jejum no TP a maioria dos estudos apoia a ingestão de líquidos durante o TP, não havendo consensos no que se refere à ingestão de alimentos sólidos.

A deambulação e a adoção de posições anti-álgicas para além de proporcionarem alívio da dor favorecem o relaxamento das fibras nervosas, facilitam a descida e encravamento do pólo fetal e conseqüentemente aumentam progressão do TP (The Royal College of Midwives, 2012). A OMS (2018) recomenda que a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP em mulheres de baixo risco por encurtar a primeira fase do TP, reduzir a necessidade de analgesia epidural, ajudar a mulher a encontrar uma melhor posição para parir e reduzir a taxa de cesarianas e partos instrumentados. Esta é uma intervenção considerada de baixo custo e fácil de implementar tendo resultados positivos no desfecho materno-fetal não aumentando a mortalidade perinatal (OMS, 2018). No serviço, a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP foram intervenções difíceis de implementar por diversos motivos como a presença de CVP e soroterapia em curso, tal como a presença de cateter vesical e saco coletor de urina, CTG contínuo e abertura da equipa médica que apresentava uma “atitude de precaução”. Nesta situação a nossa atitude passou pela mediação, negociação e argumentação entre ambas as partes no sentido de obter os melhores resultados e contribuir para a mudança dos paradigmas associados ao TP adotando assim aquilo a que a OMS denomina de boas práticas assistenciais para uma experiência de parto positiva.

A massagem foi realizada pela EEESMOG e/ou instruído o companheiro a realizar a mesma com o objetivo de promover o relaxamento das fibras nervosas e o alívio da dor (Ritter, 2012). Esta pode ser realizada em qualquer parte do corpo em que a mulher sinta desconforto, tendo sido mais frequentemente aplicada na região lombar, sacrococcígea e cristas ilíacas, por serem os locais do corpo que apresentam mais tensão durante o TP. A técnica de contrapressão era a mais usada tanto pelos profissionais como pelos companheiros após instruídos e consiste na aplicação de pressão contínua com o punho e a mão sobre a região sagrada para alívio da dor lombar e sensação de pressão interna (Lowdermilk e Perry, 2008).

O uso da bola de pilates foi incentivado por permitir a mudança de posição da parturiente e a realização de movimentos circulares com a bacia, que têm demonstrado ser eficazes na rotação e descida fetal, facilitando, assim, o encravamento (Silva [et al.], 2013). Esta é também uma medida de conforto pois permite à mulher sentar-se com a coluna alinhada diminuindo o desconforto principalmente na zona lombar e perineal (Gallo, 2014).

A hidroterapia foi realizada através de banhos de chuveiro e aplicação de jatos de água quente, especialmente na região lombo-sagrada, para promover o conforto e diminuir a dor das contrações na fase ativa do TP. Pois a água quente produz vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo havendo relaxamento das fibras musculares (Ritter, 2012). Este método foi por nós pouco utilizado devido à colocação do cateter epidural quase imediatamente após a admissão no serviço que reduzia a mobilidade da parturiente.

As salas de parto disponibilizavam música através de um rádio que a parturiente podia sintonizar conforme a sua preferência. A maioria das parturientes usufruiu de alguma forma de musicoterapia, através do material disponibilizado pelo serviço e em alguns casos através de auriculares que as mesmas traziam com as suas preferências selecionadas. Os estudos indicam que a música reduz a percepção da dor e a duração do TP devido à diminuição da produção de catecolaminas, cortisol e epinefrina, associados a elevados níveis de ansiedade, permitindo ainda uma experiência mais positiva do parto (Bagheri [et al.], 2013]. A música pode também ser usada como um método de distração ao desviar o foco de atenção da dor, quebrando assim o ciclo vicioso medo-tensão-dor (Silva, 2013).

Durante o primeiro período do TP os exercícios respiratórios eram instruídos e treinados para serem realizados durante as Contrações uterinas por estes proporcionarem alívio da dor, uma melhor oxigenação fetal, relaxamento e diminuição da ansiedade materna contribuindo, assim, para a diminuição da fadiga, risco de hiperventilação e uma maior percepção de controlo da dor (Gallo, 2014).

A monitorização da progressão do TP era realizada através do partograma, tal como recomenda a OMS (2015) com o objetivo de acompanhar a evolução do TP e identificar e diagnosticar alterações ao seu padrão de desenvolvimento e permitir a tomada de decisão atempada bem como a redução de intervenções obstétricas desnecessárias. O partograma consiste na representação gráfica do TP que permite a apresentação visual da dilatação cervical e descida da apresentação fetal em relação ao tempo. Permite, ainda, a monitorização do bem-estar materno-fetal e o registo de fatores que poderão influenciar o TP como: FCF, estática fetal, estado das membranas e características do líquido amniótico, dinâmica uterina, sinais vitais maternos e fármacos administrados (Rocha [et al.], 2009). O preenchimento do partograma era iniciado na fase ativa do TP, pois o seu preenchimento ainda na fase latente do TP pode levar à instituição de intervenções desnecessárias (Jain e Sharma, 2016). O diagnóstico precoce de desvios do padrão de TP permite a prevenção de TP prolongados reduzindo significativamente o risco de hemorragia pós-parto e sépsis, ausência de progressão do TP, rutura uterina e a consequente diminuição da mortalidade materna e neonatal (Jain e Sharma, 2016).

Segundo a DGS (2015) TP prolongado ou estacionário é definido como a ocorrência de dilatação cervical ou descida fetal anormalmente lentas durante a fase ativa do TP. É definida fase ativa prolongada quando não se verificam alterações na dilatação cervical durante pelo menos 4h antes dos 6cm ou durante 2h após os 6cm, já o período expulsivo considera-se estacionário quando tem uma duração superior a 2h na nulípara ou 1h na múltipara (estes períodos são acrescidos de 1h quando existe epidural em curso). As causas poderão ser mecânicas como a desproporção feto-pélvica ou distócias, como poderão estar associadas a contrações uterinas ineficazes (Coutinho [et al.], 2014). Perante o diagnóstico de TP prolongado as intervenções devem ser implementadas de acordo com a causa subjacente desde que haja evidência de bem-estar materno e fetal. Perante um TP prolongado por contrações uterinas ineficazes ou insuficientes, as recomendações da OMS (2015) são a administração de ocitocina com a perspetiva de acelerar o TP e não induzir, sendo para isso necessário um índice de Bishop ≥ 7 (Coutinho [et al.] (2014). O objetivo da administração de ocitocina é aumentar a eficácia e frequência das contrações uterinas e não abreviar o TP perante um TP lento por contrações uterinas ineficazes na dilatação do colo e descida fetal (Silva, Rebelo e Santos citado por Montenegro [et al.], 2017). A perfusão ocitócica foi a intervenção mais frequentemente implementada perante o diagnóstico de TP prolongado e segundo o protocolo de serviço era colocada uma perfusão contínua de 10 UI de ocitocina diluídas em 1000ml de soro glucosado 5% ou soro polieletrólítico com glicose com um débito de 15ml/h que ia sendo aumentado de 20 em 20 minutos de acordo com a dinâmica uterina e na ausência de intercorrências. O uso de ocitocina requereu uma monitorização mais apertada do bem-estar materno-fetal, bem como da contratilidade uterina, o que implicou a monitorização cardiotocográfica contínua limitando a liberdade de movimento da parturiente. A OMS (2018) recomenda que o seu

uso seja racional e justificado pois, embora seja uma intervenção necessária e benéfica no tratamento do TP prolongado, priva a mulher da sua autonomia e pode afetar negativamente as suas escolhas e dignidade durante a experiência de TP.

Durante a nossa prática identificamos alguns casos de hiperestimulação uterina com consequentes alterações da FCF (desacelerações repetitivas e/ou prolongadas) registadas no CTG, tendo sido suspensa a perfusão ocitócica imediatamente e as parturientes posicionadas em decúbito lateral esquerdo para melhoria da perfusão útero-placentária, medidas estas, que foram suficientes para reverter as alterações verificadas no traçado CTG. Hiperestimulação uterina pode ser definida como alteração da contratilidade uterina com repercussões na FCF e ocorre quando são registadas mais de 5 contrações uterinas em menos de 20 minutos, duas vezes consecutivas (taquissistolia) ou por aumento da tonicidade uterina superior a 2 minutos (hipertonía) (Souza [et al.], 2010).

A amniotomia foi outro método usado juntamente com a perfusão ocitócica para o tratamento de TP prolongado por contrações uterinas ineficazes tal como preconizado pelas recomendações da OMS (2018). No entanto, foi também um recurso usado em fases precoces do TP e muitas vezes independentemente do diagnóstico de atraso de TP identificado por ser considerada pelos profissionais da equipa uma intervenção pertinente para avaliação das características do líquido amniótico e redução do tempo de TP. As recomendações da OMS (2018) contraindicam o uso da amniotomia em fases precoces do TP para reduzir o tempo de TP e para prevenção do TP prolongado, no entanto e como a nossa prática era uma prática supervisionada sempre que foi prescrita esta intervenção as intervenções de enfermagem passaram por: explicar o procedimento à parturiente/casal, obter o seu consentimento informado e executar a amniotomia registando a hora e as características do líquido amniótico (cor, cheiro e quantidade). A amniotomia é um procedimento que deve ser realizado com técnica asséptica e que consiste na rutura artificial das membranas amnióticas através pinça de Herff. É um procedimento que acarreta riscos e quando realizado precocemente parece estar associado a complicações como aumento do risco de infeção ascendente, prolapso ou compressão do cordão umbilical, compressão do pólo cefálico com alterações da FCF e desconforto materno (Souza [et al.], 2010). Assim este procedimento foi usado em parturientes cuja situação clínica o permitisse (encravamento da apresentação fetal¹), sem alterações presentes no CTG e sem contraindicações maternas e fetais (HIV positivo, DG, HTA, PPT ou gravidez múltipla) (OMS, 2105; Fátia e Tinoco, 2016). Após o procedimento foi realizada monitorização do estado fetal através de CTG contínuo, não se tendo verificado nenhuma complicação descrita anteriormente.

¹ Diâmetro biparietal da cabeça fetal, que corresponde ao maior dos diâmetros transversos da apresentação, passa o estreito superior e se encontra ao nível das espinhas isquiáticas, correspondente ao III plano de Hodge ou 0 de De Lee (Lowdermilk e Perry, 2008).

Sempre que a rotura das membranas amnióticas (artificial ou espontânea) foi superior ou igual a 12h, foi iniciada a profilaxia da infeção neonatal pelo SGB, segundo o protocolo instituído. A profilaxia antibiótica foi realizada ainda a todas as parturientes colonizadas com EGB e quando o estado de colonização era desconhecido, em TP antes das 37 semanas e em casos de hipertermia ($\geq 38^\circ$) intraparto. Este preconizava a administração de penicilina de 4/4h até ao parto ou, em caso de sensibilidade à penicilina, a administração fármacos alternativos como a cefazolina, clindamicina e vancomicina, até ao período expulsivo, permitindo assim a elevadas concentrações de antibiótico no soro materno e LA com a consequente transferência placentária para a circulação sanguínea fetal. Segundo a SPP (2013) a administração de antibioterapia profilática no intra-parto previne a transmissão mãe-filho que se inicia com o início do TP evitando a infeção neonatal precoce no RN (até aos 6 dias de vida) mas não alterando a incidência da infeção tardia.

A dilatação mecânica do colo do útero com sonda de Foley foi um recurso utilizado em dois casos para indução do TP de parturientes com cesariana prévia que pudemos observar. Este foi um método usado apenas por alguns elementos da equipa médica por não ser consensual. Consiste na introdução de uma sonda de Foley através do colo uterino e a instilação de soro fisiológico no balão, sendo realizada tração através da fixação da sonda à perna da mulher. A dilatação ocorre pela ação mecânica exercida pela tração e pela libertação de prostaglandinas decorrente da separação do córion da decídua (Souza [et al.], 2015). A literatura existente refere que este é um método eficaz e seguro na indução do TP e com menos risco de hiperestimulação uterina e rutura uterina associados às prostaglandinas (Marujo [et al.], 2017).

A avaliação do bem-estar fetal foi realizada através da monitorização contínua através do CTG em todas as parturientes, desde a admissão no BP até ao nascimento. Apesar da mais recente revisão sistemática da literatura da Cochrane concluir que a monitorização CTG continua intraparto não confere benefícios no desfecho materno-fetal em gravidezes de baixo risco, parece, no entanto, estar associada a um aumento de cerca de 20% das taxas de cesariana e/ou parto instrumentado (Bayes e Whitehead, 2018). Ainda segundo o *The Royal College of Midwives* (2008) recomenda-se que a monitorização da FCF seja realizada intermitentemente, nas gravidezes de baixo risco em que não tenha sido utilizada ocitocina e/ou prostaglandinas. Durante o estágio foram por nós identificados alguns traçados com alterações e comunicado à equipa. Em dois casos por se tratar de desacelerações prolongadas, com risco de hipoxia fetal, a equipa optou pela realização de cesariana emergente. Após a cesariana, que foi realizada no bloco cirúrgico do serviço, a puérpera ficou no recobro durante aproximadamente 2h sendo os cuidados prestados essencialmente o aquecimento corporal e a vigilância do estado de consciência e sinais vitais. Foram ainda prestados os cuidados imediatos ao RN e entregue ao pai. Estes cuidados estão descritos mais adiante neste capítulo.

O segundo período do TP ou período expulsivo compreende o período que decorre entre a dilatação completa do colo do útero até à expulsão do feto, durante o qual a mulher sente involuntariamente a necessidade de realizar esforços expulsivos resultantes das contrações uterinas. A duração deste período é variável e em primíparas poderá ser de cerca de 3h enquanto em múltiparas poderá ser de cerca de 2 horas (OMS, 2018), a esta duração deverá acrescer uma hora para parturientes com analgesia epidural (NICE, 2017). Este período pode ainda ser subdividido em duas fases que se caracterizam por contrações uterinas mais intensas e frequentes (2-3/min), esforços expulsivos maternos e descida mais acentuada da apresentação fetal (Montenegro [et al.], 2017). A primeira fase do período expulsivo ou fase latente inicia-se com a dilatação cervical completa (10cm) e antes do início da dinâmica uterina involuntária e caracteriza-se pela descida passiva da apresentação e rotação anterior da cabeça fetal (Lowdermilk e Perry, 2008). Segue-se a fase ativa com a sensação de pressão sobre o períneo em parturientes com bloqueio motor ou a ativação do reflexo de Ferguson, pela pressão exercida pela apresentação no músculo elevador do ânus (NICE, 2017) e que era frequentemente verbalizado pela parturiente como uma forte necessidade de realizar esforços expulsivos. Assim durante o período expulsivo a nossa conduta passou por ser expectante na primeira fase aguardando pela descida da apresentação e aproveitando este momento para preparar todo o material necessário para o parto e a colocação do equipamento de proteção individual devidamente esterilizado. Era, ainda, neste momento que fazíamos o posicionamento da parturiente para o período expulsivo que em regra era a litotomia, apesar das recomendações da OMS (2018), que defendem a liberdade de escolha da posição de parto, incluindo posições não supinas ou verticalizadas mesmo sob efeito de analgesia epidural.

São vários os estudos que apresentam as vantagens da adoção de posições verticais durante o período expulsivo como o aumento dos diâmetros pélvicos maternos, o alinhamento do feto com a bacia, a maximização dos esforços expulsivos maternos e o aumento da progressão da descida fetal (Deliktas e Kukulcu, 2018), bem como a redução da necessidade de episiotomia e dos partos instrumentos, podendo estar no entanto associadas a um aumento do risco de hemorragia pós-parto e lacerações de 2.º grau (OMS, 2018) pela tração excessiva sobre o períneo (Cunningham [et al.], 2012). Apesar da resistência de alguns elementos da equipa para a adoção de posições não supinas e com o apoio da orientadora de estágio tivemos a oportunidade de colocar algumas parturientes em posições mais confortáveis para as mesmas nomeadamente na posição de semi-fowler, em que as pernas serviram de apoio para os pés promovendo uma maior verticalização da mulher e decúbito lateral.

Durante a fase ativa do período expulsivo e após a parturiente referir a necessidade de realizar esforços expulsivos, depois de posicionada e colocados todos os campos estéreis, nos casos de apresentação cefálica do feto esta foi incentivada a puxar quando sentisse essa necessidade, indo de encontro com as recomendações da NICE (2014)

e OMS (2018) que defendem que os esforços expulsivos devem ser livres e espontâneos e não dirigidos. No entanto surgiram situações em que devido ao bloqueio sensitivo provocado pela analgesia epidural, ou pela ineficácia dos impulsos expulsivos, ou ainda pela falta de preparação para o parto incentivamos o puxo dirigido.

A realização de esforços expulsivos vai expulsando ativamente o feto que durante a sua descida pelo canal de parto realiza os movimentos de insinuação, descida, flexão e rotação interna à medida que a cabeça fetal se vai modelando até atingir o períneo provocando a sua abaulação e ocorrendo a coroação (Cunningham [et al.], 2012). Neste momento realizamos a técnica “hands on” (mãos a proteger o períneo) e a massagem perineal com vaselina para lubrificar o períneo, pois segundo alguns autores e a OMS (2018) estas técnicas permitem preservar a integridade do períneo reduzindo o risco de trauma perineal (Geranmayeh [et al.], 2012; Couto e Carneiro, 2017). Ainda durante esta fase avaliamos concomitantemente o bem-estar fetal através da monitorização CTG e avaliamos ainda a necessidade de realização de episiotomia.

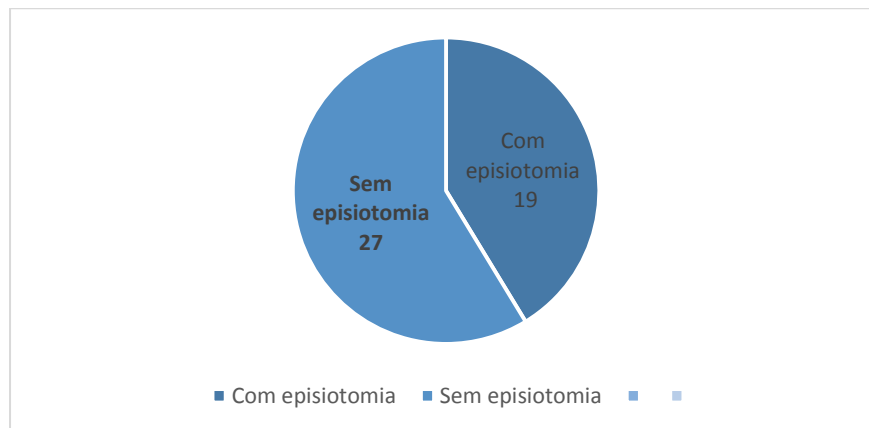


FIGURA 3 - Partos realizados com/sem episiotomia

A episiotomia consiste na incisão cirúrgica do períneo cujo objetivo é o aumento do diâmetro vaginal. Os seus objetivos, segundo a literatura, incluem a prevenção de lesões no assoalho pélvico e o trauma perineal. Encurtar o período expulsivo perante CTG não tranquilizador e ainda facilitar a reparação perineal através da substituição de uma laceração irregular por uma incisão limpa e regular (Oliveira e Miquilini, 2005 cit. in Guimarães [et al.], 2018). A decisão de realização de episiotomia é bastante controversa e a sua realização rotineira encontra-se atualmente não recomendada por estar associada a maiores taxas de dispareunia, hemorragia pós-parto, disfunções sexuais e incontinência urinária OMS (2018). A sua realização de forma seletiva/restritiva deve ser bem ponderada e segundo estudos mais recentes encontra-se associada à redução das lacerações de 3.º e 4.º grau (Corrêa Junior e Passini Junior, 2016). Ainda segundo uma revisão da literatura realizada por Guimarães [et al.] (2018) as principais razões que levam os EEESMOG e obstetras a realizar a episiotomia são a rigidez perineal, o sofrimento fetal, prematuridade incompatibilidade feto-pélvica e fetos macrossômicos. Este procedimento cirúrgico foi

realizado em 19 dos 46 partos realizados durante o estágio e o que motivou a nossa decisão foi, na maioria das situações, a rigidez perineal pelo aspeto esbranquiçado e edemaciado que períneo apresentava mostrando-se frágil e com micro-lacerações. A episiotomia foi sempre mediolateral, tal como recomendado pela OMS (2018) por estar associada a menor risco de lesão do esfíncter anal e mucosa retal, realizada do lado esquerdo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática num movimento único de cerca de 4 cm. Esta técnica foi sempre executada no momento do coroamento e durante o pico de uma contração uterina e foi, nos casos sem analgesia epidural, precedida de bloqueio do nervo pudendo².

No momento da exteriorização da cabeça fetal, com uma das mãos fizemos a proteção do períneo posterior e com a outra movimentos suaves e controlados para evitar a descompressão descontrolada da apresentação fetal denominado este procedimento de manobra de Ritgen e que se encontra atualmente desaconselhada pela OMS (2018). Segundo Ferreira-Couto e Fernandes-Carneiro (2017), existem resultados de estudos randomizados que demonstram que a prevalência de lacerações em mulheres submetidas à manobra de Ritgen é superior e está associada a um aumento da gravidade das lacerações, quando comparada a grupos de mulheres em que foi realizada massagem perineal ou a técnica de restrição da manipulação perineal.

Após a expulsão da cabeça fetal fizemos a pesquisa da existência de circulares cervicais do cordão umbilical, pedindo à parturiente que parasse de puxar. Houve várias situações em que verificamos a presença de circulares e quando eram largas desenrolávamo-las passando-as por cima da cabeça fetal. Nas situações em que estavam apertadas foi realizada clampagem com duas pinças e laqueação do cordão umbilical à vulva (Cunningham [et al.], 2012). Após rotação externa e restituição da cabeça fetal e quando o ombro anterior aparecia sob a sínfise púbica procedemos à libertação do ombro anterior tracionando suavemente em direção posterior até este aparecer sob o arco púbico, procedemos seguidamente à libertação do ombro posterior através do mesmo método, mas agora na direção anterior, facilitando assim a expulsão do corpo do feto. Imediatamente após a saída do feto foi registada a hora do nascimento e o RN colocado em cima do abdómen materno, onde foi envolvido com um lençol aquecido e feita a sua secagem, estimulação e limpeza das vias respiratórias externas, sendo ainda realizada uma avaliação rápida das suas capacidades para estabelecer o índice de Apgar.

O índice de Apgar é um método de fácil avaliação que considera cinco parâmetros, nomeadamente o tônus muscular, a irritabilidade reflexa, a coloração da pele, o esforço respiratório e a frequência cardíaca e é aplicado no 1.º, no 5.º e ao 10.º minutos após o nascimento. Este método permite assim a avaliação da vitalidade do RN e é um preditor da

² Bloqueio do nervo pudendo é um procedimento em que é administrado um analgésico local com o objetivo de analgesia ou anestesia da região perineal. Esta técnica é realizada através da localização da tuberosidade isquiática e a introdução de uma agulha cerca de 2,5cm de profundidade e infiltrar até cerca de 8cc de anestésico do lado em que será realizada a episiotomia (Guedes-Martins [et al.], 2014).

necessidade de reanimação do neonato (ScharDOSim [et al.], 2018). Scores de Apgar entre 8-10 no primeiro minuto de vida indicam condições fisiológicas ótimas do RN tendo representado 95% dos RN assistidos durante a nossa prática. No entanto houve quatro casos em que o score de Apgar foi igual a 7, tendo sido necessária a clampagem precoce do cordão umbilical e a intervenção do neonatologista de serviço que prestou assistência ao RN para começar a respirar, não tendo sido necessária ressuscitação cardiopulmonar em nenhuma das situações.

Além dos 40 partos eutócicos realizados, durante o estágio, participamos em 25 dos partos participados, 16 foram distócicos dos quais 13 foram realizados com recurso a ventosa e 3 com recurso a fórceps. Estas situações foram justificadas maioritariamente pelo mal posicionamento da apresentação fetal, mas também nas situações em que se verificam traçados CTG não tranquilizadores, por exaustão materna e/ou ineficácia dos esforços expulsivos. Nestas situações a nossa conduta passou por colaborar com a equipa médica tal como preconizado pela OE (2010, pp.5) *“cooperando com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações (...) do parto.*

Após o nascimento inicia-se a terceira fase do TP que compreende o momento após a saída do feto até à expulsão da placenta. É durante esta fase que é realizada a clampagem e o corte do cordão umbilical, separando assim fisicamente o RN e a mãe. A laqueação do cordão umbilical consiste na aplicação de um clamp localizado a cerca de 3 cm do abdómen do RN e uma pinça de Kelly ou Kocher junto da vulva materna, sendo depois o cordão cortado no espaço entre o clamp e a pinça. No entanto o momento ideal em que é realizada a clampagem e o corte umbilical permanece controverso, havendo estudos que recomendem a laqueação precoce enquanto outros têm demonstrado as vantagens da clampagem tardia do cordão umbilical. As recomendações da OMS (2018) defendem a clampagem tardia do cordão umbilical, num período de 1 a 3 minutos, no RN saudável por apresentar inúmeras vantagens principalmente no que diz respeito ao aumento do hematócrito do RN representando um aumento das reservas de ferro prevenindo a anemia nos primeiros 4 a 6 meses de vida (ScharDOSim [et al.], 2018). Apesar das recomendações atuais a conduta dominante no serviço foi a clampagem precoce como parte das medidas incluídas na gestão ativa do terceiro período do TP e que incluía ainda o uso de drogas uterotónicas para estimular a contração uterina e a tração controlada do cordão umbilical, tendo sido durante a muitos anos a conduta “goldstandard” a adotar essencialmente por estar associada a uma diminuição da hemorragia pós-parto. Após a clampagem do cordão umbilical e enquanto aguardávamos a dequitação implementamos medidas que favorecem a adaptação neonatal, em RN com boa vitalidade, como a secar, cobrir com lençol aquecido neonatal e o contacto imediato pele-a-pele para evitar a hipotermia e a promoção do aleitamento materno na 1.^a hora de vida.

A primeira hora de vida do RN é uma fase importante de interação mãe-pai/bebé por este se apresentar mais desperto encontrando-se num período denominado de

inatividade alerta e que dura cerca de 40 minutos (Hergessel e Lohmann, 2017), sendo nesta fase importante facilitar o contacto precoce entre os pais e RN com o objetivo de promover a ligação precoce entre a tríade facilitando a adaptação precoce ao papel parental. Assim durante esta fase, as intervenções como promover o contacto precoce através do contacto pele-a-pele mãe/bebé e a amamentação na 1.ª hora de vida foram sempre prioritizadas adiando os cuidados de rotina ao RN.

O contacto pele-a-pele mãe/bebé tem inúmeros benefícios tal como tem vindo a ser demonstrado por vários estudos, tanto para a mãe como para o RN. É importante na prevenção da hipotermia neonatal, pois quando colocado em contacto com a pele materna há estabilização da temperatura corporal do RN devido ao aumentando a temperatura corporal materna na região mamária e torácica que ocorre por vasodilatação provocada pela ação da ocitocina libertada (Buckley, 2015). O mesmo autor refere ainda que o contacto pele-a-pele poderá influenciar a regulação da ação da ocitocina no organismo materno e no RN influenciando assim os processos de ligação e vinculação precoces e a fisiologia do estabelecimento precoce da amamentação contribuindo para o seu sucesso a longo prazo. Há ainda autores que defendem que o contacto pele-a-pele é responsável pela estabilização dos parâmetros cardíacos e pela diminuição no padrão de choro do bebé (Scharidosim [et al.], 2018).

A par do contacto pele-a-pele e sempre que a mulher expressou vontade de amamentar, a amamentação foi promovida e incentivada o mais precocemente possível, normalmente nos primeiros 30 minutos após o parto já que o estágio decorreu num hospital que implementa o programa mundial de promoção do aleitamento materno designado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés criado em 1992 na sequência da *Declaração de Inocenti* resultado da parceria entre a UNICEF e a OMS. A amamentação precoce tem como vantagens imediatas a prevenção da morbilidade e mortalidade neonatal conferindo um efeito protetor ao RN devido às propriedades imunológicas do colostro e ainda no caso da mulher favorece a contração uterina pela ação da sucção que estimula a libertação de ocitocina endógena prevenindo a hemorragia pós-parto que é a principal causa de morte materna no mundo (Hergessel e Lohmann, 2017; Boccolini [et al], 2013).

Após a primeira mamada e ainda no que diz respeito aos cuidados ao RN realizamos os cuidados de rotina tal como explanado na premissa da OE (2010, pp.5) que preconiza que o EEESMOG “*Assegura a avaliação imediata ao recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação extrauterina*”, identificando “*(...) alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação*”. Neste sentido após colocarmos a pulseira de identificação e pulseira eletrónica efetuamos uma avaliação rigorosa cefalocaudal do RN através da observação: da cabeça fetal procuramos identificar as suturas cranianas e fontanelas, bem como a presença de cefalohematoma, *caput succedaneum* e/ou escoriações do couro

cabeludo; da face em que procuramos quaisquer anomalias morfológicas; dos membros superiores em que examinamos as clavículas e despistamos possíveis assimetrias; do abdómen em que avaliamos o coto umbilical e a existência de três vasos e confirmamos sempre a correta clampagem do mesmo; da região dorsal e do alinhamento da coluna vertebral; do períneo no que diz respeito às características próprias da genitália masculina e feminina e a perfuração do ânus e a verificação da presença de urina/fezes e a acrocianose nas extremidades (Lowdermilk e Perry, 2008). Foi ainda realizada a avaliação antropométrica através da avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico e ainda na primeira hora de vida foi feita a administração de vit. K 1mg IM para prevenção de doenças hemorrágicas e a aplicação de pomada oftálmica com cloridrato de oxitetraciclina em ambos os olhos como profilaxia da conjuntivite neonatal (NICE, 2006; Campos e Calado *In Montenegro [et al.]*, 2017).

Ainda durante o terceiro período pós-parto aguardamos a expulsão espontânea da placenta através de uma atitude expectante e observação de sinais de separação da mesma que incluem um jato de sangue que sai pela vagina, aumento do comprimento do cordão umbilical fora da vulva, elevação do fundo uterino no abdómen e útero mais firme e globoso à palpação (Fatia e Tinoco, 2016) ou, na dúvida, realizamos a manobra de Kustner em que colocamos o bordo externo da mão a exercer pressão na região suprapúbica verificando se o cordão umbilical se retrai ou não. Após confirmação da descida da placenta e quando esta atingia o intróito vaginal executamos uma ligeira tração para cima do cordão umbilical e realizamos a manobra de Dublin que consiste em receber a placenta com as duas mãos torcendo-a suavemente para que as membranas se disponham em fuso facilitando o seu descolamento integral. Destacamos ainda uma situação em que por não haver exteriorização espontânea da placenta cerca de 1h após o parto efetuamos tentativa de extração manual da placenta sem sucesso, tendo sido necessária a intervenção da equipa médica que decidiu a abordagem cirúrgica para a sua remoção após diagnóstico de placenta acreta e, posteriormente, realizada histerectomia total de emergência.

Placenta acreta consiste na aderência direta da placenta ao miométrio devido a uma deficiência do desenvolvimento decidual (Sánchez [et al.], 2013). Na saída da placenta observamos ainda o tipo de dequitação³ e, posteriormente, já no quarto período após o parto, foi realizada uma inspeção cuidada da placenta e membranas e em que observamos a integridade das mesmas, a presença de dois folhetos (córion e âmnion), o local de inserção do cordão umbilical, anomalias do cordão (inserção velamentosa, presença de nós verdadeiros ou falsos) e o número vasos do cordão (uma veia e duas artérias) e a presença de cotilédones integrais. É de salientar que numa situação verificamos a presença de apenas dois vasos (uma veia e uma artéria) e noutra situação a

³ **Dequitação de Schultz** é caracterizada pela separação da placenta pela zona mais central levando à formação de um hematoma que só é expulso após exteriorização da placenta que sai pela vagina em forma de guarda-chuva invertido com as membranas fetais brilhantes. **Dequitação de Duncan** caracteriza-se pelo descolamento periférico resultando numa hemorragia que se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva e a face placentária materna que aparece em primeiro lugar (Fatia e Tinoco *In Nené, Marques e Batista*, 2016).

presença de cotilédones aberrantes. Após a dequitação, para prevenir a hemorragia pós-parto, foi iniciada uma perfusão de 10UI de ocitocina em perfusão endovenosa até ao final do terceiro período de TP conforme protocolo de serviço e indo de encontro às recomendações da OMS (2018).

Após inspeção da placenta foi verificada a formação do globo de segurança de Pinard massajando suavemente o fundo uterino e realizada a inspeção do canal de parto para identificar possíveis lesões. Foram então prestados cuidados de higiene à puérpera através da higiene perineal com compressas esterilizadas, proporcionado conforto através da colocação sobre a mesma de roupa de cama quente e macia mantendo apenas a descoberto a zona perineal nos casos em que era necessária a reparação do períneo.

Nos casos em que foi necessária a reparação do períneo devido a lacerações de 1.º e 2.º grau ou episiotomia informamos a puérpera sobre o procedimento que iríamos executar, pedimos a sua colaboração e passamos então ao procedimento de reparação da laceração e/ou episiorrafia, tal como refere a OE que compete ao EEESMOG a avaliação da “(...) a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação”. Antes de iniciar o procedimento trocamos o equipamento de proteção individual, protegemos a zona perineal posterior com a colocação de um campo estéril e dispusemos todo o material de sutura necessário. A técnica de episiorrafia exigiu o apoio da orientadora de estágio principalmente para nos ajudar a identificar as estruturas do períneo e os planos afetados numa fase inicial do estágio, tendo sido esta competência alcançada com sucesso através das sucessivas oportunidades de treino proporcionadas ao longo do nosso percurso.

O período de hemóstase é um período em que ocorrem rápidas alterações fisiológicas e em que existe um alto risco de HPP sendo necessária a vigilância mais apertada dos parâmetros vitais da puérpera como a tensão arterial e a frequência cardíaca, bem como a perda sanguínea e presença do globo de segurança de Pinard de 15 em 15 minutos (OMS, 2018; Santos [et al.], 2014). A puérpera permaneceu no serviço durante as 2h do período de hemóstase, durante o qual foi ainda incentivada a alimentar-se e depois transferida para o serviço de puerpério localizado no mesmo piso.

3.1. Revisão integrativa da literatura - Envolver o pai no processo de nascimento: Uma estratégia para a promoção da ligação precoce pai/filho

A enfermagem enquanto profissão e disciplina do saber tem aumentado amplamente o seu corpo de conhecimentos nos últimos anos acompanhando as necessidades identificadas a nível da prestação de cuidados (Chicória, 2013). O desenvolvimento do conhecimento é essencial na prática clínica, de forma a identificar e clarificar aquilo que pertence ao domínio da enfermagem e a racionalizar recursos focalizando a sua atenção nas intervenções de enfermagem (Meleis, 2010). Assim torna-se fundamental transformar a evidência em prática, ou seja, mobilizar o conhecimento na tomada de decisão e prática clínica. Segundo a OE (2001), na tomada de decisão o enfermeiro identifica necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individualmente, família e comunidade. Após a identificação da problemática do doente, são prescritas as intervenções de enfermagem no sentido de evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. A tomada de decisão orienta o enfermeiro no exercício profissional autónomo, segundo uma abordagem sistémica e sistemática. Nesta tomada de decisão e posterior implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora na prática os resultados da investigação.

A PBE surge devido à necessidade de mobilizar o conhecimento teórico na prática clínica melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao utente, tendo sempre em consideração os valores e preferências do mesmo, a competência clínica do profissional e a melhor e mais recente evidência científica disponível (Chicória, 2013). Segundo a definição do Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), *“PBE é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”*. Um dos pilares da PBE é, portanto, a implementação na prática clínica de evidências científicas resultantes das várias pesquisas, sendo necessário métodos de revisão da literatura que permitam a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema (Mendes [et al.], 2008). Seguindo esta premissa, a análise e reflexão da prática levou-nos a problematizar a temática em estudo com o objetivo de contribuir para a tomada de decisões em enfermagem e a definição de intervenções adequadas. Optámos assim pela realização de uma revisão integrativa da literatura que iremos apresentar de seguida.

3.1.1. Introdução à problemática em estudo

É vasta a literatura dedicada ao estudo da ligação entre mãe e filho e que reconhece a sua importância na relação entre a díade. Lamb (1998 cit. in Scism e Cobb, 2017) define a ligação ou *bonding* como uma experiência única e singular na vida do adulto durante a formação de uma ligação seletiva e duradoura com o filho e que envolve o domínio mental, emocional e comportamental. Os autores que estudam esta temática referem ainda que o processo de ligação é um fenómeno complexo e único que ocorre entre a mãe e o filho num período sensível das suas vidas. O termo ligação ou *bonding* é muitas vezes confundido com o termo vinculação pelo que se torna pertinente a distinção entre ambos para melhor se compreender a temática em estudo. Assim ligação refere-se à relação que se estabelece entre a mãe e o filho e vinculação ou *attachment* refere-se aos comportamentos da criança face aos sentimentos e comportamentos da mãe (Altaweli and Roberts, 2010 cit. in Scism e Cobb, 2017).

É amplamente reconhecida a importância do envolvimento emocional da mãe no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial da criança, tendo sido portanto estudadas intervenções *chave* que promovem o estabelecimento efetivo da ligação entre mãe e RN como o contacto pele a pele e a amamentação logo após o nascimento ou o alojamento conjunto. São também amplamente conhecidos os indicadores da qualidade da ligação emocional estabelecida entre a mãe e a criança através de comportamentos como beijar, acariciar, cuidar, olhar prolongado, segurar estabelecendo contacto ocular e enumerar verbalmente características específicas da criança. A promoção da ligação precoce entre mãe e bebé através da promoção de um ambiente favorável e a implementação de intervenções no período pós-parto imediato tem sido associada a resultados positivos na saúde do RN como aumento de peso em RNPT e aumento das taxas de amamentação (Scism e Cobb, 2017).

A literatura referente à relação entre pai e filho é, por outro lado, ainda escassa apesar dos estudos que têm vindo a surgir e que têm assumido a importância do papel do pai no desenvolvimento da criança. Existem já estudos que concluíram que os comportamentos indicadores de ligação efetiva pai/bebé são os mesmos da mãe, mas que se vão manifestando gradualmente de um envolvimento passivo para um envolvimento ativo e incluem também o segurar numa posição que permita contacto ocular, enumerar características específicas da criança, sorrir e tocar ou manter-se fisicamente próximo do RN (Scism e Cobb, 2017).

A mudança de paradigma que se tem vindo a verificar nos últimos anos e que reconhece que a gravidez e o parto são também experiências paternas que influenciam a transição para a paternidade e o nível de envolvimento emocional do pai com o bebé, tem

vindo a criar a necessidade de pesquisas cujo foco incida no pai e no processo de adaptação à paternidade e ainda em intervenções *chave* que promovam a ligação entre o pai e a criança.

Goodman (2005) (cit. in Scism e Cobb, 2017) refere numa meta-análise sobre o processo de ligação entre o pai e a criança, que este se vai estabelecendo paralelamente com o processo de transição para a paternidade que se desenvolve em quatro fases distintas: criação de expectativas, confronto com a realidade, adaptação ao novo papel e obtenção de recompensas ou resultados positivos. Uma das expectativas que o pai desenvolve durante a gravidez é o estabelecimento da ligação imediata com o RN após o parto. No entanto poderão não ver concretizada esta expectativa por diversas razões como, não se sentir ativamente envolvido durante o parto ou falta de experiência e conhecimento sobre o processo de nascimento, resultando frequentemente em sentimentos de frustração e ansiedade que poderão atrasar o estabelecimento da relação emocional entre o pai e a criança. Segundo Figueiredo (2005) (cit. in Matos [et al.], 2017) imediatamente após o parto parece existir uma predisposição dos pais para interagir com o bebé devendo privilegiar-se este momento para reforçar e incentivar a ligação que se começa a estabelecer.

O reconhecimento da importância do papel do pai nos cuidados ao filho pelo EEESMOG, considerando-o também um consumidor de cuidados de saúde materna, tem vindo a crescer ao longo do tempo e tem permitido incluí-lo cada vez mais nas suas intervenções durante a gravidez, parto e pós-parto. O EEESMOG apresenta pois um papel determinante e privilegiado na promoção da transição mais saudável para a paternidade através da implementação de intervenções que promovam o estabelecimento precoce da ligação entre pai e filho e no desenvolvimento das competências parentais necessárias ao desenrolar do seu papel de pai. Assim têm vindo cada vez mais a ser usadas estratégias para promover o papel do pai durante a gravidez, sendo ainda necessário identificar intervenções direcionadas especificamente ao pai e que sejam promotoras da ligação precoce entre o pai e o filho durante o parto e pós-parto imediato.

3.1.2. Metodologia

No sentido de problematizar as práticas que promovam a ligação entre pai e filho consideramos pertinente a pesquisa da evidência científica mais recente e relevante sobre o assunto, servindo posteriormente de suporte à prática baseada na evidência como EEESMOG. Para tal optou-se pela realização de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de conhecer as intervenções de enfermagem promotoras e facilitadoras do processo de ligação pai/filho que decorre durante o parto e pós-parto.

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que permite a análise e síntese de estudos publicados sobre determinado tema, de forma sistemática e ordenada, possibilitando aprofundar o conhecimento sobre a área do conhecimento pesquisada. Permite ainda identificar lacunas e a necessidade de mais investigação sobre o tema pesquisado (Mendes [et al.], 2008). O processo de elaboração da revisão integrativa da literatura deve obedecer a uma metodologia específica e bem delineada, compreendendo seis etapas claramente definidas, tal como ilustrado na Figura 4 (Botelho [et al.], 2011).

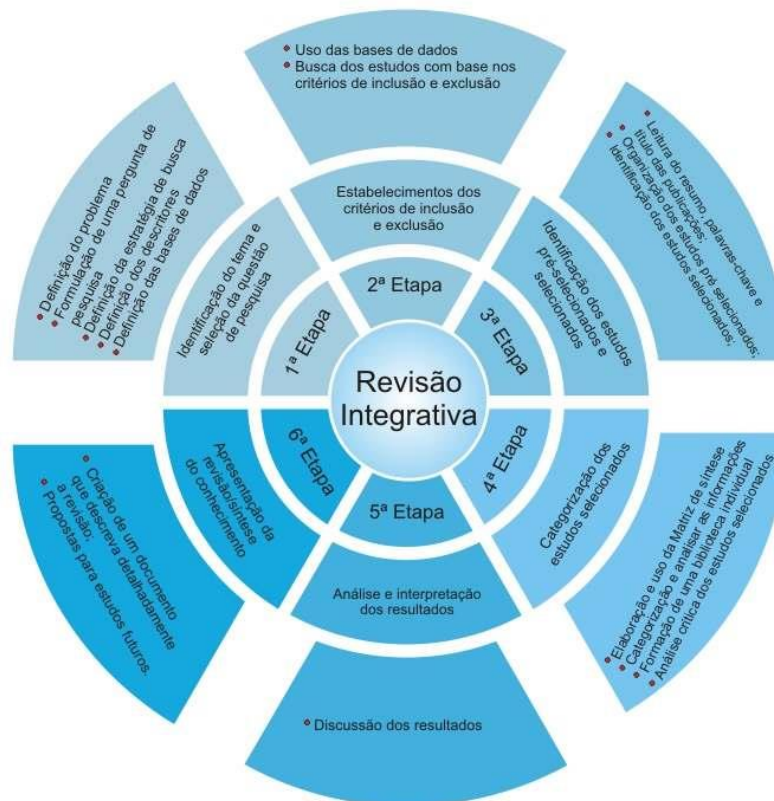


FIGURA 4 - Processo de elaboração da Revisão Integrativa. Adaptado de *O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais* por Botelho, Cunha e Macedo, 2011. Recuperado de <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/download/1220/906/>

A primeira etapa corresponde à identificação do tema e seleção da questão de pesquisa que deve ser explícita, clara e bem delimitada para que os descritores ou palavras-chave sejam facilmente identificados, delimitando a busca da informação, tal como a escolha dos estudos a incluir na pesquisa (Broome, 2006 cit. in Botelho [et al.], 2011; Souza [et al.], 2010). O planeamento da investigação científica e da pesquisa bibliográfica exige uma adequada formulação da questão de pesquisa, permitindo orientar o desenvolvimento dos critérios específicos da revisão e a maximizar o alcance da pesquisa (Joanna Briggs Institute, 2014). Assim foi aplicada a estratégia PICO que representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfecho) (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Foi considerada população em estudo os pais de RN's e como intervenção as intervenções do EEESMOG promotoras da

ligação. O resultado que pretendemos atingir é identificar as boas práticas em cuidados que promovam efetivamente o estabelecimento da ligação precoce entre o pai e filho durante e após o parto. A seguir apresentamos o quadro com as quatro componentes da estratégia PICO para melhor compreensão.

P (população/paciente/problema)	Pais
I (intervenção)	Intervenções do EEESMOG promotoras da ligação
C (comparação)	Sem comparação
O (outcomes “resultados”)	Ligação precoce entre pai e filho no parto e pós-parto

Quadro 1 - Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa (Santos, Pimenta e Nobre, 2007)

Assim a questão de investigação formulada foi: *quais as intervenções do EEESMOG promotoras da ligação precoce entre pai e filho durante o parto e no pós-parto?*

Na segunda etapa são definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos incluídos na revisão. Esta seleção é fundamental para garantir amplitude, confiabilidade e possibilidade de generalização dos resultados obtidos através da revisão (Mendes [et al.], 2008). Nesta fase inicia-se a pesquisa bibliográfica a partir da questão de pesquisa formulada através da identificação dos termos de busca através dos descritores controlados DeCS/MeSH. Os descritores identificados no MeSH Browser foram: “father”, “nursing”, “care”, “nurse”, “midwives”, “attachment”, “bonding”, “childbirth” e “postpartum”. No DeCS os descritores encontrados foram “pai”, “cuidados de enfermagem”, “enfermeiras obstétricas”, “ligação”, “parto” e “pós-parto”. Não foram encontrados os descritores “intervenções de enfermagem” em ambos os motores de busca, tendo sido encontrados os descritores “cuidados de enfermagem” e “nursing care” como mais semelhantes.

Após construção da lista de descritores passamos à busca da literatura, que decorreu entre Janeiro de 2017 a Dezembro de 2018, através do motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE with Full texto, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Healthy Technology Assessments, Cochrane Methodology Register e Psychology and Behavioral Sciences Collection, SCIELO, Nursing reference center, DIALNET, CUIDEN, assim como motores de busca de acesso livre como o Google Académico e PUBMED. Durante a pesquisa recorreremos à utilização de operadores booleanos ou delimitadores “and” (combinação restritiva) e “or” que permitiram combinar os descritores usados na pesquisa (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

Os critérios de inclusão para seleção das publicações encontradas foram: estudos publicados entre 2010 e 2018, disponíveis em texto completo (*full text*), escritos em português, espanhol ou inglês, preferencialmente de elevado nível de evidência e cujo tema incluísse os descritores definidos no respetivo título ou resumo do artigo. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos escritos em línguas não definidas nos critérios de inclusão, estudos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, artigos a que não conseguimos aceder ao Full Text e estudos com pais de RNPT, baixo peso à nascença ou alguma patologia associada à criança ou à mãe.

3.1.3. Resultados

Após a pesquisa bibliográfica foram organizados os estudos pré-selecionados e feita a identificação dos artigos selecionados, através da leitura e análise do título, palavras-chave e resumo das publicações (Botelho [et al.], 2011). Assim sendo numa primeira pesquisa foi identificada uma amostra inicial de 414 estudos, que após leitura dos títulos 352 foram excluídos. A amostra resultante foi de 62 artigos, dos quais 12 foram eliminados por se encontrarem duplicados, dos restantes 50, após leitura do resumo foram selecionados 20 para leitura do texto integral, sendo selecionados 7 para o estudo, segundo os critérios de inclusão estabelecidos previamente.

Nesta etapa é então realizada a extração e análise dos dados de forma sistémica e sintetizada, sendo apresentada de forma clara e concisa (Broome citado por Botelho [et al.], 2011). Neste sentido, foi utilizada a matriz de síntese ou de análise, que se encontra no Quadro 2 “Matriz de síntese dos artigos selecionados”, como instrumento utilizado para extrair e organizar a totalidade dos dados relevantes, assegurando a minimização do risco de erros durante a transcrição e garantir o registo das informações recolhidas (Mendes [et al.], 2008; Souza [et al.], 2010). Os dados colhidos dos artigos selecionados incluem os objetivos, a metodologia, os resultados e as principais conclusões de cada estudo (Mendes [et al.], 2008). Ainda durante esta etapa, a análise dos dados extraídos foi categorizada com o objetivo principal da ordenação e sumarização de cada estudo (Broome citado por Botelho [et al.], 2011). Os estudos foram então categorizados de acordo com o seu nível de evidência que foi analisado segundo o modelo dos “6S” de Haynes que compreende seis níveis em forma de pirâmide segundo a classificação proposta por Lewin, Singleton e Jacobs (2008) Foram assim incluídos nesta revisão: quatro estudos de carácter quantitativo, um estudo qualitativo e duas revisões integrativas da literatura que, de acordo com o seu nível de evidência dois enquadram-se no mais elevado nível de evidência o nível I, um no nível II e quatro no nível III.

Quadro 2 - Matriz de síntese dos artigos selecionados

Artigo 1	<i>Effects of father-neonate Skin-to-Skin Contact on attachment: A randomized controlled trial</i>		
Autores	Er-Mei Chen, Meei-Ling Gau, Chieh-Yu Liu, Tzu-Ying Lee		
Publicação	Nursing Research and Practice		
País	Brazil	Ano de publicação	2017
Desenho de estudo	Ensaio clínico randomizado	Nível de evidência	I
Objetivo (s)	Examinar como o contacto pele-a-pele entre o pai e RN influencia a ligação pai-filho.		
Metodologia	<p>O ensaio clínico randomizado realizado numa maternidade na Tailândia, com uma amostra composta por 83 pais pela primeira vez com idade ≥ 20 anos. Através da aplicação da estratégia de randomização em bloco, os participantes foram alocados em dois grupos, o grupo experimental (n = 41) e o grupo controlo (n = 42). À exceção da intervenção contacto pele-a-pele (CPP), foram implementados os mesmos cuidados em ambos os grupos. Ambos os grupos receberam ainda um folheto informativo intitulado <i>Early Childcare for Fathers</i>.</p> <p>Diariamente e durante os primeiros 3 dias após o parto foram desenvolvidas sessões de 15 minutos em que era realizado CPP entre pais e respetivos RN's, no grupo experimental. No grupo controlo, os pais apenas foram incentivados a pegar nos respetivos filhos ao colo. Posteriormente foi aplicada a escala <i>Father-Child Attachment Scale (FCAS)</i> que avalia os sentimentos e comportamentos do pai em relação ao bebé.</p>		
Resultados	Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo a pontuação mais elevada em todas as sub-escalas (explorar, tocar, cuidar e conversar com RN) da FCAS no grupo experimental. Realçam ainda que a maior diferença de resultados entre o pré-teste e pós-teste no grupo experimental refere-se à subescala que avalia o toque, encontrando-se uma pontuação mais elevada ao longo do tempo.		
Conclusões	As conclusões deste estudo indicam que o CPP tem um efeito positivo na ligação entre pai e filho, pois influencia diretamente o comportamento do pai no que diz respeito a tocar, falar, interagir e cuidar do seu filho. Os autores concluem ainda que o CPP proporciona a intimidade física e emocional necessária ao processo de ligação entre pai e filho e incentiva o pai a ser mais participativo nos cuidados ao RN. Esta é assim uma prática que deverá ser incentivada após o parto e que não compromete o CPP entre a mãe e RN e a amamentação na 1. ^a hora de vida. Consideram ainda, esta uma estratégia importante para ajudar os pais a sentir-se mais confiantes e ativos no seu papel de pais, favorecendo o seu processo de transição para a paternidade.		
Artigo 2	<i>Participación paterna en la experiencia del parto</i>		
Autores	Hernán Villalón; Rosario Toro; Isidora Riesco; Mauricio Pinto; Cristián Silva		
Publicação	Revista Chilena de Pediatría		
País	Chile	Ano de publicação	2014
Desenho de estudo	Ensaio clínico randomizado, prospetivo	Nível de evidência	I

Objetivo (s)	Avaliar os resultados de um programa de promoção da participação do pai nos cuidados imediatos do RN após o parto.		
Metodologia	A amostra foi composta por 127 pais que participaram no parto, que foram divididos aleatoriamente em 2 grupos: grupo A foi constituído por 62 participantes aos quais lhes foram atribuídos números pares e grupo B ou grupo controlo por 65 participantes com números ímpares. Aos participantes do grupo A foi-lhes pedido para realizar um conjunto de cuidados ao RN com a supervisão da equipa: secar a pele, cortar o cordão umbilical, pegar ao colo, pesar e medir e finalmente entregar o RN à mãe para realizar contacto pele-a-pele. Uma hora após o parto foram avaliados os seguintes parâmetros vitais dos RN's: temperatura corporal, frequência cardíaca e respiratória. Foram incluídos apenas RN's de termo saudáveis com score de Apgar superior a 8. Posteriormente foi pedido às mães o preenchimento de um questionário em que era avaliada a participação paterna nos cuidados ao bebé após a alta no que diz respeito: assistência pós-prandial e noturna ao RN, participação no banho, atender ao choro, muda da fralda, visita ao RN e melhoria na relação do casal.		
Resultados	Resultam deste estudo diferenças significativamente estatísticas entre os dois grupos, havendo um maior número de participantes do grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo a realizar os seguintes cuidados ao RN após a alta: assistência pós-prandial e durante a noite, participação no banho, visita ao RN e atender ao choro.		
Conclusões	Este estudo conclui que o contacto precoce do pai com o bebé tem influência no processo de transição do pai para a paternidade pois marca o início do seu papel de pai, influenciando positivamente o desempenho das suas competências parentais.		
Artigo 3	<i>Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience</i>		
Autores	Sónia Brandão; Bárbara Figueiredo		
Publicação	Journal of Advanced Nursing		
País	Portugal	Ano de publicação	2012
Desenho de estudo	Estudo quasi-experimental	Nível de evidência	II
Objetivo (s)	Analisar os efeitos da experiência do corte do cordão umbilical no envolvimento emocional dos pais com os seus filhos.		
Metodologia	Aplicação da escala de <i>Bonding</i> validada para a população portuguesa (Figueiredo [et al.], 2005), a uma amostra constituída por 105 pais que assistiram ao parto num hospital público português. A escala foi aplicada em três momentos diferentes: antes do parto, durante a admissão no hospital; no 1.º dia após o parto, entre as primeiras 24 a 48h (neste momento os pais foram divididos em três grupos consoante a sua experiência do corte do cordão umbilical) e no 1.º mês de vida da criança.		
Resultados	Os resultados deste estudo demonstraram que o envolvimento emocional do pai com o bebé tende a aumentar durante os primeiros dias após o parto e a diminuir quando avaliado após um mês nos pais que não cortaram o cordão umbilical. Por outro lado, os pais que cortaram o cordão umbilical demonstraram um aumento do envolvimento emocional com o seu filho um mês após o nascimento.		

Conclusões	As autoras concluem assim que as práticas obstétricas podem influenciar o envolvimento do pai com o bebê e a qualidade da relação de ambos. Acrescentam ainda que os EEESMO têm uma posição privilegiada para promover atitudes e oportunidades para que os pais tenham um papel mais ativo e uma melhor experiência de parto, influenciando assim positivamente a relação familiar e a transição para a parentalidade tornando os pais mais competentes no seu novo papel.		
Artigo 4	<i>Integrative review of factors and interventions that influence early father-infant bonding.</i>		
Autores	Ashley Scism; Robin Cobb		
Publicação	Elsevier		
País	EUA	Ano de publicação	2017
Desenho de estudo	Revisão integrativa da literatura	Nível de evidência	III
Objetivo (s)	Compreender o atual estado da literatura que estuda a ligação precoce entre pai e filho, incluindo fatores e intervenções e para identificar lacunas na literatura sobre o tema.		
Metodologia	<p>Foram selecionados 28 estudos pesquisados em bases de dados científicas CINAHL, MEDLINE, PubMed, and PsychInfo usando os termos de pesquisa <i>bonding, paternal, father, infant, relationship, engrossment, and postpartum</i>.</p> <p>Foram incluídos os artigos escritos ou traduzidos para a língua inglesa, cujo tema era a ligação pai-filho e com intervenções em crianças com menos de 1 ano de idade e ainda artigos sobre o processo de ligação no ser humano.</p> <p>A qualidade dos estudos foi avaliada através da aplicação de parâmetros das guidelines SQUIRE 2.0 que avaliam a qualidade da metodologia e dos dados.</p>		
Resultados	<p>A partir da análise dos artigos selecionados emergiram três categorias: adaptação e transição para a paternidade; variáveis que influenciam a ligação pai-filho; intervenções que promovem a ligação pai-filho.</p> <p>Segundo os autores, a transição para a parentalidade inicia-se para o pai no momento do nascimento. A maioria dos pais tem a expectativa de estabelecer uma ligação imediata com o RN, que quando não acontece origina sentimentos de frustração, ressentimento e ansiedade. A evidência pesquisada sugere assim que se o EEESMOG providenciar suporte ao pai durante o parto e pós-parto através de intervenções que promovam a ligação do pai ao RN, este terá uma transição mais saudável para o papel parental, originando posteriormente efeitos positivos na relação pai-bebê e mesmo na relação conjugal.</p> <p>As variáveis que mais influenciam os comportamentos e atitudes do pai em relação ao RN são: a percepção da mãe de suporte e competência nos cuidados ao RN por parte do companheiro e a qualidade da relação conjugal, são fatores que conjuntamente influenciam o acesso do pai ao filho que é permitido pela mãe; a falta de confiança na prestação de cuidados ao RN, reduzindo a quantidade/qualidade de tempo passado com o filho; a presença e participação ativa durante o parto; o reconhecimento da importância do papel do pai nos cuidados ao RN.</p> <p>Cada vez mais os pais desejam ter um papel ativo durante o parto e pós-parto fazendo-o sentir-se parte do processo de nascimento, resultando em sentimentos de ligação mais efetiva ao filho e à mãe. Assim torna-se fundamental a implementação de intervenções que promovam a ligação precoce entre pai e filho, nomeadamente as que promovam o envolvimento físico (como por exemplo contacto pele-a-pele, pegar, tocar, massagem, corte do cordão umbilical, etc.) e o envolvimento do pai durante o parto.</p>		

Conclusões	<p>A ligação precoce do pai ao RN é fundamental na transição saudável do pai para a parentalidade e a sua promoção passa por incluir o pai nos cuidados do EEESMOG durante a gravidez, parto e pós-parto.</p> <p>Os autores consideram ainda que incluir o pai nos cuidados durante a gravidez e parto permite que este faça parte do processo de tomada de decisões relativas à gravidez, parto e pós-parto, reduz a ansiedade e medo maternos e aumenta o suporte materno percebido pela grávida.</p>
-------------------	---

Artigo 5

Construindo o vínculo pai-bebé: A experiência dos pais

Autores	Mariana Gouvêa de Matos; Andrea Seixas Magalhães; Terezinha Féres-Carneiro; Rebeca Nonato Machado
----------------	---

Publicação	Scielo
-------------------	--------

País	Brazil	Ano de publicação	2017
-------------	--------	--------------------------	------

Desenho de estudo	Estudo qualitativo	Nível de evidência	III
--------------------------	--------------------	---------------------------	-----

Objetivo (s)	Discutir as experiências dos pais relativas ao estabelecimento da ligação pai-bebé.
---------------------	---

Metodologia	A amostra foi constituída por 8 homens que se tornaram pais recentemente (nos últimos 2 meses), com idades entre os 24 e 36 anos e que coabitam com a mãe e bebé. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada a cada um dos participantes incluídos no estudo.
--------------------	--

Resultados	<p>Das entrevistas realizadas emergiram 8 categorias: mãe é mãe; ser pai; demandas contraditórias; patriarca e cuidador; o homem grávido; ultrassonografia como ritual de passagem; o nascimento do pai; a construção da ligação; dos indivíduos à família. Neste estudo apenas foram discutidas as três últimas categorias. No que diz respeito à primeira categoria todos os entrevistados estiveram presentes no nascimento do filho e realçaram a importância da sua presença durante o parto como sendo o primeiro momento em que tiveram contacto físico com os seus filhos, sentindo-se nesse momento realmente pais e encorajando-os a participar mais nos cuidados iniciais ao RN. No que diz respeito à segunda categoria os entrevistados demonstraram uma construção gradual da ligação emocional com o bebé com a participação direta nos seus cuidados, desenvolvendo nos participantes do estudo sentimentos de maior intimidade e proximidade com o filho.</p> <p>Por fim na terceira categoria foi evidente no discurso dos entrevistados a reorganização familiar que o RN impõe ao casal, modificando as rotinas pessoais e do casal, os seus papéis no seio familiar e a relação conjugal.</p>
-------------------	--

Conclusões	O parto representa para os pais um marco no seu processo de transição para a paternidade, no entanto este é um processo dinâmico e contínuo que se vai estabelecendo através das relações do homem com a família e consigo próprio. A participação do pai no parto é facilitadora deste processo pois permite trocas precoces entre pai e filho que favorecem o estabelecimento da ligação entre o pai e o bebé, minimizando as angústias relacionadas a sentimentos ambivalentes característicos do processo de transição para a paternidade.
-------------------	--

Artigo 6	<i>O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé.</i>
-----------------	---

Autores	João Rui Duarte Farias Nogueira; Manuela Ferreira
----------------	---

Publicação	Revista de Enfermagem Referência
-------------------	----------------------------------

País	Portugal	Ano de publicação	2012
Desenho de estudo	Estudo transversal, quantitativo descritivo-analítico	Nível de evidência	III
Objetivo (s)	Verificar a relação entre variáveis sociodemográficas, envolvimento na gravidez ou o corte do cordão umbilical com a ligação emocional do pai com o bebé.		
Metodologia	Aplicação de um questionário e a escala de <i>Bonding</i> validada para a população portuguesa (Figueiredo [et al.], 2005), em três momentos diferentes (durante o TP, no 1.º e no 3.º dia após o parto) a uma amostra não probabilística acidental de 222 pais que acompanharam a grávida durante o TP num hospital português entre Novembro de 2010 e Janeiro de 2011.		
Resultados	Os resultados deste estudo indicam que existem fatores que influenciam positivamente a ligação emocional do pai com o bebé, nomeadamente a idade compreendida entre 25 e 40 anos, o acompanhamento da grávida às consultas de gravidez e nos preparativos para o nascimento do bebé, a leitura e procura de informação sobre o desenvolvimento do bebé, o envolvimento na gravidez e o corte do cordão umbilical.		
Conclusões	A promoção do envolvimento do pai na gravidez e durante o parto (por exemplo através de permitir ao pai o corte do cordão umbilical) por parte dos profissionais de saúde aumenta a ligação do pai ao bebé.		
Artigo 7	<i>Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review</i>		
Autores	Lars Plantin, Adepeju Aderemi Olukoya; Pernilla Ny		
Publicação	The World Health Organization, Department of Gender, Women and Health		
País	Suécia	Ano de publicação	2011
Desenho de estudo	Revisão integrativa da literatura	Nível de evidência	III
Objetivo (s)	Examinar como o envolvimento de pais europeus na gravidez, parto e pós-parto influencia a sua saúde, a saúde da mulher e do filho, bem como o processo de transição para a paternidade.		
Metodologia	Foram incluídos e analisados 46 artigos e 5 relatórios produzidos em países europeus e publicados nas bases de dados Pubmed, Sociological Abstracts, Social Services abstracts, PsycINFO, e Eric. Os critérios de inclusão focaram a gravidez sem complicações e a descrição das experiências dos pais europeus. Do total de 46 artigos incluídos nesta revisão, 25 são de carácter qualitativo, 19 quantitativo e 2 são revisões sistemáticas da literatura.		
Resultados	Os resultados deste estudo focaram três pontos essenciais nomeadamente: o envolvimento do pai durante a gravidez e o seu envolvimento nos cursos de preparação para o parto/parentalidade; as experiências vivenciadas pelo pai durante o parto e pós-parto e a influência do envolvimento do pai na saúde da mulher. No que diz respeito ao envolvimento dos pais durante a gravidez este estudo demonstrou que estes ainda se sentem excluídos de todo o processo pois toda a informação dada pelos profissionais de saúde é dirigida essencialmente à mãe. No que diz respeito às experiências vivenciadas pelo pai durante o parto e pós-parto refere que apesar de se sentirem motivados a participar ativamente no nascimento dos seus filhos apresentam muitos medos e um elevado nível de ansiedade relativamente ao seu papel durante o TP. E por último este estudo demonstrou ainda que o envolvimento dos pais durante a gravidez,		

parto e pós-parto influencia positivamente a sua saúde, da mulher e criança, bem como promove uma ligação precoce do pai com o RN e contribui para uma transição do pai para o papel parental mais saudável.

Conclusões

As conclusões deste estudo revelam que os pais precisam de ser reconhecidos pelos profissionais de saúde que cuidam a grávida, também como alvo dos cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto pois cada vez mais o homem procura sentir-se envolvido e incluído no processo de nascimento do seu futuro filho, resultando no estabelecendo de uma relação precoce com o mesmo e trazendo benefícios para a saúde de toda a família.

Este estudo reconhece ainda a necessidade de mais investigação científica nesta área para que possa ser produzido novo conhecimento no que diz respeito ao próprio processo de transição para a paternidade e a sua influência na saúde reprodutiva.

3.1.4. Discussão

Na quinta etapa é efetuada a análise e interpretação dos resultados, a identificação de conclusões e as implicações que estas têm para a prática clínica. As possíveis lacunas do conhecimento identificadas durante esta etapa permitem ainda a delimitação de prioridades para futuras pesquisas no sentido de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Mendes [et al.], 2008; Souza [et al.], 2010; Botelho [et al.], 2011).

A análise dos resultados dos artigos selecionados concluiu que o estabelecer de uma relação precoce entre o pai e a criança poderá ser influenciado positivamente através de intervenções específicas do EEESMOG com enfoque no pai. Desta análise emergiram quatro temáticas que parecem influenciar positivamente o processo de transição do pai para a parentalidade e poderão estar relacionadas com a criação e o estabelecer da ligação pai/filho, que agrupamos conforme representado na Figura 5 de forma a dar resposta à nossa questão de investigação.

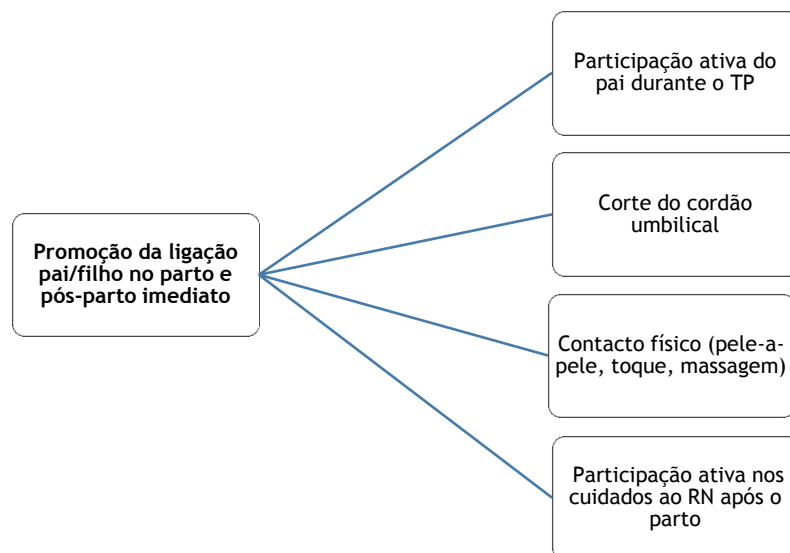


FIGURA 5 - Intervenções promotoras da ligação pai/filho durante TP, parto e pós-parto

A ligação emocional que se estabelece entre pai e filho é fundamental no processo de transição para a paternidade e desenvolvimento do bebé. Neste sentido é essencial promover a parentalidade positiva através de comportamentos que aumentem esta ligação. Tal como referido anteriormente concluímos que existe um conjunto de intervenções que implementadas durante o processo de nascimento e primeiras horas de vida do RN poderão ser promotoras da ligação precoce entre a díade pai/filho e que irão ser descritas em seguida.

Todos os estudos analisados são perentórios ao afirmar que a participação ativa e o envolvimento do pai durante o TP e parto é essencial no estabelecimento da ligação emocional entre pai e filho. Pois representa para este a oportunidade de partilhar a experiência de nascimento com a sua companheira como parte da sua vida conjugal e gera sentimentos de maior intimidade e proximidade entre pai/mãe/filho. No estudo seis, em que foram avaliados os fatores que influenciam a ligação emocional pai/bebé foi constatado que existe uma evolução crescente nos scores obtidos na aplicação da escala de *Bonding* à amostra durante o TP, o 1.º e o 3.º dia após o parto, traduzindo-se no aumento progressivo da ligação entre o pai e o bebé ao longo do tempo, sendo ainda verificada uma relação direta entre o nível de envolvimento do pai no final da gravidez e durante o parto e o nível de envolvimento com o filho após o nascimento. Este estudo conclui que se torna essencial aumentar o envolvimento do pai no parto proporcionando-lhe experiências como o corte do cordão umbilical e atender às suas necessidades e expectativas, influenciando assim positivamente a ligação emocional com o bebé. Uma investigação realizada por Draper e Ives (2013) citada no estudo quatro conclui que a inclusão do pai no processo de nascimento reduz a ansiedade e stresse maternos, aumenta a sensação confiança e suporte na parturiente e permite o apoio na tomada de decisão e defesa do plano de parto. Os resultados do ensaio clínico randomizado do estudo dois demonstram ainda que a

participação ativa do pai durante o nascimento do seu filho contribui para uma melhoria da relação conjugal pois fortalece os vínculos entre os membros do casal. O aumento da qualidade da relação conjugal é essencial no processo de transição para a paternidade pois os relacionamentos interpessoais positivos contribuem para um melhor ajustamento individual do homem às mudanças através da diminuição dos níveis de ansiedade (Figueiredo [et al.], 2008).

A participação do pai durante o TP poderá ser geradora de sentimentos e emoções positivas pelo suporte que estes proporcionaram à grávida e ainda por lhes dar a oportunidade de cuidar do filho nas primeiras horas de vida contribuindo para uma maior proximidade e intimidade entre a tríade e resultando em sentimentos de maior responsabilidade e envolvimento com o RN. Segundo Matos [et al.] (2017), uma experiência de parto positiva pode encorajar o pai a assumir maior responsabilidade parental e a sentir-se emocionalmente mais ligado com o seu filho. Uma revisão da literatura realizada por Chapman (1991) e citada no estudo sete refere que o papel assumido pelo pai durante o TP poderá ser classificado de duas formas: envolvimento ativo ou suporte passivo. Pais ativamente envolvidos no processo de nascimento são caracterizados por providenciarem suporte à mulher em TP através da satisfação das suas necessidades físicas como auxiliá-la na mudança de posição, oferecendo massagens e/ou água para beber, abraçando-a, bem como na satisfação das suas necessidades emocionais.

Por outro lado o pai que apresenta uma atitude passiva de suporte tende a estar presentes mas não se envolver no desenrolar do processo de TP, sentindo-se marginalizado durante todo o processo de nascimento (Plantin [et. al], 2011). No entanto todos os estudos consultados referem que apesar da maioria dos pais se encontrarem motivados a ter um papel ativo durante o parto, esta é uma experiência emocionalmente exigente e que poderá gerar elevados níveis de stresse e ansiedade que poderão contribuir para uma experiência de parto negativa. Nogueira [et al.] (2012), refere que durante a experiência de parto o pai poderá gerar sentimentos de medo, angustia, incapacidade e impotência perante a forma como decorre o TP e a sua perceção de sofrimento da grávida. Assim torna-se importante que o EEESMOG seja capaz de minimizar os sentimentos negativos e potenciar a vivência deste momento como uma experiência de vida positiva. O suporte e a satisfação das necessidades individuais do casal durante o TP é essencial para lhes proporcionar uma experiência de parto positiva influenciando assim positivamente o estabelecimento de uma relação efetiva com o seu filho. A literatura consulta durante a pesquisa refere ainda que durante o nascimento o pai apresenta necessidades diferentes das da parturiente e que se focam essencialmente no acesso a informação sobre o processo de nascimento do seu filho ao invés de informação genérica e que esta informação lhes deve ser dirigida focando as suas necessidades e não apenas as da mãe (Plantin [et. al], 2011).

Informar sobre a evolução do TP, apoiar e incluir o pai na tomada de decisão sobre medidas de alívio da dor (que representa o fator que mais afeta negativamente a vivência do parto), informar sobre procedimentos e rotinas hospitalares e desmistificar medos e receios do casal são algumas das intervenções que poderão ser implementadas durante o processo de nascimento e que potencializam a vivência de uma experiência de parto do casal em toda a sua plenitude.

Torna-se assim fundamental que o EEESMOG veja o pai também como alvo dos seus cuidados durante o TP e providencie o suporte emocional necessário proporcionando também a ele uma experiência positiva do parto, através do estabelecimento de uma relação empática com o pai para que este possa exprimir os seus anseios e as suas preocupações, providenciando informação dirigida às suas necessidades e reconhecendo-o como parte integrante da unidade de nascimento.

O parto representa ainda um acontecimento único na vida do casal e um marco na transição do pai para o papel parental pois é durante o parto que o pai tem a possibilidade de estabelecer o primeiro contacto físico, representando um momento de maior intimidade e proximidade com o seu filho (Matos [et al., 2017]). A promoção do corte do cordão umbilical pelo pai é uma intervenção de rotina amplamente divulgada e implementada pelo EEESMOG com o objetivo de aumentar o envolvimento emocional entre o pai e o RN dando ao pai a oportunidade de participar ativamente no nascimento do seu filho. O estudo três realizado por Brandão e Figueiredo (2012) demonstrou que a participação ativa durante o parto e o envolvimento físico do pai com o RN, através do corte do cordão umbilical, tem efeitos positivos no envolvimento emocional entre a díade.

Os resultados deste estudo demonstraram ainda que a ligação emocional que se estabelece após o parto tende a aumentar nos primeiros dias de vida da criança e a diminuir um mês após o parto nos pais que não cortaram o cordão umbilical aumentando por outro lado nos pais que cortaram o cordão umbilical, concluindo assim que a promoção do envolvimento e empoderamento do pai para participar ativamente no parto através de intervenções que estimulem o contacto físico, como por exemplo através do corte do cordão umbilical, poderá ter efeitos positivos na ligação a longo prazo nomeadamente no desenvolvimento da criança durante a infância e adolescência. As mesmas autoras referem ainda que o corte do cordão poderá representar para o pai o transpor de uma barreira imaginária que significa a separação física entre o bebé e a mãe permitindo ao pai maior proximidade com o seu filho e fazendo-o sentir-se parte da família. Esta é portanto uma prática que deverá ser incentivada e facilitada pelos EEESMOG não apenas por rotina mas por ir de encontro às necessidades das famílias que cuidam.

A promoção do contacto físico entre o pai e o RN imediatamente após o parto foi outra das intervenções identificada nos artigos seleccionados como uma das mais eficazes na promoção da ligação precoce. O estudo 4 descreve os benefícios para a saúde do RN associados ao contacto físico que incluem a diminuição do choro, criação de um ambiente calmo para a amamentação, regulação da temperatura e ajustamento metabólico do RN e a promoção da interação entre o pai e a criança. Refere ainda que as oportunidades de contacto físico após o parto incluem o corte do cordão umbilical, segurar, tocar, massajar e participar nos cuidados ao RN (Scism e Cobb, 2017). No estudo dois os pais que seguraram os filhos na primeira hora de vida apresentaram mais comportamentos não-verbais com o RN um mês após o nascimento quando aplicada a escala de avaliação neonatal de Brazelton. O contacto físico entre a mãe e o RN nas primeiras horas após o parto através do contacto pele-a-pele é amplamente referido na literatura como uma das formas mais importantes e eficazes no estabelecimento precoce da ligação. No entanto para o pai o contacto pele-a-pele tem-se circunscrito aos casos de partos por cesariana ou em situações de compromisso materno. O estudo dois demonstrou que os RN do grupo experimental que nasceram por cesariana e que realizaram contacto pele-a-pele com o pai choraram menos e alcançaram o estado de relaxamento mais rapidamente que os RN do grupo controlo que não realizaram contacto pele-a-pele e ainda que apresentaram padrões de sucção mais efetiva e mais tentativas de comunicação vocalizada. São inúmeros os estudos que referem os benefícios do contacto pele-a-pele na estabilização dos níveis de saturação de oxigénio, temperatura corporal e respiração do RN. Além das vantagens para a saúde física do RN, o contacto pele-a-pele tem sido relacionado com a diminuição do choro, aumento do crescimento e desenvolvimento infantil, estabelecimento e início precoce da amamentação, aumento da lactação e estabelecimento precoce da ligação parental com a criança (Chen [et al.], 2017). Assim intervenções que promovam o contacto físico entre o pai e o RN, como permitir que este veja a sua face, tocar, segurar ou realizar contacto pele-a-pele com o RN são facilitadoras da transição para a paternidade por permitirem a criação de uma relação de intimidade e proximidade que poderá gerar no pai sentimentos de maior afinidade e de proteção em relação ao seu filho (Chen [et al.], 2017). De acordo com o estudo um, a promoção do contacto pele-a-pele nas primeiras 24 horas de vida do RN apresenta efeitos positivos na ligação pai/filho quando avaliada 3 dias após o parto e quando comparada com o grupo que não realizou contacto pele-a-pele. Ainda segundo o mesmo estudo os pais do grupo controlo apresentaram resultados mais elevados na escala de avaliação da ligação pai/filho (FCAS) quando aplicada após terem realizado contacto pele-a-pele, apresentando comportamentos indicadores da efetiva ligação pai/filho como abraçar (contacto físico), acariciar, sorrir e estabelecer contacto ocular (atenção/apreço) necessários à satisfação das necessidades emocionais do RN e essenciais ao estabelecimento da vinculação entre a criança e o pai. Os autores deste

estudo relacionam ainda os resultados mais elevados na escala FCAS no grupo experimental com a ativação de estímulos sensoriais provocados pelo contacto pele-a-pele e a consequente libertação de oxitocina na corrente sanguínea paterna. São vários os estudos citados que relacionam comportamentos como o tocar, acariciar, massajar ou o calor corporal com o aumento dos níveis de oxitocina que, por sua vez, tem efeitos na diminuição da produção de hormonas de stresse como as catecolaminas tanto nas mães, como nos pais e RN's. Foi realizado um estudo por Cong (cit. in Chen [et al.], 2017) que examinou a relação entre o mecanismo da oxitocina e os níveis de stresse e ansiedade maternos e paternos durante o contacto pele-a-pele. Os resultados deste estudo demonstraram que os níveis de oxitocina e cortisol maternos e paternos apresentam-se significativamente elevados durante o contacto pele-a-pele, concluindo que a libertação de oxitocina resultou na redução do stresse e ansiedade nos pais que realizaram contacto pele-a-pele com os seus filhos. São vários os estudos que têm demonstrado os efeitos positivos da oxitocina no estabelecimento da ligação mãe/filho durante o período pós-parto por estar relacionada com o aumento de sentimentos de satisfação, calma e segurança com o novo papel e a redução do stresse, tendo sido também mais recentemente reconhecida como um importante componente no entendimento da neuroendocrinologia da paternidade. Os benefícios do contacto físico no estabelecimento precoce do processo de ligação pai/filho demonstrados pelos estudos consultados levam-nos a concluir que o EEESMOG poderá ser um agente facilitador do contacto pele-a-pele entre o pai e RN durante o pós-parto, não significando que seja comprometido ou atrasado o contacto pele-a-pele entre a mãe e o filho, aumentando desta forma a confiança do pai e facilitando o seu processo de transição para a paternidade.

Como referido anteriormente a promoção da participação ativa do pai nos cuidados ao filho foi outra das intervenções identificadas nos estudos analisados no que diz respeito ao estabelecimento da ligação precoce entre pai e filho. Segundo a literatura pesquisada, mais concretamente no estudo sete o envolvimento ativo e precoce do pai nos cuidados ao filho tem sido associado a efeitos positivos no desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança. Ainda segundo o mesmo estudo a participação do pai nos cuidados ao filho desde o nascimento apresenta benefícios para a saúde da puérpera que encara a partilha das responsabilidades parentais como maior sensação de suporte oferecido por parte do companheiro, tendo efeitos positivos no processo de transição para a maternidade, na relação conjugal e consequentemente na saúde da família. Acrescenta ainda que para além dos benefícios supracitados para a saúde da mãe e da criança são claras as vantagens para a saúde física e mental do pai e para a sua transição saudável para a paternidade através do reconhecimento do seu novo papel o mais precocemente possível. No entanto ainda segundo o mesmo estudo é comum os pais sentirem que não lhes é

oferecido o suporte necessário pelos profissionais de saúde e que estes apresentam pouca confiança nas suas capacidades parentais focando-se apenas na mãe como única cuidadora. Neste sentido torna-se fundamental que o EEESMOG encare o pai como parceiro nos cuidados ao RN e o inclua nos mesmos fazendo-o sentir-se mais competente para assumir o seu novo papel assim como mais incluído no seio da sua própria família, contribuindo desta forma para a reorganização do seu papel individual e na reorganização do sistema familiar contribuindo para uma saudável transição para a paternidade. Os resultados do estudo cinco referem que a maioria dos entrevistados demonstrou desejo em se envolver ativamente nos cuidados ao filho desde o nascimento e ainda que estes reconheceram a importância que a maior proximidade física e intimidade resultante tem no estabelecimento da ligação desde o início. A participação do pai nos cuidados ao RN precocemente através do secar, vestir, segurar após o parto promove momentos de intimidade únicos entre o pai e a criança contribuindo para uma melhor adaptação ao papel paternal que se inicia logo após o parto e que representa um dos momentos mais marcantes do processo de transição para a paternidade pois é um período repleto de mudanças e reajustes psíquicos individuais que implica o desempenho de um novo papel social e ainda a reorganização do seu sistema familiar (Matos [et al.], 2017). O mesmo estudo refere ainda que a participação do pai nos cuidados ao filho pode representar o assumir de um papel importante no seio familiar, minimizando o sentimento de exclusão que os pais frequentemente experienciam após o parto e as dificuldades no desempenho do novo papel. Assim incentivar o pai a ser um participante ativo nos cuidados ao RN logo após o parto poderá ser facilitador do início da ligação que se vai estabelecendo entre a díade pai/criança e minimizar sentimentos negativos e angústias ambivalentes características do processo de transição para a paternidade.

Após análise dos estudos selecionados na presente investigação emergiu assim um conjunto de intervenções potenciadoras do envolvimento e estabelecimento da ligação precoce entre pai e filho e que dividimos em dois momentos-chave que são o período de TP e parto e o período pós-parto, conforme representado no Quadro 2 de forma a dar resposta à nossa questão de investigação.

Quadro 3 - Resumo das intervenções promotoras da ligação pai/filho durante o TP, parto e pós-parto.

Durante o TP e parto

Promover a participação ativa do pai durante o TP

Empoderar o pai sobre o processo de nascimento:

- Informar continuamente o pai o bem-estar materno e fetal;
- Informar sobre a evolução do TP;
- Orientar os pais sobre as atitudes que poderão adotar para apoiar

- a parturiente durante as diferentes fases do TP;
- Ensinar/treinar o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor;
- Envolver o pai no processo de tomada de decisão.

Incentivar o corte do cordão umbilical

Promover o papel ativo durante o TP através de estratégias como:

- Incentivar o pai a apoiar fisicamente a parturiente através do apoio/estímulo na liberdade de movimentos (como por exemplo incentivar a grávida a deambular, realizar exercícios na bola de pilates, básculas, etc.)
- Ensinar/treinar técnicas não farmacológicas de alívio da dor (técnicas de relaxamento como exercícios respiratórios, imaginação guiada, musicoterapia, relaxamento muscular progressivo, massagem e aplicação de calor, por exemplo);
- Elogiar o apoio emocional oferecido pelo pai à parturiente quando demonstrado através de carinho e expressões verbais e não-verbais de forma autónoma e espontânea.
- Incentivar o corte do cordão umbilical.

Estabelecer uma relação terapêutica com o pai:

- Tratar o pai pelo seu nome preferido conferindo-lhe individualidade e protagonismo no processo de nascimento;
- Escutar as necessidades, ansiedades, medos e sentimentos do pai sobre o nascimento;
- Oferecer informação dirigida às suas necessidades individuais de forma clara e concisa através de linguagem simples;
- Respeitar as suas necessidades individuais através da adoção de uma postura positiva;
- Apoiar as suas necessidades emocionais com empatia e compreensão, providenciando encorajamento, elogios, tranquilidade e escuta ativa;

Respeitar a privacidade e intimidade do casal.

Durante o pós-parto

Incentivar e treinar o contacto físico (pele-a-pele, toque, massagem)

- Estimular o pai a exprimir as suas emoções;
- Oferecer oportunidades de contacto físico precoce com o RN logo após o nascimento;
- Ensinar sobre a importância do contacto físico precoce no estabelecimento da ligação entre pai e bebé;
- Encorajar o contacto pele-a-pele logo que seja possível.

Promover a participação ativa nos cuidados ao RN após o parto

Promover um papel ativo nos cuidados à criança:

- Incentivar o acompanhamento do RN nos procedimentos realizados logo após o parto;
- Informar sobre os procedimentos realizados à criança e mãe;
- Incluir o pai no registo da hora de nascimento e avaliação do peso do RN;
- Incentivar a participar nos cuidados imediatos ao RN como secar a pele, vestir, colocar a fralda e apoiar na amamentação;
- Ensinar sobre apoio durante a amamentação;
- Elogiar e encorajar o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN.

3.1.5. Conclusão

A realização desta revisão da literatura permitiu-nos identificar e sintetizar intervenções capazes de potenciar a ligação imediata e efetiva entre pai e filho durante o processo de nascimento e no período imediato após o parto.

O EEESMOG poderá assim ser o elemento-chave na promoção da relação precoce entre o pai e o filho através da implementação de estratégias que apoiem o pai durante o processo de ligação e, conseqüentemente, facilitar a sua transição para a paternidade. Verificamos através dos estudos selecionados que envolver ativamente o pai durante o TP e parto, por exemplo, através do corte do cordão umbilical, encoraja-o a tornar-se também um participante ativo nos cuidados ao seu filho e aumenta a ligação entre ambos. No entanto, verificamos, ainda, que serão necessários mais estudos para determinar os efeitos do corte do cordão umbilical no estabelecimento precoce desta ligação.

A participação ativa do pai durante o TP demonstrou ter efeitos positivos na relação conjugal, que aumenta a percepção de suporte da mulher por parte do seu companheiro e gera sentimentos na mãe, de competência paterna, o que por sua vez aumenta a confiança do pai na prestação de cuidados ao filho e conseqüentemente aumenta a qualidade e quantidade de tempo de interação entre a díade pai/filho favorece, também, o estabelecimento da ligação e adaptação ao papel parental.

Foi ainda possível concluir que existe um conjunto de intervenções, que implementadas nas primeiras horas de vida da criança e cujo principal objetivo é a proximidade física do pai com o RN (promoção do contacto pele-a-pele, do toque e da massagem) demonstraram ser eficazes no estabelecimento de uma ligação precoce entre a díade. Estas intervenções demonstraram ainda ser facilitadoras no processo de transição do pai para a parentalidade, por permitirem a criação de uma relação de maior intimidade e proximidade entre o pai e o filho, levando-o a envolver-se mais nos cuidados ao RN. Concluímos também que o contacto pele-a-pele aumenta os níveis de ocitocina paternos, resultando numa diminuição dos níveis de stresse e ansiedade decorrentes do processo de nascimento e adaptação ao papel parental.

A inclusão do pai nos cuidados ao RN (como secar, vestir ou segurar) desde o nascimento foi outra das intervenções que demonstrou estar associada ao aumento da ligação entre a díade e à transição mais saudável para a paternidade, sendo para isso necessário mais suporte por parte do EEESMOG no desenvolvimento das capacidades dos pais para prestarem os cuidados aos seus filhos.

Com a realização deste estudo foi ainda possível compreender que é necessária mais investigação com enfoque no processo de ligação entre pai e filho,

estabelecendo intervenções de enfermagem direcionadas ao pai durante o TP, parto e pós-parto imediato que promovam a ligação efetiva entre a díade pai/filho.

É ainda necessário identificar qual o *timing* ideal para que estas intervenções sejam implementadas, no sentido do estabelecer uma relação precoce e como isso pode influenciar o papel e as atitudes do EEESMOG durante o processo de nascimento. O reconhecimento do papel do pai no desenvolvimento da criança através do estabelecimento concreto de intervenções específicas

Uma das limitações do estudo é não termos encontrado disponíveis estudos que identifiquem técnicas que promovam a comunicação entre o casal, capazes de aumentarem a confiança materna nas competências paternas dos cuidados ao RN, pelo que julgamos ser ainda necessário mais estudos para determinar os efeitos do corte do cordão umbilical como estratégia de uma ligação precoce pai/filho.

Acreditamos que o contributo deste estudo para a prática, através da identificação de intervenções direcionadas à promoção da relação precoce pai/filho poderá, no futuro, influenciar a mudança de paradigma da nossa sociedade em que os cuidados ao filho passem a ser vistos com a mesma responsabilidade pelo pai e não apenas única e exclusivamente pela mãe.

4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO

Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, foi a finalidade que sustentou o desenvolvimento de competências, neste percurso formativo, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Este estágio referente ao módulo denominado de período pós-parto pautou-se pela realização de um conjunto de aprendizagens cujo principal objetivo foi a aquisição de competências necessárias à avaliação, elaboração de processos de diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem especializados, durante o período pós-parto à mulher, RN e família.

O período pós-parto ou puerpério é um período caracterizado por múltiplas e complexas alterações que se sucedem rapidamente, tornando a mulher vulnerável não só pelos ajustamentos fisiológicos (alterações hormonais bruscas, fadiga, desconforto físico, etc.), mas igualmente marcado por ajustamentos psicossociais (inexperiência em cuidar do filho, alterações da rotina diária, consolidação da relação mãe/filho, relação conjugal e relacionamento familiar), podendo o EEESMOG ser um agente facilitador destes ajustamentos através da prestação de cuidados sensíveis ao período transaccional que o casal está a vivenciar (Mendes, 2009; Felgueiras [et al.], 2013). O puerpério pode ser dividido em três períodos: puerpério imediato que compreende as primeiras 24 horas após o parto; puerpério precoce que decorre durante a primeira semana e puerpério tardio que se estende até às seis semanas após o parto (Cunningham [et al.], 2014).

O internamento no serviço de obstetrícia do Hospital Pedro Hispano, onde decorreu este estágio, corresponde a um período pré-estabelecido de 48 horas nos casos de partos eutócicos ou distócicos assistidos com recurso a ventosa ou fórceps, sem complicações associadas e de 72 horas nos casos de partos distócicos por cesariana. A curta duração do internamento no serviço de puerpério representa um espaço temporal mínimo para a prestação de cuidados especializados, focando-se a nossa atenção nas primeiras horas após o parto nos focos de enfermagem relativos às alterações consideradas fisiológicas da díade mãe/bebé, nomeadamente, a prevenção de complicações pós-parto, o autocuidado e o período inicial da parentalidade.

Do ponto de vista desenvolvimental, durante o puerpério a mulher/casal encontram-se num dos momentos mais críticos da sua vida: a transição para a parentalidade. Segundo a teoria das transições desenvolvida por Meleis [et al.] (2000), transição para a parentalidade é definida como sendo uma transição desenvolvimental, pois ocorre durante o desenvolvimento de vida dos indivíduos e requer uma definição ou redefinição dos envolvidos, sendo influenciada por diversas características pessoais como

os significados atribuídos à gravidez, à paternidade e ao nascimento, às expectativas, níveis de conhecimento e preparação, planeamento ou não da gravidez, bem-estar físico e emocional. Esta transição marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação no sistema familiar, com a conseqüente redefinição de papéis e tarefas, sendo considerada uma das maiores mudanças que o sistema familiar enfrenta, na qual os cônjuges se tornam progenitores de uma família (Martins, 2013). Numa situação de transição, como é o caso da transição para a parentalidade, as pessoas tendem a estar mais vulneráveis pelo facto de não saberem agir perante uma nova situação, ou seja, sentem-se inseguras e incapazes de lidar com o desconhecimento de um novo acontecimento nas suas vidas (Meleis [et al.], 2000). Esta vulnerabilidade acarreta riscos para a saúde das pessoas envolvidas neste processo, podendo comprometer a sua qualidade de vida (Nelson, 2003), pelo que o EEESMOG como principal prestador de cuidados à família durante o processo de transição para a parentalidade tem o dever de avaliar, planear e prestar cuidados que potenciem um processo de transição saudável.

Conhecer o processo de transição para a parentalidade pelo qual o sistema familiar está a passar é essencial para se poderem determinar os fatores que o influenciam e qual o impacto que este pode ter nas suas vidas, no sentido de planear intervenções que minimizem experiências que possam gerar tensão nos pais e assim autonomizá-los no exercício da parentalidade (Nyström e Öhrling, 2004). Segundo vários autores o processo de transição para a parentalidade transcende o momento do parto e o seu início não é consensual, existindo autores que defendem o seu início durante a gravidez ou posteriormente no período pós-parto. Considerações cronológicas à parte, a parentalidade não se circunscreve ao nascimento do filho, pois é um processo dinâmico em que há um reajustamento dos papéis desempenhados pelos membros do sistema familiar, refletindo-se no processo desenvolvimental de cada um dos indivíduos (Relvas, 2004).

A perceção, conhecimento e reconhecimento do processo de transição, ou seja, a consciencialização das alterações que estão a decorrer indicam que se iniciou o processo de transição e, nesse sentido, a pessoa procura informação e apoio que a leva a alterar formas de estar e atividades anteriores face às novas circunstâncias (Chick e Meleis, 1986). Outra propriedade importante no processo de transição para a parentalidade é o nível de envolvimento, que é definido como o grau de envolvimento no processo que a pessoa demonstra e pode ser avaliado pela procura de informação, pelo uso de modelos de referência, pela preparação ativa e modificação proactiva das atividades das pessoas envolvidas no processo (Meleis [et al.], 2005). Ainda segundo a mesma autora existem condicionalismos, quer pessoais (significados, expectativas, nível de conhecimento e de capacidade) quer ambientais (nível de planeamento e bem-estar, estatuto socioeconómico e o bem-estar físico e psíquico) que afetam o processo de transição. Estas são condições que podem facilitar ou dificultar as transições, influenciando a qualidade da experiência da transição e as suas conseqüências. Segundo Meleis [et al.] (2005), a preparação

antecipatória ao nível dos conhecimentos e habilidades é facilitadora do processo de transição, enquanto a sua ausência poderá dificultar o mesmo. Neste contexto os cursos de preparação para o parto e parentalidade constituem-se como estratégias promotoras da parentalidade pois permitem o ensino e treino das competências parentais (Marques, 2017). Assim durante o processo de avaliação do foco Adaptação para a Parentalidade, a frequência de cursos de preparação para o parto foi um dado diagnóstico de especial relevância e pesquisado em todos os casais acompanhados durante o período pós-parto.

Segundo Lowdermilk e Perry (citado por Carneiro e Silva, 2014), a transição materna para a parentalidade no período pós-parto compreende três fases distintas caracterizadas por comportamentos dependentes numa primeira fase, seguindo-se os comportamentos dependentes-independentes e por fim os independentes. A primeira fase decorre durante as primeiras 24 a 48 horas após o nascimento e caracteriza-se pela satisfação das necessidades básicas das puérperas que tendem a verbalizar as experiências de gravidez e parto. As expectativas das mulheres, em relação ao parto e ao desempenho do papel materno, são fatores que podem ser facilitadores ou inibidores do processo e na transição para o papel maternal (Shumacher e Meleis, 1994). Os estudos realizados por Bandura e MacLeod (citado por Ayers e Pickering, 2005), sugerem que as expectativas que não se concretizam podem desencadear estados depressivos. Conhecer as expectativas que cada mulher construiu, assim como o conhecimento de que a sua experiência de parto foi de encontro a essas expectativas ou não, foi de vital importância para orientar as nossas intervenções no sentido da promoção de uma transição saudável. Ao longo do estágio deparámo-nos com casais cujas experiências de parto tinham gerado sentimentos positivos e que tinham ido de encontro com as expectativas criadas ao longo da gravidez e também casais cujas experiências de parto não foram de encontro com as expectativas anteriormente criadas. Ajudar a puérpera a aceitar e verbalizar as experiências de gravidez e nascimento, proporcionar apoio e os cuidados necessários nas primeiras horas ou dias após o parto auxilia o casal a passar para a fase seguinte e a tornar-se independente nas suas ações.

O foco dos cuidados de enfermagem nas primeiras horas após a chegada ao serviço de obstetrícia foi o bem-estar físico e emocional da puérpera, bem como a vigilância e monitorização do estado de saúde da díade mãe/bebé, dando enfoque à escuta ativa das reais necessidades percebidas pela puérpera/casal como prioritárias. Segundo Almeida e Silva (2008) o período puerperal é considerado um período de riscos e a prevenção de complicações é essencial pois fornece à puérpera condições para que possa cuidar de si e do seu filho. A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade durante este período contribui para a diminuição da morbilidade materna e, conseqüentemente, na diminuição do tempo de internamento e na taxa de readmissão hospitalar, indicadores da qualidade de saúde em obstetrícia (Amaro, 2012).

À entrada no serviço de obstetrícia foi realizado o acolhimento da puérpera/casal e RN e tendo em conta o estado geral da puérpera, foi-lhes apresentado o serviço, informando sobre os recursos disponíveis, bem como as normas da unidade e horário de visitas. Após instalar a puérpera foi então consultado o seu processo clínico, bem como o do RN, com o objetivo de proceder à colheita de dados necessários à avaliação inicial para posterior formulação do processo diagnóstico. Também os dados transmitidos pela colega do BP que transfere a utente foram tidos em consideração na admissão da puérpera como: índice obstétrico, tipo de parto, analgesia realizada durante o parto, integridade do períneo, profilaxia de EGB, localização do fundo uterino e lóquios; e do RN como: índice de Apgar, comportamento nas primeiras horas de vida, como foi alimentado e hora da última refeição, presença de reflexos primitivos e eliminação vesical/intestinal. A avaliação inicial da puérpera, aquando da sua admissão no serviço, foi realizada também através do exame físico cefalocaudal, repetido em todos os turnos e que avaliava: estado de consciência, parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dor e temperatura), pele e mucosas, mamas, lóquios e involução uterina, ferida perineal (episiorragia ou perineorragia) se esta existisse, ferida cirúrgica abdominal nos casos de cesariana, funcionamento vesical e intestinal. Como resultado da avaliação inicial realizada, os diagnósticos de enfermagem imediatamente identificados foram o Risco de Hemorragia Pós-parto, Risco de Retenção Urinária e Risco de Hipotensão (ICNP, 2011).

Segundo a OMS (2014), a hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de morbidade e mortalidade materna. É definida como hemorragia pós-parto precoce ou primária, a perda sanguínea igual ou superior a 500ml que ocorre após a dequitação até às primeiras 24 horas após o nascimento, sendo considerada grave se for superior a 1000ml por resultar em alterações hemodinâmicas (Baggieri [et al.], 2011). A atonia uterina e as lesões do canal de parto (lacerações vaginais e cervicais) são as principais causas de HPP imediata, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde a vigilância das perdas sanguíneas e a instituição de medidas preventivas destas complicações (OMS, 2012). Nas primeiras horas após o parto, para detetar precocemente sinais de provável hemorragia pós-parto, a observação da puérpera englobou a recolha de dados através das atividades diagnósticas: avaliação do estado hemodinâmico (sinais vitais), palpação do fundo uterino, vigilância da involução uterina, identificação do globo de segurança de Pinard, vigilância da ferida perineal e lóquios (quantidade, cor e presença de restos placentares), observação da coloração da pele e mucosas (Jacob, 2015). Como a atonia uterina resulta da incapacidade das fibras miométrias uterinas se contraírem ou manterem contraídas após a dequitação, levando ao sangramento contínuo dos vasos sanguíneos no local de implantação, o seu diagnóstico é feito através da palpação de um útero grande e de consistência mole, acima da linha do umbigo (Graça [et al.], 2017). A palpação do fundo uterino possibilita o diagnóstico precoce desta complicação, pois permite avaliar a progressão do processo de involução uterina que normalmente se inicia logo após a

dequitação pela contração das fibras musculares uterinas (Lowdermilk e Perry, 2008). No pós-parto imediato, o útero que antes do parto se encontra na região epigástrica deve apresentar-se contraído na região peri-umbilical (Montenegro [et al.], 2017), sendo este dado relevante para confirmar que o processo de involução uterina estaria a decorrer dentro da normalidade. A avaliação da involução uterina e formação do globo de segurança de Pinard são intervenções recomendadas para todas as mulheres para prevenir a HPP, ao contrário da massagem uterina que não é recomendada em mulheres que receberam ocitocina profilática, pois produz desconforto materno e poderá não produzir a redução da perda sanguínea (OMS, 2012). À luz destas recomendações a massagem uterina apenas foi usada, no puerpério imediato, nos casos em que se verificou que o útero não se encontrava bem contraído. Nesses casos, os cuidados de enfermagem passaram, para além do ensino da puérpera sobre o processo de involução uterina e as características do útero no pós-parto, pela sua instrução a massajar o fundo uterino a fim de eliminar lóquios ou possíveis coágulos que poderiam impedir a contração uterina, tornando-a assim parte ativa nos cuidados que lhe eram prestados.

Também o estado geral e sinais vitais da puérpera foram monitorizados no período pós-parto imediato, isto porque segundo Graça [et al.] (2017) as perdas sanguíneas abundantes caracterizam-se por palidez, taquicardia, taquipneia e hipotensão. No entanto e ainda segundo o mesmo autor há que ter em consideração que os sinais vitais poderão manter-se estáveis se a hemorragia for intermitente ou tardia, ligeira ou moderada, pelo que a sua deteção passa pela descida dos valores do hematócrito e pelos sinais manifestados pela puérpera como a palidez, taquicardia, vertigens e sensação de fraqueza na posição supina.

Também nos casos de retenção urinária, o aumento da bexiga poderá levar à ocorrência de atonia uterina durante as primeiras horas após o parto (Johnson, 2012), pelo que a vigilância da 1ª micção espontânea, as características e quantidade da urina e o desconforto ao urinar (Ayres de Campos [et al.], 2008), foram atividades diagnósticas realizadas durante este período, obtendo assim dados relevantes para a identificação do diagnóstico de Risco de Retenção Urinária. Após o parto vaginal ou após remoção de cateter vesical a puérpera deverá urinar espontaneamente nas primeiras 6 a 8 horas (Moisés [et al.], 2011). No entanto, a diminuição do tónus vesical, o edema causado pelo traumatismo ou o medo do desconforto poderão resultar na incapacidade de a puérpera urinar espontaneamente (Lowdermilk e Perry, 2008). Neste contexto as intervenções de enfermagem implementadas tinham o objetivo de promover a micção espontânea e incluíam encorajar a mulher a irrigar o períneo com água morna e/ou a audição da queda de água. Durante o estágio houve casos em que estas medidas foram suficientes, no entanto também se verificaram alguns casos em que a 1ª micção espontânea não ocorreu até 6 horas após o parto pelo que foi identificado o diagnóstico de enfermagem de

Retenção Urinária. Nestes casos foi necessário recorrer à inserção intermitente de uma sonda vesical para drenagem de urina (Moisés [et al.], 2011).

A vigilância das características e evolução dos lóquios e do processo cicatricial da ferida perineal é também fundamental no diagnóstico e prevenção da hemorragia pós-parto relacionada com lesões do canal de parto e retenção de restos placentares. A perda sanguínea que ocorre após o parto é designada de lóquios e logo após o parto a sua coloração é vermelho vivo podendo conter alguns coágulos. Apresentam um fluxo semelhante a um forte período menstrual e tendem a diminuir gradualmente, podendo persistir até cerca de 3 a 6 semanas após o parto (Montenegro [et al.], 2017). Às puérperas foram então ensinadas as características dos lóquios, quanto à cor, quantidade e cheiro e a sua evolução durante o período puerperal. A vigilância dos lóquios tem como objetivo fazer a distinção entre esta perda sanguínea e uma HPP, pois a presença de uma perda hemática em grande quantidade, por vezes acompanhada de coágulos, poderá indicar a presença de restos placentares retidos (Freitas [et al.], 2017; Graça [et al.], 2017). Para além da cor e quantidade dos lóquios, o cheiro é outra característica que também deverá ser tida em consideração no que diz respeito à prevenção da infeção. Os lóquios apresentam um cheiro *suis generis* e no caso de apresentarem um odor fétido, poderemos estar perante um diagnóstico de Infeção Puerperal (Branbati, 2006).

As lesões do canal de parto, para além de serem uma das causas de HPP, poderão ser também um foco de infeção durante o período puerperal. Segundo Petter [et al.] (2013) a infeção puerperal em sítio cirúrgico incisional (ferida cirúrgica ou ferida perineal) é uma das principais complicações no pós-parto. Assim também o Risco de Infeção Puerperal (ICNP, 2011) foi um dos diagnósticos identificados durante o internamento das puérperas nesta unidade de cuidados. Com o objetivo de reduzir o Risco de Infeção Puerperal e segundo protocolo de serviço, todos os turnos foi monitorizada a temperatura corporal, realizada a vigilância do penso cirúrgico nos casos de parto por cesariana e a vigilância do períneo quanto ao processo de cicatrização, presença de edema ou sinais de infeção nos casos de parto por via vaginal. As intervenções de enfermagem passaram então pelo ensino das medidas preventivas da infeção, nomeadamente: a importância dos cuidados de higiene perineais (a sua frequência, os produtos de higiene a utilizar, a limpeza perineal no sentido uretra-ânus e a troca frequente dos pensos higiénicos), a importância da lavagem das mãos antes e depois do contacto com o períneo, os sinais e sintomas associados a complicações decorrentes do processo de cicatrização perineal e as características dos lóquios e a sua evolução esperada (NICE, 2006). Durante o estágio não foi identificado nenhum caso de infeção puerperal, no entanto foram sempre implementadas medidas de prevenção e ensinadas às puérperas no momento da preparação para a alta.

O foco Dor foi monitorizado em todos os turnos e a sua avaliação feita quanto à sua intensidade, através da escala numérica, e quanto à sua localização como períneo (por

trauma perineal), abdómen (por ferida cirúrgica), mamas e/ou mamilos (amamentação) e músculo-esquelética (duração e posicionamento durante o parto). Perante este foco o nosso objetivo foi sempre promover o alívio da dor, através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas no sentido de aumentar o bem-estar e o autocuidado da puérpera. Traumatismos espontâneos ou cirúrgicos na região perineal (lacerações e episiotomias) ou hemorróides estão frequentemente associados à ocorrência de dor e desconforto no pós-parto (Francisco [et al.], 2013). Mediante o grau de dor verbalizado pela puérpera foram então adotadas medidas farmacológicas ou não farmacológicas de controlo da dor relacionada com os traumatismos da zona perineal. O método não farmacológico mais frequentemente utilizado no alívio da dor e redução do edema é a crioterapia, que segundo Francisco [et al.] (2013) reduz os efeitos do trauma perineal como a resposta inflamatória e a dor percebida pela puérpera. Uma outra revisão sistemática realizada por Nunes e Vargens (2014), refere ainda que a aplicação de frio na zona perineal alivia a dor nas primeiras 24 a 72 horas após o parto quando comparada com a ausência de tratamento. Assim quando a puérpera referiu queixas álgicas ou desconforto relacionados com a ferida perineal, foi aconselhada a crioterapia, através da aplicação de gelo envolto em compressas durante períodos nunca superiores a 15 minutos várias vezes ao dia (NICE, 2006). Nos casos em que a dor estava relacionada com a presença de hemorroides, para além da aplicação de gelo para reduzir o edema e a dor, foi ensinado às mulheres a contraírem os glúteos antes de se sentarem para reduzirem a pressão no períneo e a evitarem sentar-se em superfícies moles ou em almofadas com orifícios centrais pois estas aumentam a dor ao afastarem os glúteos e diminuírem o fluxo venoso, em último recurso era feita a aplicação da pomada anti-hemorroidária (Lowdermilk e Perry, 2008). Quando estas intervenções não foram suficientes ou foram ineficazes no alívio da dor foi administrado paracetamol, fármaco considerado de primeira linha, até 1g de 8 em 8 horas por via oral ou endovenosa, salvo contra-indicação e segundo prescrição médica (NICE, 2006). Nos casos de partos por cesariana, a puérpera apresentou frequentemente dor abdominal no local da ferida cirúrgica, que agravada pela flatulência comprometeu o autocuidado e a prestação de cuidados ao RN, sendo fundamental a sua monitorização bem como a gestão de analgesia prescrita para o alívio da dor. O protocolo instituído compreendeu a administração de morfina até 4 doses através do cateter epidural durante as primeiras 48 horas.

Nas primeiras horas após o parto, normalmente as mulheres encontravam-se com indicação de repouso no leito, segundo protocolo de serviço (seis horas no parto via vaginal e 12 horas no parto via cesariana), pelo que se encontravam dependentes no autocuidado, levando à identificação dos diagnósticos Capacidade para Realizar o Autocuidado Comprometida e Conforto alterado. Segundo o ICPN (2011) o *autocuidado é a atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da*

vida diária. O diagnóstico de Capacidade para Realizar o Autocuidado Comprometida surgiu assim pelo facto da prescrição de repouso no leito impedir a puérpera de cuidar dela própria, nomeadamente no que diz respeito à capacidade para realizar a sua higiene pessoal ou ir à casa de banho, surgindo assim subsequentemente o diagnóstico de Conforto alterado, pois este é definido pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (ICNP, 2011). Perante estes diagnósticos foram prestados os cuidados de higiene no leito, nomeadamente cuidados de higiene perineal nas primeiras horas pós-parto e a mudança da roupa caso necessário, no sentido da prevenção da infeção puerperal, vigilância da perda sanguínea e promoção do conforto.

A imobilidade por repouso no leito é um dos principais fatores de risco de ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV) agudo no puerpério e, consequentes tromboembolismo pulmonar (Cunningham [et al.], 2014; NICE 2014), havendo assim durante este período de repouso inicial um Potencial de Risco no Processo Vascular (ICNP, 2011). Durante este período a mulher foi aconselhada a mobilizar-se livremente no leito e a realizar exercícios com os membros inferiores até ao levantar (OMS, 2014; Montenegro [et al.], 2017), tais como a flexão e extensão alternada dos pés e das pernas, movimentos de rotação da articulação tíbio-társica e a hiperextensão do joelho sobre a superfície da cama seguida de relaxamento (Lowdermilk e Perry, 2008). A vigilância de sinais e sintomas sugestivos de TEV agudo, tais como dor, calor, inchaço ou vermelhidão dos membros inferiores, são dados importantes no diagnóstico desta complicação (Barros, 2006; NICE 2006). Estes sinais não foram observados em nenhuma puérpera cuidada ao longo do estágio, pelo que as intervenções de enfermagem passaram essencialmente pela prevenção do TEV agudo e não pelo seu tratamento. O sinal de Homan não foi pesquisado durante o exame físico, para despiste do TVE agudo, pois segundo as guidelines NICE (2006) não é recomendada a sua utilização rotineira no pós-parto. Outra das intervenções implementadas neste âmbito foi incentivar o levantar e deambulação precoces após o período de repouso inicial e assim que o efeito analgésico e anestésico tivesse desaparecido (Graça [et al.], 2017), promovendo ainda a involução uterina com a eliminação dos lóquios e melhorando o funcionamento vesical e intestinal (Freitas [et al.], 2017).

O Risco de Hipotensão foi um diagnóstico importante e tido sempre em consideração aquando do primeiro levantar da puérpera, pois segundo Lowdermilk e Perry (2008) há um risco aumentado de hipotensão ortostática quando a mulher se senta, se levanta ou deambula pela primeira vez nas primeiras horas após o parto. Assim as intervenções implementadas na prevenção da hipotensão foram a avaliação da pressão arterial antes do levantar e o auxílio durante o mesmo, bem como o acompanhamento nas primeiras idas à casa de banho. Incentivar a deambulação precoce, para além de prevenir o TVE agudo, foi também uma intervenção adotada na prevenção da obstipação. Após o parto o sistema gastrointestinal retorna imediatamente ao seu estado pré-gravídico, no

entanto a função intestinal, tal como durante a gestação, continua lenta ainda durante alguns, podendo mesmo não ocorrer até 3 dias após o parto (NICE, 2006). A obstipação é um distúrbio da função intestinal que poderá diminuir a qualidade de vida no período puerperal por produzir dor ou desconforto. Os fatores que aumentam o risco de obstipação no puerpério são: o repouso relativo no pós-parto imediato, a dor causada pela presença de hemorróides ou episiotomia, o efeito de hormonas da gravidez (progesterona), a suplementação com ferro e o relaxamento da musculatura abdominal e perineal (Turawa [et al.], 2014). Neste contexto, as intervenções de enfermagem perante o diagnóstico de Risco de Obstipação passaram por incentivar as mulheres a aumentar a ingestão hídrica e de alimentos ricos em fibras. Nos casos em que estas medidas não foram suficientes e as puérperas referiram dor ou desconforto foi administrado um laxante de contacto de acordo com a prescrição médica, tal como recomendado pela NICE (2006).

Segundo o regulamento de competências específicas do EEESMOG é ainda nossa competência *conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante*. Durante o período de estágio no serviço de puerpério do HPH, o cuidado a puérperas com antecedentes de diabetes prévia à gravidez ou diabetes gestacional foram os casos mais frequentes de patologia no puerpério em tivemos a oportunidade de cooperar com os outros profissionais de saúde no seu tratamento e em que para além dos restantes cuidados prestados no puerpério eram ainda implementados cuidados específicos inerentes à patologia associada. Assim nestas situações, o diagnóstico imediatamente identificado foi o de Risco de Metabolismo Alterado, isto porque após o parto existe uma diminuição rápida das necessidades de insulina aumentando o risco de hipoglicemia (Consensos sobre a Diabetes na Gravidez, 2011). Em ambos os casos e segundo protocolo de serviço, as intervenções passaram pela monitorização dos sinais de hipo ou hiperglicemia após reinício da alimentação oral e suspensão da soroterapia e pesquisa de glicemia capilar. Constatamos portanto que as indicações do protocolo de serviço divergiam das mais recentes recomendações dos Consensos sobre a Diabetes na Gravidez (2011) que orientam no sentido de manter a monitorização da glicemia antes do pequeno-almoço, almoço e jantar, mesmo após reinício da alimentação oral e apenas suspender as pesquisas, nas diabéticas tratadas em ambulatório sem insulina, se glicemia <120 mg/dl em três determinações sucessivas.

O período pós-parto é um período de múltiplas adaptações da família à nova realidade, mas também um período complexo de adaptação da criança ao ambiente extra-uterino, que se vai adaptando gradualmente superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. Neste sentido, na admissão do RN ao serviço de puerpério, após a confirmação do nome da mãe na pulseira do RN e a colocação da pulseira eletrónica, foi também realizado um exame físico cefalocaudal, e posteriormente feito o planeamento de cuidados que se focou principalmente nos seguintes focos de enfermagem: Eliminação Urinária e Intestinal e Desenvolvimento Infantil. O exame físico ao RN, repetido em todos

os turnos até à alta hospitalar, englobou a observação cefalocaudal do seu estado geral tal como referido no capítulo anterior. De acordo com a NIC (2000), faz parte dos primeiros cuidados ao recém-nascido a monitorização das micções e dejeções durante as primeiras 24 horas de vida, por serem indicadores da adaptação extrauterina e do aporte nutricional adequado. Assim perante o diagnóstico de Risco de Desenvolvimento Infantil Inadequado (relacionado com o estabelecimento da função urinária e intestinal) foi vigiado em todos os turnos o padrão de eliminação dos RN. A primeira micção do RN surge normalmente nas primeiras 24 horas de vida, já a eliminação intestinal poderá ocorrer nas primeiras 48 horas sendo eliminada uma substância viscosa de coloração verde escura denominada mecónio (Lowdermilk e Perry, 2008). Outro diagnóstico frequentemente identificado foi o Risco de Hipoglicemia (ICNP, 2011) em RN filhos de mães diabéticas e/ou LIG, PIG ou GIG por estes apresentarem um maior risco de desenvolverem hipoglicemia após o nascimento (Consensos sobre Diabetes na Gravidez 2011).

As intervenções de enfermagem passaram essencialmente pela monitorização da glicemia capilar, cujos valores referência protocolados eram valores considerados normais se glicemia superior a 40mg/dl nas primeiras 24h e acima de 50mg/dl após as 24h. Segundo os Consensos da SPP (2013), a monitorização da glicemia capilar tem como objetivo diagnosticar precocemente a hipoglicemia para que possa ser tratada de forma adequada e evitar sequelas no neurodesenvolvimento da criança. Aos RN que apresentaram fatores de risco foi realizada a vigilância de sinais e sintomas sugestivos de hipoglicemia, tais como: alterações no nível de consciência como letargia, tremores e irritabilidade; depressão respiratória/apneias; hipotonia; diminuição da atividade espontânea, choro gritado, recusa alimentar e hipotermia e convulsões (Consensos sobre Diabetes na Gravidez 2011). A pesquisa de glicemia capilar foi apenas realizada em RN sintomáticos e não assintomáticos mas com presença de fatores de risco, não sendo realizada em RN saudáveis a mamar regularmente (cerca de 8 a 10 mamadas/dia) já que a hipoglicemia neonatal nestes nestas crianças é transitória logo após o nascimento (Instituto Joanna Brigs, 2006).

Por volta do segundo ou terceiro dia de puerpério inicia-se a fase dependente-independente, que poderá ocorrer mais precocemente em puérperas múltiplas provavelmente devido à experiência anterior em cuidar de outros filhos e que se estende até por volta dos 10 dias a várias semanas após o nascimento (Lowdermilk e Perry (2008), cit. in Carneiro e Silva, 2014). Ainda segundo os mesmos autores, nesta fase a puérpera, apesar de ainda precisar da ajuda e aceitação de terceiros como é o caso dos profissionais de saúde, já se responsabiliza pelos cuidados ao RN evidenciando a necessidade de demonstrar competências no cuidado ao filho, envolve-se nos cuidados e procura aprender e praticar, o que torna esta fase ideal para a transmissão de conhecimentos e o treino de habilidades. Segundo Cardoso (2011) competências parentais são definidas como um conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o

desempenho com mestria do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança. A sensação de mestria das competências parentais é essencial para uma transição saudável para a parentalidade, para além de proporcionar bem-estar emocional a todos os membros da família (Mendes, 2007). Neste sentido é papel do EEESMOG apoiar os pais na transição para a parentalidade através do diagnóstico das necessidades de aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências parentais para que estes possam alcançar a mestria/autoeficácia no exercício do papel parental. Assim no âmbito do foco Papel Parental (ICNP, 2011) foram avaliados os conhecimentos e habilidades dos pais relativamente aos seguintes cuidados ao RN: assegurar a higiene e manter a pele saudável; vestir/despir; tratar do coto umbilical; lidar com problemas comuns na criança; garantir a segurança e prevenir acidentes; reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal e promoção e vigilância da saúde da criança.

A mudança da fralda foi o primeiro cuidado com o qual os pais se depararam logo após o parto, sendo a nossa presença nesse momento importante para auxiliar na técnica de mudança da fralda, bem como o modo de lavar o períneo de acordo com o género sexual da criança. Foram também esclarecidas dúvidas relativas aos produtos a usar na higiene perineal do RN, sendo aconselhados a preferir o uso de compressas molhadas apenas com água em detrimento dos toalhetes húmidos e a evitarem o uso de cremes barreira por rotina, por estes predispor ao aparecimento de eritema da fralda (Oliveira [et al.], 2009).

Este momento foi também oportuno para esclarecer dúvidas dos pais relativamente ao padrão de eliminação intestinal e vesical e a sua relação direta com uma adequada ingestão hídrica. A presença ocasional de cristais de urato e/ou pseudomenstruação geravam dúvidas e algum stresse aos pais pelo que era importante esclarecê-los e assegurar-lhes a normalidade destas situações. Ainda no âmbito dos cuidados de higiene ao RN, o banho foi realizado no turno da manhã no dia seguinte ao dia do nascimento, mediante a presença do pai e da mãe da criança, sendo o primeiro banho demonstrado pelo enfermeiro e o banho seguinte dado por um dos progenitores.

O momento do banho proporcionava uma oportunidade privilegiada para avaliar os conhecimentos e habilidades dos pais sobre várias condicionantes envolvidas na realização deste cuidado ao RN. Conforme as necessidades identificadas no decorrer do banho foi ensinado aos pais que este deveria ser pensado de forma sequencial para evitar esquecimentos procurando assim não deixar o RN sozinho em qualquer momento. Enquanto foi realizada a técnica do banho, os pais foram aconselhados a dar banho de imersão, pois de acordo com vários autores este representa um ritual de prazer proporcionando conforto ao bebé e permitindo o contacto táctil entre pais e criança, causando também menos perda de calor e não estando relacionado com o aumento do índice de infeção (Fernandes [et al.], 2011; Dyer, 2013; Afsar, 2009; Blume-Peytavi [et al.] 2009). Foram ainda

aconselhados de que a duração do banho deve ser curta (no máximo de 5 minutos), que não é necessário dar diariamente sendo 2 a 3 banhos por semana suficientes e que a altura ideal dependerá do efeito que este irá provocar no RN (se efeito estimulante dar durante o dia ou se efeito relaxante dar à noite) (Oliveira [et al.], 2011). Foi aconselhada a utilização de produtos de higiene durante o banho com moderação, devendo ser dada a preferência na utilização de produtos de limpeza líquidos pouco perfumados ou o uso de syndets (“sabão sem sabão”) por serem agentes tensoativos com bom efeito detergente, com pH neutro ou ligeiramente ácido, isentos de parabens, álcool e perfumes, pois não irritam a pele e olhos e não alteram a barreira ácida protetora da pele da criança (Sarkar [et al.] (2010); Oliveira [et al.], 2011). Após o banho o RN foi devidamente secado e foram-lhe prestados os cuidados ao coto umbilical, informando os pais acerca da variação das suas características ao longo do processo de mumificação, os sinais que poderão indicar uma possível infeção, o intervalo de dias em que é esperada a sua queda, a técnica de desinfeção, o material e a frequência de desinfeção.

Usualmente a queda do coto umbilical ocorre entre 5 a 15 dias após o nascimento, período durante o qual este vai adquirindo uma cor acastanhada (Luís, 2014). A infeção do coto umbilical denomina-se onfalite e é caracterizada por sinais como rubor, edema peri-umbilical, descamação da base do cordão, com ou sem exsudado purulento (Fraser [et al.], 2006; Imdad [et al.], 2015). No sentido da prevenção da onfalite, aos pais foi ensinada e instruída a técnica *dry care*, atualmente recomendada pela Academia Americana de Pediatria e que consiste em manter o coto limpo e seco após o banho ou após limpeza parcial do local, sem aplicação de solutos por rotina (Imdad [et al.], 2015). Este é um método seguro e eficaz e não acresce o risco de infeção quando comparado com a aplicação de solutos, como o álcool a 70%, representando pelo contrário uma diminuição no tempo de queda do coto umbilical (Covas [et al.], 2011; Whitmore, 2010).

Durante a realização dos cuidados de higiene foi feito o exame físico geral do RN, sendo este o momento oportuno para esclarecer dúvidas dos pais relacionados com o desenvolvimento infantil adequado, tais como: a aparência esperada e os achados normais da pele do RN (como a presença de vérnix, mancha mongólica, eritema tóxico, acne miliar ou acrocianose), a capacidade dos órgãos dos sentidos e os reflexos presentes ao nascimento.

Após os cuidados de higiene ao RN e no dia em que a alta estava programada foram administradas a todos os RN com peso superior a 2000g as primeiras vacinas contempladas no PNV, nomeadamente a BCG e a VHB. Os casais foram então informados acerca das potenciais reações adversas que, no caso da vacina contra a hepatite B se relacionam principalmente com o local de injeção (dor, rubor e tumefação ligeira) e no caso da vacina anti-tuberculostática com a formação de um pequeno nódulo no local de injeção que depois se transformaria numa pequena vesícula que em cerca de 2 a 4 semanas se converteria numa úlcera que cicatriza em cerca de 2 a 5 meses, ficando uma

cicatriz superficial. Sendo por fim, aconselhados a não usar pensos ou soluções anti-sépticas no local da injeção por esta cicatrizar espontaneamente (DGS, 2012).

Ainda durante o internamento e após o RN completar 24h de vida foram realizados o Rastreo Auditivo Neonatal e o Rastreo de Cardiopatias Congénitas através da avaliação da oximetria dos membros superiores e inferiores.

Durante a realização do estágio foi constatado que a ocorrência de episódios de choro do RN gerava, por vezes, nos pais sentimentos de angústia e stresse, verbalizados através de sentimentos de insegurança na prestação de cuidados ao filho, pelo que a nossa intervenção passou essencialmente por potenciar os conhecimentos e habilidades dos pais para lidar com esta situação. São vários os estudos que têm demonstrado que a resposta das mães/pais perante o choro influencia o desenvolvimento da criança, pelo que a nossa intervenção teve como objetivo principal a promoção do desenvolvimento de competências na gestão dos diferentes tipos de choro. O choro é a primeira forma de comunicação do RN e é considerado uma manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida (Murahovschi, 2003). É considerado um ato reflexo desde o nascimento até ao 1º mês de vida, que se desenvolve progressivamente e tem especificidades próprias que os pais aprendem progressivamente a interpretar adequando os cuidados prestados (Gotzke e Gosse, 2007). Estão descritos na literatura vários tipos de choro que não foram descritos aos pais pelo potencial em gerar ansiedade ou frustração perante a incapacidade de os identificar, tendo sido apenas salientado o facto de que à medida que vão conhecendo o seu filho vão identificando facilmente os vários tipos de choro. Para uma identificação mais eficaz do tipo de choro os pais foram sempre aconselhados a considerar vários fatores, como a hora da última mamada, muda de fralda ou última sesta tal como a reação do RN à luz, ruído e temperatura ambiente. No que diz respeito à gestão do choro aos casais foram ensinadas estratégias de consolo e relaxamento que deveriam ser adequadas ao tipo de choro identificado, como o colo, a movimentação rítmica, a massagem infantil, o banho de imersão, a emissão de sons calmos, envolver o RN, o estímulo do reflexo de sucção e a técnica dos 5 S's (Karp, 2007).

De acordo com Meleis [et al.] (2000) uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e resultado, ou seja, respostas que durante e depois do processo de transição permitem avaliar o nível de conhecimento e os recursos que a pessoa tem, assim como a forma de lidar com os momentos críticos com que se deparam ao longo da transição. Ainda segundo os mesmos autores os indicadores de processo compreendem sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping*; os indicadores de resultado dizem respeito ao domínio das novas competências necessárias para lidar com a transição e a reformulação de identidades. Neste sentido a ligação que vai sendo estabelecida pelos pais com o novo filho é um processo que deve ocorrer durante o período de adaptação à parentalidade e a qualidade desta relação indica a qualidade do processo de transição.

A ligação mãe/pai-filho (ICNP, 2011) como foco de atenção para a prática de enfermagem foi sempre identificado durante a avaliação e planeamento dos cuidados aos casais internados, pois influencia diretamente o exercício do papel parental podendo interferir de forma significativa no desenvolvimento da criança (Zeferino, 2011). Esta ligação é estabelecida de forma gradual (Figueiredo [et al.], 2005), tendo para alguns autores início durante a gravidez e para outros após o primeiro contacto com o RN. No entanto é consensual que existem determinados fatores que podem influenciar o desenvolvimento desta ligação, tais como o facto de a gravidez ter sido planeada e desejada ou não, a percepção dos movimentos fetais durante a gravidez, a experiência do parto, a aceitação do papel de mãe/pai e do RN como pessoa separada mas dependente de cuidados, a relação conjugal e o nível de escolaridade (Zeferino, 2011; Figueiredo [et al.], 2005; Soares, 2008). Também as características do bebé, como a prematuridade ou a necessidade de internamento numa unidade de neonatologia, podem afetar o processo de ligação mãe/pai-filho (Zeferino, 2011; Figueiredo [et al.], 2005). No sentido de definir o diagnóstico de enfermagem sobre o foco Ligação mãe/pai-filho foi necessária a avaliação de determinados indicadores que estabelecem a efetividade desta ligação. Assim após o parto os indicadores de um processo de ligação efetiva, segundo a NOC (2000) envolvem os seguintes comportamentos dos pais em relação ao filho: verbalizam sentimentos positivos, seguram-no próximo de si, contacto é feito face-a-face e olhos nos olhos, tocam e massajam-no, sorriem para ele, beijam-no, conversam e emitem sons, tentam consolá-lo ou acalmá-lo e alimentam-no.

Durante o internamento após o parto o papel do EEESMOG no estabelecimento da ligação mãe/pai-filho é facilitar e promover uma interação funcional entre os pais e a criança, ajudando-os a interagir com o filho, avaliando as suas necessidades e as características do seu comportamento, bem como informar, instruir, treinar e supervisionar os cuidados que prestam, o que irá resultar num melhor desenvolvimento socio-emocional e cognitivo da criança (Albuquerque [et al.], 2009). Segundo Hayes (1999, cit. in Zeferino, 2011) o processo de ligação mãe/pai-filho requer contacto físico e interação dos pais com o RN, o que pode ser dificultado com o internamento do RN num ambiente altamente tecnológico como é o caso das unidades de neonatologia. Assim perante os casos em que o RN foi internado no serviço de neonatologia, havendo assim uma separação física, o processo de ligação mãe/pai-filho ficou dificultado levando à identificação do diagnóstico de Risco de Ligação mãe/pai-filho comprometida. Nestes casos as intervenções de enfermagem passaram pelo incentivo a visitar e estar próximos do filho, para assim o poderem ver, tocar e envolverem-se na prestação dos cuidados que lhe eram prestados, pois segundo Thomaz (2005) o facto de os pais poderem estar próximos do seu filho contribui para diminuir a angústia e insegurança provocados pelo internamento do filho. Para além do toque, também a massagem infantil foi incentivada, nos casos em que a condição de saúde do RN o permitia, isto porque segundo estudos

realizados por Field (2011) revelaram que RN internados em unidades de cuidados intensivos neonatais estão expostos por longos períodos a estímulos stressantes, o que está associado a problemas médicos e neurológicos do RN e que quando estes recebem massagens revelam uma diminuição do stresse assim como uma diminuição da ansiedade nos adultos. Para além de ser importante no estabelecimento da ligação mãe/pai-bebé, a massagem também demonstra benefícios na regulação dos sistemas fisiológicos do RN, aumento de peso e diminuição dos dias de internamento, assim como ajuda a diminuir a incidência de depressão pós-parto nas mães destas crianças (Bárcia, 2010; Figueiredo,2007).

A massagem infantil é considerada uma forma de potenciar o toque e permite aos pais uma maior proximidade com o seu filho através do contacto visual, contacto através da pele, o olfato, a vocalização e da comunicação que se estabelece, resultando na criação de uma forte ligação entre a tríade. É através da massagem infantil que os pais aumentam o conhecimento sobre os comportamentos do seu filho, o que lhes permite ter capacidade para avaliar e dar resposta às suas necessidades, levando a um aumento da sua autoestima e autoeficácia no exercício do papel parental (Bárcia, 2010). Sempre que se demonstrou oportuno, ou seja, sempre que foi possível estabelecer um ambiente calmo sem a interferência das rotinas hospitalares ou de visitas, a massagem foi incentivada, realizada e instruída às puérperas e aos seus companheiros, independentemente de estarem ou não acompanhadas dos seus filhos, de forma a promover a ligação entre pais e filho e assim facilitar a transição para a parentalidade no pós-parto imediato.

Segundo Figueiredo (2005), a promoção da interação entre pais e RN passa essencialmente pelo incentivo do contacto físico com o RN (o toque) e a amamentação que têm efeitos positivos e duradouros no que diz respeito ao envolvimento emocional e na qualidade dos cuidados prestados à criança. A amamentação representa inúmeras vantagens, tanto para o RN como para a mãe e uma destas vantagens é a de proporcionar uma diversidade de interações facilitadoras da formação da ligação entre a mãe e o RN (Rego, 2008). Neste sentido foram implementadas intervenções no sentido da promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. De acordo com Lana (2009) a promoção do aleitamento materno por um profissional tem um papel importante na sua taxa e duração. Neste sentido é papel do EEESMOG apoiar a mãe na tomada de decisão, no estabelecimento da lactação e no suporte e manutenção da amamentação (NICE, 2014). A decisão de amamentar é exclusivamente da mãe e representa um processo complexo dependente de múltiplas variáveis, como a pressão social, as opiniões pessoais e das pessoas significativas ou a experiência anterior de amamentação (Levy, 1994 cit. in Cardoso, 2006). A motivação materna é também um fator determinante para o sucesso da amamentação (Ferreira [et al.], 2011) e, como tal, deve ser avaliada com o objetivo de mobilizar as capacidades e potencialidades da mulher para amamentar. Assim no que diz respeito ao foco Amamentação (ICPN, 2011) foram considerados dados relevantes o facto

de a mãe apresentar ou não intenção de amamentar e a experiência anterior de amamentação. Quando a puérpera não demonstrou intenção de amamentar foram avaliados os seus conhecimentos sobre a amamentação, pesquisada a experiência anterior que geralmente era conotada como negativa, assim como a sua autoconfiança e autoeficácia no processo de amamentação. Os motivos apontados para uma experiência anterior negativa de amamentação estavam frequentemente associados a mitos, crenças culturais e informações erradas (Lowdermilk e Perry, 2008), relacionados principalmente com a produção insuficiente de leite ou a sua fraca qualidade, complicações decorrentes da amamentação como mamilos fissurados ou ingurgitamento mamário e dificuldades na adaptação do RN à mama. Neste sentido as intervenções de enfermagem passaram por ensinar sobre os benefícios da amamentação para a mãe, a composição nutricional do leite materno e as suas vantagens para o RN, a técnica de amamentação (como o início e manutenção do processo de lactação, a pega do RN à mama, a frequência e duração das mamadas) a extração e conservação do leite materno nos casos em que o RN era internado no serviço de neonatologia e a prevenção de complicações associadas à amamentação, com o objetivo de aumentar os seus conhecimentos, desmistificando ideias errôneas e aumentando assim o seu sentimento de competência e confiança no processo de amamentação.

A amamentar é a primeira grande decisão da mulher durante a gravidez e com a qual a puérpera se depara após o nascimento e é uma decisão que poderá ser uma fonte geradora de stresse, angústia, ansiedade e diminuição da autoestima e autoconfiança quando esta não se mostra gratificante para a mãe. Assim o papel do EEESMOG é, para além do apoio e incentivo à amamentação, a disponibilização de informação que poderá constituir a base de apoio à tomada de decisão individual de cada mãe de forma a promover o seu bem-estar e a sua saúde.

Durante o nosso percurso de estágio houve apenas uma situação em que a mãe decidiu não amamentar e realizar inibição láctea por referir dor e desconforto a amamentar, mesmo apesar de demonstrar conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento materno. Neste caso em que, mesmo depois de devidamente informada, a decisão foi a de não amamentar, o nosso papel foi o de apoiar a puérpera na sua decisão não a culpabilizando ou fazendo-a sentir-se culpada em nenhuma circunstância. Para além deste caso, houve ainda uma puérpera que não amamentou porque o aleitamento materno se encontrava contraindicado pelo facto de a puérpera ser portadora de infeção por HIV positivo.

O vírus da imunodeficiência humana pode ser transmitido verticalmente em três momentos, durante a gestação, no parto e no puerpério através da amamentação que representa um risco adicional de cerca de 7 a 22% de transmissão vertical (Hoffmann [et. al], 2016). No sentido de diminuir os índices de infeção pelo HIV através da transmissão vertical a OMS (2001) recomenda que mães HIV positivo suspendam a amamentação e

utilizem os substitutos do leite materno quando forem aceitáveis, factíveis, acessíveis, seguros e sustentáveis. Os cuidados relacionados com a amamentação, no caso da puérpera infetada pelo HIV, passaram essencialmente pelo aconselhamento da inibição láctea, explicar os motivos pelos quais não poderia amamentar o RN, tal como ensinar sobre a técnica de alimentação com leite adaptado, incluindo a preparação e administração de leite artificial bem como os cuidados a ter com o material.

Nas duas situações acima referidas, o foco identificado foi o relacionado com a Lactação (ICNP, 2011) e o diagnóstico de enfermagem formulado para estas situações foi o de Lactação Interrompida (ICNP, 2011). As intervenções adotadas no sentido de auxiliar a puérpera neste processo foram a gestão da terapêutica usada na inibição da lactação (como a bromocriptina) e o ensino de medidas não farmacológicas como a compressão mecânica das mamas com soutiens apertados (sem restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto), a aplicação de compressas quentes ou frias ou a extração manual de pequenas quantidades de leite para alívio do desconforto em caso de ingurgitamento mamário (Santos [et al.], 2008).

Quando não existiam contraindicações para a amamentação e a puérpera demonstrou motivação e intenção de amamentar o seu filho, as primeiras experiências de amamentação foram sempre presenciadas no sentido de avaliar os conhecimentos e habilidades sobre o processo de amamentação. Durante estes contactos os principais défices de conhecimento e dificuldades sentidas pelas mães relacionaram-se com a adaptação do RN à mama, a duração e frequência das mamadas, o mecanismo de produção e ejeção de leite, os critérios para a escolha da mama, composição do leite materno, os sinais de fome e de saciedade do RN bem como dúvidas relacionadas com estratégias de prevenção de complicações.

Aleitamento materno é o meio pelo qual a criança recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela. O aleitamento materno pode ser exclusivo, predominante e misto (OMS, 1991). O aleitamento materno exclusivo é recomendado pela OMS até aos seis meses de idade, período a partir do qual este deve ser complementado com a introdução dos alimentos e prolongar-se até aos 2 anos de vida da criança. O conceito de amamentação difere do conceito de aleitamento materno, pois segundo Rego (2008) amamentação é o ato da mãe alimentar a criança com leite materno através da mama.

A adaptação do RN à mama, bem como o posicionamento da mãe e RN durante a amamentação foram as dificuldades mais vezes observadas. Assim no sentido de estimular uma boa pega foi ensinado às mães primeiramente que é o bebé que é levado até à mama e não a mama até ao bebé e que para isso acontecer este deve estar bem apoiado e com a face voltada para a mama, permitindo que os lábios do bebé toquem no mamilo o que fará com que este abra bem a boca e depois puxá-lo contra a mama para que possa ser

introduzida uma grande porção de aréola, apontando o lábio inferior bem abaixo do mamilo de modo a que o lábio inferior toque na mama antes do lábio superior. Depois de adaptado à mama foram ensinados os sinais de boa pega: boca bem aberta com o mamilo e parte da aréola no interior da boca, lábios virados para fora, bochechas redondas e o queixo encostado à mama (Walker [et al.], 2011). Uma preocupação frequentemente manifestada pelas mulheres durante a adaptação do RN à mama estava relacionada com a possível obstrução do nariz durante a mamada o que fazia com que empurrassem a mama para a manter afastada do nariz, alterando a pega. Mediante esta situação foi ensinado que se não conseguisse ver o nariz do bebê a mãe deveria alterar a posição corporal do lactente ou o posicionamento da sua própria mão ou elevar ligeiramente a mama para libertar o nariz (Walker [et al.], 2011).

A frequência e duração das mamadas foram dois fatores geradores de grande ansiedade durante o internamento. Assim no que diz respeito à frequência das mamadas foi ensinado que o horário das mamadas não devia ser rígido e que o bebê deve ser alimentado em livre demanda, ou seja, quando apresenta sinais de fome (Levy e Bértolo, 2012) no entanto nas primeiras 24 a 48 horas após o parto o RN poderá estar mais sonolento não acordando para mamar com tanta frequência sendo necessário acordá-lo e alimentá-lo de 3 em 3 ou 4 em 4 horas (Lowdermilk e Perry, 2012). Também a duração da mamada não é importante, dado que esta é altamente variável, sendo que a maior parte dos bebês obtêm 90% do leite que necessitam em 3 a 4 minutos e outros necessitam de cerca de 30 a 40 minutos ou mais para o fazerem (Levy e Bértolo, 2012). Mais importante que a duração e a frequência das mamadas é a mãe perceber que o bebê está a receber leite durante a mamada (Levy e Bértolo, 2012) para isso foram ensinados sinais que indicativos da transferência de leite como o sopro de ar pelo nariz, a audição do som “ca” a partir da garganta, a presença de movimentos mais profundos da mandíbula antes de cada deglutição e a presença de uma ligeira vibração ou movimento junto da zona occipital da cabeça (Walker [et al.], 2011). O critério de escolha das mamas foi também alvo de dúvidas por parte das mães, pelo que estas foram aconselhadas a que, nos primeiros dias após o parto (até à chamada subida do leite), oferecerem as duas mamas durante a mamada ao RN para que ambas fossem estimuladas a produzir de igual forma, isto porque durante cerca de 3 dias após o parto o leite produzido é o colostro que não varia a sua composição durante a mamada (Lowdermilk e Perry, 2008). Após a subida do leite, em que este passa a ser leite de transição e cuja composição se modifica ao longo da mamada (sendo mais rico em água, vitaminas e proteínas no início da mamada e mais rico em gorduras no fim), as puérperas foram aconselhadas a deixarem o RN esvaziar completamente a mama em cada mamada (quando a mama fica mais mole e o RN larga-a espontaneamente) e só passar para a seguinte se ainda apresentar sinais de fome no final da mamada (Levy e Bértolo, 2012).

As dificuldades que a mulher pode apresentar ao longo do processo de amamentação poderão torná-la mais vulnerável, podendo mesmo colocar em risco a continuidade de todo o processo, pelo que a nossa atuação enquanto EEESMOG é importante na prevenção e tratamento destas complicações com vista a proteger e apoiar o aleitamento materno. As complicações mais frequentemente observadas durante o estágio foram a presença de macerações ou fissuras dos mamilos e o ingurgitamento mamário. Os traumas mamilares são a causa mais comum de dor na amamentação e incluem eritema, edema, fissuras ou equimoses, originados principalmente por pega ou posicionamentos inadequados (Cirico [et. al], 2016). Para prevenir a ocorrência de traumas mamilares as intervenções de enfermagem passaram essencialmente por ensinar: os sinais de uma boa pega e o correto posicionamento da mãe e da criança, como interromper a mamada, realizar a higiene das mamas sem o uso de produtos como sabões, manter os mamilos secos e evitar o uso de protetores do mamilo que diminuem a sua exposição ao ar (Levy e Bértolo, 2012).

Perante o foco de Maceração ou Fissura (ICNP, 2011) do Mamilo os cuidados prestados visaram corrigir o problema causador de dor (má pega na maioria dos casos) e o seu alívio, bem como a cicatrização das lesões. Neste contexto foi corrigida a pega, incentivada a iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso, aconselhada a aplicar uma gota de leite materno no mamilo após o banho e após cada mamada, o uso de protetores arejadores do mamilo e eram administrados analgésicos e lanolina em pomada conforme prescrito (Cirico [et. al], 2016). Outra complicação decorrente da amamentação com a qual nos deparamos no decorrer do estágio foi o ingurgitamento mamário.

Ingurgitamento mamário segundo a CIPE é a tumefação das mamas, com sensação de dor e peso, que ocorre com a acumulação de leite após o nascimento de uma criança (ICNP, 2011). Esta complicação normalmente ocorre por volta do terceiro dia após o parto coincidindo com a “descida do leite”, caracteriza-se por distensão e edema da mama acompanhada de dor, o que resulta na dificuldade do RN realizar uma pega adequada levando ao esvaziamento incompleto da mama piorando o ingurgitamento e a dor (Cirico [et. al], 2016). Neste contexto a nossa intervenção passou por orientar a mulher a extrair manualmente o leite, a aplicar compressas mornas e a realizar uma massagem antes da mamada para estimular o reflexo de ejeção do leite, retirando apenas a quantidade de leite suficiente para que o RN conseguisse realizar uma pega adequada, aconselhar a mamada em livre demanda e instruir a aplicação de compressas frias ou gelo após a mamada para diminuir o edema e a dor (Levy e Bértolo, 2012).

Todas as intervenções implementadas no decorrer do estágio no serviço de obstétrica do HPH e relacionadas com a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno fundamentaram-se nos *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno* implementadas no hospital com certificação de Hospital Amigo dos Bebés desde Setembro de 2011. Ainda no âmbito desta iniciativa, no momento da alta as mulheres foram

informadas sobre a existência dos Cantinhos de Amamentação disponíveis nos Centros de Saúde da ULSM e da Linha Verde SOS Amamentação disponível 24 horas por dia, para onde estas podiam ligar ou se dirigir para receber conselhos, esclarecer dúvidas e partilhar receios com o apoio de uma conselheira de amamentação.

A experiência adquirida durante o estágio permitiu verificar que durante o segundo ou terceiro dia após o parto que surgia icterícia neonatal que sendo comum nos RN de termo não traduz patologia subjacente, pelo que é também denominada de icterícia fisiológica. Icterícia fisiológica surge após as primeiras 24 horas de vida devido ao aumento da bilirrubina sérica superior a 5mg/dl e que acontece pelo aumento da produção de bilirrubina não conjugada, diminuição da clearance de bilirrubina por imaturidade enzimática e aumento da circulação entero-hepática (Consensos SPP, 2013; Hockenberry e Wilson, 2011; Silva, 2011). Ainda segundo os mesmos autores, a icterícia que surge nas primeiras 24 horas após o nascimento é considerada patológica e pode progredir para o aumento de valor de bilirrubina sérica elevados muito rapidamente para o sistema nervoso central sendo a forma mais grave de icterícia neonatal, isto porque o aumento da concentração de bilirrubina em circulação, superior a 25-30mg/dl, está associado a um risco aumentado de disfunção neurológica, devido à sua passagem através da barreira hemato-encefálica e deposição nas células cerebrais (Consensos SPP, 2013).

No sentido do diagnóstico precoce de icterícia neonatal foi realizada em todos os turnos a observação cefalocaudal do RN, sob luz natural e na presença de sinais de coloração amarelada da pele e das membranas escleróticas era realizada a colheita de sangue no pé do RN para posterior avaliação sérica dos níveis de bilirrubina. Nos RN's com diagnóstico de icterícia neonatal o tratamento de eleição foi a fototerapia durante 24 horas, sendo posteriormente feita reavaliação através de nova colheita de sangue. O tratamento através de fototerapia foi realizado no serviço de obstetrícia, ficando o RN sempre na companhia da mãe mesmo após a sua alta.

A fototerapia consiste na exposição do RN a luz fluorescente que transforma a bilirrubina através da fotoisomerização num isómero solúvel excretado através da bÍlis e urina (Hockenberry e Wilson, 2011; Quintas e Ramires, 2013). A fototerapia iniciava-se entre as 24 e as 48 horas quando os níveis séricos de bilirrubina eram superiores 15mg/dl ou superiores a 18mg/dl entre as 49 e as 72 horas e era realizada através fototerapia clássica ou fototerapia intensiva. Nos casos em que foi necessária a realização de tratamento por fototerapia, os diagnósticos de enfermagem passaram pelo Risco de Integridade da Pele Comprometida (relacionado com os efeitos colaterais da fototerapia sobre a retina); Risco de Hipotermia/Hipertermia (relacionado com a exposição do RN durante o tratamento); Risco de Volume de Líquidos Comprometido (relacionado com o aumento insensível da perda de líquidos pelo aumento do trânsito gastrointestinal); Risco de Ligação Mãe/pai-filho Comprometida (relacionado com o aumento do tempo de internamento hospitalar e à separação física do RN e pais).

As intervenções de enfermagem passaram essencialmente pelo controlo dos possíveis efeitos colaterais e complicações da fototerapia, como: informar sobre o uso de protetores oculares adequados durante a permanência do RN no sistema de fototerapia convencional; manter a criança despida apenas com a fralda para proteger as gónadas; aconselhar os pais a não usar óleos, cremes ou loções na pele do bebé para evitar queimaduras; aconselhar a mudança de decúbito de 2 em 2h com o objetivo de aumentar a área de exposição e evitar o sobreaquecimento; vigiar os olhos do RN para despiste de lesões oculares; vigiar a temperatura axilar; vigiar as características da eliminação pelo risco de desidratação devido ao aumento das perdas insensíveis; vigiar alterações na pele; promover o aumento da frequência das mamadas para evitar a desidratação e aumentar a eliminação intestinal no sentido de eliminar a bilirrubina através das fezes; promover o contato pele-a-pele durante as pausas para mamar; vigiar o estado geral e reflexos do RN (Gomes [et al.], 2010; Silva, 2011).

Após o parto a mulher passa por uma grande variedade de sensações, sentindo-se aliviadas e tranquilas, mas também exaustas devido à experiência do trabalho de parto e parto (Barros, 2006). Para além disso, a puérpera encontra-se frequentemente ansiosa devido à exigência dos cuidados à criança e à presença de desconfortos físicos. Estes fatores, aliados às rotinas hospitalares a que está sujeita durante o internamento e a presença de visitas frequentes poderão comprometer o repouso, contribuindo para alterações do padrão de sono. Estes dados foram identificados frequentemente em utentes cuidadas durante o período de estágio, originando os diagnósticos de Padrão de Sono e Repouso Alterado e Risco de Fadiga (ICPN, 2011). As intervenções de enfermagem implementadas foram no sentido de promover um sono reparador, fazendo com que a mulher se sentisse repousada após acordar, passaram por aconselhar o casal a limitar as visitas durante o dia, gerir o ambiente físico e os cuidados de enfermagem adequando-os aos períodos de sono da mulher e aconselhá-la a aproveitar os períodos de sono do RN para descansar diminuindo assim a fadiga (Lowdermilk e Perry, 2008).

Nos momentos que antecederiam a alta hospitalar foi preparado o regresso a casa e comunicado ao casal os recursos existentes na comunidade. Os casais foram informados de que se deveriam dirigir à Unidade de Saúde Familiar da sua área de residência para o adequado acompanhamento médico e de enfermagem da mulher e do RN e para a realização do diagnóstico precoce ao RN, que se deve realizar entre o 3º e o 6º dia após o parto. Foram então informados sobre a forma como é realizado o exame, a sua importância e as doenças rastreadas.

Ainda no sentido da vigilância da saúde da mulher, os casais foram informados sobre a consulta de revisão do puerpério que se realiza às 6 semanas pós-parto com o objetivo de avaliar a recuperação física e emocional da mulher, bem como a realização do exame ginecológico e colpocitologia, exame da mama e o planeamento da contraceção. Na preparação do regresso a casa, foram então prestados cuidados de enfermagem no âmbito

dos seguintes focos: Satisfação Conjugal, Processo Sexual no Pós-Parto, o Uso do Contracetivo e a Recuperação Física e Emocional no Pós-parto (ICNP, 2011).

Segundo Figueiredo (2004) e Canavarro e Pedrosa (2005) uma das tarefas desenvolvimentais pelas quais o casal passa no período pós-parto é a reavaliação e reestruturação da relação com o conjugue/companheiro. Neste processo evolutivo familiar são vários os estudos que indicam que uma das áreas em mudança é o envolvimento emocional com o parceiro e o relacionamento sexual (Mendes, 2007). No que diz respeito ao envolvimento emocional, são vários os estudos que apontam para uma diminuição da qualidade da relação conjugal no pós-parto, caracterizada pela diminuição da proximidade e da comunicação e pelo aumento dos conflitos e sentimentos de ambivalência entre os elementos do casal, manifestando-se pela diminuição da satisfação conjugal (Mendes, 2007). Canavarro e Pedrosa (2005) referem que neste período de intensas mudanças, a comunicação é o fator protetor de maior influência na relação conjugal, pelo que os casais eram incentivados a comunicar entre si as dificuldades e necessidades de cada um, a partilha de experiências, as dúvidas e angústias e muitas vezes a ansiedade sentida. A qualidade de vida do casal é fundamental para o bem-estar da criança e após o parto esta poderá ser influenciada pela diminuição da qualidade do relacionamento sexual entre o casal (Bayles, 2005 cit. in Mendes, 2007). São vários os estudos que referem a dificuldade na conciliação do papel parental com o relacionamento sexual do casal, por diversos motivos como a diminuição do desejo sexual, a fadiga, as mudanças dos papéis sociais e as mudanças associadas aos cuidados ao bebé (Mendes, 2007). Apesar de ser uma preocupação bastante comum dos casais, o reinício da atividade sexual foi um tema muito pouco abordado pelos elementos do casal no momento da alta. No entanto quando o assunto foi discutido, em particular com as puérperas estas mostraram-se interessadas e bastante recetivas. Foi abordado o foco Uso do Contracetivo, cujas intervenções de enfermagem passaram essencialmente pelo esclarecimento de mitos/medos e dúvidas relativas ao reinício da atividade sexual e informar sobre os métodos contracetivos existentes.

De acordo com um estudo de Sydow (1998), citado por Mendes (2007), a maioria dos casais sente receio em reiniciar a atividade sexual e uma grande parte das mulheres inseridas no estudo referiram dispareunia após a primeira relação sexual coital. Vários autores referem que a dispareunia estará relacionada essencialmente com a diminuição de produção de estrogénios relacionada com o aumento de prolactina durante a amamentação, o que leva à secura vaginal e conseqüente dor sentida no retorno à atividade sexual (Dias [et. al], 2014). No sentido de minimizar o desconforto sentido durante as primeiras tentativas de reinício da atividade sexual, foi recomendado o uso de lubrificante juntamente com o preservativo, como o único método contracetivo aconselhado durante as primeiras 6 semanas após o parto, com o objetivo de prevenir uma nova gravidez e diminuir o risco de infeção. A pílula progestativa foi aconselhada apenas 6

semanas após o parto, por ainda não serem conhecidos os seus efeitos sobre o desenvolvimento cerebral ou hepático do RN, apesar de não influenciar a qualidade e quantidade do leite materno (DGS, 2008).

A administração da imunoglobulina anti-D (300ug por via intramuscular) foi uma intervenção de enfermagem executada por rotina até 72 horas após o parto a todas as puérperas com o tipo de sangue Rh negativas não sensibilizadas (teste de Coombs indireto negativo) cujo RN com tipo de sangue Rh positivo (DGS, 2007).

No momento da alta foi ainda verificada se a cadeira de transporte do RN era adequada ao peso e idade do RN e se cumpria as normas estabelecidas. Assim ainda no âmbito do foco Papel Parental os pais foram instruídos a colocar o RN adequadamente na cadeira de transporte, a colocar corretamente os cintos de segurança e a colocar a cadeira de transporte no automóvel sendo que foi recomendada a sua colocação no sentido contrário ao da marcha até por volta dos dois anos de idade (APSI, 2014).

Segundo Soares (2008) o período pós-parto é determinante no processo de parentalidade, pois as vivências dos pais durante este período influenciam de forma indubitável a satisfação com o papel parental e a promoção do sentimento de auto-eficácia. Segundo a teoria das transições de Meleis, um dos fatores facilitadores da transição para a parentalidade é o conhecimento daquilo que é expectável, pelo que o EEESMOG durante o seu exercício profissional, no contexto do período pós-parto, é um importante recurso no sentido otimização, antecipação e mobilização de conhecimentos para que os novos pais sintam a confiança necessária para assumir os novos papéis (Carneiro e Silva, 2014). Assim sendo, o EEESMOG durante este processo poderá proporcionar à nova família um contributo específico como agente promotor da transição para a parentalidade. Tal como foi já referido várias vezes ao longo deste documento o envolvimento do pai na gravidez e nascimento é imprescindível no estabelecimento de uma relação precoce pai/filho tal como na formação da tríade familiar, mas também no pós-parto se torna importante envolver o pai nos primeiros cuidados ao seu filho. Segundo Brandão (2009) é fundamental que o EEESMOG inclua sempre o pai nos seus cuidados motivando-o a envolverem-se com o seu filho facilitando desta forma o fortalecimento dos laços afetivos entre a tríade, criando sentimentos de intimidade familiar e tendo sempre em conta a singularidade da família que está a cuidar, aumentando e estimulando desta forma a formação precoce da ligação entre mãe/pai-bebé. A inclusão do pai nos cuidados ao RN foi sempre uma realidade durante o estágio, pois segundo a literatura torna-se fundamental para que este compreenda as suas reais necessidades possibilitando que este adquira a segurança e mestria necessárias à prestação de cuidados ao seu filho. Também o incentivo e a promoção da proximidade física entre pai e filho foram constantes durante o nosso percurso, pois como vimos anteriormente o contacto físico precoce estimula a criação da ligação precoce entre o pai e o bebé.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A realização do estágio profissional permitiu-nos adquirir e desenvolver os conhecimentos, capacidades e habilidades nos diferentes domínios de atuação do EEESMOG através do acompanhamento da família numa das mais importantes transições do seu ciclo vital.

A problematização das práticas foi uma constante durante o estágio tal como explanado neste documento o que motivou a procura da melhor e mais recente evidência científica, bem como a reflexão conjunta com os orientadores dos respetivos módulos de estágio.

De acordo com a ordem cronológica em que decorreram os módulos de estágio, em primeiro lugar foram desenvolvidas competências no âmbito da gravidez de risco, de seguida no âmbito do puerpério e, finalmente, no âmbito do trabalho de parto e parto.

No módulo referente à gravidez de risco o principal desafio que constatado foi o de providenciar suporte emocional face à situação de desvio ao processo fisiológico vivenciada pelo casal a que se encontram frequentemente associados sentimentos negativos como medo, ansiedade ou diminuição da autoestima, tendo sido necessária a implementação de estratégias capazes de diminuir os sentimentos negativos e aumentar a esperança destes casais no futuro.

No módulo de estágio alusivo ao puerpério, o autocuidado da puérpera, os cuidados ao RN e o apoio à amamentação dominaram as experiências vivenciadas. Neste contexto verifiquei que dominavam as rotinas organizacionais no que diz respeito ao ensino do autocuidado e cuidados ao RN (como por exemplo, ensino dos cuidados de higiene ao RN de manhã não permitindo ao pai estar presente nesse momento) deixando pouco espaço à possibilidade de personalização e individualização dos cuidados conforme as necessidades de cada casal.

A promoção da ligação pai/filho mostrou-se bastante gratificante por se ter verificado uma maior abertura do pai para interagir com o bebé proporcionando momentos de interação de qualidade entre ambos e permitindo para discutir os seus medos e preocupações nos cuidados ao RN contribuindo para uma melhor adaptação ao seu papel parental.

Apoiar na amamentação também se tornou um desafio pela quantidade dúvidas e mitos, verbalizados pelo casal, que fomos identificando durante a nossa prática e que fomos desmistificando com base no conhecimento científico e através de estratégias que permitiram às mulheres ultrapassar as dificuldades e a tornarem-se mais autónomas como mães.

Por fim o trabalho de parto e parto foi módulo de estágio que se constituiu o maior desafio deste percurso de aprendizagem, não só pela complexidade da execução das técnicas que concernem o parto mas também pela necessidade de desenvolver competências que permitiram proporcionar ao casal a vivência de uma experiência única e positiva na sua vida. Ainda neste contexto tive a oportunidade de realizar 47 partos que foram momentos singulares de aprendizagens únicas marcadas pela individualidade de cada família cuidada nesse momento e que permitiram sempre a reflexão da prática implementada, aperfeiçoando-a a cada nova experiência com o objetivo de alcançar a autonomia profissional.

Este módulo ficou ainda marcado pela exigência em atingir o número mínimo de experiências legalmente exigidas pelo elevado número de elementos da equipa em formação académica com os mesmos objetivos, bem como o número reduzido de parturientes em alguns períodos e a não possibilidade de seguir turno com o objetivo de acompanhar todo o trabalho de parto culminando com a realização do mesmo. Não obstante a estas dificuldades, foram prestados cuidados culturalmente sensíveis e tendo em conta a singularidade de cada um dos elementos da tríade familiar. Outra das maiores dificuldades sentidas neste âmbito foram, uma vez mais, algumas práticas rotineiras protocolarmente instituídas e que por vezes não permitiram a vivência da experiência do nascimento conforme as expectativas do casal, no entanto estas dificuldades foram sendo ultrapassadas através da adoção de estratégias e da negociação com o casal de forma a adaptar as suas expectativas à realidade do contexto e ainda através da negociação com a equipa multidisciplinar com a colaboração da orientadora de estágio.

A elaboração deste relatório permitiu, uma vez mais, a reflexão da prática desenvolvida ao longo do percurso de estágio profissionalizante e a consolidação de um corpo de conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso formativo.

Por outro lado, os maiores desafios na elaboração deste documento foram a extensa pesquisa bibliográfica necessária à fundamentação da prática bem como o tempo despendido na sua redação que se prolongou ao longo de vários meses após a conclusão do estágio, por tornar difícil conciliar a vida profissional, familiar e académica. Todavia, gostaria de deixar expresso que este foi um projeto que teve tanto de desafio como de gratificante.

CONCLUSÃO

A redação do presente relatório encerra o capítulo do percurso académico realizado na área da saúde materna e obstétrica com o resumo das experiências vivenciadas durante o estágio que contribuíram para o desenvolvimento das competências necessárias para cuidar da família na fase transacional que significa a gravidez e a parentalidade. Os cuidados prestados nas diferentes áreas de atuação em que decorreu este estágio foram implementados tendo em conta o desenvolvimento do processo de enfermagem que envolveu a tomada de decisão cientificamente fundamentada.

Os objetivos delineados no início do relatório foram atingidos, em contexto da prática clínica, através do desenvolvimento das competências delineadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica publicado pela OE, que resultou no percurso para atingir o número mínimo de experiências que conduzem à atribuição do título de EEESMOG, de acordo com a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio, que transpõe para o direito interno português a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

A realização deste relatório permitiu-nos refletir sobre o processo de aprendizagem que decorreu durante todo o estágio que, por sua vez, permitiu o desenvolvimento de uma atuação crítica, fundamentada e especializada junto das mulheres e famílias cuidadas.

O estágio que fundamentou a construção deste documento permitiu o desenvolvimento de um conjunto de competências no âmbito do apoio à mulher/casal que se encontrava a vivenciar uma situação de transição e ainda a desenvolver uma prática mais sensível no que diz respeito às diferenças individuais e culturais que influenciavam a adaptação dos casais à nova realidade. Durante o nosso percurso procuramos sempre envolver a mulher e o pai no processo de cuidados e na tomada de decisão providenciando sempre a informação necessária e respeitando as suas escolhas e preferências.

Os planos de cuidados elaborados ao longo do estágio, em todos os módulos, integraram para além dos resultados da evidência científica as características e necessidades individuais de cada um dos elementos da família, levando à prestação de cuidados culturalmente sensíveis e intencionais permitindo uma experiência positiva e saudável de nascimento.

A reflexão e problematização das práticas ao longo do estágio resultaram na necessidade de alargar o conhecimento numa temática específica o que me permitiu compreender melhor a importância das intervenções do EEESMOG e o envolvimento do pai no processo de parentalidade, no sentido de influenciar a ligação precoce entre pai e filho e,

consequentemente, o impacto positivo que pode vir a ter no processo de transição e adaptação ao papel parental.

A investigação científica em enfermagem contribuiu para a evolução da prática através de uma reflexão contínua e da fundamentação da prática como enfermeira, contribuindo para a prestação de cuidados especializados de uma forma mais segura e eficaz e, por conseguinte, para a visibilidade da profissão. Assim a metodologia de investigação desenvolvida sobre a temática definida constituiu-se fundamental para identificar estratégias que permitam o estabelecimento precoce da ligação pai/filho durante o parto e pós-parto potenciando o processo de transição para a paternidade e o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos.

A análise dos dados e a interpretação dos resultados do estudo realizado pretenderam a produção de conhecimento sobre a problemática em estudo sem pretender a generalização dos resultados, mas para compreender a importância do papel do EEESMOG no estabelecimento da relação precoce entre pai e filho contribuindo para o processo de adaptação à parentalidade de todos os elementos da família como uma tríade em que a cada elemento é dada a mesma atenção nos cuidados prestados.

Os resultados obtidos neste estudo revelam ainda a necessidade de maior investigação científica nesta área do conhecimento, nomeadamente através de estudos descritivos que permitam compreender melhor o processo de ligação pai/filho e estudos randomizados controlados que comparem o efeito das intervenções implementadas no estabelecimento da ligação precoce entre a díade com amostras constituídas por pais motivados a envolver-se ativamente nos cuidados aos filhos.

Com a realização desta investigação compreendemos que o EEESMOG tem um papel fundamental na promoção precoce das relações entre a tríade familiar e em especial entre pai e filho, atuando como um agente facilitador na transição saudável para a parentalidade e ainda para a qualidade da vida familiar, do RN e no futuro como criança.

A realização deste relatório representa o culminar de uma experiência académica desafiante. Diríamos que nos permitiu não só adquirir novas competências no domínio do exercício profissional, enquanto futura EEESMOG como também reconhecer a relevância que assume desenvolver as práticas baseadas na evidência científica, já que continuamos na era da tecnologia, mas o desafio do futuro é acompanhar a era do conhecimento! Estamos conscientes de que este percurso não tem um término delimitado, pois abriu horizontes, rumo a um percurso profissional, que deixou marcas de crescimento e desenvolvimento como pessoa e profissional que serão inabaláveis e nos ajudarão a prosseguir rumo a uma prática que esperamos de excelência, para que a mulher /casal e família obtenham os ganhos em saúde, tão merecidos neste processo de maternidade/parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L. (2012) – *Cervicometria na gravidez: sua relevância na prevenção do parto pré-termo*. (Tese de Dissertação). Universidade da Beira Interior, Covilhã [Consultado a 2 de abril de 2017]. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1068/1/LilianaAlves.pdf>;
- ALVES, J., ALVES, N., IBIAPINA, F., BUSGAIB, R. Et COSTA, F. – Ameaça de aborto: conduta baseada em evidências. *FEMINA*. 38 (2). [Consultado a 9 de outubro de 2017]. Retirado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n2/a010.pdf>
- AFSAR, F. (2009) – Skin care for preterm and term neonates. *Clinical and experimental dermatology*. 34 (8), 855-858. [Consultado a 2 de Abril de 2017]. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2009.03424.x>
- AYRES DE CAMPOS, D., ARULKUMARAN S. (2015) - FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Introduction. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131 (1). 3-4. [Consultado a 2 de Abril de 2017]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.017>
- AYRES DE CAMPOS D.; MONTENEGRO N; RODRIGUES, T. (2008) - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa-Porto: Lidel. 2ª Edição, 165-167.
- AYRES DE CAMPOS D.; SILVA I.S.; COSTA F.J. (2011) – *Emergências Obstétricas*. Lisboa: Lidel. 1.ª Edição.
- AYERS, S.; PICKERING, A.D. (2005) – Women’s Expectations and Experience of Birth. *Psychology and Health*. 20 (1), 79-92. [Consultado a 6 de Outubro de 2017]. doi: 10.1080/0887044042000272912
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). (2009) – *Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS & FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- ALMEIDA, M.; SILVA, I. (2008) – Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade de Salvador. *Rev. Esc. Enferm. Bahia, Brasil*. 42 (2). 347-354. [Consultado a 6 de maio de 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200019>
- AMORIM, A., FERREIRA, A., CARRAPIÇO, E. (2013) – Gengibre no tratamento da náusea e vômito da gravidez: revisão baseada na Evidência. *Acta Obstet Ginecol Port*. 7(2). 103-108. [Consultado a 8 de outubro de 2017]. Retirado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2-artigo_de_revisao_1.pdf

- BAGGIERI, R., VICENTE, G., SANTOS, J., CABALERO, M., BARBOSA, H., SANTOS, R., ... FILHO, A. (2011) – Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. *Arquivos Médicos Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 56 (2). 96-101. [Consultado a 10 de outubro de 2017]. Retirado de <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/317/332>
- BAGHERI, S., HONARPARVARAN, N. (2013) - Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. Vol. 17. 1479-1487.
- BÁRCIA, S. (2010) – *A massagem no desenvolvimento do bebé e das competências parentais*. (Tese de Doutoramento). Lisboa. ISPA – Instituto Universitário. [Consultado a 10 de outubro de 2018]. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1234/1/TES%20BARC1.pdf>
- BAYES, S., WHITEHEAD, L. (2018) – Cardiotocography vs. Intermittent Auscultation in Assessing Fetal Well-Being. *AJN*. 118 (6). p. 23.
- BAYLES, F. (2005). A parentalidade. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século. 317-346.
- BARROS, S. (2006) – *Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal*. Brasil: Barueri, Manole.
- BERNARDO, M. (2012) – *Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/61013627.pdf>
- BIDDLE, S., MUTRIE, N. (2003) – *Psychology of Physical Activity Determinants, Wellbeing and Interventions*. Routledge. London.
- BETTIOL, H.; BARBIERI, M.; SILVA, A. (2012) – Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 32 (2). 57-60.
- BIGELOW, C.; STONE, J. (2011) – Bed Rest in Pregnancy. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 78. 291-302.
- BRANCO, A., FEKETE, S., RUGOLO, L. (2006) – O choro como forma de comunicação de dor do RN: uma revisão. *Rev Paul Pediatría*. 24 (3). 270-274.
- BRANDÃO, S., FIGUEIREDO, B. (2012) – Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of advanced nursing*. 68 (12). 2730-2739. [Consultado a 28 de novembro de 2018]. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x.
- BLUME-PEYTAVI, U., CORK, M., FAERGEMANN, J., SZCZAPA, J., VANACLOCHA, F., GELMETTI, C. (2009) – Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table

meeting (Review article). *Journal compilation* .Vol.23 (7).751-759. [Consultado a 29 de abril de 2018]. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03140.x.

- BRAZELTON, T., SPARROW, J. (2003) – *A Criança e o Choro*. Editorial Presença.
- BOCCOLINI, C., CARVALHO, M., OLIVEIRA, M., PEREZ-ESCAMILLA, R. (2013) – A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*. 89(2). 131-136. [Consultado a 24 de fevereiro de 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.005>.
- BOSE, D., ASSEL, B., HILL, J., CHAUHAN, S. (2011) – Maintenance tocolytics for preterm symptomatic placenta previa: a review. *Am J Perinatol*. 28 (1). 45-50. [Consultado a 16 de março de 2018]. doi: 10.1055/s-0030-1262510.
- BOTELHO, L., CUNHA, C., MACEDO, M. (2011) – The Integrative Review method in organizational studies. *Gestão e Sociedade Belo Horizonte*. 5 (11). 121-136.
- BUCKLEY, J. (2015). Hormonal physiology and childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *Childbirth Connection Programs, National Partnership for Woman & Families*. [Consultado a 11 de maio de 2017]. Recuperado de <http://www.nationalpartnership.org/researchlibrary/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>
- CALDER, A., LOUGHNEY, A., WEIR, C., BARBER, J. (2008) – Induction of labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicentre, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 115 (10). 1279–1288. [Consultado a 3 de março de 2017]. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01829.x.
- CAMPOS, A., MONTENEGRO, N., RODRIGUES, T. (2008) - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Ed. Lisboa-Porto: Lidel.
- CAMPOS, D., CALADO, E. (2014) – Episiorrafia e Correção de Lacerações Perineais de 2º Grau. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Ed. Lisboa: Lidel.
- CARDOSO, A. (2011) – *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. [Consultado a 4 de abril de 2018]. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornarse%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf
- CARDOSO, L. (2006) – *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia Universidade do Minho. Braga. [Consultado a 20 de julho de 2017]. Recuperado de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6680/1/L%25C3%25ADdia_Cardoso.pdf

- CARNEIRO, M., SILVA, C. (2014) – Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. n.º 3.
- CANAVARRO, M., PEDROSA, A. (2005) – Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In LEAL, Isabel - *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- CANAVARRO, M. (2001) – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra. Quarteto Editora. 147-177.
- CASTRO, J., GAMEIRO, M., ARAÚJO, C., PINTO, A., TELES, T. (2014) – Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, uma revisão da literatura. *Acta Obstet Ginecol Port*. 8(4). 391-397. [Consultado a 19 de outubro de 2018]. Recuperado de <http://www.fspog.com/fotos/editor2/14-aogp-d-14-00042.pdf>
- CHEN, E., GAU, M., LIU, C., LEE, T. (2017) – Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Nursing Research and Practice*. [Consultado a 20 de janeiro de 2019]. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/8612024>
- CHICK, N., MELEIS, A. (1986) - *Transitions: a nursing concern*. In CHINN, P. L.
- CHICÓRIA, M. (2013) – Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. *Associação Portuguesa de Enfermeiros*. 2011.
- CIRICO, M., SHIMODA, G., OLIVEIRA, R. (2016) – Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. *Rev Gaúcha Enferm*. 37(4). [Consultado a 20 de maio de 2017]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60546>
- CISION (2015) – O aconselhamento em situação de Obstipação. *Farmácia Distribuição*. 46-50. [Consultado a 3 de janeiro de 2017]. Recuperado de <http://www.ff.ul.pt/wp-content/uploads/2013/06/FARM%C3%83%C2%81CIA-DISTRIBUI%C3%83%C2%87%C3%83%C2%83O-abril-2015-O-aconselhamento-em-situa%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%B5es-de-obstipa%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o-.pdf>
- CONDE, A., FIGUEIREDO, B. (2005) – Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 1:36. 41-49. [Consultado em 11 junho 2017]. Recuperado de [www: http://hdl.handle.net/1822/4646](http://hdl.handle.net/1822/4646). issn 0301-147x.
- CORDEIRO L., FERREIRA I., MARTIN A., CASTELO-BRANCO L., LIÇA L. (2010) – Analgesia do Trabalho de Parto: Perspectivas e Avanços. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. 18 (1).

- CORRÊA J., PASSINI, J. (2016) – Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 38 (6). 301–307. [Consultado a 6 de abril de 2017]. doi: 10.1055/s-0036-1584942.
- COUTINHO, J. (2014) - *Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lousã: Lidel.
- COVAS, M., ALDA, E., MEDINA, M., VENTURA, S., PEZUTTIB, O., BAEZAC, A., ... ESANDID, M. (2011) – Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado com secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Arch Argent Pediatr.* 109(4). 305-313.
- CUNNINGHAM, F., LEVENO, K. (2012) – *Williams Obstetrics*. 23rd Edition. New York: McGraw-Hill.
- DARBY-STEWART, A., STRICKLAND, C., JAMIESON, B. (2009) – Do abnormal fetal Kick counts predict intrauterine death in average-risk pregnancies? *The Journal of Family Practice.* 58 (4) 220a-220c. [Consultado a 11 Junho 2017]. Recuperado de [www: <http://www.jfponline.com/home/article/do-abnormal-fetal-kick-counts-predict-intrauterine-death-in-average-risk-pregnancies/ddcb9c96f400bf5bba9104484db9df67.html>](http://www.jfponline.com/home/article/do-abnormal-fetal-kick-counts-predict-intrauterine-death-in-average-risk-pregnancies/ddcb9c96f400bf5bba9104484db9df67.html). ISSN 9021-9022.
- DELIKTAS, A., KUKULU, K. (2018) – A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *J Adv nurs.* 74 (2). 263-278. [Consultado a 20 de janeiro de 2019]. doi: 10.1111/jan.13447.
- DIAS, M., SILVA, R., SOUZA, L., LIMA, R., PINHEIRO, R., MORAES, I. (2008) – Auto-estima e fatores associados em gestantes. *Cad. Saúde Pública.* 24 (12). 2787-2797. Rio de Janeiro. [Consultado a 6 de abril de 2016]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/07.pdf>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) – *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - A gravidez da adolescente*. Lisboa.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa. Ed. Revista e atualizada.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010) – *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Circular Normativa nº 001/2010.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2012) – *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa. Ed. Revista.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2015) – *Trabalho de parto estacionário*. Orientação nº 001/2015.

- DUNKER, K., ALVARENGA, M., ALVES, V. (2009) – Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão. *J Bras Psiquiatr.* 58(1). 60-68. [Consultado a 8 de setembro de 2016]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000100010>.
- DYER, J. (2013) – Newborn skin care. *Dermatology in infants.* Colômbia. Vol. 37. 3-7.
- EAST C., BEGG L., HENSHALL N., MARCHANT P., WALLACE K. (2012) – Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Consultado a 14 de dezembro de 2017]. Recuperado de https://www.cochrane.org/CD006304/PREG_local-cooling-for-relieving-pain-from-perineal-trauma-sustained-during-childbirth
- FATIA, A., TINOCO, L. (2016) – Trabalho de Parto. In: NENÉ, Manuela, MARQUES, Rosália e BATISTA, Margarida Amado – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* 1ª Edição. Lisboa: Lidel. 308-323.
- FERNANDES, J., MACHADO, M., OLIVEIRA, Z. (2011) – Prevenção e cuidados com a pele da criança e recém-nascido. *Anais Brasileiros Dermatologia.* Brasil. 86 (1). 102-110. [Consulta a 2 de maio de 2018]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>
- FERREIRA, M., NELAS, P., Duarte, J. (2011) – Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. *Millenium: Journal of Education, Technologies and Health.* 40 (16). 23-38.
- FERREIRA-COUTO, C., FERNANDES-CARNEIRO, M. (2017) - Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global.* N.º 47. 552-563. [Consultado a 20 de dezembro de 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
- FIELD, T., DIEGO, M., HERNANDEZ-REIF, M. (2011) – Preterm infant massage therapy research: A Review. *Infant Behav Dev.* 33 (2). 115-124. [Consultado a 22 de abril de 2018]. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.12.004
- FIGUEIREDO, B. (2001) – Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Revista psiquiatria clínica.* Braga. 3 (22). 333-335. [Consultado a 26 de maio de 2016]. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/4218>
- FIGUEIREDO, B. (2004) – Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista População e Sociedade.* 12. 83-102.
- FIGUEIREDO, B. (2007) – Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa.* 38 (1). 29-38.
- FRASER, D., COOPER, M. (2010) – *Assistência Obstétrica: Guia Prático para Enfermagem.* Lusociência.
- FRASER, N., DAVIES, B., CUSACK, J. (2006) - Neonatal omphalitis: a review of its serious complications. *Acta Paediatrica.* 95 (5). 519-522. [Consultado a 2 de maio de 2016]. doi: 10.1080/08035250600640422.

- FREITAS, F., PASSOS, E., MARTINS-COSTA, S., RAMOS, J., MAGALHÃES, J. (2017) – *Rotinas em obstetrícia*. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- FONSECA, S. (2012) – *Ansiedade nas Grávidas: Prevalência e Fatores Associados*. (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior. Covilhã. URL: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2679/1/TESE%20FINAL.pdf>
- GALLO, R., SANTANA, L., MARCOLIN, A., FERREIRA, C., DUARTE, G., QUINTANA, S. (2014) – *Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial*. FEMINA. 39 (1). [Consultado a 20 de março de 2018]. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
- GABRIEL, M., SILVA, M., PORTUGAL, P., PICCININI, C. (2015) – Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. Aletheia. 46. 50-65. [Consultado a 13 de junho de 2018]. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n46/n46a05.pdf>
- GERANMAYEH, M., HABIBABADI, Z., FALLAHKISH, B., FARAHNI, M., KHAKBAZAN, Z., MEHRAN, A. (2012) – Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet*. 285 (1). 77-81. [Consultado a 15 de setembro de 2017]. doi: 10.1007/s00404-011-1919-5.
- GLADE, A., BEAN, R., VIRA, R. (2005) – A Prime Time for Marital/Relational Intervention: A Review of the Transition to Parenthood Literature with Treatment Recommendations. *The American Journal of Family Therapy*. 33 (4). 319–336.
- GRAÇA, L. (2017) – *Medicina Materno-fetal*. 4ª Ed. Lisboa. Lidel.
- GOLDENBERG R., CULHANE J., LAMS J., ROMERO R. (2008) – Epidemiology and causes of pre-term birth. *Lancet*. 5 (371). 75-84. [Consultado a 20 de outubro de 2017]. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.
- GOMES, N., TEIXEIRA, J., BARICHELO, E. (2010) – Cuidados ao recém-nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12 (2). [Consultado a 7 de agosto de 2018]. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a18.htm>.
- GOTZKE, C., GOSSE, H. (2007) - *Handbook of language and literacy development: A Roadmap from 0 - 60 Months*. 1-8. [Consultado a 2 de maio de 2016]. Disponível de <http://www.theroadmap.ualberta.ca/interactions>
- GUIMARÃES, N., SILVA, L., MATOS, D., DOUBERIN, C. (2018) - Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Rev enferm UFPE on line*. Recife. 12(4). 1046-53. [Consultado a 18 de fevereiro de 2019]. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>.
- DIAS, H., TORCATO, L., GRINCHO, N. (2014) – A vivência da sexualidade do casal durante a amamentação. *Revista da UIIPS*. Vol. 2 (2). 508-523.

- HERGESSEL, N., LOHMANN, P. (2017) – *Aleitamento materno na primeira hora após o parto*. Centro Universitário Univates. URL: <http://www.scielo.br/pdf/cscv16n4v16n4a23.pdf>.
- HERRERA-GÓMEZ, A., LUNA-BERTOS, E., RAMOS-TORRECILLAS, J., OCANA-PEINADO, F., RUIZ, C., GARCÍA-MARTÍNEZ, O. (2018) - Risk Assessments of Epidural Analgesia During Labor and Delivery. *Clinical Nursing Research*. 27 (7). 841-852. [Consultado a 22 de janeiro de 2019]. doi: 10.1177/1054773817722689.
- HOFFMANN, I., SANTOS, W., PADOIN, S., BARROS, S. (2016) – A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized service: cross-sectional study. *Med J. Sao Paulo*. 134(6). 508-512. [Consultado a 6 de novembro de 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0139140616>
- HUNT, L. (2013) – Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal Midwifery*. 7 (21). 499-502. [Consultado a 9 de junho de 2018]. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.7.499>
- IMDAD, A., BAUTISTA R., SENEN K., UY M., MANTARING J., Et BHUTTA, Z. (2015) – Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Review). *The Cochrane Library*. [Consultado a 8 de julho de 2017]. doi: 10.1002/14651858.CD008635.pub2
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI) (2013) – *Management of labor*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 5ª Ed. p.72.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2006) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- JANIGHORBAN, M., HEIDARI, Z., DADKHAH, A., MOHAMMADI, F. (2018) – Women's Needs on Bed Rest during High-risk pregnancy and Postpartum Period: A Qualitative Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 6 (3). 1327-1335. [Consultado a 20 de dezembro de 2018]. doi: 10.22038/JMRH.2018.28162.1304.
- KARP, H. (2007) – *Five simple steps to calm your baby's fussies!* Pediatrics for parents. Bangor.
- KHAJEHEI, M., ASSAREH, H. (2018) - Labour pain relief in women with assisted conception and its effects on labour and birth outcomes. *British Journal of Midwifery*. 26 (4). 239-247.
- JACOB, A. (2015) – *A comprehensive textbook of Midwifery and Gynecological Nursing*. 4ª Ed. Jaypee Brothers Medical Publishers.
- JOHNSON, J. (2012) – *Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado*. Macgraw-Hill. Artmed.

- JOY, S. (2015) – Abnormal Labor. *American College of Obstetrician and Gynecologists*. [Consultado a 19 de novembro de 2017]. Recuperado de <<http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>>;
- LEAL, M. (2014) - Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 30. [Consultado a 12 de setembro de 2018]. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S17-S32/>
- LEVY, L., BÉRTOLO, H. (2012) – *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- LONDON, M., LADEWIG, P., DAVIDSON, M., BALL, J., BINDLER, R., COWEN, K. (2010) - *Maternal & Child Nursing Care*. 4ª Ed. Pearson Education.
- LOPES, C., MEINCKE, S., CARRARO, T., SOARES, M., REIS, S. Et HECK, R. (2009) – Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enferm*. 14(3). 484-90. [Consultado a 10 de outubro de 2018]. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568398&indexSearch=ID>.
- LLOREDA-GARCIA, J., LORENTE-NICOLÁS, A., BERMEJO-COSTA, F., MARTÍNEZ-URIARTE, J., LÓPEZ-PÉREZ, R. (2016) – Necesidad de reanimación en prematuros menores de 32 semanas expuestos a sulfato de magnésio para neuroprotección fetal. *Rev Chil Pediatr*. 87(4). 261-267. [Consultado a 29 de novembro de 2018]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.11.006>
- LOWDERMILK, D., PERRY, S. (2008) – *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusodidacta.
- MACEDO, F. (2016) – *Estudo comparativo entre Misoprostol e o sistema de libertação prolongada de Dinoprostona (Propress®) para a indução de trabalho de parto*. (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior. Covilhã.
- MACHADO, A. (2012) – *Epidemiologia da Ameaça de Parto Pré-termo e do Trabalho de Parto Pré-termo*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- MACHADO, C., VINHOLES, D., FELDENS, V. (2013) - Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no município de Tubarão, SC. *Revista da Associação Catarinense de Medicina*. 42 (2). 50-55. [Consultado a 11 Junho 2017]. Recuperado de [www: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1228.pdf>](http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1228.pdf). ISSN 1806-4280.
- MAÇOLA, L., NOGUEIRA DO VALE, I., CARMONA, E. (2010) – Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 44 (3). 570-577. [Consultado a 11 Junho 2017]. Recuperado a [www: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_04.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_04.pdf). ISSN0080-6234.

- MARINHEIRO, P. (2002) – *Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto.
- MARQUES, C. (2017) – *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Antecipação do Parto*. (Dissertação de mestrado).
- MARQUES, M. (2014) – *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal. Baseado nas Recomendações da OMS (1996)*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora. Évora. [Consultado a 30 de junho de 2017]. Recuperado de <http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20PARA%20CD.pdf>
- MARUJO, A., ROSADO, V., CORREIA, L., MACHADO, A., CAMPOS, A. (2017) - Maturação cervical com Sonda de Foley: experiência de um centro terciário. *Acta Obstet Ginecol Port.* 11(2). 84-90.
- MATOS, M., MAGALHÃES, A., FÉRES-CARNEIRO, T., MACHADO, R. (2017) - Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF, Bragança Paulista.* 22 (2). 261-271.
- McCORMACK, B., BORG, M., CARDIFF, S., DEWING, J., JACOBS, G., JANES, N., ... WILSON, V. (2015) – Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal.* 5 (1). [Consultado a 20 de janeiro de 2019]. Reuperado de <http://www.fons.org/library/journal.aspx>
- MEDEIROS, J., HAMAD, G., COSTA, R., CHAVES, A., MEDEIROS, S. (2015) – Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Revista espaço para a saúde.* 16 (2). 37-44.
- MEDINA-SERDÁN, E. (2013) - Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. (Spanish). *Perinatologia Y Reproduccion Humana.* 27 (3). 185-193. [Consultado a 30 de Agosto de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- MENTAL HEALTH FOUNDATION (MHF) (2016) - The fundamental facts: the latest facts and figures on mental health. *Mental Health Foundation*. [Consultado a 20 de dezembro de 2018]. Recuperado de <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf>
- MENDES, I. (2002) - *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- MENDES, I. (2009) – *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Mar de palavra: Edições Lda.
- MENDES, K., SILVEIRA, R., GALVÃO, C. (2008) – *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Florianópolis. 758-64. [Consultado a 20 de outubro de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

- MELEIS, A., SHUMACHER, K. (1994) – Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2). 119-127.
- MELEIS, A., SAWIER, L., IM, E., MESSIAS, D., SCHUMACHER, K. (2000) – Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1). 12-20.
- MERCER, R. (2004) – Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*. 34 (4). 456-464.
- MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÈTRICA (2011) – *Realização e posicionamento da Grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico eletrónico externo em consulta de vigilância pré-natal*. Parecer nº16. [Consultado a 11 Junho 2017]. Recuperado de [www: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer16_MCEESMO.pdf>](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer16_MCEESMO.pdf)
- MIQUELUTTI, M., CECATTI, J., MARKUCH, M. (2013) – Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13 (154). 1-9. [Consultado a 18 de outubro de 2017]. doi: 10.1186/1471-2393-13-154.
- MOISÉS, E., BRITO, L., DUARTE, G., FREITAS, M. (2011) - *Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal*. FEMINA. 39 (9). 409-412. [Consultado a 15 de maio de 2017]. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2697.pdf>
- MONTEIRO, M. (2012) – *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem do Porto. Porto. [Consultado a 6 de setembro de 2016]. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9378/1/Tese%20MJo%C3%A3o%20definitiva.pdf>
- MONTENEGRO, C., FILHO, J. (2017) – *Obstetrícia fundamental*. 14.^a Ed. Rio de Janeiro. Koogan.
- MOUTA, R., SILVA, T., MELO, P., LOPES, N., MOREIRA, V. (2017) - Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev baiana enferm*. 31 (4). [Consultado a 3 de fevereiro de 2018]. doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275
- MURAHOVSKI J. (2003) – Colic in infants. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 79(2). 101-102. [Consultado a 20 de janeiro de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a01>
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S (2008) - *Clinical Guideline: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press.

- NELSON, A. (2003) – Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 32 (4). 465-477.
- NISHIKAWA, M., SAKAKIBARA, H. (2013) – Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health*. 10 (12) [Consultado a 19 de setembro de 2018]. Recuperado de <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/12>
- NILSEN, E., SEBASTINO, H., LOPES, M. (2011) – Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev Esc Enferm USP*. 45 (3). 557-565. [Consultado a 3 de maio de 2018]. Recuperado de <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a02.pdf>>
- NYSTRÖM, K., ÖHRLING, K. (2004) – Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 46(3). 319-330.
- NICE – THE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2006) – Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. *Royal College of General Practitioners*. Londres.
- NICE – THE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2008) – Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman- clinical guideline. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*.
- NICE – THE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2014) – Postnatal care. *Royal College of General Practitioners*.
- NICE – THE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2014) – Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Royal College of General Practitioners*. Green-top Guideline nº42.
- NOGUEIRA, J., FERREIRA, M. (2012) – O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 8. 57-66. [Consultado a 19 de outubro de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a06.pdf>
- NOMURA, R., FERREIRA, M., LATE, I., FRANCISCO, R., ZUGAB, M. (2013) – Concordância entre a percepção materna dos movimentos fetais e a visualização pela ultrassonografia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 35 (2) Rio de Janeiro. [Consultado a 13 de fevereiro de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n2/03.pdf>
- OLIVEIRA, M., DUNNINGHAM, W. (2015) – Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 19(2). 72-83. [Consultado a 29 de abril de 2018]. Recuperado de <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/158/69>

- OLIVEIRA, Z., MACHADO, M., FERNANDES, J. (2009) – Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas-Parte II. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 84 (1). Rio de Janeiro. [Consultado a 30 de março de 2017] Recuperado de [www:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S036505962009000100007&scrit=sci_art_text](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S036505962009000100007&scrit=sci_art_text)
- OLIVEIRA, T., MELO, E., AQUINO, M., NETO, C., (2011) – Eficácia de dinoprostone e misoprostol para indução do trabalho de parto em nulíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 33(3). 118-22. [Consultado a 15 de fevereiro de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n3/a03v33n3.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2013) – *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Genebra.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015) – *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2018) – *Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations*. Geneva: World Health Organization; 2018
- OZKAN, S., CALISKAN, E., DOGER, E., YUCESYOY, I., OZEREN, S., VURAL, B. (2009) - Comparative efficacy and safety of vaginal misoprostol versus dinoprostone vaginal insert in labor induction at term: a randomized trial. *Archives of gynecology and obstetrics*. 280 (1). 19-24. [Consultado a 16 de abril de 2017]. doi: 10.1007/s00404-008-0843-9.
- PAULINO, M., GODINHO, J. (2009) - Da síndrome psicopatológica à entidade nosográfica. In J. Cordeiro (ed.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 454-485.
- PEREIRA L. (2013) – Estudo comparativo entre três volumes de Ropivacaína 1mg/mL e Sufentanil 0,25mcg/mL por via epidural em bolus intermitentes e sua relação com a duração da analgesia durante o trabalho de parto. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Coimbra. [Consultado a 14 de outubro de 2018]. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26231/1/Tese%20Mestrado%20Luciano%20Pereira.pdf>
- PETTER, C., FARRET, T., SCHERER, J., ANTONELLO, V. (2013) – Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. *Scientia Medica. Porto Alegre*. 23 (1). 28-33.
- PINHEIRO, J., SEABRA, D. (2008) – Alteração dos hábitos alimentares durante a gravidez: Identificação dos Mitos Relacionados com a Alimentação na Gravidez e Amamentação. *Acta Med Port*. 21. 149-160.
- PINTO, P., FERRAZ, T., RAMALHO, C., MONTENEGRO, N. (2015) – Avaliação da ministração de corticosteroides em situações de suspeita de parto pré-

termo iminente: um estudo de coorte retrospectivo em um centro terciário. *Rev Bras Ginecol Obstet.*; 37(10). 467-72. [Consultado a 28 de outubro de 2018]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n10/0100-7203-rbgo-37-10-00467.pdf>

- PLANTIN, L., OLUKOYA, A., NY, P. (2011) – Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. Geneva. *The World Health Organization Regional Office for Europe*. 9 (1). 87-102. [Consultado a 24 de novembro de 2018]. doi: 10.3149/fth.0901.87
- POPLAR, J. (2014) - Holistic Care in High Risk Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. 29 (4). 68-71.
- PORTO, A., AMORIM, H., SOUZA, A. (2010) – Assistance to the first period of labor based on evidence. *Femina* 38 (10). 527-537. [Consultado a 1 de outubro de 2018]. Recuperado de www.158<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf>.
- PRAGER, M., ENEROTH-GRIMFORS, E., EDLUND, M., MARIONS, L. (2008) – A randomised controlled trial of intravaginal dinoprostone, intravaginal misoprostol and transcervical balloon catheter for labour induction. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*. 115 (11). 1443-1450. [Consultado a 17 de julho de 2017]. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01843.x.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG) (2010) – *Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality*. Green-top Guideline N°. 7. London.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG) (2011) – *Tocolysis for Women in Preterm Labour: Green-top Guideline N° 1B*. London.
- REGO, J. (2008) – *O Papel do Pai na Amamentação*. In: ISSLER, Hugo. *O Aleitamento Materno no Contexto Atual: políticas, práticas e bases científicas*. São Paulo. SARVIER. 11-17.
- REVEIZ, L., GAITÁN, H., CUERVO, L. (2013) – Enemas during labour *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Consultado a 4 de janeiro 2017]. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD000330.pub4/asset/CD000330.pdf;jsessionid=0755A24CFAAB383505E4D42D2FAB9B98.f04t01?v=1&t=ipvqdmfs&s=366572d0a2c58ef1e90ea5817ab6ad8dd5674fe0>
- RICCI, S., KYLE, T. (2009) – *Maternity and Pediatric Nursing*. Lippincott Wilkins.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (RCP) (2011) - Anxiety panic and phobias. [Consultado a 13 de novembro de 2017]. Recuperado de <https://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/problemsdisorders/anxiety,panic,phobias.aspx>.

- RUBARTH, L., SCHOENING, A., COSIMANO, A., SANDHURST, H. (2012) – Women’s Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 41 (3). 398-407. [Consultado a 14 de maio de 2018]. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x
- SÁNCHEZ, M., KRIVITZKY, S., MARTÍNEZ, C., SÁNCHEZ, P. (2013) – Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. *Ginecol Obstet Mex.* Vol. 81. 99-104.
- SANTO, S. (2016) – Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstet Ginecol Port.* 10(1). 8-11.
- SANTOS, A., CARDOSO, A. (2010) – A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.* Almada. nº 11.
- SANTOS, C., PIMENTA, C., NOBRE, M. (2007) – *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.* [Consultado a 23 de novembro de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>
- SANTOS, R. (2014) – *Vigilância de rotina no puerpério de parto vaginal.* In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Ed. Lousã: Lidel.
- SARAIVA, E., COUTINHO, M. (2008) – O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista mal-estar e subjectividade.* 3 (2). 508-509. [Consultado a 3 de novembro de 2017]. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n2/11.pdf>
- SARKAR, R., BASU, S., AGRAWAL, R., GUPTA, P. (2010) – Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics.* 47 (17). 593-598. [Consultado a 18 de fevereiro de 2017]. Recuperado de <http://medind.nic.in/ibv/t10/i7/ibvt10i7p593.pdf>
- SEABRA, J. (2009) – O choro do bebê. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra. [Consultado a 17 de Janeiro de 2016]. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>
- SCHARDOSIM, J., RODRIGUES, N., RATTNER, D. (2018) – Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Av Enferm.* 36(2). 197-208. [Consultado a 3 de março de 2019]. doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.67809
- SCHLEUBNER, E. (2013) – The Prevention, Diagnosis and Treatment of Premature Labor. *Deutsches Arzteblatt International.* 110 (13). 227-236. [Consultado a 26 de junho de 2018]. doi: 10.3238/arztebl.2013.0227
- SCISM, A., COBB, R. (2017) - Integrative Review of Factors and Interventions That Influence Early Father–Infant Bonding. *JOGNN.* Vol. 46. 163-170. [Consultado a 28 de novembro de 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.09.004>.

- SILVA, A., NASCIMENTO, E., COELHO, E. (2015) - Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulher no parto normal. *Esc Anna Nery*. 19 (3). 424-431.
- SILVA, D. (2013) – Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE*. Recife. 7. 4161-4170.
- SILVA, J., REBELO, C., SANTOS, R. (2014) – *Aceleração do Trabalho de Parto*. In: MONTENEGRO, Nuno *et al.* – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3^a Ed. Lisboa. Lidel. 226-227
- SILVA, L., BATISTA, C. (2007) – Sentimentos de mulheres seropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. *Esc Anna Nery R Enferm*. 11 (2). 268 - 75. [Consultado a 5 de março de 2017]. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a13.pdf>
- SINGATA M., TRANMER, J., GYTE, G. (2013) – Comer e beber durante o trabalho de parto. *Cochrane Systematic Reviews*. [Consultado a 3 de abril de 2018]. Recuperado de <http://www.cochrane.org/pt/CD003930/comer-e-beber-durante-o-trabalho-de-parto>
- SITRAS, V., BENTH, J., EBERHARD-GRAN, M. (2017) – Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. Ganesh Dangal, National Academy of Medical Sciences. NEPAL. 12 (10). [Consultado a 16 de julho de 2018]. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186564>
- SCISCIONE, A. (2010) – Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 202 (232). 1-5. [Consultado a 17 de janeiro de 2018]. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.005
- SOARES, H. (2008) – *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP) (2012) – *Prescrição Pré-natal de Corticoides para Reduzir a Morbilidade e Mortalidade Neonatais*.
- SOSA, C., ALTHABE, F., BELIZÁN, J., BERGEL, E. (2015) - *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review)*. *Cochrane Collaboration*. [Consultado a 8 de dezembro de 2018]. Recuperado de https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth
- SOUZA, A., COSTA, A., COUTINHO, I., NETO, C., AMORIM, M. (2010) – Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*. São Paulo 38 (4). 185-194. [Consultado a 20 de abril de 2017]. Recuperado de http://www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/uploads/2013/05/Femina_v38n4p185-941.pdf

- SOUZA, A., JUNIOR, W., ARAÚJO, B., COELHO, I., GUERRA, G. (2015) – Método mecânico de indução do parto em gestantes de alto risco com cesariana anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 37(3). 127-32.
- SOUZA, M. (2010) – Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* vol. 8. 102-106.
- SURBEK, D., DRACK, G., IRION, O., NELLE, M., HUANG, D., HOESLI, I. (2012) – Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation in threatened preterm delivery: indications and administration. *Arch Gynecol Obstet.* 286 (2). 277–281. [Consultado a 21 de março de 2018]. doi: 10.1007/s00404-012-2339-x
- THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (2012) – *Positions for Labour and Birth: Evidence Based Guidelines.*
- TURAWA, E., MUSEKIWA, A., ROHWER, A. (2014) – Interventions for treating postpartum constipation. *The Cochrane Library.* [Consultado a 13 de abril de 2017]. Recuperado de [www: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010273.pub2/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010273.pub2/abstract)
- VAN DEN BERGH B., SIMONS, A. (2009) – A review of scales to measure the mother–foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 27 (2). [Consultado a 23 de maio de 2017]. doi: <https://doi.org/10.1080/02646830802007480>
- VELHO, M., SANTOS, E., BRUGGMANN, O., CAMARGO, B. (2012) – Vivência no Parto Normal ou Cesáreo: Revisão Integrativa sobre a Percepção das Mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 21 (2). 458-46.
- VILLALÓN, H., RIESCO, I., PINTO, M., SILVA, C. (2014) - Participación paterna en la experiencia del parto. *Rev Chil Pediatr.* 85 (5). 554-560. [Consultado a 8 de fevereiro de 2019]. doi: 10.4067/S0370-41062014000500005
- WHITMORE, J. (2010) – Newborn Umbilical Cord Care: An Evidence Based Quality Improvement Project. Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects. University of San Francisco.USF Scholarship Repository.Paper.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1977) – Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia.* Vol. 56. 247-253.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1991) – *Indicators for assessing breastfeeding practices.* Geneva: Division of Child Health and Development.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2012) – *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.* Geneva: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2014) – *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.* Geneva: Department of Reproductive Health and Research.

- ZEFERINO, L. (2011) – *Pais-filho: As condicionantes da ligação*. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.