



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

Influência das condições do parto na PURPLE

DISSERTAÇÃO

Ana Catarina Alves da Silva Pedrosa

Porto, 2024

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

INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DO PARTO NA PURPLE

**THE INFLUENCE OF LABOUR CONDITIONS IN
PURPLE**

Dissertação orientada pela Professora Alexandrina
Cardoso e coorientada pela Mestre Cristina Martins.

Ana Catarina Alves da Silva Pedrosa

Porto, 2024

Compreender o início da vida humana é abrir caminho para acolher com empatia e sabedoria, tanto os que nascem como os que os recebem

Ao meu querido pai, que partiu, mas estará sempre comigo e me continuará a impulsionar.

Aos meus filhos, cuja alegria e amor me inspiram todos os dias. Cada sorriso vosso me deu forças para continuar e chegar aqui.

Ao meu marido, pela paciência, incentivo e apoio incondicional em cada etapa desta jornada. Sem o teu carinho e força esta conquista não teria sido possível.

À minha mãe, pelo apoio incansável, por estar sempre ao meu lado e por cuidar dos meus filhos com tanto amor. A tua ajuda foi essencial para que eu pudesse alcançar esta realização.

Às minhas colegas e amigas, pelo apoio, pela colaboração e por criarem um ambiente que me permitiu crescer e desenvolver este trabalho. A vossa amizade e ajuda foram fundamentais nesta jornada.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso, que sempre acreditou em mim, mesmo quando eu duvidava. O seu incentivo constante e preciosa orientação foram fundamentais, mostrando que sou capaz de alcançar os meus sonhos. Agradeço por ter sido a luz nesta jornada.

À Enfermeira Cristina Martins, cujo exemplo de dedicação, competência e excelência foi uma fonte de inspiração na minha vida profissional.

A cada um de vós, fica o meu mais sincero agradecimento,
Catarina Pedrosa

RESUMO

Esta dissertação investiga a relação entre as condições do parto e o choro excessivo conhecido como PURPLE. A PURPLE é caracterizada por um choro intenso, prolongado e inconsolável, frequentemente confundida com cólicas do recém-nascido. A literatura descreve que fatores relacionados com o parto, como o tipo de intervenções clínicas e as condições emocionais da mãe, podem influenciar este padrão de choro. O estudo utilizou uma abordagem quantitativa com um desenho de estudo exploratório, descritivo e correlacional, com uma amostra de 51 mães que participaram em dois momentos de recolha de dados. Na primeira fase, foram colhidas informações sobre as condições do parto, tais como o tipo de parto ou uso de fármacos durante o trabalho de parto, por meio de uma entrevista realizada na maternidade. A segunda fase envolveu uma entrevista telefónica entre a 6 e a 8 semana pós-parto, a fim de caracterizar o choro do bebé e as estratégias usadas pela mãe para lidar com o choro. A análise de dados incluiu estatísticas descritivas e inferenciais, com um foco nas relações entre as variáveis do parto e a PURPLE. Os resultados sugerem que a compreensão das dinâmicas do parto e as suas repercussões no comportamento dos recém-nascidos pode aprimorar o suporte oferecido às famílias. Esta investigação é importante para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e reforça o seu papel na promoção de bem-estar materno e neonatal durante o período pós-natal.

Palavras-chave: PURPLE; choro excessivo; condições do parto; Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica; cuidados ao recém-nascido

ABSTRACT

This dissertation studies the relationship between labour conditions and excessive crying known as PURPLE. PURPLE is characterized by intense, prolonged, and inconsolable crying, often confused with infant colic. The literature describes that factors related to childbirth, such as some clinical interventions and the mother's emotional conditions, can influence this crying pattern. The study used a quantitative approach with an exploratory, descriptive and correlational approach, with a sample of 51 mothers who participated in two data collection moments. In the first moment, information about labor conditions, such as type of delivery or use of some medication during labor, was gathered through a interview conducted in the maternity ward. The second moment involved a telephone interview between the 6th and 8th week postpartum to describe the baby's crying and the strategies used by the mother to cope with it. The data analysis included descriptive and inferential statistics, focusing on the relation between labor variables and PURPLE. The results suggest that understanding the dynamics of childbirth and their repercussions on newborn behaviour can enhance the support offered to families. This research is important for the Maternal and Obstetric Health Specialist Nurse and reinforces their role in promoting maternal and neonatal well-being during the postpartum period.

Keywords: PURPLE; excessive crying; labour conditions; Nursing-Midwifery; newborn care.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HPA - Hipotálamo-hipófise-adrenal

GABA - Ácido gama-aminobutírico

CIPE™ - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

AHT - Abusive Head Trauma

SPSS - Software Statistical Package for Social Science

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. CONTINUUM GRAVIDEZ-PARTO-MATERNIDADE | 17 |
| 1.1 Via fisiológica | 17 |
| 1.2 A evolução do parto | 23 |
| 1.2 Sistema Regulador do Recém-nascido..... | 27 |
| 2. PADRÃO DE CHORO..... | 31 |
| 2.1 Padrões de Choro | 32 |
| 2.2 Quadro de choro excessivo: PURPLE | 35 |
| 3. ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE | 39 |
| 3.1 Ligação Mãe-Filho | 40 |
| 3.2 Competência parental: Lidar com o choro | 43 |
| 3.3 Impacto do choro excessivo do bebé na autoconfiança materna..... | 47 |
| 4. METODOLOGIA | 49 |
| 4.1 Justificação do estudo | 49 |
| 4.2 Desenho de estudo..... | 50 |
| 4.1.1 Finalidade e objetivos | 51 |
| 4.2. População e amostra..... | 52 |
| 4.3. Instrumento de recolha de dados | 53 |
| 4.4. Procedimento de recolha de dados | 58 |
| 4.5. Análise dos dados | 59 |
| 4.6 Considerações éticas | 60 |
| 5. RESULTADOS | 63 |

| | |
|---|------------|
| 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 83 |
| 7. CONCLUSÃO | 91 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 95 |
| ANEXOS | 110 |
| ANEXO I - Guião da entrevista | |
| ANEXO II - Autorização do Conselho de Administração e Comissão Ética | |
| ANEXO III - Folha de informação à participante | |

ÍNDICE de QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1: Variáveis do estudo de St. James-Roberts e Conroy (2005)..... | 38 |
| QUADRO 2: Caracterização da amostra..... | 63 |
| QUADRO 3: Caracterização da amostra (continuação)..... | 64 |
| QUADRO 4: Condições do trabalho de parto..... | 67 |
| QUADRO 5: Caracterização do choro e das estratégias mais utilizadas para alívio do choro | 74 |
| QUADRO 6: Relação da PURPLE com as condições do parto | 79 |
| QUADRO 7: Caracterização da estratégia para lidar com o choro | 81 |

ÍNDICE de GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1: Nível de envolvimento do pai nos cuidados ao bebé (considerado pelas mães, numa escala de 0-10) | 68 |
| GRÁFICO 2: Nível de autoconfiança materna para lidar com o choro do bebé (classificada pela própria, numa escala de 0 a 10). | 69 |

ÍNDICE de FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1: Curva normal do choro, Barr (1990)..... | 33 |
| FIGURA 2: Curva do choro segundo Vermillet et al. (2022) | 34 |

INTRODUÇÃO

Todos os bebés choram e o choro do bebé deve ser expectável nos primeiros meses de vida, sendo até um som que transmite sossego para a mãe e para o pai quando é o primeiro som ouvido após o nascimento. Fisiologicamente, este primeiro choro tem um papel importante na libertação de fluídos pulmonares e corresponde ao início de um período normal de choro infantil (Barr, 2020).

No entanto, há bebés em que se verifica um padrão de choro excessivo, designado PURPLE. Este choro tem características e particularidades próprias, que permitem o seu diagnóstico diferencial de outros quadros de choro excessivo. O período do choro PURPLE é um período inserido nos primeiros três a quatro meses de vida do bebé e não tem impacto negativo no crescimento e desenvolvimento do bebé. Durante muitos anos foi descrito como “cólica infantil”, sendo este, no entanto, um termo ultrapassado.

Sendo o período PURPLE considerado uma fase do desenvolvimento do bebé, em que o bebé chora incontrolavelmente e por longos períodos de tempo (mais de três horas), independentemente do que se faz como tentativa de acalmar o choro, este acarreta para a mãe e para o pai uma frustração extrema e uma sensação de incompetência e culpa. Um dos fatores que potencia esta situação é a falta de informação sobre o que pode causar e/ou potenciar este quadro de choro excessivo. De facto, há muita escassez de evidência sobre as causas do choro excessivo do bebé, neste período de desenvolvimento, pelo que surge a necessidade de perceber se pode de alguma forma estar relacionado com o parto, e tudo o que envolve este acontecimento, como as condições em que decorreu o trabalho de parto, o tipo de parto, entre outras.

Assim, o presente estudo pretende dar resposta à seguinte questão: será que o que acontece durante o parto poderá estar relacionado com o aparecimento da PURPLE?

De facto, como competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), segundo o Regulamento n.º 391/2019, cabe cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-parto, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de adaptação à parentalidade.

Neste sentido e para que seja possível esta contextualização da relação entre as condições do trabalho de parto e a PURPLE, foi elaborada a presente dissertação, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Professora Alexandrina Cardoso, com o propósito da obtenção do Grau de Mestre.

Em relação à estrutura deste trabalho, este está dividido em seis capítulos. Os primeiros três capítulos, visam contextualizar o tema mediante a literatura atual, abordando os processos biológicos e fisiológicos que ocorrem durante o *continuum* gravidez - parto - maternidade, que preparam a mulher e o feto/recém-nascido para esta transição, sendo assim exploradas as alterações fisiológicas que ocorrem em ambos e os processos de regulação que ocorrem no feto/recém-nascido para adaptação à vida extrauterina. Para além disto, também é desenvolvida a ligação mãe-filho, intimamente ligada com trabalho de parto e o padrão de choro do recém-nascido, pelo que é analisada na literatura de que forma a competência parental: lidar com o choro do bebé por ser influenciada pelas condições do parto e de que forma o choro excessivo do bebé pode influenciar a autoconfiança materna nesta competência.

O quarto capítulo descreve as questões acerca do processo de investigação, nomeadamente, a justificação do estudo, o desenho do estudo, onde são descritos os objetivos e as variáveis em estudo, a população e amostra, os

métodos utilizados na recolha de dados, o tratamento desses dados e por fim a sua análise, tendo sempre por base as considerações éticas em todo o processo. O quinto e sexto capítulo, expõem os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

1. CONTINUUM GRAVIDEZ-PARTO-MATERNIDADE

Durante a gravidez até ao período pós-parto o corpo da mulher passa por um processo biológico marcado pela presença/produção hormonal fisiológica. Este acontecimento potencia, tanto para a mulher como para o bebé, uma resposta adequada face às várias fases desta constante adaptação. De facto, é possível apontar alguns dos processos otimizados/possibilitados pela interação das hormonas presentes neste contínuo gravidez/parto/maternidade, tais como: promoção da resposta fetal para o nascimento, conduzindo a maior segurança durante o trabalho de parto; ajuda fisiológica contra o stress e a dor de trabalho de parto, o que facilita a adaptação materna e do recém-nascido, otimiza a amamentação e a ligação mãe/filho (Buckley, 2015).

1.1 Via fisiológica

O período perinatal é um período extremamente sensível para a mãe e para o recém-nascido em relação ao processo hormonal e biológico. Há evidência de que práticas que promovem (através de políticas favoráveis), suportam (práticas facilitadoras implementadas), e protegem (de distúrbios) uma gravidez/parto fisiológico, podem amplificar benefícios contínuos como por exemplo, a amamentação (Buckley, 2015).

A obstetrícia contemporânea tem beneficiado de avanços tecnológicos e de maternidades com profissionais extremamente qualificados e empenhados, deveras importantes, em especial para mães e bebés com necessidades de cuidados especiais. No entanto, sabe-se que as taxas elevadas de intervenções implementadas no trabalho de parto, podem ser desfavoráveis para a maioria (Buckley, 2015; Souza et al., 2021; Atzil et al., 2012).

As intervenções e procedimentos obstétricos podem afetar a fisiologia normal da mãe e do bebé, podendo conduzir a consequências que podem surgir no período perinatal ou em fases posteriores (Buckley, 2015; Souza et al., 2021; Atzil et al., 2012). De entre elas, destaca-se a perfusão endovenosa por rotina durante o trabalho de parto e a cateterização venosa preventiva, que podem reduzir a mobilidade da grávida, intensificar o desconforto e até aumentar o risco de hipoglicemia no recém-nascido (Souza et al., 2021). O uso excessivo de ocitocina sintética é visto como um fator que pode aumentar a atividade uterina e provocar hipoxia fetal, enquanto a amniotomia, utilizada para acelerar o trabalho de parto, pode elevar a probabilidade de uma cesariana (Souza et al., 2021).

Outras práticas contestadas incluem a posição ginecológica, a episiotomia e a manobra de Kristeller, todas relacionadas com potenciais riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disto, restrições alimentares e de movimentação, assim como a ausência de um acompanhante durante o parto, são práticas que podem comprometer a experiência da mulher e aumentar a probabilidade de complicações (Svelato et al., 2020). Também, as cesarianas programadas (com ausência do trabalho de parto) que estão associadas a uma produção reduzida de epinefrina-norepinefrina fetal/recém-nascido, devido à ausência do pico de catecolaminas, podem contribuir para um aumento de morbidades respiratórias e/ou outras (Buckley, 2015).

Segundo Buckley et al. (2023), a fisiologia hormonal presente, desde a gravidez até ao pós-parto, é coordenada e mutuamente regulada entre a mãe e o bebê para otimizar os resultados para ambos. Por exemplo, a prontidão materna e fetal para o trabalho de parto está precisamente alinhada no início fisiológico do trabalho de parto a termo para otimizar a eficiência do mesmo e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Walter et al., 2021). Da mesma forma, o contato pele com pele após o nascimento regula mutuamente os níveis de ocitocina maternos e neonatais. De acordo com Buckley (2015), os efeitos na fisiologia hormonal materna impactam a fisiologia hormonal fetal/recém-nascido e vice-versa.

Desde a gravidez até ao trabalho de parto e nascimento, amamentação, e estabelecimento da ligação mãe-filho, que os processos hormonais fisiológicos antecipam e se preparam para os próximos processos e necessidades biológicas (Atzil et al., 2012; Hodent et al., 2011). Por exemplo, a regulação ascendente pré-parto dos recetores de ocitocina uterina promovem um trabalho de parto otimizado (Buckley et al., 2023), e o recetor de epinefrina-noradrenalina pré-parto potencia as adaptações fetais à hipoxia neonatal relacionada com o parto e adaptação à vida extrauterina através do pico de catecolamina fetal (Buckley, 2015).

Conjuntamente a isto, existe uma interação dos sistemas hormonais, entre si, de forma complexa no período perinatal, incluindo a promoção ou inibição da atividade uns dos outros. Isto pode amplificar os efeitos hormonais, conduzindo a picos hormonais que caracterizam o parto fisiológico (Costa et al., 2003; Walsh et al., 2012). Por exemplo, na fase ativa do trabalho de parto os picos de ocitocina promovidos por altos níveis de prolactina e da própria ocitocina, auxiliam a fase expulsiva (Costa et al., 2003; Walsh et al., 2012). Da mesma forma, o stress excessivo e as hormonas do stress podem perturbar o progresso do trabalho de parto através da interação hormonal (Buckley, 2015).

Outra particularidade é a chamada *cascata de intervenção*, na qual, as perturbações hormonais podem ser amplificadas quando uma intervenção requer, e leva, a outra que é usada para monitorizar, prevenir, ou tratar os seus efeitos secundários (Buckley, 2015). A

invasão de tecnologia que existe disponível atualmente, pode perturbar ainda mais a fisiologia hormonal e introduzir riscos adicionais para a mãe e o bebê (Souza et al., 2021; Buckley, 2015). Por exemplo, a redução da ocitocina materna que geralmente se segue à administração de analgesia epidural pode conduzir ao uso de ocitocina sintética para compensar (Walsh et al., 2012). O uso prolongado de ocitocina sintética pode dessensibilizar os recetores de ocitocina e aumentar o risco de hemorragia pós-parto (Buckley et al., 2023). A longo prazo, também podem ser vivenciados impactos de exposições não fisiológicas durante o período perinatal. Acredita-se, que este tipo de interferência materna pode perturbar os sistemas hormonais dos filhos (Buckley, 2015; Souza et al., 2021). A quantidade de estudos de alta qualidade que se foquem nas consequências, a longo prazo, da exposição fetal/recém-nascido a fármacos e intervenções perinatais, é muito limitada (Buckley, 2015). Assim, a atual abordagem baseada na evidência para identificar cuidados seguros e eficazes, baseada no acompanhamento a curto prazo e no exame limitado dos resultados mediados por hormonas, como a amamentação, podem não proporcionar salvaguardas adequadas às mães e aos bebês (Buckley, 2015; Souza et al., 2021). Da mesma forma, a exposição fetal/neonatal a um determinado fármaco (por exemplo, dose, duração, metabolismo) podem não salvaguardar adequadamente o bebê (Souza et al., 2021). Assim, os atuais níveis de incerteza sobre os impactos a longo prazo devem conduzir a priorização da investigação e a minimização das intervenções desnecessárias (Buckley, 2015).

O início espontâneo do trabalho de parto a termo é um processo complexo e ainda incompletamente compreendido (Atzil et al., 2012; Hodent et al., 2011). O momento do parto é um acontecimento de coordenação materna e fetal, ou seja, acredita-se que o *timing* do parto é determinado, essencialmente, pela maturidade fetal, a qual é marcada pela produção de cortisol fetal, coordenadamente com processos biológicos maternos, como a produção de estrogénios. Este *timing* é de difícil previsão devido à variação normal do tempo de gestação humana (Buckley, 2015).

Segundo Buckley (2015), a componente neuroendócrina presente na grávida e no feto, no término da gravidez, está perfeita e completamente preparada e alinhada para um trabalho de parto e parto seguro e dentro dos parâmetros esperados, assim como, para uma adaptação pós-parto otimizada, nomeadamente em processos como o estabelecimento da amamentação e da ligação mãe-filho. Esta preparação hormonal e fisiológica é um processo que acontece em semanas, dias e horas antes do trabalho de parto efetivo (Walter et al., 2021).

A preparação biológica da mulher passa por um aumento dos níveis de estrogénio, que permitem estimular o útero para um trabalho de parto espontâneo; o amolecimento cervical provocado pelo aumento da atividade da ocitocina e prostaglandinas; aumento da

inflamação, que indiretamente ativa o cérvix e útero; aumento dos recetores uterinos de ocitocina, que levam a necessárias contrações durante o trabalho de parto, e no pós-parto, reduzindo o risco de hemorragia; aumento dos recetores cerebrais de beta-endorfinas, que vão facilitar o controlo da dor; ativação dos recetores mamários e cerebrais de ocitocina e prolactina, que promovem a amamentação e a ligação mãe-filho (Walter et al., 2021; Buckley, 2015).

Por outro lado, também o feto/recém-nascido atravessa um processo complexo neuroendócrino e fisiológico que ocorre antes e durante o trabalho de parto e que culmina no momento em que este vivencia a adaptação à vida extrauterina imediata. Para que este fenómeno ocorra, o feto passa por várias mudanças preliminares, tais como: maturação pulmonar e de outros sistemas previamente ao trabalho de parto, e desobstrução de fluidos pulmonares durante o trabalho de parto e nascimento; desenvolvimento de processos neuroprotetores de ocitocina no pré-parto; aumento dos recetores de epinefrina e norepinefrina no período pré-parto, que dotam o recém-nascido de proteção contra a hipoxia devido ao pico de catecolaminas; efeito neuroprotetor devido ao pico de catecolamina peri-parto, que assegura a irrigação cerebral e cardíaca; também durante o trabalho de parto, processos mediados pelas catecolaminas que possibilitam a regulação da respiração, produção de energia e glicose no recém-nascido (Walter et al., 2021; Buckley, 2015; Ment & Eichenwald, 2006).

A ocitocina é uma hormona importante no trabalho de parto e nascimento, pois possibilita que o útero da mulher, em trabalho de parto, se contraia e permita a exteriorização do feto (Denker et al., 2019). Segundo revisão sistemática da literatura de Denker et al. (2019), os níveis sanguíneos de ocitocina aumentam gradualmente durante a gravidez e tornam-se ainda mais altos durante o trabalho de parto, no qual se verificam pulsos de ocitocina que vão, progressivamente, aumentando e sendo mais frequentes. No momento do parto ocorre um grande pulso de ocitocina, sendo que, após o nascimento, estes pulsos continuam e têm o papel de promover a dequitação, prevenir a hemorragia pós-parto e promover a gestão da temperatura corporal materna para o contacto pele com pele com o recém-nascido (Walter et al., 2021).

Outro papel importante da ocitocina é a redução do nível de stress. Esta hormona ativa o sistema nervoso parassimpático, o que conduz a uma sensação de calma, conexão, cura e crescimento; e por outro lado, diminui a atividade do sistema nervoso simpático, diminuindo o stress, medo, a produção de hormonas do stress e aumentando a capacidade social (Buckley et al., 2023). Segundo Denker et al. (2019), a ocitocina traz muitos efeitos benéficos no cérebro da mulher durante o trabalho de parto. Esta hormona é libertada tanto para a corrente sanguínea como para o cérebro, atingindo níveis elevados de ocitocina no líquido cefalorraquidiano, o que permite a redução da ansiedade, do stress e

também da dor e ativa os centros cerebrais do prazer e de recompensa, possibilitando que a recém-mãe se sinta relaxada e feliz quando conhece o seu bebê pela primeira vez.

A administração de ocitocina sintética, como forma de indução/aceleração do trabalho de parto, é uma mais-valia em determinadas circunstâncias, no entanto, têm sido descritos efeitos secundários tanto nas mulheres como nos bebês (Walter et al., 2021). Segundo Buckley (2015), a ocitocina sintética que é administrada durante o trabalho de parto, não atravessa para o cérebro da mulher numa quantidade que seja significativa biologicamente, pelo que não produz os efeitos calmantes e analgésicos encontrados na via fisiológica. Assim, são descritos possíveis efeitos adversos encontrados, que podem causar impacto na via fisiológica materna: hiperestimulação uterina, que pode conduzir a uma hipoxia fetal; contrações mais fortes e mais dolorosas (em que não existe ativação da analgesia pela ocitocina fisiológica); exposição exagerada à ocitocina sintética causando dessensibilização dos recetores da ocitocina, contribuindo para uma contratilidade reduzida, esforços expulsivos prolongados, partos instrumentados e hemorragia pós-parto; perturbação nos comportamentos inatos do recém-nascido no que toca ao estabelecimento da amamentação, diminuição de produção de ocitocina materna que poder levar a uma redução da duração da amamentação (Buckley et al., 2023; Costa et al., 2003; Walsh, 2012).

Têm sido alvo de estudos os potenciais efeitos e impactos da ocitocina sintética administrada à mãe, no bebê. Apesar de ainda ser insuficiente a evidência, devido à escassez de estudos realizados, é possível apontar alguns mecanismos em que existe interferência ao processo biológico fetal/recém-nascido: 1) efeitos hormonais a nível cerebral fetal devido à passagem da ocitocina sintética via placenta; 2) efeitos indiretos da hipoxia subclínica; interferência nos mecanismos de neuroprotecção fetal; 3) impactos fetais/recém-nascido de intervenções associadas à administração de ocitocina sintéticas, tais como a analgesia epidural; programação dos sistemas hormonais/endócrinos fetais a longo-prazo, provavelmente através de efeitos epigenéticos; efeitos indiretos provenientes da disrupção dos sistemas maternos de ocitocina, que impactam na ligação mãe-filho, a amamentação, a sensação de recompensa, e/ou a regulação mutua (Buckley, 2015; Costa et al., 2003; Walsh, 2012).

Outras hormonas com um papel importante neste contínuo são as beta-endorfinas, que são reconhecidas como opióides endógenos e representam um papel fundamental nas respostas adaptativas à dor e ao stress no trabalho de parto, pois ativam a nível cerebral os centros de prazer, e potenciam sensações de bem-estar e alívio da dor (Buckley, 2015; Walsh, 2012). Estas aumentam à medida que o trabalho de parto progride e promovem a analgesia endógena, pelo aumento dos recetores centrais e pela alteração do estado de consciência, facilitando a gestão da dor e do stress (Walsh, 2012). Desta forma, realça-se

que, se por um lado níveis muito baixos de beta endorfinas podem não oferecer o alívio desejado da dor ou ativar o prazer/sensação de bem-estar, por outro, os níveis elevados (que poderão ser causados por stress materno excessivo), podem inibir a ocitocina e interferir negativamente na evolução do trabalho de parto (Buckley, 2015; Walsh, 2012). Em níveis ótimos (diferentes de mulher para mulher), estas hormonas promovem a redução da dor e a progressão do trabalho de parto (Walsh, 2012).

Também são conhecidos os efeitos das beta-endorfinas para o feto/recém-nascido durante o trabalho de parto, nascimento e no pós-parto, sendo possível destacar como benefícios, a neuroprotecção fetal da hipoxia; potenciação da amamentação; e a gestão do stress por parte do recém-nascido - menor dificuldade na adaptação à vida extrauterina (Ment & Eichenwald, 2006). Os picos de beta-endorfinas, em conjunto com a libertação de ocitocina (descrita anteriormente) podem também conduzir a uma ativação dos centros da euforia e recompensa maternos, que indiretamente, vão transferir prazer à mãe quando esta presta os cuidados ao bebé e está em contacto com o mesmo (Buckley, 2015).

Como mediadora das respostas fisiológicas à dor, destaca-se a ação da epinefrina e norepinefrina (Buckley, 2015). Paradoxalmente e de modo instintivo, a ação da epinefrina-noradrenalina ao nível subcortical, pode levar à não progressão/cessação do trabalho de parto ou, opostamente, potenciar a sua evolução (Buckley, 2015). Esta resposta designa-se por “*fight or flight*”. Na primeira situação, (*flight*), face a sentimentos de insegurança, a sua ação conduz a inibição da libertação da ocitocina e, por conseguinte, a uma diminuição da contratilidade uterina (Walter et al., 2021). Por outro lado, no segundo estágio do trabalho de parto, a ação da epinefrina e noradrenalina, pode estimular a contratilidade uterina e o conhecido reflexo de ejeção fetal, potenciando a progressão do trabalho de parto, o estado de alerta e a produção de prostaglandinas (*fight*) (Buckley, 2015; Walter et al., 2021). O stress “saudável”, conhecido como *eustress*, pode também aumentar, a médio prazo, os níveis de cortisol até dez vezes, intensificando os efeitos centrais da ocitocina e por conseguinte a contratilidade uterina e os processos adaptativos da ligação mãe-filho (Buckley, 2015; Walter et al., 2021).

Para o recém-nascido, o surto de catecolaminas presente no trabalho de parto avançado, em que está presente uma elevação dos níveis de epinefrina/norepinefrina, estabelece condições críticas para a adaptação fetal face à hipoxia (Ment & Eichenwald, 2006). De facto, segundo Buckley (2015), desenrolam-se uma série de contextos fisiológicos para que a adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino seja o mais facilitada e natural, tais como: a preservação do fluxo sanguíneo para o coração e cérebro; promoção da resposta respiratória, sendo um dos acontecimentos, a excreção de líquido dos pulmões; mobilização de combustíveis metabólicos para o recém-nascido; o desgaste da gordura castanha para que seja favorecida a termorregulação; promoção do estado de alerta e

energia para o início da amamentação; redução do consumo de energia desnecessária, por parte do recém-nascido (Ment & Eichenwald, 2006). Depois do parto, os níveis de epinefrina/norepinefrina descem abruptamente, tanto na mãe como no recém-nascido, sendo que este acontecimento, vai estimular as contrações uterinas, que por sua vez diminui o risco de hemorragia pós-parto (Buckley, 2015; Ment & Eichenwald, 2006). O calor e o contacto pele com pele são fundamentais e conduzem à redução desta dupla (epinefrina/norepinefrina) tanto na mãe como no recém-nascido (Buckley, 2015).

Outra hormona produzida na gravidez/parto/pós-parto é a prolactina. Para além do seu envolvimento durante a gestação é mais conhecida pelo seu papel no pós-parto, pela síntese de leite materno. Está descrito que a prolactina permite a adaptação fisiológica da mulher para a gravidez e para a amamentação, no entanto, fora do mundo da reprodução, é conhecida por ser uma hormona de stress e de crescimento (Ment & Eichenwald, 2006). Na mulher, o aumento dos níveis de prolactina, desde o início da gravidez, podem reduzir o stress materno, bem como, ter um efeito protetor no feto (Ment & Eichenwald, 2006). Numa fase tardia da gravidez, as elevações dos níveis de prolactina estimulam a formação de recetores de prolactina no cérebro e nas glândulas mamárias, sendo que, a termo a produção de prolactina também sofre um aumento que pode estar envolvida no processo do trabalho de parto, uma vez que esta também é produzida na decídua uterina parto (Buckley, 2015; Ment & Eichenwald, 2006; Walter et al., 2021). Para o feto, esta hormona pode também acarretar benefícios quer para o sistema respiratório, uma vez que a prolactina está presente no líquido amniótico, que preenche os pulmões, bem como, para a transição do bebé para o mundo, através de um aumento da produção desta hormona no feto, durante o trabalho de parto (Buckley, 2015; Ment & Eichenwald, 2006; Walter et al., 2021).

1.2 A evolução do parto

O parto é um “*life changing event*” e o cuidado prestado à grávida tem o potencial para a afetar física e emocionalmente a curto e longo prazo (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2015). A evolução do parto ao longo da história é um reflexo de mudanças culturais, sociais, científicas e clínicas. Desde os tempos antigos até à era contemporânea, a forma como a sociedade vê e interpreta o parto mudou significativamente. Nos tempos antigos, o parto era frequentemente envolto de mitos e rituais, pelo que se acreditava que espíritos e deuses influenciavam o nascimento (Bourne, 2015). As parturientes eram

frequentemente assistidas por parteiras, que eram pessoas respeitadas nas comunidades. De facto, existem evidências de que de civilizações como a egípcia e a grega tinham registos sobre os partos, nomeadamente, Hipócrates, no século V a.C., descreveu e registou práticas obstétricas, embora muitas fossem baseadas em teorias errôneas sobre a anatomia e a fisiologia (Baker, 2018).

Por exemplo, na idade média, a Igreja tinha uma grande influência sobre o processo do parto, sendo que associavam a maternidade a um papel sagrado. Nesta época, o parto era essencialmente realizado em casa com parteiras como principais assistentes, e era muito frequente o uso de rituais e amuletos para proteger a mãe e o bebé. No entanto, o parto era um acontecimento perigoso, e as taxas de mortalidade materna e infantil eram extremamente elevadas (Baker, 2018).

O Renascimento trouxe consigo um interesse renovado pela anatomia e pela ciência. O estudo mais aprofundado da anatomia humana, como os feitos por Andreas Vesalio, começou a influenciar também as práticas obstétricas, pelo que estas, no século XVIII, iniciaram um processo de profissionalização, e os médicos começaram a assumir um papel mais ativo nos partos e a utilização de instrumentos como fórceps tornou-se comum, embora muitas vezes sem as devidas precauções (Baker, 2018).

No século XIX, surge a obstetria moderna em que o trabalho de parto e o nascimento acontecem nos hospitais, pelo que passa a existir mais supervisão clínica, e se dá o desenvolvimento da anestesia (como o óxido nitroso e a anestesia epidural) e antissepsia (como as de Joseph Lister) que revolucionaram o parto e o tornaram mais seguro e menos doloroso (Bourne, 2015).

Por sua vez, no século XX surgem mudanças socioculturais impactantes e a vertente feminista, em que se inicia uma nova consciência sobre os direitos das mulheres, incluindo a autonomia sobre os seus corpos e sobre as suas experiências de parto. As mulheres começaram a reivindicar maior controlo sobre a maneira como querem parir, pelo que existe um aumento do interesse por partos em casa e por métodos de parto menos intervencionistas, como Lamaze e a hipnoterapia, refletindo uma mudança nas atitudes e também em relação à medicalização do parto (Bourne, 2015).

Atualmente, o cuidado é centrado na mulher, respeitando as suas preferências e escolhas, de maneira que esta se sinta empoderada (Bourne, 2015). Estão disponíveis mais meios tecnológicos como a monitorização fetal e técnicas de imagem, que são usados para garantir a segurança, embora haja um debate contínuo sobre a medicalização/intervenção excessiva (Kitzinger, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um parto normal começa espontaneamente e apresenta apenas baixos riscos identificados no início. Esta situação

(em relação aos riscos continuamente avaliados) permanece durante todo o trabalho de parto. A criança nasce espontaneamente em posição de vértice entre 37 e 42 semanas de gestação. O parto normal é confirmado por sinais vitais normais da criança e pelo estado imediato da mãe após o parto, num ambiente tranquilo (OMS, 2018). Segundo a OMS (2018), apesar do número considerável de estudos e debates, que se realizam há vários anos, o conceito de um trabalho de parto “normal”, ainda não é universal. Nas últimas duas décadas, tem havido um aumento na aplicação de uma série de práticas obstétricas para iniciar, acelerar, interromper, regular ou monitorar o processo fisiológico do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar os desfechos para as mulheres e os bebés.

Fundamentando nas últimas recomendações da OMS (2018), que reconhece uma “experiência de parto positiva” como um resultado significativo para todas as mulheres em trabalho de parto. A OMS define uma experiência de parto positiva como aquela que satisfaz ou supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional de um(a) acompanhante de parto e de uma equipa clínica gentil e tecnicamente competente. Esta diretriz, baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres deseja um trabalho de parto e parto fisiológicos, além de ter uma sensação de realização pessoal e controlo por meio da participação na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas (OMS, 2028)

De facto, o parto é caracterizado por mudanças biopsicossociais, ou seja, modificações que englobam desde a alterações físicas da mulher como também o seu bem-estar psíquico, e é vivido de forma emocionalmente intensa, marcado por ansiedade e alegria, e apoiado pela expectativa da mulher em relação à sua capacidade para fazer nascer o seu filho e ambos estarem saudáveis (Aune et al., 2018).

É um evento único e complexo que pode envolver dor, sobrecarga emocional, vulnerabilidade, possíveis danos físicos e até risco de morte, e está associado a uma mudança definitiva de papéis, que inclui a responsabilidade de cuidar e promover o desenvolvimento de outro ser humano totalmente dependente (Aune et al., 2018). O parto representa um marco na vida da mulher, com profundas repercussões nos planos físico, mental, emocional e social (Costa et al., 2003), com grandes transformações que englobam o seu sistema fisiológico, psicológico e o seu papel sociofamiliar (Fria & Franco, 2008).

A experiência do parto, fortalecida pelo apoio físico, emocional e social, é uma experiência psicológica que empodera as mulheres (Olza et al., 2018). Para Namujju et al. (2018), a experiência do parto é o conjunto de sentimentos e interpretações pessoais de uma mulher sobre o processo de nascimento do seu filho; para algumas mulheres, é um

acontecimento emocionante e amoroso, enquanto para outras, é uma experiência stressante, exaustiva, imprevisível e desafiadora.

Está descrito que, mulheres que tiveram uma experiência de parto desagradável refletem sobre isso como sendo um processo de luto, dor, tristeza e raiva sempre que o recordam (Namujju et al., 2018). Na verdade, estas podem sofrer de complicações como depressão pós-parto e transtorno de stress pós-traumático (Denker et al., 2019). Para além disto, as experiências de parto podem influenciar o relacionamento entre a mãe, o filho, o cônjuge e o planeamento futuro da família (Howarth et al., 2011). Segundo Molgora (2020), a experiência negativa do parto aumenta a ansiedade e a depressão da mãe após o parto, o que, por sua vez, eleva o nível de stress também dos pais. Por outro lado, uma experiência positiva de parto está associada ao desenvolvimento uma sensação de controlo, força, satisfação e confiança nas mães, afetando a saúde da mãe e do bebé e sua relação emocional (Molgora, 2020).

A experiência do parto é multifacetada e é influenciada por fatores individuais, tempo de trabalho de parto mais longo (Molgora, 2020), expectativas, controlo, traços de personalidade, experiências anteriores de parto histórico de transtornos psicológicos, (Denker et al., 2019), fatores interpessoais, incluindo o apoio do cônjuge e do profissional de saúde (Molgora, 2020), e outros fatores, como a administração de anestesia e a satisfação com o ambiente de parto (Henriksen et al., 2017).

Uma experiência de parto positiva está fortemente ligada à capacidade da mãe de lidar com o choro do bebé de maneira mais eficaz e calma (Hill & Firth, 2018). Esta relação é influenciada por vários fatores, como o bem-estar psicológico da mãe, a ligação mãe-filho precoce, e o sentimento de controlo e empoderamento durante o parto (Leerkes et al., 2014). De facto, mulheres referem ter uma experiência de parto positiva, com suporte adequado e envolvimento no processo de tomada de decisões, tendem a apresentar menos stress e ansiedade no pós-parto (Leerkes et al., 2014). Segundo Aune et al. (2018), esta situação torna-as mais capacitadas emocionalmente para lidar com os desafios dos cuidados com o recém-nascido, incluindo o choro, que pode ser uma fonte de stress se a mãe estiver emocionalmente vulnerável.

Outra chave fundamental que advém de uma experiência de parto positiva é o estabelecimento da ligação mãe-filho (Hill & Firth, 2018). Uma experiência de parto positiva fortalece a ligação entre a mãe e o recém-nascido, facilitando a sensibilidade da mãe às necessidades do mesmo (Hill & Firth, 2018). Esta ligação irá ajudar a interpretar melhor o choro do recém-nascido, distinguindo entre choro de fome, desconforto ou sono (Abdolalipour et al., 2024). A presença de uma ligação afetiva forte pode, também, promover um sentimento de confiança na mãe para responder de forma adequada às demandas do recém-nascido (Abdolalipour et al., 2024).

Assim, um parto com menos intervenções indesejadas ou traumáticas reforça o sentimento de competência da mãe, o que se pode traduzir numa abordagem mais calma e eficaz da mãe perante o choro do seu filho. Quando as mães sentem que tiveram controlo e apoio durante o parto, é mais provável que se sintam capazes de enfrentar os desafios do cuidado neonatal (Abdolalipour et al., 2024).

1.2 Sistema Regulador do Recém-nascido

Antes do nascimento, o recém-nascido é totalmente dependente da mãe para as suas funções vitais (Kenner, 2001). Após o nascimento, e com a clampagem do cordão umbilical, o recém-nascido necessita que as suas funções fisiológicas, antes realizadas pela placenta, funcionem independentes, passando por um período de adaptação, que compreende as primeiras 24 horas de vida (Kenner, 2001). O nascimento e a adaptação ao meio extrauterino são processos críticos que marcam a transição de feto para recém-nascido (Lawn et al., 2014). Logo após o nascimento, o recém-nascido precisa transitar de um ambiente intrauterino, onde a troca de gases e nutrientes ocorre através da placenta, para um ambiente externo, onde precisa respirar e se alimentar-se independentemente (Lawn et al., 2014). Durante este processo, há uma ativação imediata do sistema respiratório, onde é expelido o líquido amniótico, e o ar preenche os pulmões, iniciando a respiração pulmonar (Lawn et al., 2014). Como mencionado por Lawn et al. (2014), a transição respiratória é fundamental para a sobrevivência e requer a coordenação de múltiplos sistemas.

Os processos regulatórios no desenvolvimento humano ocorrem de forma hierarquizada, a fim de atingir uma maior organização, complexidade e intencionalidade, sendo que nos processos regulatórios iniciais, durante a fase neonatal, ocorre predominantemente a regulação fisiológica (Lawn et al., 2014; Smith & McCullough, 2016; Hernandez & O'Connor, 2014).

As adaptações cardiovasculares também são críticas e, segundo Kirk e McRae (2015), estas são essenciais para garantir que o sangue oxigenado flua adequadamente para os órgãos e tecidos do recém-nascido. Antes do nascimento, o sangue do feto é desviado da circulação pulmonar através do forame oval e do ducto arterioso (Kirk & McRae, 2015). Depois do nascimento, a pressão no lado esquerdo do coração aumenta, conduzindo ao encerramento destes canais e à circulação sanguínea normal através dos pulmões (Kirk & McRae, 2015).

Outro sistema do recém-nascido que também passa por uma adaptação considerável é o sistema neuroendócrino. A produção de hormonas, como o cortisol, aumenta para ajudar

na resposta ao stress e na regulação do metabolismo. De acordo com Ment e Eichenwald (2006), o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) é fundamental para a adaptação ao stress neonatal e influencia o desenvolvimento neurológico subsequente, pelo que esta adaptação é especialmente importante em neonatos prematuros, que podem ter um desenvolvimento neuroendócrino mais imaturo.

Segundo Olza et al. (2018), nos recém-nascidos, especialmente aqueles nascidos prematuramente, o sistema nervoso e o sistema endócrino estão em estágios de desenvolvimento que podem afetar a regulação hormonal e a resposta a stressores, como por exemplo, a imaturidade do eixo HPA que pode levar a uma resposta inadequada ao stress, aumentando o risco de complicações como a síndrome de dificuldade respiratória e problemas no desenvolvimento neurológico. No entanto, a fisiologia hormonal que envolve o parto, acaba por ter um fator protetor no recém-nascido. Durante o trabalho de parto, a libertação da ocitocina, muda o comportamento do neurotransmissor inibitório fetal - GABA (ácido gama-aminobutírico) (Olza et al., 2018). Inicialmente, o GABA estimula a atividade cerebral, mas, com a influência da ocitocina, este passa a ter um efeito calmante, ajudando a proteger o cérebro do feto da hipoxia que pode ocorrer durante o parto (Olza et al., 2018).

Para além disto, durante o parto, a ação de outras hormonas como as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e vasopressina são extremamente valiosas para a adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino, na medida em que, vão permitir aumentar a frequência cardíaca e a contratilidade do coração, e melhorar o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos; estimulam a respiração ao promover a dilatação das vias aéreas, acabando por facilitar as trocas gasosas após o nascimento; a vasopressina ajuda a regular a retenção de água nos rins, essencial para manter a homeostase hídrica do recém-nascido - esta função é particularmente importante logo após o nascimento, quando a perda de líquidos pode ocorrer; também aumentam a pressão arterial em situações de choque ou stress, contribuindo para a estabilidade hemodinâmica do recém-nascido (Smith & McCullough, 2016; Hernandez & O'Connor, 2014).

Apesar destes processos adaptativos e fisiológicos potenciarem uma boa transição para o meio extrauterino, é característica no recém-nascido uma imaturidade, nomeadamente, no sistema regulador neuronal e endócrino (Lawn et al., 2014). De facto, o cérebro do recém-nascido é imaturo em comparação com o de uma criança mais velha ou um adulto (Lawn et al., 2014). O desenvolvimento neuronal é bastante rápido nos primeiros meses de vida, com a formação de sinapses e a mielinização dos neurónios, processos que são cruciais para a função cognitiva e motora; os recém-nascidos apresentam uma série de reflexos primários (como o reflexo de preensão e o reflexo de Moro) que são respostas automáticas e não assinalam um controlo consciente, pelo que permitem inferir que o

sistema nervoso central se está a desenvolver, mas ainda é limitado na sua capacidade de controlar funções complexas; o controlo emocional e a regulação do stress são também bastante imaturos, pelo que os recém-nascidos dependem completamente da mãe e pai para a regulação emocional e a satisfação das necessidades básicas, como alimentação e conforto (Lawn et al., 2014; Smith & McCullough, 2016; Hernandez & O'Connor, 2014). A nível endócrino, o eixo HPA, não está completamente desenvolvido, o que se traduz numa resposta ao stress que pode ser mais intensa e menos regulada, e afetar o bem-estar geral do bebé (Lawn et al., 2014; Smith & McCullough, 2016; Hernandez & O'Connor, 2014).

Para além destes sistemas, e da imaturidade própria dos mesmos, o recém-nascido tem capacidade para a autorregulação, se bem que ainda subdesenvolvida. Segundo Sroufe (1995), a autorregulação é a habilidade de monitorar e modular a emoção, a cognição e o comportamento, para atingir um objetivo e/ou adaptar às exigências cognitivas e sociais para situações específicas. Afirma ainda, que a partir do controlo externo passa a haver uma regulação interna, decorrente do processo de internalização e controlo voluntário mediado pela própria pessoa (Sroufe, 1995). Assim, desde muito cedo no desenvolvimento infantil, que as crianças se defendem do excesso de ativação ou estimulação, sendo que é possível identificar logo após o nascimento a ansia por regulação do organismo nos seguintes indicadores: fechar os olhos ou distrair-se, pegar na chupeta ou sugar o dedo para se acalmar, desviar o olhar, virar a cabeça, a fim de se proteger da fonte de stress ou de um estímulo novo/estranho; procurar o colo ou consolo (aconchego); o choro como forma de expressar as suas necessidades (Sroufe, 1995).

A autorregulação envolve processos que amadurecem ao longo do desenvolvimento de maneira contínua, especialmente nos primeiros seis anos de idade da criança e podem ser classificados da seguinte forma: (a) *homeostase fisiológica*, que se baseia na modulação dos estados fisiológicos de alerta, especificamente como reatividade emocional aos estímulos sensoriais, envolvendo a duração e a intensidade do choro, tempo para se recuperar, a capacidade para se acalmar e a resposta do cortisol frente a stressores; (b) *regulação emocional*, que se refere à capacidade de ajustar respostas afetivas, de atenção e de comportamento motor voluntário de forma dirigida à obtenção de objetivos; (c) *regulação do comportamento*, que se refere ao processo de tomar consciência das exigências sociais e ajustar os próprios comportamentos para atendê-las, um desenvolvimento que acontece devido ao rápido amadurecimento das habilidades cognitivas e motoras; (d) *regulação da atenção*, que se refere ao desenvolvimento do pensamento simbólico ou representacional e da memória, que está por detrás da crescente capacidade de adiar a satisfação imediata dos desejos e de praticar o autocontrolo do comportamento, como resultado da capacidade de recordar informações; (e)

autorregulação, se refere à capacidade de monitorar e ajustar o próprio comportamento em resposta às diferentes imposições de cada situação (Olson et al., 2009).

As capacidades autorregulatórias são fortemente influenciadas pela experiência de regulação proporcionada pelos cuidadores da criança (Feldman, 2009; Sameroff, 2009). No início do desenvolvimento humano, a regulação dos processos fisiológicos, como a fome, o estado de alerta e a temperatura corporal, gradualmente dá lugar à regulação psicológica e social, que envolve o comportamento, a atenção, e as interações sociais (Feldman, 2009; Sameroff, 2009). Este processo é descrito por diversos investigadores do desenvolvimento infantil, como Sroufe (1995), que destaca o papel essencial da "regulação do outro", ou seja, dos cuidadores, no desenvolvimento da autorregulação emocional da criança.

2. PADRÃO DE CHORO

“A vida é uma luta, e o choro de um recém-nascido é o primeiro grito de guerra.”

Ernest Hemingway

Uma das formas que a criança pequena encontra para se proteger e manifestar os seus desejos e insatisfação, é pelo choro. Desde o nascimento, o recém-nascido exhibe padrões característicos do choro (Gomes-Pedro, 1985c; Brazelton, 1995) para exprimir as suas necessidades, nos diferentes estados de vigília, considerando a frequência e a duração. Desta maneira o choro apresenta-se *“...como mecanismo de origem endógena estabelecido no sistema genético humano ao longo de milhares de anos de evolução [e] tem, entre outras, uma função de proteção e de sobrevivência já que [veicula] uma série de informações ligadas às necessidades e condições da criança...”* (Leitão, 1994, p.51).

Segundo Barnard (1994), o estágio de choro é um estágio natural [no] período em que o bebé aprende a regular a captação dos estímulos exteriores do ambiente que o rodeia tais como: a luz, os sons, os cheiros e, uma vez que o seu sistema nervoso central ainda é muito imaturo, não sendo, portanto, capaz de lidar com todos os estímulos, verifica-se o fenómeno de descarga que se manifesta por uma grande quantidade de choro.

Um bebé que chora, alcança o objetivo de chamar atenção do cuidador e informar que precisa de uma interação de algum tipo. O choro possui informações enormes na sua onda sonora, e muitas vezes o som fornece uma visão sobre a razão e a gravidade do grito (Chang et al., 2021). Este é um indicador importante de vários tipos de informação - maturidade à nascença, emoção, estado de saúde, primeiro choro e padrão de sono do lactente (Chang et al., 2021). Segundo Chang et al. (2021), a atividade do choro é controlada pelo cérebro e é desencadeada em caso de qualquer evento excepcional que ocorra contra o funcionamento normal do corpo da criança. Opera como um alarme para informar sobre qualquer acontecimento alternado pertinente para o funcionamento do organismo, sendo refletido como um grito (Chang et al., 2021). Estes autores acrescentam que a ocorrência do choro engloba sequências de performances de habilidades motoras juntamente com a acústica de expressões como tosse-asfixia, silêncio constritivo, vocalização e várias combinações destas manifestações (Chang et al., 2021).

De facto, uma onda de choro infantil contém informações sobre o estado físico e patologias dos bebés, pelo que pode ser decifrada através do reconhecimento de padrões, e possui um alto potencial como ferramenta complementar não invasiva para deteção e estratégia de etapas preventivas para problemas de saúde infantil (Chang et al., 2021).

Torna-se pertinente mencionar que o choro infantil pertence à faixa mais sensível da sensação auditiva humana (Chang et al., 2021). Este é iniciado a partir de eventos que ocorrem no sistema respiratório e nervoso, e o som é produzido a partir da corda vocal e do trato vocal com uma faixa de frequência de 250 Hz a 600 Hz (Chang et al., 2021). O primeiro choro estridente do recém-nascido fornece informações significativas sobre o índice de APGAR, para parametrização da vitalidade do mesmo, e as vocalizações, os movimentos dos membros e a variância de tempo associados ao choro infantil oferecem informações sobre os seus aspetos neurológicos (Chang et al., 2021).

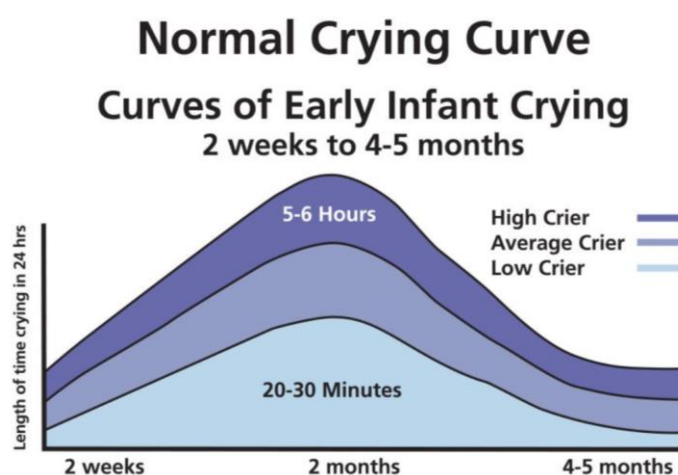
O choro dos recém-nascidos é desencadeado por mecanismos do sistema nervoso central, particularmente pelo tronco cerebral, que desempenha um papel fundamental na regulação dos reflexos vitais e nas respostas involuntárias, como o choro (Howard et al., 2006; Barr et al., 1987; Vingerhoets & Bylsma, 2018). É desencadeado por estímulos como fome, frio, calor, dor, ou qualquer outro tipo de desconforto, detetados pelas terminações nervosas periféricas e enviadas como sinais ao cérebro (Vingerhoets & Bylsma, 2018). O tronco cerebral, sendo uma das partes mais desenvolvidas do cérebro do recém-nascido, processa estes sinais de desconforto e ativa reflexos automáticos, como o choro (Vingerhoets & Bylsma, 2018). Este reflexo engloba uma série de respostas fisiológicas controladas pelo sistema nervoso, incluindo a ativação dos músculos respiratórios e laríngeos, ocorrendo também alterações a nível do sistema nervoso simpático como o aumento da frequência cardíaca e sudorese (Vingerhoets & Bylsma, 2018). A imaturidade das conexões entre as regiões corticais do cérebro e o sistema límbico leva a que os bebés apresentem uma resposta exagerada e desorganizada face aos estímulos, o que muitas vezes conduz a episódios prolongados de choro, fundamentados pela incapacidade do cérebro em modular e regular corretamente as respostas emocionais (Vingerhoets & Bylsma, 2018). À medida que o cérebro se vai desenvolvendo, especialmente nas áreas do córtex pré-frontal e a capacidade de regulação emocional, o bebé começa a ter maior autocontrolo sobre respostas emocionais e a comunicar de forma mais diferenciada (Barr, 1990).

2.1 Padrões de Choro

O choro do bebé na primeira fase da vida, pode ser inserido num padrão que ficou conhecido como a "curva do choro infantil". De acordo com estudos realizados por

Hunziker e Barr (1986) e Reblsky e Black (1972), verificou-se que as mães relataram aumentos graduais na duração do choro dos seus filhos até às seis semanas após o nascimento, onde o choro e a agitação tiveram um "pico" de duração média de 2,75 horas por dia. Este pico do choro pode ser justificado pelo facto do sistema nervoso simpático ser predominantemente ativado e provocar aumento da produção de hormonas do stress, como o cortisol e a adrenalina, o que amplifica o choro (Barr, 1990). Esta curva do choro infantil tornou-se amplamente reconhecida como sendo um padrão previsível, que atinge o pico às seis semanas e, em seguida, diminui gradualmente até às 12 semanas, à medida que o sistema nervoso central do bebé "amadurece", assim como se torna mais capaz de se autorregular (Barr, 1990) (Figura 1).

Figura 1: Curva normal do choro, Barr (1990)

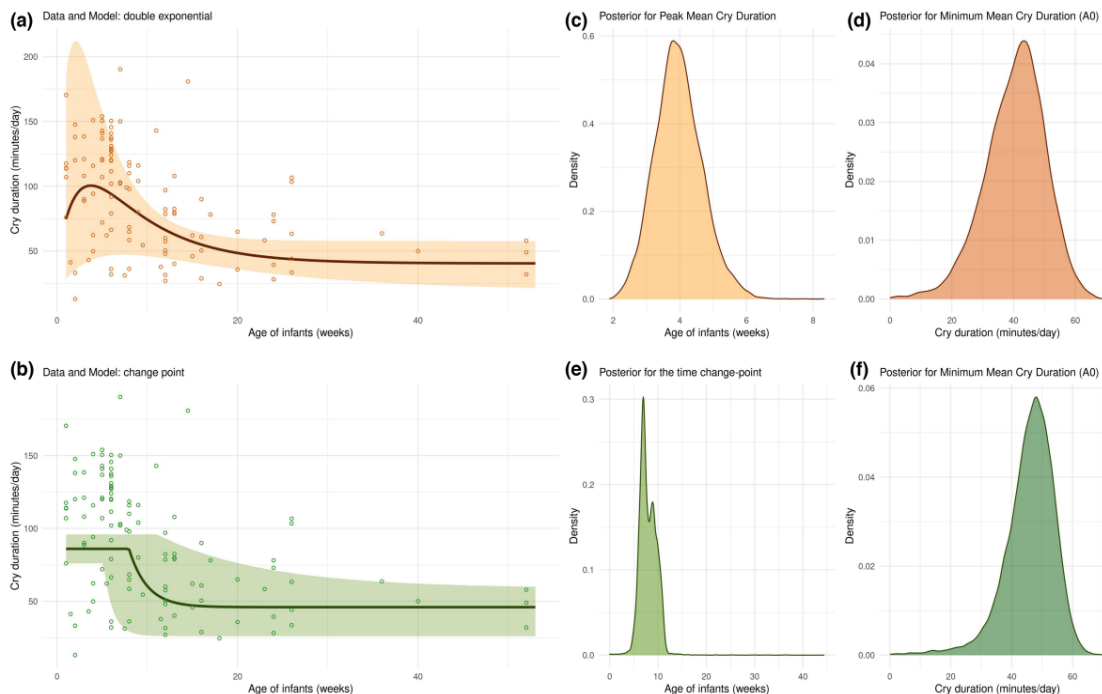


Embora a curva do choro forneça uma representação intuitiva, ela foi originalmente derivada de dados até 12 semanas após o parto e aponta para um declínio acentuado na duração do choro e durações mínimas do choro nos meses posteriores. A precisão da representação da curva de choro é importante, porque a compreensão das mães e dos pais e, de facto, dos médicos sobre os padrões normativos de choro molda as perceções de choro normal ou excessivo (Vermillet et al., 2022).

Vermillet et al. (2022), através de uma revisão sistemática da literatura com meta-análise, apresenta uma "curva do choro" mais atual face à literatura. Segundo Vermillet et al. (2022), a curva apresenta a duração do choro modelada como um processo de ascensão e decadência, e mantém a noção original de um pico no choro, seguido de um declínio, no entanto, de acordo com estes autores, existe evidência para sugerir que o pico do choro é ligeiramente mais cedo (4 semanas) do que as 5-6 semanas originalmente especificadas (Brazelton, 1962). Este modelo de ponto de mudança sugere um nível "alto e constante" de choro até aproximadamente 8 semanas, seguido de uma queda. Os dois modelos inferem

duações mínimas de choro semelhantes (médias: 40-45 min), após as primeiras 8 semanas de vida (Vermillet et al., 2022) (Figura 2).

Figura 2: Curva do choro segundo Vermillet et al. (2022)



No entanto, apesar deste conhecimento da “curva do choro”, existem fatores que conduzem às frustrações da mãe e do pai, sendo o facto da quantidade do choro que se verifica num dia, tender a aumentar nos primeiros dois (ou às vezes três) meses de vida, em seguida, atingir o seu ponto mais alto e começar a diminuir, caracterizando assim o padrão básico do pico de choro nos bebés (Barr, 1990). Contudo, apesar de todos os bebés apresentarem este padrão, podem existir muitas diferenças entre uma criança e outra. Por exemplo, alguns bebés podem atingir o seu "pico" às 3 semanas de idade, enquanto outros podem fazê-lo às 8 semanas de idade (Barr, 1990). Para além disto, para alguns bebés, a quantidade de choro que apresentam no pico pode ser de uma hora por dia, enquanto para outros, a quantidade de choro pode ser de cinco horas (Barr, 1990).

Quando o choro é percebido como excessivo na duração ou intensidade, ou difícil de consolar, está associada a consequências negativas tanto para as mães e os pais como para a criança (Barr, 1990). O choro "excessivo" está associado à interrupção precoce da amamentação (Howard et al., 2006), sofrimento parental e sintomas de depressão (Kurth et al., 2011; Murray & Cooper, 2001). Embora a análise de Brazelton (1962) seja indiscutivelmente mais conhecida pela descrição de padrões "médios" de choro infantil, este também relatou a variabilidade nos padrões de choro infantil, sendo as razões para

tal variabilidade o foco de pesquisas consideráveis. Por exemplo, no estudo de Ijzendoorn e Hubbard (2000), constatou-se que uma maior resposta materna ao choro tem sido associada a uma maior duração subsequente do choro do bebê.

Para além das características do choro, que permitem enquadrá-lo numa “curva do choro”, este também tem uma altura específica do dia, em que tem mais presença. Segundo Barr et al. (1987), os bebés têm maior tendência para chorar ao fim do dia/noite e esta premissa tem fundamentos fisiológicos e de desenvolvimento. De facto, devido à imaturidade do recém-nascido, nas primeiras semanas de vida o sistema circadiano ainda está imaturo e conjuntamente, a regulação hormonal, como a libertação da melatonina, ainda não é eficaz, tornando mais difícil para os recém-nascidos diferenciar entre dia e noite (Barr et al., 1987). De acordo com Barr et al. (1987), o sistema circadiano inicia o seu desenvolvimento apenas entre as 8-12 semanas.

Outro aspeto que pode justificar a tendência para o choro noturno ser mais frequente, é a imaturidade do sistema nervoso central e a intensa atividade do sistema nervoso autónomo dos recém-nascidos, que após uma sobrecarga de estímulos ao longo do dia, leva a uma fadiga acumulada e uma maior irritabilidade e choro à noite (Barr et al., 1987). Para além desta condicionante, à noite os bebés apresentam ter uma a necessidade de contato físico e segurança maior, pelo que choram quando esta proximidade é diminuída (Barr et al., 1987).

2.2 Quadro de choro excessivo: PURPLE

O choro excessivo constitui um dos motivos mais frequentes da procura de consulta em cuidados de saúde primários nos primeiros meses de vida, atingindo entre 9 e 26% dos lactentes com idade inferior a quatro meses (Baildam et al., 1995). Em Portugal, a prevalência de choro excessivo é ainda desconhecida.

Existem inúmeras definições para classificar o choro excessivo. Uma das definições mais utilizadas para o choro excessivo é a “Regra dos Três” de Wessel (1954): considera-se que uma criança tem choro excessivo se a criança se agitar ou chorar por mais do que 3 horas, mais do que 3 dias por semana, durante mais do que 3 semanas. No entanto, é impraticável que as mães e os pais avaliem e documentem a duração do choro por um período de 3 semanas usando diários detalhados. Assim, os “critérios de Wessel

modificados" são mais frequentemente usados, determinando que a criança tenha chorado por mais de 3 horas por dia, em pelo menos 3 dias em qualquer 1 semana (Vermillet et al., 2022; Barr et al., 1987).

O conceito do choro PURPLE foi introduzido pelo Ronald G. Barr para descrever uma fase específica do desenvolvimento dos bebés, geralmente entre 2 semanas e 3-4 meses de vida (Power & Sharif, 2021). Esta fase é caracterizada por períodos de choro intenso que podem ser difíceis de entender e acalmar, mas que são considerados normais, tendo sido apresentada a designação de "Período de Choro PURPLE" (Power & Sharif, 2021). O acrónimo "PURPLE" descreve as principais características desse choro:

Segundo Barr (2006), o acrónimo PURPLE significa: **P**eaK of Crying (Pico do Choro); **U**nexpected (Inesperado); **R**esists Soothing (Resiste ao Consolo); **P**ain-like Face (Cara de Dor); **L**ong Lasting (Duradouro); e, **E**vening (Noite).

Peak of crying - o bebé pode chorar mais a cada semana que passa, sendo o seu máximo nos primeiros dois meses e menos dos 3 aos 5 meses; **Unexpected** - o choro pode surgir e desaparecer sem se conhecer o motivo; **Resists soothing** - trata-se de um choro persistente, independentemente do que se faça; **Pain-like face** - o bebé apresenta um fâcias de dor, mesmo que não a sinta; **Long lasting** - o choro pode perdurar até 5 horas por dia; **Evening** - é habitual a presença deste choro ser ao final da tarde ou início da noite. A expressão período é usada pois esta fase deste tipo de choro tem um começo e um fim (Barr, 2006).

O diagnóstico deste choro tem um carácter subjetivo, na medida em que, depende de uma constatação materna de que o lactente chora muito ou é difícil de consolar (Vermillet et al., 2022; Barr et al., 1987), e não é benéfico para a mãe e pai, pois há pouco a oferecer em termos de tratamento, levando-os a sentirem-se pouco apoiados e sobrecarregados (Power & Sharif, 2021).

A(s) causa(s) para esta síndrome, que acomete cerca de uma em cada cinco crianças com menos de três meses, e é caracterizada por episódios agitação, ausência de ganho de peso, paroxismo, irritabilidade, distensão abdominal, contração das pernas, punhos apertados, entre outras manifestações de dor (Holm et al., 2018), ainda não é conhecida, contudo existem condicionantes que podem estar interligadas com o aparecimento deste período.

Apesar da escassa literatura que relacione as condições do parto e o PURPLE, St. James-Roberts e Conroy (2005) analisam as adversidades durante a gravidez e o parto e a sua relação com o choro infantil. Este estudo baseia-se numa análise observacional que envolveu duas coortes de bebés, sendo a primeira composta por uma amostra de 597 mulheres e recém-nascidos abordados nas enfermarias do puerpério do Queen Charlotte's

Maternity Hospital, em Londres; 551 mães (93%) deram consentimento informado; e quando os bebês tinham entre 4 a 5 semanas de idade, 530 (89% dos abordados) foram entrevistados com sucesso por telefone, de forma a perceber o número de minutos que os bebês choravam no período da manhã, tarde e noite, o que permitiu classificar os bebês da amostra em três grupos, de acordo com a quantidade e o padrão de choro relatado *Persistent Criers* (n=67), que foram relatados como bebês com choro de duração igual ou superior a três horas por dia; *Evening Criers* (n=38), que geralmente choravam por uma hora ou mais à noite, 30 minutos ou menos noutros períodos, e menos de 3 horas por dia; *Moderate criers* (n=55), que choravam pelo menos 30 minutos nos quatro períodos do dia.

Os participantes da coorte 2 foram mães e bebês recrutados do mesmo hospital para um estudo separado sobre reatividade infantil. Os dados pós-natais foram obtidos de 93 dos 136 casos (68%) contatados no pré-natal. Esta segunda coorte foi usada para replicar e comparar os achados.

St. James-Roberts e Conroy (2005) selecionaram as seguintes variáveis relacionadas com o trabalho de parto, na medida em que eram avaliadas de forma rotineira e estavam disponíveis nos registos clínicos de cada participante, mas também por terem sido identificadas como possíveis causas para a alteração do padrão do choro ou comportamental do bebê em estudos anteriores: início do trabalho de parto (espontâneo ou induzido); administração de ocitocina como acelerador do trabalho de parto, tipo de analgesia; frequência cardíaca fetal; duração da 2.^a fase do trabalho de parto; apresentação; tipo de parto; APGAR; reanimação fetal; complicações pré-natais; complicações no parto; complicações neonatais; tipo de aleitamento no momento da alta (Quadro 1). Este estudo obteve como principais achados, a identificação de quatro fatores adversos significativos relacionados com o choro excessivo do bebê: a segunda fase do trabalho de parto superior a uma hora: os bebês com esta variável presente, apresentaram uma probabilidade maior de serem classificados no grupo de choro excessivo ($P = 0.014$); a administração de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, tendo estes bebês uma probabilidade significativamente maior de chorar excessivamente ($P = 0.001$); uso de analgesia durante o parto, que está frequentemente associada a partos mais longos, também foi um fator preditivo, apesar de ter um nível de significância menor ($P = 0.055$); sinais de sofrimento fetal identificados por sinais de bradicardia e taquicardia fetal ($P = 0.085$). Foi possível verificar que 77% dos bebês (10 em 13) expostos a todas estas adversidades apresentaram choro elevado, o que sugere que partos complicados aumentam a probabilidade de choro persistente. St. James-Roberts e Conroy (2005), constaram também que a ansiedade materna também tinha influência no choro do bebê, ou seja, os bebês de mães com níveis altos de ansiedade apresentaram mais minutos de choro e inquietação, comparados com mães com níveis baixos de ansiedade.

Quadro 1: Variáveis do estudo de St. James-Roberts e Conroy (2005)

| | | Cohort 1 (n=160) | | Cohort 2 (n=93) | |
|---------------------------------|-------------------|------------------|----|-----------------|----|
| | | N | % | N | % |
| <i>Labour/delivery</i> | | | | | |
| Labour onset | Spontaneous | 120 | 75 | 62 | 67 |
| | Non-spontaneous | 40 | 25 | 31 | 33 |
| Syntocinon to accelerate labour | Not administered | 82 | 53 | 48 | 52 |
| | Administered | 78 | 49 | 45 | 48 |
| Analgesia | None ^a | 25 | 16 | 14 | 15 |
| | Epidural or other | 135 | 84 | 79 | 85 |
| Fetal heart rate | Scored 'normal' | 132 | 83 | 68 | 78 |
| | Scored 'abnormal' | 28 | 17 | 19 | 22 |
| Stage 2 duration | 1 h or less | 83 | 52 | 38 | 41 |
| | > 1 h | 77 | 48 | 55 | 59 |
| Presentation | Vertex | 147 | 92 | 88 | 95 |
| | Non-vertex | 13 | 8 | 5 | 5 |
| Delivery method | Non-instrumental | 73 | 45 | 46 | 49 |
| | Forceps/ventouse | 41 | 26 | 28 | 30 |
| | Caesarean section | 46 | 29 | 19 | 20 |
| Apgar1 Score | 8 or higher | 128 | 80 | 80 | 86 |
| | 7 or lower | 32 | 20 | 13 | 14 |
| Apgar2 Score | 9 or higher | 153 | 96 | 90 | 97 |
| | 8 or lower | 7 | 4 | 3 | 3 |
| Resuscitation | Not required | 142 | 89 | 82 | 88 |
| | Required | 18 | 11 | 11 | 12 |
| Antenatal complications | None | 114 | 78 | 63 | 68 |
| | 1 or more | 32 | 22 | 30 | 32 |
| Labour/delivery complications | None | 77 | 48 | 63 | 68 |
| | 1 or more | 83 | 52 | 30 | 32 |
| Neonatal complications | None | 151 | 94 | 88 | 95 |
| | 1 or more | 9 | 6 | 5 | 5 |
| Feeding method at discharge | Breast only | 141 | 88 | 71 | 78 |
| | Bottle or mixed | 19 | 12 | 20 | 22 |

^a No analgesia except Entonox (an inhaled mix of Nitrous Oxide and Oxygen), or TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

De facto, outro fator condicionante do choro excessivo nos recém-nascidos, presente na literatura, é o stress vivenciado pela grávida durante a gestação/parto (Wurmser et al., 2006). Numa amostra de 86 grávidas foi implementado um questionário sobre mudanças negativas de vida nos 12 meses precedentes ao mesmo, e depois do parto, realizaram um diário do comportamento do recém-nascido, de forma a avaliar o choro/agitação em duração e intensidade do mesmo. Foi possível verificar que os recém-nascidos de mães com altos scores de mudanças negativas de vida exibiram mais choro/agitação do que bebês nascidos de mães com scores mais baixos de mudança negativa, ao longo dos primeiros meses pós-parto, mais particularmente aos 3 e 6 meses de idade (Wurmser et al., 2006).

3. ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

Tornar-se pais envolve uma profunda transformação, onde os indivíduos não apenas assumem novos papéis, mas também reavaliam suas identidades e relacionamentos. Esse processo pode ser desafiador, mas, em última análise, enriquece suas vidas de maneiras profundas.

(Cowan & Cowan, 2000)

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a parentalidade é compreendida em quatro aspetos principais: (1) assumir a responsabilidade pelo papel parental de forma eficaz; (2) promover o crescimento e desenvolvimento da criança; (3) integrar a criança na dinâmica familiar; e (4) atuar conforme as expectativas sociais do papel de mãe ou pai (CIPE™ 2019). A adaptação à parentalidade envolve preparar-se para o novo papel, ajustando-se à gravidez e desenvolvendo comportamentos apropriados para a criação do filho (CIPE™ 2019; Cowan & Cowan, 2019). Este processo é complexo e multifacetado e envolve a transformação de papéis e identidades pessoais, conjugais e sociais. Tornar-se pai ou mãe implica uma série de mudanças emocionais, físicas, sociais e psicológicas, que podem variar significativamente dependendo do contexto individual e cultural (CIPE™ 2019; Cowan & Cowan, 2019).

Autores como Ponton (2006), Conde e Figueiredo (2007) e Lourenço e Afonso (2008) complementam esta visão ao afirmar que a preparação e a garantia dos cuidados com a criança são processos de desenvolvimento pessoal, que provocam uma reestruturação psicológica, social e emocional. Assim, a parentalidade é entendida como um processo que transforma dois adultos em principais responsáveis pelo bem-estar e crescimento de uma criança, exigindo não apenas mudanças práticas, mas também afetivas e sociais (Cowan & Cowan, 2019).

Portanto, é possível entender o processo de tornar-se mãe como sendo uma transição desenvolvimental, tendo por base a teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo Meleis (2000), a transição pode ser definida como um processo dinâmico de mudança que ocorre quando uma pessoa enfrenta uma alteração significativa nas suas circunstâncias de vida, estado de saúde ou papel social, podendo esta se aplicar a diversos contextos, como as transições de saúde, desenvolvimento, ou de papel, como a transição para a parentalidade (Meleis, 2010). De acordo com Meleis (2010), a transição envolve não apenas o movimento de um estado para outro, mas também mudanças profundas nas percepções de identidade,

comportamento e nas interações com o ambiente. Durante uma transição, os indivíduos podem passar por períodos de vulnerabilidade, mas também de crescimento, dependendo de como defrontam os desafios impostos pela mudança (Meleis, 2010).

Assim, a transição para a parentalidade refere-se ao processo pelo qual indivíduos atravessam ao tornarem-se mãe e pai pela primeira vez, ao receberem um novo membro na família. Este processo engloba transformações profundas nas identidades pessoais, papéis, sociais e emocionais, além de ajustes psicológicos que culminam na adaptação ao novo papel de cuidadores e responsáveis por uma criança (Meleis, 2010). De acordo com Meleis (2010), a transição para a parentalidade não é apenas uma mudança física, como a gestação ou o nascimento de uma criança, mas engloba também transformações emocionais e sociais, que demandam novas habilidades e reorganizações na vida. A teoria expõe que as transições ocorrem em fases, e são influenciadas por fatores contextuais, como cultura, crenças e suporte social, além das próprias expectativas dos pais sobre o que significa ser mãe ou pai (Meleis, 2010). Durante esta fase, a mãe e o pai podem defrontar tanto ganhos quanto perdas de papéis antigos, o que requer um ajuste psicológico contínuo (Cowan & Cowan, 2000). De facto, na transição para a parentalidade, os indivíduos podem experienciar crises, como depressão pós-parto, ansiedade, ou dificuldades em equilibrar as demandas profissionais e familiares. Contudo, com apoio adequado e uma rede de suporte, a transição pode ser facilitada, permitindo uma adaptação mais saudável e satisfatória ao novo papel (Cowan & Cowan, 2000).

A transição para a parentalidade exige tempo para que a mãe e o pai obtenham conhecimento e desenvolvam as habilidades necessárias para lidar com as responsabilidades parentais. Este processo de aprendizagem é imprescindível para que estes se sintam mais confiantes nas suas capacidades, o que os irá ajudar a encarar os desafios do dia a dia e a alcançar uma sensação de eficácia e satisfação no papel de pai ou mãe (Meleis et al., 2000; Mercer, 1995). Todavia, nas fases iniciais desta transição, não é expectável que a mãe e o pai já dominem completamente as competências parentais (Meleis et al., 2000).

3.1 Ligação Mãe-Filho

"As mães que são sensíveis e responsivas às necessidades dos seus filhos não apenas promovem uma segurança emocional, mas também facilitam um ambiente onde a criança pode se sentir livre para explorar e desenvolver sua identidade."

(Bowlby p.112, 1982)

A ligação mãe-filho refere-se à relação emocional profunda e duradoura que a mãe desenvolve com o seu filho, relação essa que é fundamental para o bem-estar emocional e psicológico de ambos, influenciando o desenvolvimento da criança e a experiência da maternidade (Bowlby, 1982). Segundo Bowlby (1982), o apego é uma necessidade biológica, fundamental para a sobrevivência e o desenvolvimento emocional do bebé, que promove a segurança emocional, a confiança e o desenvolvimento saudável da criança. Para este autor, mães que são sensíveis e responsivas às necessidades dos seus filhos tendem a formar a base para um apego seguro, caracterizado por uma confiança mútua e por respostas consistentes às necessidades emocionais da criança.

A ligação que a mãe estabelece com o seu filho nos primeiros meses e anos de vida é imprescindível para o desenvolvimento emocional da criança a longo prazo. A interação sensível e carinhosa da mãe vai a modelar o sentimento de segurança e afeto, o que influencia a capacidade da criança de lidar com o stress, ser capaz de regular as suas emoções e formar vínculos saudáveis. Sendo assim fundamental estabelecer ou permitir que sejam estabelecidas as condições ideais para a promoção da ligação mãe-filho (Bowlby, 1982).

Sabe-se que esta ligação pode ver vastamente influenciada por inúmeros fatores psicológicos e ambientais, tais como experiências anteriores de apego da própria mãe, circunstâncias do parto, a saúde mental da mãe (depressão pós-parto, ansiedade) e apoio social. Mães que apresentam dificuldades emocionais ou que têm experiências traumáticas podem ter menos facilidade para desenvolver um apego seguro com seus filhos (Bowlby, 1982).

A fisiologia hormonal também tem inferência na ligação mãe-filho e é um processo bastante complexo e multifacetado que envolve interações hormonais e neurobiológicas. Segundo o artigo de Olza et al. (2018), várias hormonas desempenham papéis cruciais na formação desta ligação especialmente durante o parto e no período pós-natal. De facto, de acordo com esta autora durante o parto e no pós-parto imediato, tem lugar uma cascata hormonal no cérebro materno e do recém-nascido, que prepara a mãe e o recém-nascido para a iniciação e consolidação do apego.

O papel da hormona ocitocina, também conhecida como a "hormona do amor", é extremamente importante para o estabelecimento da ligação mãe-filho (Olza et al.,

2018). Durante o trabalho de parto, a libertação de ocitocina no cérebro aumenta, o que promove as contrações uterinas e, por sua vez, impulsiona a passagem do feto pelo canal de parto (Olza et al., 2018). Este processo também vai estimular a libertação de ocitocina no cérebro da mãe, o que facilita a formação do apego entre ela e o recém-nascido logo após o parto (Olza et al., 2018).

Nos primeiros dias após o nascimento, hormonas como noradrenalina, ocitocina, vasopressina e prolactina dotam a mãe de uma maior capacidade para reconhecer os cheiros do recém-nascido e desenvolver os cuidados maternos (Olza et al., 2018). Níveis mais altos de cortisol na mãe estão relacionados com uma maior atração pelo cheiro do seu recém-nascido (Olza et al., 2018). O contacto pele com pele entre a mãe e o recém-nascido, assim como o início da amamentação, aumenta os níveis de ocitocina em ambos, pelo que vai fortalecer a conexão emocional entre a mãe e o recém-nascido, incentivando a ligação mãe-filho (Olza et al., 2018).

Segundo Olza et al. (2018), as mudanças na regulação neuroendócrina durante o período perinatal possuem um grande potencial para influenciar negativamente a ligação mãe-filho, sendo possível nomear vários cenários etiopatogénicos durante o trabalho de parto e o período pós-parto, tais como, cesariana, parto prematuro (Lagercrantz and Changeux, 2010 citado em Olza et al., 2018), administração de ocitocina sintética, antagonistas dos recetores de ocitocina ou opioides (Clark et al., 2009 citado em Olza et al., 2018), separação mãe-recém-nascido após o parto ou substituição da amamentação pelo uso de leite artificial (Gallup et al., 2010 citado em Olza et al., 2018), que causam modificações nos níveis fisiológicos de algumas hormonas-chave, como a ocitocina, que estão envolvidos no processo de ligação entre mãe e recém-nascido.

Na verdade, estas perturbações neuro-hormonais no período peri-parto podem contribuir para modificações nos cuidados maternos e serem um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos afetivos na mãe, como transtorno de stress pós-traumático ou depressão pós-parto (Kingston et al., 2012 citado em Olza et al., 2018).

Portanto, para a otimização da ligação mãe-filho, deve ser respeitada a fisiologia hormonal inerente ao parto e período pós-parto, assim como fomentar o contacto pele com pele e a amamentação no imediato, na medida em que estas atitudes estimulam a libertação de ocitocina, que reforça a perceção olfativa da mãe e do recém-nascido, o que permite o reconhecimento mútuo e promove a vinculação emocional (Olza et al., 2018). De facto, estas experiências sensoriais (como a perceção do cheiro do leite materno) são imprescindíveis para o desenvolvimento da ligação mãe-filho (Olza et al., 2018). O stress materno, que pode ser influenciado por níveis elevados de cortisol, é contrabalançado pela ocitocina, o que ajuda a regular as emoções e comportamentos maternos (Kingston et al., 2012 citado em Olza et al., 2018), que por sua vez, permitirá a formação de uma forte

ligação mãe-filho e, conseqüentemente, impactará no desenvolvimento social e emocional da criança, nomeadamente na regulação das emoções e na capacidade da criança de se adaptar a novos ambientes e experiências (Olza et al., 2018).

3.2 Competência parental: Lidar com o choro

O problema do choro infantil é muito real para todas as mães/pais que apresentam queixas de choro infantil. A mãe e pai não se devem sentir sozinhos ou impotentes ao lidar com o choro infantil, pelo que é útil normalizar, mas não minimizar a situação. A literatura confirma que uma série de intervenções emocionais e comportamentais são úteis na redução do choro, embora nem todas as intervenções calmantes funcionem para todos os bebés. Com o apoio do EEESMO, a maioria das mães e pais podem ficar a conhecer estratégias que podem ser úteis para lidarem com o choro do bebé.

A procura de conhecimento sobre o que resulta, como medida para acalmar o choro do bebé, tem sido cada vez maior. Pesquisas recentes sobre como lidar com o choro do bebé divulgaram várias estratégias eficazes para ajudar a tranquilizar os bebés e apoiar a mãe e o pai a lidar com o choro excessivo (Atzil et al., 2012). Cuidadores e os bebés compartilham uma relação síncrona e sintonizada, onde respostas comportamentais e fisiológicas coordenadas em ambos os membros da díade levam os cuidadores a providenciarem os cuidados ideais ao seu bebé (Atzil et al., 2012).

Face ao choro do bebé, as mães, em comparação com outra pessoa qualquer, mostram uma atividade neural aumentada em regiões do cérebro, tipicamente associadas ao processamento emocional (Atzil et al., 2012). Este achado indica que o choro infantil é percebido pelas mães como um sinal emocionalmente impactante e que requer a sua máxima atenção (Bornstein et al., 2017). Segundo o estudo de Atzil et al. (2012), a resposta ao choro infantil também difere entre mães e pais a nível fisiológico, na medida em que as mães apresentaram maiores ativações da amígdala e correlações entre a resposta da amígdala e a ocitocina, enquanto os pais apresentam maiores ativações nos circuitos sociocognitivos, que se relacionaram com a vasopressina. Quando expostos ao choro dos filhos, a frequência cardíaca das mães diminui, seguida de uma rápida aceleração; por outro lado, os pais apresentam apenas uma redução da frequência cardíaca. Estes resultados sugerem que, quando expostas ao choro do filho, as mães preparam-se para uma potencial intervenção, enquanto os pais tendem a demonstrar uma

atenção passiva (Zeifman, 2001). Estas divergências em termos de género, também podem ser observadas a nível neural (De Pisapia et al., 2013). No estudo de De Pisapia et al. (2013), numa análise de ressonância magnética descobriram que os gritos de fome dos bebés provocam respostas neurais diferentes nos homens em comparação com as mulheres, ou seja, no sexo masculino, o choro infantil é acompanhado por uma atividade neural nas regiões pré-frontal e cingulado posterior medial dorsal, duas regiões cerebrais envolvidas na divagação mental durante o repouso acordado. No entanto, as mulheres apresentaram uma diminuição na atividade nessas mesmas regiões do cérebro, o que revela que a atividade cerebral nas mulheres, mais do que nos homens, é fortemente afetada pelos sons dos gritos de fome infantis, que têm tendência a interromper a divagação mental nas mulheres (De Pisapia et al., 2013).

Sem um tratamento para o choro excessivo, as técnicas calmantes são muitas vezes a última esperança de intervenção bem-sucedida, para a mãe e para o pai, com o choro infantil (Moller et al., 2019). Fornecer informação sobre o choro infantil e técnicas calmantes eficazes, bem como estar disponível para apoiar a mãe e o pai, pode aumentar a confiança e a autoestima (Moller et al., 2019). Segundo Moller et al. (2019), mesmo que as técnicas calmantes não reduzam o choro infantil, a mãe e o pai sentir-se-ão mais bem preparados para lidar com o stress que engloba o choro inconsolável.

De acordo com Karp (2015), recriar o meio sensorial do útero (por exemplo, flutuar na posição do feto, posição confortável, movimento de agitação, som ressonante profundo do fluxo sanguíneo placentário, deglutição de líquido amniótico) tem tendência a tranquilizar os recém-nascidos, desencadeando uma resposta calmante. A ativação do reflexo de calma dos recém-nascidos é desencadeada através de um conjunto de 5 estímulos ou passos (5S's) no momento em que o bebé está a chorar: (1) *swaddling*; (2) posição lateral/*stomach position* nos braços da mãe/pai; (3) *shushing*; (4) *swinging*; e (5) *sucking*. No estudo de Harrington et al. (2012), os recém-nascidos que foram simultaneamente alvo da técnica dos 5S, após a administração de vacinas, exibiram uma diminuição da duração do choro e menores scores médios de dor em comparação com os recém-nascidos que receberam sacarose pré-vacinação e foram aliviados da forma habitual após a vacinação.

Outra estratégia estudada, para acalmar o choro e lidar com a dor, e que vai ao encontro dos efeitos de um dos S da técnica dos 5S, foi a utilização de *white noise*. No estudo experimental de Karakoç e Türker (2014) foi comparada a eficácia do *white noise* em 120 recém-nascidos sujeitos um procedimento traumático (recolha de sangue capilar do calcâneo), durante o choro como resposta à dor. Os recém-nascidos com menor duração do choro e com menores alterações comportamentais terão sido os que se encontravam no berço e com *white noise*; seguidos dos recém-nascidos no colo da mãe, com *white noise*; e por último, os recém-nascidos que se encontravam no colo da mãe, sem *white noise*

(Karakoç & Türker, 2014). Este estudo permitiu concluir que o *white noise* é um método não-farmacológico que facilita o lidar com a dor, reduz o tempo de duração do choro e tem um efeito positivo nos sinais vitais do bebé (Karakoç & Türker, 2014).

A movimentação do recém-nascido, como medida de acalmar o choro, parece também ter sustentação na literatura pela sua eficácia. De facto, quando os recém-nascidos são transportados/embalados no colo da mãe/pai existe ativação parassimpática e redução do choro, sendo eficaz para irritações transitórias (como vacinação ou resposta a um ruído estridente), no entanto, como a resposta calmante é limitada pelo período em que o bebé é transportado/embalado, este poderia voltar a chorar se a causa subjacente permanecesse após o final do *transporte*, como fome ou dor/desconforto prolongado (Esposito et al., 2013; Byrne & Horowitz, 1981). Uma outra forma de aliviar a dor e, por consequente, o choro é através do uso de substâncias doces com ou sem sucção não nutritiva. A administração oral de sacarose com ou sem sucção não nutritiva é a abordagem não farmacológica mais frequentemente investigada para dor em lactentes (Tsao et al., 2008). É provável que os efeitos da sacarose e da sucção não nutritiva sejam mediados por sistemas endógenos opiáceos e não opiáceos (Tsao et al., 2008). A sucção não nutritiva, tipicamente administrada através de uma chupeta (*pacifier*), também é considerada eficaz contra o choro e atenua algumas respostas fisiológicas, embora os mecanismos subjacentes da sacarose e da sucção não nutritiva não sejam atualmente bem compreendidos (Tsao et al., 2008).

Segundo a investigação de Tsao et al. (2008), há evidências substanciais que sugerem que o a sucção não nutritiva apenas reduz as elevações da frequência cardíaca e as alterações comportamentais relacionadas com a dor (resposta a picadas de calcanhar e inserções de agulhas). A adição de sacarose à chupeta pode aumentar a taxa de sucção e proporcionar um efeito acrescido ao alívio do choro (Tsao et al., 2008).

Mais uma estratégia para lidar com o choro do recém-nascido, presente na literatura, é o *swaddling* que consiste em envolver o recém-nascido em num tecido macio, como um cobertor ou um pano, de forma a limitar os seus movimentos, de forma a proporcionar conforto e segurança ao bebé, imitando a sensação de estar no útero materno. Erkut e Yildiz (2017), através de um estudo randomizado e controlado comparam indicadores da dor (sinais vitais e duração do choro durante a picada do calcanhar no recém-nascido) em recém-nascidos eram “enfaixados” e recém-nascidos “não enfaixados”. Foi possível verificar que os scores médios de dor dos recém-nascidos enfaixados durante e após o procedimento foram inferiores aos dos recém-nascidos não enfaixados (Erkut & Yildiz, 2017). Além disso, a duração do choro dos recém-nascidos enfaixados foi menor do que a dos recém-nascidos sem *swaddling* (Erkut & Yildiz, 2017). Embora não tenham verificado diferença significativa nos valores de saturação de oxigénio antes e durante o

procedimento, os valores de saturação de oxigénio dos recém-nascidos “enfaixados” foram maiores após o procedimento (Erkut & Yildiz, 2017).

As estratégias supracitadas têm potencial para acalmar o choro do bebé, segundo a evidência científica atual. No entanto o choro do bebé, independentemente da duração, é normal e muitas vezes este choro incessante é emocionalmente angustiante para as mães e os pais, gerando preocupação com possíveis doenças e/ou colocando a criança em risco de abuso (Evanoo, 2007).

Conjuntamente com o período do choro PURPLE poderá estar associada a Síndrome do Bebé Sacudido, descrita em inúmeros estudos como Abusive Head Trauma (AHT). A Síndrome do Bebé Sacudido é uma das principais causas de morte e de incapacitação na infância (Evanoo, 2007). O choro persistente dos bebés, que se enquadra nas características do choro PURPLE, tem um enorme potencial para frustrar os cuidadores/pais e desencadear este tipo de trauma, descrito como contusão não acidental na cabeça, com ou sem impacto, resultante do ato de sacudir violentamente o bebé, o que pode causar danos como encefalopatia aguda com hemorragias subdurais, edema cerebral, hemorragias retinianas e fraturas (Barr et al., 2009; Evanoo, 2007).

Sabe-se que cerca de 25% dos casos diagnosticados clinicamente levam à morte, e cerca de 80% dos sobreviventes têm danos neurológicos permanentes, que incluem cegueira, paralisia cerebral, incapacidade de aprendizagem e problemas comportamentais (Barr et al., 2009).

Com a finalidade de prevenir a Síndrome do Bebé Sacudido, foram desenvolvidos e implementados vários programas educativos aos pais ou cuidadores de bebés incluídos nesta faixa etária (Barr et al., 2009), sendo um deles o programa do período de choro PURPLE, que educa as mães e os pais e/ou cuidadores sobre o choro normal do bebé e sobre os perigos de sacudir o bebé. Este programa, sujeito a ensaios clínicos randomizados, elucida as mães e os pais/cuidadores sobre as características da fase de desenvolvimento infantil que tem as suas particularidades, sendo uma delas o choro PURPLE, e é ministrados por profissionais de saúde certificados (Barr, et al., 2009). Os resultados deste ensaio confirmam que as mães obtiveram ganhos do conhecimento pelo programa e alto nível de satisfação por serem enfermeiros a implementar o program (Barr, et al., 2009).

3.3 Impacto do choro excessivo do bebé na autoconfiança materna

O impacto do choro excessivo do bebé na autoconfiança materna é um tema de grande relevância, pois pode afetar significativamente o bem-estar emocional e mental das mães, além de influenciar a dinâmica familiar como um todo. Estudos têm demonstrado que o choro persistente e inconsolável dos bebés pode desencadear uma série de reações emocionais nas mães, que vão desde stress e ansiedade até sintomas de depressão.

Hoje as mães raramente desfrutam de dias repousantes após o nascimento, pois entram diretamente no desafio de combinar os cuidados ao bebé e o autocuidado. Muitas vezes enfrentam uma combinação de choro persistente do bebé e cansaço pessoal.

Segundo Douglas e Hill (2011) o choro excessivo do bebé afeta cerca de 20% dos lactentes nos primeiros meses de vida e pode ter um impacto substancial nas famílias, incluindo ansiedade e depressão parental, cessação precoce da amamentação, aumento do risco de lesões não acidentais e dificuldade comportamental infantil. Uma revisão da literatura de métodos mistos com foco no impacto do choro excessivo do lactente na família, conduzida por Botha et al. (2019) encontrou consequências como: vida cotidiana "arruinada", isolamento e solidão, sentimentos de desespero, amamentação prejudicada, relações familiares tensas e negligenciadas, exaustão física e mental e sentimentos de fracasso como mãe.

De acordo com o estudo de Kurth et al. (2010), com uma amostra de 15 mães, foram recolhidos dados durante o internamento na maternidade, e 6 e 12 semanas após o nascimento do bebé, para analisar a interligação do choro do bebé e o cansaço materno no período pós-parto. Verificaram que as crenças pessoais das mulheres sobre práticas benéficas de cuidados infantis moldaram a forma como cuidaram dos seus recém-nascidos e das suas próprias necessidades durante o período pós-natal, precoce no hospital (Kurth et al., 2010). Estas crenças variaram desde uma abordagem centrada na criança focada no desenvolvimento de um senso básico de confiança até uma abordagem que equilibrava as demandas dos bebés, com as necessidades pessoais da mãe (Kurth et al., 2010). Observou-se que estas mães sofriam de privação de sono e cansaço intenso, a menos que conseguissem deixar o bebé com profissionais de saúde durante várias horas durante a noite (Kurth et al., 2010). Assim, para fortalecer a saúde da família desde a fase mais precoce, os cuidados pós-natais devem estabelecer condições que permitam às recém-mães equilibrar os cuidados ao seu filho com as suas próprias necessidades (Kurth et al., 2010)

De facto, a privação do sono tem um impacto significativo, pois o choro excessivo, especialmente à noite, pode interromper o sono da mãe, conduzindo a uma fadiga crónica. A falta de sono agrava os sintomas de stress e depressão, criando um ciclo vicioso de cansaço e irritabilidade. Além disso, o choro excessivo do bebé pode levar ao isolamento social das mães, que podem evitar situações sociais, como visitas a amigos ou familiares, por medo de que o bebé comece a chorar. Este isolamento pode resultar em solidão e sensação de desamparo. A tensão no relacionamento com o parceiro e outros membros da família também é uma consequência comum, uma vez que o stress causado pelo choro excessivo pode criar conflitos e tensão dentro do ambiente familiar (Morais et al., 2020).

Segundo Levitzky e Cooper (2000), face ao choro excessivo, o estado emocional de mãe pode sofrer profundas alterações. No estudo realizado pelos mesmos, numa amostra de 23 mães, após implementação de entrevistas com foco na experiência de lidar com o choro do bebé, foram aviados: o estado emocional vivido pela mãe; a qualidade e o conteúdo das fantasias da mãe em resposta ao seu filho; e o impacto emocional sobre os pais. Foi possível constatar que 16 (70%) das mães tiveram pensamentos e fantasias agressivas explícitas, enquanto seis (26%) admitiram pensamentos de infanticídio durante os episódios de choro excessivo do bebé (Levitzky & Cooper, 2000). Todas as mães apresentaram sintomas físicos e psicológicos em resposta ao choro do seu bebé. Mais de 90% das mães, com um bebé com choro excessivo, experimentaram tensão conjugal significativa e rutura nos seus contatos sociais (Levitzky & Cooper, 2000). Estes resultados reforçam a necessidade de os profissionais de saúde perceberem o impacto físico e psicológico da mãe/pai é essencial para o bem-estar físico e emocional da família, pelo que o apoio ativo e a informação rigorosa são fundamentais para diminuir qualquer potencial de abuso nestes bebés (Levitzky & Cooper, 2000).

Desta forma, o EEESMO tem um papel fundamental no apoio às mães de bebés que choram excessivamente. Estes podem fornecer informações valiosas sobre o padrão normal de choro de bebés, o que é expectável, sobre os possíveis condicionantes do choro excessivo, e oferecer algumas estratégias para alívio do choro. Além disso, podem oferecer suporte emocional e aconselhamento para ajudar as mães a lidar com o stress e a ansiedade, através da escuta ativa e da validação dos sentimentos das mães.

4. METODOLOGIA

“A investigação científica baseia-se em um conjunto de procedimentos ordenados e controlados, que têm por objetivo explorar um fenômeno, descobrir novas relações ou confirmar conhecimentos prévios.”

Fortin (2009, p. 21) in O processo de investigação: da concepção à realização

A pesquisa científica é uma das formas que possibilita a obtenção de novos conhecimentos, distinguindo-se pela sua natureza sistemática e rigorosa. Esta tem como objetivo examinar fenômenos e procurar respostas para questões que precisam de ser exploradas mais a fundo (Fortin, 2009). A metodologia concede à investigação o seu caráter sistemático, desempenhando um papel crucial no estudo, pois traça o plano que orienta todo o processo investigativo. Isto inclui a definição dos procedimentos adequados para alcançar as respostas às perguntas formuladas no início da investigação (Fortin, 2009). Esta fase do processo de investigação implica a decisão sobre o tipo de estudo, as técnicas para recolha de dados e os métodos para análise dos dados recolhidos. É importante salientar que cada uma destas decisões deve ser devidamente fundamentada (Barañano, 2008). Neste capítulo, serão descritos todos os procedimentos metodológicos adotados neste estudo.

4.1 Justificação do estudo

A promoção da adaptação à parentalidade é parte integrante do mandato social dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Esta dimensão dos cuidados especializados está espelhada na competência específica: cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de adaptação à parentalidade, conforme Regulamento.º 391/2019 referente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Assim, a identificação precoce de condições que possam promover a adaptação à parentalidade, especificamente no que se refere o lidar com o choro do recém-nascido acrescenta valor ao exercício profissional do EEESMO.

As evidências sugerem que a forma como o parto é conduzido e o modo como a mulher o experiencia, incluindo intervenções implementadas e o ambiente em que ocorre, pode influenciar significativamente o bem-estar e o comportamento do recém-nascido nas semanas subsequentes ao nascimento.

Durante o parto, o corpo da mulher e do feto experienciam uma cascata hormonal que é crucial para a transição fisiológica do recém-nascido para a vida extrauterina. Hormonas como a ocitocina, adrenalina e prolactina são libertadas para facilitar a adaptação à vida extrauterina e preparar o recém-nascido para iniciar o mamar e estabelecer o vínculo com a mãe. Contudo, intervenções obstétricas como o uso de ocitocina sintética, cesarianas eletivas ou até mesmo anestesia epidural podem interferir nesses processos hormonais naturais, alterando a forma como o recém-nascido se adapta ao ambiente extrauterino e influenciando o seu comportamento, incluindo o padrão de choro.

O choro do recém-nascido nas primeiras semanas de vida é frequentemente interpretado como um indicador da sua adaptação e integridade neurológica. Estudos indicam que os recém-nascidos expostos a partos mais medicalizados, que envolvem separação precoce da mãe ou falta de contacto pele com pele, apresentam uma maior incidência de episódios de choro inconsolável, que pode estar relacionado ao stress neonatal e à falta de regulação hormonal adequada ou imaturidade do sistema regulador. Além disso, o ambiente de parto e o suporte emocional proporcionado à mulher durante o trabalho de parto também se mostram ter influência; ambientes menos stressantes e mais acolhedores tendem a favorecer uma transição mais tranquila para o recém-nascido.

Na literatura não se encontraram estudos que relacionassem as condições do parto com a ocorrência da PURPLE.

Diante disso, justifica-se a realização de um estudo que explore a relação entre as variáveis do parto e o padrão de choro do bebé às 6-8 semanas, procurando resposta para a questão: será que as condições existentes durante o parto poderão estar relacionadas com a ocorrência do período do choro PURPLE?

4.2 Desenho de estudo

Pais Ribeiro (2010, p. 79) refere que um estudo quantitativo se caracteriza “(...) por se expressar através de número, ou seja, por entidades abstratas que representam uma

contagem, uma medição, um cálculo”, permitindo a recolha sistemática de dados numéricos, que são observáveis e quantificáveis, e fornecendo respostas para a questão de investigação enunciada inicialmente, além de contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos. Fortin (2003, p. 22) menciona, também, que este método “(...) é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis”, que se baseia essencialmente na “(...) observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”

Para atingir os objetivos do estudo, foi realizado um estudo exploratório, descritivo e correlacional, com enfoque numa abordagem quantitativa. Considerou-se que se trata de um estudo de natureza quantitativa, pois é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e mensuráveis, visando à generalização dos resultados obtidos (Fortin, 2009). A característica descritivo-correlacional prende-se à descrição dos fenómenos em análise e à exploração das possíveis relações entre as diferentes variáveis.

Tendo em conta a finalidade e os objetivos da investigação, considerou-se apropriado realizar um estudo quantitativo com perfil exploratório, descritivo e de caráter longitudinal. Optou-se pelo estudo quantitativo, uma vez que esta investigação se concentra mais nas características gerais da amostra do que em aspetos isolados ou exemplares (Polit, Beck & Hungler, 2004). Este tipo de abordagem baseia-se um processo dedutivo, onde os dados numéricos oferecem informações objetivas sobre as variáveis em análise, permitindo a observação e quantificação de fenómenos e eventos.

Além disso, é de natureza exploratória, uma vez que, além de registar o fenómeno, também investiga como este se manifesta e investiga possíveis relações entre as variáveis envolvidas. Em termos temporais, o estudo é classificado como longitudinal, o que significa que é um estudo intrasujeitos, que envolve a recolha de dados em várias ocasiões (neste caso, em duas), junto dos mesmos participantes, durante um período específico (após seis/oito semanas da primeira recolha de dados).

4.1.1 Finalidade e objetivos

O estudo visa contribuir para a qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica através da identificação das intervenções relacionadas com o parto que influenciam o padrão de choro às 6/8 semanas após o nascimento. Espera-se

assim que este estudo possa constituir mais um contributo para justificar a necessidade de minimizar a implementação de intervenções desnecessárias e de aumentar práticas que respeitem a fisiologia natural do parto, com o objetivo de melhorar os desfechos neonatais e o bem-estar materno-infantil a longo prazo.

Tendo como pano de fundo esta finalidade, constituem objetivos deste estudo:

- Conhecer a história do parto (tipo de parto, duração das diferentes fases do trabalho de parto, tipo de início do trabalho de parto, uso de ocitocina sintética, percepção da intensidade da dor de trabalho de parto, uso de analgesia epidural, outras intervenções obstétricas, posição de parto e contacto pele com pele imediatamente após o parto).
- Caracterizar o padrão de choro dos recém-nascidos (presença, começo, características, duração, técnicas/estratégias que conduzem ao alívio do choro) nas primeiras 6/8 semanas;
- Correlacionar a história do parto com a ocorrência, ou não, da PURPLE.

4.2. População e amostra

A população em estudo é definida como o conjunto de indivíduos que partilham características em comum, ou seja, os elementos que apresentam os critérios de inclusão previamente estabelecidos e sobre os quais se pretende fazer generalizações, de acordo com os objetivos da investigação (Fortin, 2009).

Para este estudo foram consideradas mães com episódios de internamento no serviço de obstetria do CHUSJ, pertencente à ULSSJ, ocorridos entre o dia 1 de maio e o 30 de agosto de 2023. Esta amostra devia abranger determinados critérios de inclusão:

- Mães com idade superior ou igual a 18 anos;
- Mães hospitalizadas no serviço de obstetria do CHUSJ, pertencente à ULSSJ, ocorridos entre o dia 1 de maio e o 30 de agosto de 2024;
- Puérperas que tenham tido parto vaginal;

- Mães que aceitassem participar livre e voluntariamente no estudo, depois de devidamente informadas sobre a sua finalidade.

Devido à clara impossibilidade de recolher dados de todos os casos que atendem aos critérios do estudo, principalmente por conta das limitações da investigadora, optou-se por estudar apenas uma amostra ou subconjunto da população. A amostra que foi possível analisar (51 casos) foi do tipo não probabilístico, de conveniência, o que possibilitou reunir um grupo de casos sem um plano pré-definido, obedecendo à disposição das participantes em colaborar e das condições do próprio investigador (Carmo & Ferreira, 2008), conforme já mencionado anteriormente.

4.3. Instrumento de recolha de dados

O investigador deve selecionar um instrumento de recolha de dados que permita a obtenção das informações necessárias para ir de encontro às questões de investigação ou às hipóteses propostas, de forma a alcançar os objetivos estabelecidos (Fortin, 2009).

O instrumento utilizado neste estudo, para recolha de dados, é a entrevista. Apesar de estar mais associada a estudos qualitativos, em estudos quantitativos, a entrevista pode ser aplicada para identificar variáveis e fatores que serão posteriormente avaliados de forma objetiva, por meio de formulários estruturados. Bogdan e Biklen (2013) também realçam a importância da entrevista, salientando a sua flexibilidade e adaptabilidade. Para estes autores, a entrevista semiestruturada permite ao investigador ajustar as suas perguntas no decorrer da conversa, sendo possível explorar temas que possam surgir espontaneamente e que sejam pertinentes para o estudo. Esta qualidade da entrevista permite captar nuances e pormenores que podem não ser acessíveis através de métodos mais rígidos, como questionários fechados.

No contexto desta investigação, tratando-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório, a entrevista passou por um processo de estruturação, tendo sido criado um guião (Anexo I) de forma a permitir que as respostas das participantes estejam mais padronizadas, permitindo a análise quantitativa das variáveis. Segundo Gil (2008), as entrevistas semiestruturadas empregam um guia de perguntas previamente executado, o que garante que os principais temas de interesse sejam abordados durante a interação, no entanto, o investigador tem a flexibilidade de ajustar a ordem das perguntas ou incluir

novas questões face às respostas que surgem durante a entrevista, o que possibilita um diálogo mais dinâmico. Este tipo de entrevista é especialmente útil para compreender as perspetivas individuais e os significados atribuídos pelos participantes face às suas experiências, de forma a possibilitar relacionar as variáveis, sendo muitas vezes utilizada em estudos exploratórios e descritivos (Flick, 2009).

As variáveis desempenham um papel crucial na investigação, pois é em torno destas que se estrutura o instrumento de colheita de dados. Estas, representam características que podem variar, distribuindo-se por diferentes valores ou qualidades, sendo o oposto de uma constante (Bryman, 2012). Quando um conceito é operacionalizado, assume a designação de variável. Assim, pode-se afirmar que as variáveis se referem a qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações que são alvo de estudo numa investigação (Fortin, 2009). Nas ciências sociais e humanas, torna-se muitas vezes difícil, ou até impossível, estabelecer relações de dependência entre as variáveis, assim como determinar a direção da sua influência (Fortin, 2009). As variáveis principais são fundamentais para alcançar os objetivos definidos para o estudo, enquanto as secundárias, ao serem relacionadas com as principais, contribuem para uma compreensão mais aprofundada da problemática em análise. Por esta razão, neste estudo, as variáveis foram organizadas como principais e secundárias.

Assim as variáveis definidas como principais são:

- Choro PURPLE
- Habilidade para lidar com o choro

As variáveis definidas como secundárias foram agrupadas em três grupos:

- Variáveis sociodemográficas:
 - Idade;
 - Estado civil;
 - Idade do convivente/conjuge
 - Habilitações literárias;
 - Número de filhos;
 - Experiência anterior de lidar com o choro do último filho (quando aplicável).
- Variáveis relacionadas com o parto:
 - Tipo de parto;

- Tempo de duração do trabalho de parto;
- Indução do trabalho de parto;
- Rotura de membranas;
- Tempo de duração do trabalho de parto desde a rutura de membranas até ao parto;
- Aceleração ocitócica do trabalho de parto;
- Analgesia epidural;
- Amamentação na 1ª hora pós-parto;
- Realizou contacto pele com pele durante a 1.ª hora pós-parto;
- Nível de stress sentido durante o trabalho de parto e parto;
- Variáveis da PURPLE:
 - Caracterização do choro do bebé;
 - Lidar com o choro do bebé.

Para caracterização e correlação das variáveis apresentadas, foi desenvolvido o guião de entrevista, especificamente para este estudo, pela investigadora e revisto pela Professora orientadora, com experiência de pesquisa no domínio da área em estudo.

Assim, o guião da entrevista implementado abordava, na primeira instância, a legitimação do mesmo (onde estava presente uma breve exposição sobre a finalidade, confidencialidade e anonimato da informação recolhida), a apresentação dos objetivos, solicitação da colaboração dos participantes e a obtenção do consentimento informado de forma a assegurar a confidencialidade e anonimato da participante.

Tendo estas questões em conta, este guião foi dividido em quatro partes, repartidas de forma a serem implementadas em dois momentos, ou seja, este instrumento é composto por quatro partes - a primeira e a segunda, aplicadas no primeiro momento de recolha de dados; e a terceira e quarta - aplicadas no segundo e último momento de recolha de dados.

A primeira parte visa caracterizar a amostra relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente:

- Idade: variável numérica;
- Estado civil: Casada; União de facto; Solteira; Viúva; Divorciada, variável nominal;

- Idade do convivente significativo ou cônjuge, variável numérica;
- Número de filhos: variável numérica;
- Classificação da experiência de lidar com o choro do último filho (quando aplicável); resposta fechada (0 a 10), sendo uma variável ordinal;
- Habilitações académicas: Nenhumas, Ensino básico 1.º ciclo; Ensino básico 2.º ciclo; Ensino básico 3.º ciclo; Ensino secundário; Curso tecnológico; Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento, variável ordinal;

A segunda parte do guião da entrevista baseia-se na avaliação das condições do parto, pelo que apresenta um conjunto de questões que visam descrever as circunstâncias inerentes ao trabalho de parto e parto, bem como o pós-parto imediato. Os resultados para estas questões foram obtidos na forma de entrevista, com necessidade de complemento de pesquisa no processo clínico da mãe. As questões colocadas foram:

- Tipo de parto: Parto eutócico; Parto distócico com ventosa - variável nominal;
- Tempo de duração do trabalho de parto: 0-12h; »12-24h; »24-36h; »36-48h - variável ordinal;
- Indução do trabalho de parto: Não; Sonda de foley; Misoprostol; Dinoprostona; Ocitocina - variável nominal;
- Ruptura de membranas: Espontânea; Artificial - variável nominal;
- Tempo de duração do trabalho de parto desde a ruptura de membranas até ao parto: 0-12h; »12-24h; »24h - variável ordinal;
- Aceleração ocitócica do trabalho de parto: Sim; Não - variável nominal;
- Analgesia epidural: Sim; Não - variável nominal;
- Amamentação na 1.ª hora pós-parto: Sim; Não - variável nominal;
- Realizou contacto pele com pele durante a 1.ª hora pós-parto: Sim; Não - variável nominal;
- Nível de stress sentido durante o trabalho de parto e parto: resposta fechada (0 a 10), sendo uma variável contínua;

A terceira parte do instrumento, que se destinou a ser implementada na segunda fase da recolha de dados, reporta-se à caracterização dos cuidados ao bebé, em casa, através da análise das seguintes questões:

- Amamentação: Não, Exclusivo, Misto - variável nominal;
- Caracterização do envolvimento do pai nos cuidados ao bebé: resposta fechada (0 a 10), sendo uma variável contínua;
- Caracterização da autoconfiança materna para identificar o que o bebé precisa pelo tipo de choro: resposta fechada (0 a 10), sendo uma variável contínua.

Por fim, a última parte da entrevista foi composta por duas componentes, que visa caracterizar o choro do bebé, e desta forma, verificar a presença/ausência do choro PURPLE, assim como avaliar as estratégias que a mãe e o pai usam para lidar com o choro do bebé. Para tal, foi selecionado um conjunto de afirmações com respetivas respostas fechadas com quatro possibilidades de resposta, sendo atribuída a cada uma a seguinte pontuação: 1-Nunca; 2-Algumas vezes; 3-Muitas vezes; 4-Sempre.

Componente: presença do período do choro PURPLE:

- 1a) “O meu filho chora, por períodos, de forma excessiva”.
- 1b) “O meu filho chora 3 horas seguidas”.
- 1c) “O meu filho chora 3 horas seguidas, por dia, mais do que 3 vezes por semana”.
- 1d) “O meu filho chora independentemente do que eu faça”.
- 1e) “O meu filho chora mais ao final da tarde ou início da noite”.
- 1f) “Este período de choro iniciou-se duas semanas depois do parto”.

Componente: lidar com o PURPLE:

- 2a) “O choro do meu filho dura menos tempo se lhe der um banho relaxante”.
- 2b) “O choro do meu filho dura menos tempo se o levar a passear no carrinho/carro”.
- 2c) “O choro do meu filho dura menos tempo se lhe fizer uma massagem”.
- 2d) “O choro do meu filho dura menos tempo se lhe o colocar no marsúpio/sling/equiparado e o balançar”.
- 2e) “O choro do meu filho dura menos tempo se o embrulhar/envolver (swaddle) e o balançar”.
- 2f) “O choro do meu filho dura menos tempo se o colocar na posição lateral ou de barriga para baixo e o balançar”.
- 2g) “O choro do meu filho dura menos tempo se oferecer a chupeta”.
- 2h) “O choro do meu filho dura menos tempo se colocar ruído-branco”.

Para concluir, foi pedido às mães para completarem a seguinte frase: “o meu bebé acalma quando...”, de forma a ser possível perceber se usariam outra estratégia que não estivesse referida na escala anteriormente referida. No termino da entrevista foi permitido o esclarecimento de qualquer questão; recolher alguma informação complementar; e, apresentar um agradecimento final pela participação no estudo e pela disponibilidade.

Em síntese, a construção deste guião, teve por referência as variáveis em estudo. De facto, o estudo propõe-se avaliar novas variáveis e relações que não foram previamente exploradas na literatura. Isto exige o desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados inovador que capte com precisão estas variáveis, para as quais não há medidas pré-existentes validadas. A construção de um novo instrumento sem estudos prévios de validação pode ser justificada quando se trata de contextos inovadores, populações específicas, ou quando limitações de tempo e recursos impedem a validação inicial completa.

4.4. Procedimento de recolha de dados

A seleção do método de recolha de dados é definida pela natureza do problema de investigação, pelo nível de conhecimento que o investigador detém acerca das variáveis, pelo desenho do estudo, pela capacidade de obter medidas adequadas para as definições conceptuais, pela fiabilidade e validade dos instrumentos de medição, bem como pela eventual conceção de instrumentos pelo próprio investigador (Fortin, 2009).

Dado o carácter longitudinal do estudo, os dados foram recolhidos em dois momentos:

1.ª FASE:

1. Recolha de dados relativos ao parto, a partir dos dados registados no sistema informático em uso no serviço.
2. Quando os critérios de inclusão se encontravam reunidos, os objetivos do estudo e condições de participação eram apresentados à puérpera (durante o internamento no serviço de Obstetrícia). Quando esta aceitava, passava à segunda fase do estudo.

2.ª FASE:

3. Entrevista telefónica às 6/8 semanas para recolher dados relativos à caracterização do padrão de choro.

Importa salientar que os 51 dados relativos ao momento do internamento foram recolhidos, tendencialmente, próximo da alta. Simultaneamente, em muitos casos, para além da recolha de dados com a consulta do processo clínico, foi necessário validar alguns aspetos diretamente com as puérperas. Conforme mencionado por Fortin (2009), em estudos descritivos e exploratórios é frequente a utilização da observação, entrevistas estruturadas ou semiestruturadas e a consulta de documentos, visando aumentar o alcance dos dados obtidos.

Para cada um, dos dois momentos, foi utilizado o guião de entrevista referenciado anteriormente. A recolha de dados, correspondente à primeira fase de entrevistas que decorreu entre o dia 1 de maio e 30 de agosto de 2024, imediatamente após ter sido concedida a autorização do conselho de administração do CHUSJ. Neste primeiro momento de recolha de dados (ainda durante o internamento), o processo levou, em média, cerca de 30 minutos, sempre o mais próximo possível da data de alta. Esta etapa foi influenciada pelas particularidades individuais de cada pessoa, pela quantidade de dados a recolher, pela disponibilidade da própria pessoa e do investigador.

O segundo momento de recolha de dados ocorreu entre a 6.^a e a 8.^a semana após o parto, com uma tolerância de 15 dias. Os dados foram colhidos na íntegra por via telefone, com recurso a entrevista à mãe, conforme a disponibilidade da mesma, e demorou em média vinte minutos.

4.5. Análise dos dados

A recolha de informações pertinentes a partir dos dados só é viável se estes passarem por um processo de análise estatística e forem organizados, permitindo verificar a existência de relações entre as variáveis (Ribeiro, 2010).

A análise dos dados foi realizada utilizando o Software Statistical Package for Social Science (SPSS®), versão 29.0, levando em consideração a natureza dos dados.

O nível de significância estatística empregado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Não foram encontrados valores ausentes.

A análise exploratória dos dados incluiu a frequência absoluta (N) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, enquanto para as variáveis quantitativas foram calculadas a média (M), o desvio-padrão (DP), o coeficiente de variação (CV), bem como os valores mínimos (Min) e máximo (Max).

4.6 Considerações éticas

Esta investigação está ligada ao campo da saúde e envolve a participação de seres humanos, portanto, "as considerações éticas são relevantes desde o início da investigação" (Fortin, 2009, p. 180), sendo uma das responsabilidades do pesquisador garantir e respeitar esses princípios. A pesquisa clínica é fundamental para o avanço da humanidade, sendo sustentada por princípios essenciais como o consentimento informado, o direito à confidencialidade e ao anonimato.

Para além disto, a realização deste estudo só foi viabilizada após autorização ao Conselho de Administração do CHUSJ (processo 102/2024), que, após consultar o Conselho de Ética, e em reunião no dia 16 de maio de 2024, emitiu um parecer positivo para a sua concretização (Anexo II).

No decorrer do processo metodológico, foram resguardados os aspetos éticos relacionados com o sigilo das informações colhidas e o consentimento informado das participantes, garantindo o anonimato dos dados e o respeito total pelas crenças e escolhas pessoais. Para isso, cada participante recebeu um documento informativo sobre o estudo, e assinou o documento comprovativo consentimento informado (Anexo III). Ao mesmo tempo, todas as participantes foram informadas de que a participação era voluntária, não apresentando riscos ou benefícios imediatos, e que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento, conforme a sua vontade. Foi oferecido um período de reflexão para que pudessem decidir sobre a sua participação, considerando também a possibilidade de discutir a decisão com o convivente/família. Além disso, foram sempre respeitadas as emoções das participantes, especialmente quando expressaram a vontade de não responder a alguma questão naquele momento. Após o consentimento expresso, as participantes foram informadas de que a segunda fase de recolha de dados seria realizada por telefone, permitindo que decidissem se desejavam continuar ou não no estudo.

Com base em todo o processo investigativo, acredita-se terem tido em atenção todos os pressupostos éticos relevantes e fornecido todas as informações necessárias para que as participantes pudessem fazer uma escolha livre e bem-informada sobre sua participação no estudo.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta investigação, proveem de dois momentos de recolha de dados, como já foi referido anteriormente.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A presente investigação apresenta uma amostra composta de 51 mães, caracterizadas em termos de variáveis sociodemográficas, habilitações literárias, informações relativas ao parto do seu filho e com a experiência materna anterior para lidar com o choro do bebé.

No que diz respeito às características demográficas, as idades das participantes variaram entre os 20 e 44 anos, com uma média de idade de 31,3 anos, com um desvio padrão de 5,31. Por sua vez, os conviventes significativos, apresentaram idades que oscilaram entre os 19 e 48 anos, com uma média de 33,6 anos e desvio padrão de 6,73. A maioria dos casais tinha um ou dois filhos, sendo que o número de filhos variou de 1 a 3, com uma média de 1,51 e um desvio padrão de 0,61 que indica que o número de filhos é bastante homogéneo entre as participantes, tendo a maioria 1 ou 2 filhos (Quadro 1). No que toca ao estado civil, a maioria das mães eram casadas, 51% das participantes (n = 26), 27,5% viviam em união de facto (n = 14), e por fim, 21,6% eram solteiras (n = 11). Relativamente às habilitações literárias, a maior parte das mães apresenta níveis educacionais elevados, tendo a maioria terminado o ensino secundário (33,3%; n = 17), em seguida a licenciatura (31,4%; n = 16), mestrado (21,6%; n = 11) e, inclusive, doutoramento (2%; n = 1). Uma percentagem mais reduzida das participantes apresenta um nível de escolaridade mais baixo, com 5,9% (n = 3) tendo concluído apenas o 6º ano e 2% (n = 1) o 9º ano. Esta caracterização permite verificar que a amostra é constituída, maioritariamente, por mulheres em idade adulta, com elevado nível de habilitações literárias, com relações conjugais formais ou estáveis, e pequenas famílias nucleares.

Quadro 2: Caracterização da amostra

| | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>Média</i> | <i>Desvio padrão</i> |
|--|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| <i>Idade da mãe</i> | 20,00 | 44,00 | 31,31 | 5,31 |
| <i>Idade do convivente significativo</i> | 19,00 | 48,00 | 33,59 | 6,73 |
| <i>Número de filhos</i> | 1 | 3 | 1,51 | 0,61 |

De forma a tentar caracterizar as experiências anteriores das mães face à componente lidar com o choro do bebé, foi aplicada uma questão com resposta fechada classificada de 0 a 10: “muito boa” - 10, ou “horrível” - 0, pelo que foi possível verificar que, para a maioria da amostra, a resposta não foi aplicável uma vez que não tinham mais filhos (54,9%; n = 28), e de entre as que tinham os valores mais comuns foram 8 (9,8%; n = 5), 5 (7,8%; n = 4), 7 (7,8%; n = 4) e 9 (7,8%; n = 4) (Quadro 2).

Quadro 3: Caracterização da amostra (continuação)

| | | N | % |
|---|----------------|----|------|
| <i>Estado civil</i> | Casada | 26 | 51,0 |
| | Solteira | 11 | 21,6 |
| | União de Facto | 14 | 27,5 |
| <i>Habilitações literárias</i> | 6º ano | 3 | 5,9 |
| | 9º ano | 1 | 2,0 |
| | Secundário | 17 | 33,3 |
| | Tecnológico | 2 | 3,9 |
| | Licenciatura | 16 | 31,4 |
| | Mestrado | 11 | 21,6 |
| | Doutoramento | 1 | 2,0 |
| <i>Experiência anterior: componente lidar com o choro</i> | 0 | 1 | 2,0 |
| | 3 | 1 | 2,0 |
| | 4 | 1 | 2,0 |
| | 5 | 4 | 7,8 |
| | 6 | 1 | 2,0 |
| | 7 | 4 | 7,8 |
| | 8 | 5 | 9,8 |
| | 9 | 4 | 7,8 |
| | 10 | 2 | 3,9 |
| | Não aplicável | 28 | 54,9 |

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Em conjunto com a recolha de dados para caracterização da amostra, foi realizada uma colheita de dados que permitisse a contextualização das condições do parto vivenciadas por essas mães. Os resultados obtidos permitiram observar que a maioria das participantes teve um parto eutócico, representando 58,8% do total (n = 30), sendo que 41,2% das parturientes (n = 21) passaram por um parto distócico com aplicação de ventosa, não se tendo verificado partos distócicos de outra espécie. No que se refere à indução do trabalho de parto constatou-se que 51,0% das mulheres (n = 26) iniciaram o trabalho de parto de forma espontânea, no entanto, as que foram submetidas a indução, podem ser

divididas em vários grupos, mediante a utilização de diferentes métodos: a indução mecânica com cateter de foley foi utilizada em 7,8% das participantes (n = 4), a aplicação de dinoprostona em 7,8% (n = 4), e a maturação cervical com misoprostol em 7,8% (n = 4). A ocitocina, um dos métodos mais comuns para a indução do trabalho de parto, foi administrada a 25,5% das mulheres (n = 13). No que diz respeito ao uso de ocitocina como forma de acelerar o trabalho de parto, 54,9% das mulheres (n=28) utilizaram este fármaco durante o trabalho de parto, enquanto 45,1% (n=23) não fizeram uso deste. Estes resultados evidenciam a predominância de partos eutócicos no grupo em questão, assim como uma diversidade nos métodos de indução aplicados, com uma parcela significativa das mulheres, sem necessidade de qualquer intervenção.

Em relação à duração do trabalho de parto, 51,0% das mulheres (n = 26) tiveram um trabalho de parto com duração de 0 a 12 horas. No entanto, isto foi seguido por uma proporção significativa, 33,3% (n = 17), que apresentou uma duração entre 12 e 24 horas. Além disso, 9,8% (n = 5) tiveram um trabalho de parto que se estendeu pelas 24 a 36 horas, enquanto 5,9% (n = 3) enfrentaram uma duração superior a 36 horas. Quanto à rotura de membranas, observou-se que a maioria das participantes, 54,9% (n = 28), teve a rutura espontânea, contudo, 45,1% (n = 23) foram sujeitas a uma amniotomia. O intervalo entre a rotura de membranas e o parto foi de forma predominante entre 72,5% das parturientes (n = 37), de 0 a 12 horas; com uma proporção de 23,5% (n = 12), que teve um intervalo entre 12 e 24 horas, enquanto apenas 3,9% (n = 2) apresentaram intervalo superior a 24 horas.

Em relação ao uso de antibioterapia (ATB) durante o trabalho de parto (não foram diferenciados os propósitos da administração: profilática ou terapêutica), 72,5% das participantes (n = 37) não receberam antibióticos durante o trabalho de parto. Em contrapartida, a 27,5% (n = 14) das participantes, foi-lhes administrado ATB.

No que diz respeito à analgesia epidural, a grande maioria das mulheres (92,2%, n = 47) optou por utilizar este recurso, enquanto apenas 7,8% (n = 4) não receberam analgesia via epidural. Quanto ao intervalo entre a colocação do cateter epidural e o parto, foi possível verificar que 66,7% (n = 34) das mulheres colocaram o cateter epidural entre as 0 e 12 horas antes do parto. Além disso, 23,5% (n = 12) colocaram entre 12 e 24 horas, e apenas 2,0% (n = 1) teve o uso da analgesia epidural prolongado por mais de 24 horas.

Em relação à amamentação na primeira hora pós-parto, observou-se que a vasta maioria das mulheres, representando 92,2% (n = 47) da amostra, iniciaram a amamentação na primeira hora pós-parto, enquanto apenas 7,8% (n = 4) não efetuaram esta prática, sendo que 56,9% (n = 29) das puérperas relataram terem sido assistidas na primeira mamada do recém-nascido, enquanto 39,2% (n = 20) afirmaram não terem recebido assistência.

Quanto ao contato pele com pele, novamente, a maioria das mulheres, 92,2% (n = 47), relataram terem realizado esta prática, enquanto 7,8% (n = 4) não o fizeram. Isto reflete uma adesão muito elevada a esta prática, grandemente recomendada pela OMS e UNICEF, dado que o contacto pele com pele nas primeiras horas de vida tem efeitos extremamente benéficos tanto para o recém-nascido como para a mãe, podendo destacar a regulação térmica e o incentivo ao início da amamentação (Moore et al., 2016).

Outra variável analisada foi o stress vivenciado durante o trabalho de parto. A média calculada do stress durante o trabalho de parto foi de 6,25, com uma mediana de 7,00, o que indica que a maioria das participantes relatou um nível elevado de stress. Os dados revelam que a maioria das puérperas (17,6%) relatou um nível máximo de stress (10), seguido por 13,7% que relataram um nível de stress de 7 (tabela 12). Estes resultados evidenciam a predominância de níveis elevados de stress durante o trabalho de parto entre as participantes do estudo, enfatizando a necessidade de estratégias que ofereçam suporte emocional e coping com o stress durante este período crítico (Quadro 4).

Quadro 4: Condições do trabalho de parto

| | | N | % |
|--|-----------------------------|----|-------|
| <i>Parto</i> | Parto eutócico | 30 | 58,8% |
| | Parto distócico com ventosa | 21 | 41,2% |
| <i>Indução do trabalho de parto</i> | Sem indução | 26 | 51,0% |
| | Foley | 4 | 7,8% |
| | Dinoprostona | 4 | 7,8% |
| | Misoprostol | 4 | 7,8% |
| | Ocitocina | 13 | 25,5% |
| <i>Duração do trabalho de parto</i> | 0-12h | 26 | 51,0% |
| | »12-24h | 17 | 33,3% |
| | »24-36h | 5 | 9,8% |
| | »36-48h | 3 | 5,9% |
| <i>Rotura de membranas</i> | Espontânea | 28 | 54,9% |
| | Artificial | 23 | 45,1% |
| <i>Intervalo entre a rotura de membranas e o parto</i> | 0-12H | 37 | 72,5% |
| | »12-24H | 12 | 23,5% |
| | »24H | 2 | 3,9% |
| <i>Ocitocina</i> | Não | 23 | 45,1% |
| | Sim | 28 | 54,9% |
| <i>ATB</i> | Não | 37 | 72,5% |
| | Sim | 14 | 27,5% |
| <i>Intervalo entre a colocação do cateter epidural e o parto</i> | Sem analgesia epidural | 4 | 7,8% |
| | 0-12H | 34 | 66,7% |
| | »12-24H | 12 | 23,5% |
| | »24H | 1 | 2,0% |
| <i>Nível de stress vivenciado no parto</i> | 0 | 4 | 7,8 |
| | 2 | 4 | 7,8 |
| | 3 | 2 | 3,9 |
| | 4 | 5 | 9,8 |
| | 5 | 4 | 7,8 |
| | 6 | 4 | 7,8 |
| | 7 | 7 | 13,7 |
| | 8 | 6 | 11,8 |
| | 9 | 6 | 11,8 |
| | 10 | 9 | 17,6 |
| <i>Amamentação na 1ª hora pós-parto</i> | Amamentou | 47 | 92,2 |
| | Com ajuda | 29 | 56,9 |
| | Sem ajuda | 20 | 39,2 |
| | Não amamentou | 4 | 7,8 |
| <i>Contacto pele com pele</i> | Realizou | 47 | 92,2 |
| | Não realizou | 4 | 7,8 |

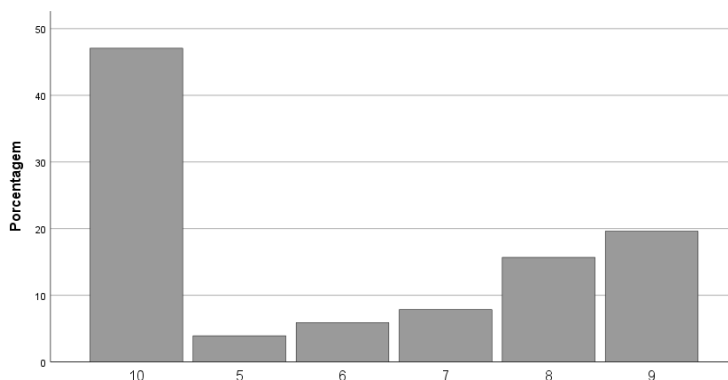
Na segunda fase da recolha de dados, parte dos objetivos da colheita de dados seria caracterizar a amamentação, o envolvimento do pai nos cuidados ao bebé, e autoconfiança da mãe para lidar com o choro, em casa (no período entre a 6.^a-8.^a semana

após o parto). Segue-se uma análise detalhada de cada uma dessas variáveis, com base nos resultados obtidos.

A variável tipo de amamentação foi classificada em três categorias: amamentação exclusiva, amamentação mista e não amamenta. Os resultados indicam que, das 51 participantes: 25 (49,0%) das mães pratica aleitamento exclusivo; 15 (29,4%) recorrem ao aleitamento misto; e 11 (21,6%) mães não amamentam. A elevada prevalência de amamentação exclusiva (49,0%) sugere que quase metade das mães segue as recomendações da OMS, que recomenda amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida. No entanto, também se verifica uma parcela significativa de mães que não amamentam (21,6%), o que pode levantar questões sobre os fatores que impedem a prática da amamentação.

A variável “envolvimento do pai nos cuidados ao bebé” foi medida numa escala de 0 a 10, onde 0 representa menor envolvimento e 10 total envolvimento. A distribuição dos resultados foi a seguinte: 24 (47,1%) das respostas estão associadas a um envolvimento máximo - 10; enquanto 2 (3,9%) atribuíram uma pontuação mínima de 5 ao envolvimento do pai. Fora estes extremos, 3 (5,9%) atribuíram uma pontuação de 6; 4 (7,8%) indicaram um envolvimento de 7; 8 (15,7%) relataram um envolvimento de 8; e 10 (19,6%) avaliaram o envolvimento do pai com uma pontuação de 9 (Gráfico 1). Os dados indicam que quase metade das mães considera que o envolvimento do pai é exceccionalmente elevado (47,1% atribuíram “10”), contudo, há uma variação significativa nos níveis de envolvimento, com 3,9% das participantes a atribuir uma pontuação de 5, que pode ser considerado um envolvimento relativamente mais baixo, pelo que é possível observar que muitos pais, participam ativamente nos cuidados ao bebé, mas também há casos de menor envolvimento, o que pode refletir diferenças culturais, logísticas ou pessoais.

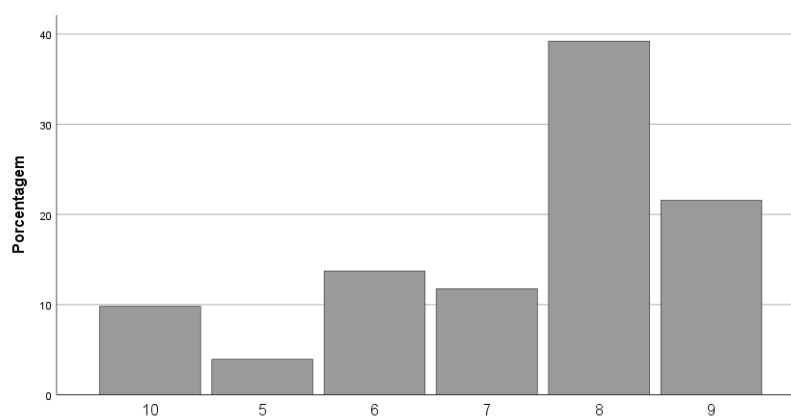
Gráfico 1: Nível de envolvimento do pai nos cuidados ao bebé (considerado pelas mães, numa escala de 0-10)



A variável “autoconfiança da mãe para lidar com o choro do bebé” foi também avaliada numa escala de 0 a 10, sendo 0 a pontuação mais baixa (“Nada confiante” e 10 a mais alta

(“Extremamente confiante”). Os resultados exibem a seguinte distribuição: 5 (9,8%) das mães atribuíram uma pontuação máxima (10) à sua autoconfiança; 11 (21,6%) atribuíram uma pontuação de 9; 20 (39,2%) deram uma pontuação de 8, sendo esta a resposta mais comum; 6 (11,8%) avaliaram a sua autoconfiança com 7; 7 (13,7%) atribuíram uma pontuação de 6; 2 (3,9%) avaliaram a sua autoconfiança com 5 (Gráfico 2). Assim, a maioria das mães (39,2%) atribuiu uma pontuação de 8 à sua autoconfiança para lidar com o choro, indicando um nível bastante alto de autoconfiança. No entanto, pode-se constatar que uma pequena percentagem (3,9%) reporta níveis baixos de autoconfiança (pontuação de 5), o que pode transparecer que o choro do bebé pode ser uma fonte de stress significativo para as mães, podendo esta ser uma área de intervenção.

Gráfico 2: Nível de autoconfiança materna para lidar com o choro do bebé (classificada pela própria, numa escala de 0 a 10).



A fase final da entrevista tinha o propósito de caracterizar a PURPLE, sendo que a primeira parte da entrevista composta por afirmações com quatro hipóteses de resposta (1-Nunca; 2-Algumas vezes; 3-Muitas vezes; 4-Sempre), sobre as características do choro. Os dados apresentados referem-se às perceções das mães sobre o comportamento do choro dos seus filhos, incluindo variáveis como a duração e frequência do choro, o contexto em que ocorre e o momento em que este comportamento se iniciou. A análise aprofundada de cada uma destas variáveis é a seguinte:

a) *"O meu filho chora, por períodos, de forma excessiva":*

Nesta afirmação, as mães avaliaram a frequência com que percebem o choro excessivo dos seus filhos: 13 (25,5%) mães indicaram que o seu filho nunca chora de forma excessiva (pontuação de 1); 20 (39,2%) afirmaram que o choro excessivo ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 18 (35,3%) relataram que o choro excessivo ocorre muitas vezes (pontuação de 3). A média foi de 2,10 e a mediana de 2, sugerindo que, em média, as mães entendem que o choro dos seus filhos é excessivo ocasionalmente, com um terço destas a reportar episódios mais frequentes.

b) *"O meu filho chora 3 horas seguidas":*

Nesta afirmação, a frequência com que os bebés choram por 3 horas consecutivas foi avaliada: 31 (60,8%) das mães afirmaram que o seu filho nunca chora por 3 horas consecutivas (pontuação de 1); 9 (17,6%) relataram que este comportamento ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 11 (21,6%) indicaram que o choro prolongado ocorre muitas vezes (pontuação de 3). A média encontrada foi de 1,61, refletindo que, para a maioria das mães, o choro prolongado não é frequente, contudo, cerca de 21,6% das mães descrevem que este comportamento tem uma frequência maior (muitas vezes).

c) *"O meu filho chora 3 horas seguidas, por dia, mais do que 3 vezes por semana"*

Esta declaração visa avaliar a frequência de choro prolongado ao longo da semana: 34 (66,7%) das mães relataram que o seu filho nunca chora 3 horas por dia, mais do que 3 vezes por semana (pontuação de 1); 7 (13,7%) indicaram que este comportamento acontece algumas vezes (pontuação de 2); 10 (19,6%) afirmaram que o choro prolongado sucede muitas vezes (pontuação de 3). A média foi de 1,53, sugerindo que a maioria das mães não enfrenta este tipo de choro de forma regular, embora 19,6% destas relatem episódios de choro prolongado de forma mais frequente (muitas vezes).

d) *"O meu filho chora independentemente do que eu faça"*

Nesta afirmação, as mães relataram a frequência com que percebem que o seu filho chora sem que as suas interferências tenham efeito: 23 mães (45,1%) afirmaram que o seu filho nunca chora independentemente do que façam (pontuação de 1); 16 (31,4%) descreveram que este comportamento ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 12 (23,5%) indicaram que o seu filho chora muitas vezes independentemente das suas ações (pontuação de 3). Assim, o valor da média foi de 1,78, sugerindo que, para a maioria, o choro incontável não é um problema frequente, contudo, cerca de 23,5% das mães enfrentam este tipo de choro com maior regularidade (muitas vezes).

e) *"O meu filho chora mais ao final da tarde ou início da noite"*

A presente declaração permitia determinar a frequência com que o choro é mais intenso ao final da tarde ou início da noite: 11 mães (21,6%) relataram que o seu filho nunca chora mais no período descrito (pontuação de 1); 17 (33,3%) indicaram que o choro é algumas vezes mais intenso ao final da tarde ou início da noite (pontuação de 2); 15 (29,4%) afirmaram que o choro neste período ocorre muitas vezes (pontuação de 3); 8 mães (15,7%) declararam que o choro ao final da tarde/início da noite ocorre sempre (pontuação de 4). Com um valor de média de 2,39, os resultados sugerem que o choro ao final da tarde ou início da noite é comparativamente comum, sendo que quase 45,1% das mães apontam que este padrão ocorre com uma frequência elevada (muitas vezes ou sempre).

f) *"Este período de choro iniciou-se duas semanas depois do parto"*

Esta afirmação avalia a percepção das mães sobre o início do choro intenso, nas duas primeiras semanas de vida: 18 mães (35,3%) indicaram que o choro não começou duas semanas após o parto (pontuação de 1); 11 (21,6%) expuseram que o choro começou algumas vezes, duas semanas depois do parto (pontuação de 2); 15 (29,4%) disseram que o choro começou muitas vezes após esse período (pontuação de 3); 7 (13,7%) indicaram que o choro começou sempre após as duas primeiras semanas (pontuação de 4). Desta forma, como o valor médio é de 2,22, isto indica que uma parte significativa das mães (43,1%) considera que o choro se intensificou duas semanas após o parto, um período frequentemente associado ao início da PURPLE.

Com base nos dados analisados, torna-se claro que a maioria das mães enfrenta episódios de choro moderado, mas algumas enfrentam desafios mais frequentes e intensos. Em particular, o choro excessivo: para 35,3% das mães, o choro excessivo ocorre com frequência, enquanto que a maioria (64,7%) relata que o choro excessivo ocorre raramente ou nunca; no que toca ao choro prolongado: a maioria das mães (60,8%) indicou que os seus filhos nunca choram durante 3 horas consecutivas, mas 21,6% enfrentam este desafio com maior frequência; em relação ao choro incontável: apesar de 45,1% das mães nunca experienciem o choro incontável, 23,5% enfrentam-no com frequência; quanto ao choro ao final da tarde/início da noite: cerca de 45,1% das mães indicam que este padrão de choro sucede com frequência, o que sugere que este período do dia é mais desafiador para muitas famílias. Para quase metade das mães, o choro começou a intensificar-se cerca de duas semanas após o nascimento do bebé, o que é consistente com o padrão de choro do recém-nascido.

De forma a ser possível classificar o choro como enquadrado na síndrome PURPLE, considerou-se a presença desta síndrome quando se verificava um score superior a 17, face à soma das variáveis anteriores (que, segundo a literatura, constituem características definidoras esta síndrome).

Assim, constatou-se que a PURPLE estaria ausente em 39 dos 51 casos (76,5%), os bebés não atingiram o score de choro suficiente para terem a classificação de "PURPLE". Estes bebés, portanto, não apresentam o padrão de choro intenso típico do fenómeno PURPLE, que se caracteriza por períodos de choro prolongado e inconsolável, especialmente ao final da tarde e início da noite. No entanto, foi possível destacar 12 casos (23,5%), em que os bebés foram classificados como tendo "PURPLE", o que indica que o choro intenso e prolongado foi relatado numa proporção considerável da amostra, embora seja menos comum do que a sua ausência.

Após a colheita de dados para identificação da presença da PURPLE, foi possível avaliar das estratégias mais usadas pelas mães para lidar com o choro, o que se verificou foi o seguinte:

a) "*O choro do meu filho dura menos tempo se lhe der um banho relaxante*": 8 mães (15,7%) relataram que o choro do filho nunca dura menos tempo após um banho relaxante (pontuação de 1); 20 mães (39,2%) afirmaram que isso acontece algumas vezes (pontuação de 2); 14 mães (27,5%) indicaram que o choro dura menos tempo muitas vezes (pontuação de 3); 9 mães (17,6%) disseram que sempre ocorre (pontuação de 4). O valor da média foi de 2,47, indicando que muitas mães compreendem um efeito positivo do banho relaxante sobre o choro.

b) "*O choro do meu filho dura menos tempo se o levar a passear no carrinho/carro*": 15 mães (29,4%) relataram que o choro nunca dura menos tempo quando passeiam com o bebé (pontuação de 1); 14 mães (27,5%) disseram que isto ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 13 mães (25,5%) indicaram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 9 mães (17,6%) disseram que ocorre sempre (pontuação de 4). A média foi de 2,31, insinuando que muitas mães notam uma redução no tempo de choro quando o filho é levado a passear.

c) "*O choro do meu filho dura menos tempo se lhe fizer uma massagem*": 17 mães (33,3%) afirmaram que o choro nunca dura menos tempo com massagem (pontuação de 1); 21 mães (41,2%) disseram que isso ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 8 mães (15,7%) relataram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 5 mães (9,8%) indicaram que ocorre sempre (pontuação de 4). A média foi de 2,02, sugerindo que as massagens têm um impacto moderado sobre a duração do choro.

d) "*O choro do meu filho dura menos tempo se o colocar no marsúpio/sling/equiparado e o balançar*": 15 mães (29,4%) disseram que o choro nunca dura menos tempo com o uso de marsúpio/sling ou equiparado (pontuação de 1); 14 mães (27,5%) relataram que isso acontece algumas vezes (pontuação de 2); 11 mães (21,6%) indicaram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 11 mães (21,6%) afirmaram que ocorre sempre (pontuação de 4). O valor da média foi de 2,35, sugerindo uma eficácia moderada da técnica de balançar no marsúpio/sling ou equiparado.

e) "*O choro do meu filho dura menos tempo se o embrulhar/envolver (swaddle) e o balançar*": 18 mães (35,3%) relataram que o choro nunca dura menos tempo com swaddle (pontuação de 1); 12 mães (23,5%) afirmaram que isso acontece algumas vezes (pontuação de 2); 14 mães (27,5%) indicaram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 7 mães (13,7%) disseram que ocorre sempre (pontuação de 4). A média foi de 2,20, constatando que envolver o bebé pode ajudar a reduzir a duração do choro nalgumas situações.

f) "*O choro do meu filho dura menos tempo se o colocar na posição lateral ou de barriga para baixo e o balançar*": 9 mães (17,6%) disseram que o choro nunca dura menos tempo nesta posição (pontuação de 1); 14 mães (27,5%) relataram que isso ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 18 mães (35,3%) afirmaram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 10 mães (19,6%) indicaram que ocorre sempre (pontuação de 4). A média foi de 2,57, sugerindo que esta posição é frequentemente eficiente para ajudar a acalmar o bebé.

g) "*O choro do meu filho dura menos tempo se oferecer a chupeta*": 17 mães (33,3%) relataram que o choro nunca dura menos tempo com a chupeta (pontuação de 1); 23 mães (45,1%) afirmaram que isso acontece algumas vezes (pontuação de 2); 9 mães (17,6%) disseram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 2 mães (3,9%) indicaram que sempre ocorre (pontuação de 4). O valor da média foi de 1,92, apontando para um grau moderado de eficácia da chupeta para reduzir o choro.

h) "*O choro do meu filho dura menos tempo se colocar ruído-branco*": 14 mães (27,5%) disseram que o choro nunca dura menos tempo com ruído-branco (pontuação de 1); 14 mães (27,5%) relataram que isso ocorre algumas vezes (pontuação de 2); 15 mães (29,4%) afirmaram que acontece muitas vezes (pontuação de 3); 8 mães (15,7%) indicaram que sempre ocorre (pontuação de 4). A média foi de 2,33, mostrando que o ruído-branco é frequentemente percebido como útil para acalmar o bebé (Quadro 5).

Quadro 5: Caracterização do choro e das estratégias mais utilizadas para alívio do choro

| | <i>Nunca</i> | | <i>Algumas vezes</i> | | <i>Muitas vezes</i> | | <i>Sempre</i> | |
|---|--------------|----------|----------------------|----------|---------------------|----------|---------------|----------|
| | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| 1. Componente: presença do período de choro PURPLE | | | | | | | | |
| a. <i>O meu filho chora, por períodos, de forma excessiva.</i> | 13 | 25,5 | 20 | 39,2 | 18 | 35,3 | 0 | 0 |
| b. <i>O meu filho chora 3 horas seguidas</i> | 31 | 60,8 | 9 | 17,6 | 11 | 21,6 | 0 | 0 |
| c. <i>O meu filho chora 3 horas seguidas, por dia, mais do que 3 vezes por semana.</i> | 34 | 66,7 | 7 | 13,7 | 10 | 19,6 | 0 | 0 |
| d. <i>O meu filho chora independentemente do que eu faça.</i> | 23 | 45,1 | 16 | 31,4 | 12 | 23,5 | 0 | 0 |
| e. <i>O meu filho chora mais ao final da tarde ou início da noite.</i> | 11 | 21,6 | 17 | 33,3 | 15 | 29,4 | 7 | 13,7 |
| f. <i>Este período de choro iniciou-se duas semanas depois do parto.</i> | 18 | 35,3 | 11 | 21,6 | 15 | 29,4 | 7 | 13,7 |
| 2. Componente: lidar com o PURPLE | | | | | | | | |
| a. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se lhe der um banho relaxante</i> | 8 | 15,7 | 20 | 39,2 | 14 | 27,5 | 9 | 17,6 |
| b. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se o levar a passear no carrinho/carro.</i> | 15 | 29,4 | 14 | 27,5 | 13 | 25,5 | 9 | 17,6 |
| c. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se lhe fizer uma massagem.</i> | 17 | 33,3 | 21 | 41,2 | 8 | 15,7 | 5 | 9,8 |
| d. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se lhe o colocar no marsúpio/sling/equiparado e o balançar.</i> | 15 | 29,4 | 14 | 27,5 | 11 | 21,6 | 11 | 21,6 |
| e. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se o embrulhar/envolver (swaddle) e o balançar</i> | 18 | 35,3 | 12 | 23,5 | 14 | 27,5 | 7 | 13,7 |
| f. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se o colocar na posição lateral ou de barriga para baixo e o balançar</i> | 9 | 17,6 | 14 | 27,5 | 18 | 35,3 | 10 | 19,6 |
| g. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se oferecer a chupeta.</i> | 17 | 33,3 | 23 | 41,1 | 9 | 17,6 | 2 | 3,9 |
| h. <i>O choro do meu filho dura menos tempo se colocar ruído-branco.</i> | 14 | 27,5 | 14 | 27,5 | 15 | 29,4 | 8 | 15,7 |

De forma a classificar o nível de dificuldade das mães em lidar com o choro dos seus filhos, definiram-se duas denominações: “Mestria” e “Dificuldade”, sendo que para obterem a classificação de “Mestria” tinham que ter um score igual ou superior a 14, na soma das variáveis anteriormente descritas, enquanto para obterem a classificação de “Dificuldade” tinham que ter um score inferior a 14. Assim, foi possível verificar que 24 mães (47,1%) expõem “dificuldade em lidar com o choro”; enquanto 27 mães (52,9%) indicaram que se sentem competentes ou confiantes em lidar com o choro. Esta distribuição é relativamente equilibrada, sugerindo que, embora muitas mães se sintam competentes, uma parte significativa ainda enfrenta desafios nesse domínio.

RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DO PARTO E PADRÃO DE CHORO

Após esta análise descritiva que permitiu caracterizar a amostra em relação às condições do parto, bem como à PURPLE e à capacidade para lidar com a mesma, iniciou-se a análise da correlação da PURPLE, assim como a correlação da habilidade para lidar com o choro, com cada uma das variáveis do parto.

Quanto à relação PURPLE x tipo de parto, foi possível verificar que a ausência da PURPLE é predominante, representando 76,5% dos partos no total: no parto eutócico: 23 casos (59,0% dos ausentes); enquanto que no parto distócico: 16 casos (41,0% dos ausentes). Os casos em que está presente, podem ser divididos por: parto eutócico: 7 casos (58,3% dos presentes); parto distócico: 5 casos (41,7% dos presentes), ou seja, no total, a PURPLE foi observada em 23,5% dos partos, sendo que a distribuição entre os dois tipos de parto é bastante equilibrada tanto para a presença quanto para a ausência da PURPLE, com o parto eutócico ligeiramente mais representado.

Para avaliar se existe uma associação significativa entre a presença da PURPLE e o tipo de parto, foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson: Valor = 0,002, $p = 0,969$; correção de continuidade: Valor = 0,000, $p = 1,000$; razão de verossimilhança: Valor = 0,002, $p = 0,969$; teste Exato de Fisher: $p = 1,000$ (para 2 lados) e $p = 0,612$ (para 1 lado). O p-valor de 0,969 indica que não há uma associação significativa entre o tipo de parto (eutócico ou distócico) e a presença ou ausência da PURPLE. Para além disto, a contagem mínima esperada (4,94), sugere que as distribuições podem ser limitadas pela amostra reduzida.

Quanto à relação entre a PURPLE x duração do trabalho de parto, foi realizado o teste qui-quadrado para verificar se existe uma associação significativa: Qui-quadrado de Pearson: Valor = 1,124, $p = 0,771$; Razão de Verossimilhança: Valor = 1,807, $p = 0,613$; Associação Linear por Linear: Valor = 0,862, $p = 0,353$. Foi possível constatar que o p-valor de 0,771 no teste de qui-quadrado de Pearson sugere que não há uma associação estatisticamente significativa entre a Duração do trabalho de parto e a presença da PURPLE. Os resultados indicam que a duração do trabalho de parto (classificada em intervalos de horas) não está significativamente associada à presença ou ausência da PURPLE, o que significa que a duração do trabalho de parto, independentemente de ser mais curta ou mais longa, não parece influenciar a ocorrência da PURPLE, de forma estatisticamente significativa na amostra analisada.

Outra das variáveis avaliada foi a indução do trabalho de parto. A relação entre o uso de diferentes métodos de indução do trabalho de parto e a presença da PURPLE foi analisada utilizando uma tabulação cruzada e complementada pelo teste qui-quadrado para avaliar a associação estatística. Verificou-se que a distribuição da PURPLE, pelos casos de indução

do trabalho de parto, foi a seguinte: sem indução - 5 casos (41,7% dos casos presentes da PURPLE); sonda de Foley - 3 casos (25,0%); ocitocina - 4 casos (33,3%), sendo que não houve registo da PURPLE nos partos induzidos com dinoprostona ou misoprostol. Os testes de associação qui-quadrado de Pearson admite o valor = 8,997, graus de liberdade (df) = 4, com uma significância assintótica de 0,061, ou seja, embora o valor do qui-quadrado sugira uma possível associação entre os métodos de indução e a presença da PURPLE, o valor de $p = 0,061$ é ligeiramente acima do nível de significância convencional de 0,05. Portanto, a associação não é estatisticamente significativa, mas está próxima de significância ($p < 0,05$), inspirando uma possível tendência que poderia ser explorada com uma amostra maior. Por outro lado, o valor da razão de verossimilhança = 9,647, com $p = 0,047$, indica uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os métodos de indução do trabalho de parto e a presença da PURPLE, mas a associação linear entre as variáveis foi não significativa (0,045, com $p = 0,832$), levando a crer que a relação entre os métodos de indução e o PURPLE não apresenta uma tendência linear clara.

A relação entre a presença da PURPLE e a rotura de membranas – espontânea ou artificial – foi analisada por meio de uma tabulação cruzada, complementada por testes de associação estatística (qui-quadrado). Verificou-se que há uma maior quantidade de casos de PURPLE na rotura de membranas espontânea: 9 casos (75,0% dos casos com PURPLE); enquanto na rotura de membranas artificial contabilizam-se 3 casos de PURPLE (25,0%). Para avaliar a associação entre o tipo rotura de membranas e a presença de PURPLE, foram realizados os testes de qui-quadrado, que teve como resultados: valor = 2,560, com $df = 1$ e $p = 0,110$, que indica que não há uma associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre o tipo de rotura de membranas e a presença de PURPLE. O valor de $p = 0,110$ sugere que, dentro da amostra analisada, a relação entre estas variáveis não alcança significância estatística. Este resultado é corroborado pelo valor da razão de verossimilhança (valor = 2,674, com $p = 0,102$), que indica uma não significância estatística, ainda que o valor esteja próximo da margem de significância ($p < 0,05$). Isto sugere que, com uma amostra maior, esta tendência poderia ser mais bem explorada e desenvolvida. Para além disto, tanto o teste de Fisher ($p = 0,184$ (2 lados) e $p = 0,101$ (1 lado) como a associação linear (valor = 2,510, com $p = 0,113$) não mostram uma associação significativa entre as variáveis, embora no teste de Fisher, a significância unilateral ($p = 0,101$) indique uma possível tendência de maior ocorrência da PURPLE nos casos de rotura de membranas espontânea. Portanto, estes resultados da análise mostram que a maior parte dos casos da PURPLE ocorreu em partos com rotura de membranas espontânea (75,0%), no entanto, não foi observada uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de rotura de membranas (espontânea ou artificial) e a ocorrência de PURPLE, com base nos valores de qui-quadrado e razão de verossimilhança observados ($p > 0,05$).

Conjuntamente com a análise da PURPLE nos casos de rotura de membranas artificial ou espontânea, houve o intuito de entender se uma rotura de membranas prolongada tinha influência no aparecimento desta síndrome. Para tal, foi realizado o estudo desta relação, tendo-se observado que a maior percentagem dos casos de PURPLE, ocorreram nas mães que tiveram uma rotura de membranas dentro do intervalo de 0-12 horas (83,3%). Verificou-se que não há evidência de uma associação estatisticamente significativa entre o intervalo de tempo entre a rotura de membranas e o parto e a presença de PURPLE ($p > 0,05$), de facto, embora a maioria dos casos de PURPLE tenha ocorrido nas primeiras 12 horas após o parto, os testes estatísticos não revelaram uma associação significativa entre o intervalo de tempo e a ocorrência da PURPLE. O valor de $p > 0,05$ sugere que o tempo decorrido após a rotura de membranas até ao parto, não exerce uma influência significativa sobre a presença de PURPLE na amostra analisada.

Quanto ao uso de ocitocina como acelerador do trabalho de parto, também não se apurou que houvesse uma relação significativa entre estas variáveis. Após serem aplicados os testes de qui-quadrado obtiveram-se os seguintes valores: qui-quadrado de Pearson - valor = 0,075, com $df = 1$ e $p = 0,785$; correção de continuidade - valor = 0,000, com $p = 1,000$; razão de verossimilhança - valor = 0,075, com $p = 0,784$; teste Exato de Fisher - $p = 1,000$ (2 lados) e $p = 0,526$ (1 lado). Estes resultados indicam que não há uma associação estatisticamente significativa entre o uso de ocitocina, como acelerador, durante o trabalho de parto e a presença de PURPLE. Com um valor de p acima de 0,05, a análise sugere que o uso de ocitocina não influencia a ocorrência da PURPLE na amostra analisada.

A administração de ATB durante o trabalho de parto também não demonstrou ter correlação com a PURPLE. A análise mostra que entre as mães que não fizeram ATB, a taxa de PURPLE foi de 27%, enquanto naquelas que fizeram ATB, a taxa foi de apenas 16,7%. Contudo, a correlação entre as duas variáveis tem um valor de p superior a 0,05, o que não corrobora uma relação significativa entre ambas.

No caso da analgesia epidural, verificou-se que de entre as mulheres que não tiveram este tipo de analgesia, a taxa da PURPLE foi de 25%, enquanto aquelas que tiveram analgesia epidural, a taxa foi de 23,4%. Estes dados sugerem que a presença da PURPLE é ligeiramente mais comum naquelas que não usufruíram da analgesia epidural, mas a diferença é mínima. Porém, o valor de p superior a 0,05, não acrescenta um valor significativo nesta correlação. Conjuntamente, os dados indicam que a maioria dos casos (66,7%) que apresentaram PURPLE ocorreram entre as mulheres que tiveram analgesia epidural durante um intervalo de 0 a 12 horas, mas a taxa de PURPLE parece diminuir à medida que o intervalo aumenta, pois também diminuem o número de casos de mulheres com analgesia epidural. Os dados resultantes desta análise indicam que não há uma

associação estatisticamente significativa entre o intervalo de tempo da analgesia epidural e a presença da PURPLE, uma vez que possuem um valor de p superior a 0,05.

Quanto à amamentação na 1.^a hora pós-parto e a PURPLE, apurou-se que, os casos de PURPLE descritos se enquadram nos 47 casos de mulheres que amamentaram neste momento específico, sendo que em 5 destes casos de PURPLE, as mães não tiveram ajuda na primeira mamada do bebé, e 7 dos casos de PURPLE, necessitaram de ajuda. Após análise de uma possível associação entre a amamentação na primeira hora pós-parto/ com ou sem ajuda e a presença de PURPLE, foi possível observar que tanto os valores de qui-quadrado de Pearson, como de correção de continuidade e razão de verossimilhança apresentam valores de p superior a 0,05, o que não sustenta uma relação entre estas variáveis.

Outra correlação avaliada foi o contacto pele com pele e a PURPLE, sendo possível verificar que de entre os casos de mães que realizaram o contato pele com pele com os seus filhos, uma proporção menor relatou a ocorrência da PURPLE, em comparação àquelas que não efetuaram o contato pele com pele. Para avaliar a associação entre estas variáveis foram realizados testes de qui-quadrado: Qui-quadrado de Pearson - valor: 1,690, com $df = 1$ e $p = 0,194$; correção de continuidade - valor: 0,471, com $p = 0,493$; razão de verossimilhança - valor: 1,451, com $p = 0,228$; teste exato de Fisher - $p = 0,232$. Tendo em conta estes valores, pode-se afirmar que os dados analisados permitem inferir que não há uma associação estatisticamente significativa entre contato pele com pele e a presença da PURPLE. Apesar de uma menor proporção da PURPLE entre os casos com contato pele com pele, os resultados estatísticos indicam que esta diferença não é suficiente para ser considerada significativa.

Por fim, avaliou-se a relação da PURPLE e o nível de stress vivenciado no parto. Para tal foi aplicada uma tabela cruzada, pois fornece uma visão detalhada sobre a distribuição dos dados, e a análise estatística subsequente avaliou se existia diferenças significativas entre os grupos. No grupo em que a PURPLE está presente, a maior parte dos casos ocorreu nos níveis de 5 a 8, indicando uma possível tendência a níveis mais altos de stress. Todavia, os testes qui-quadrado indicam que não há uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de stress entre as participantes que descrevem terem um bebé com PURPLE e aquelas que não (Quadro 6).

Quadro 6: Relação da PURPLE com as condições do parto

| | | PURPLE AUSENTE | | PURPLE PRESENTE | |
|--|-----------------------------|----------------|-------|-----------------|--------|
| | | N | % | N | % |
| <i>Parto</i> | Parto eutócico | 23 | 59,0% | 7 | 58,8% |
| | Parto distócico com ventosa | 16 | 41,0% | 5 | 41,2% |
| <i>Indução do trabalho de parto</i> | Sem indução | 21 | 53,8% | 5 | 19,2% |
| | Foley | 1 | 2,6% | 3 | 25,0% |
| | Dinoprostona | 4 | 10,3% | 0 | 0,0% |
| | Misoprostol | 4 | 10,3% | 0 | 0,0% |
| | Ocitocina | 9 | 23,1% | 4 | 32,1% |
| <i>Duração do trabalho de parto</i> | 0-12h | 19 | 48,7% | 7 | 58,3% |
| | »12-24h | 13 | 33,3% | 4 | 33,3% |
| | »24-36h | 4 | 10,3% | 1 | 8,3% |
| | »36-48h | 3 | 7,7% | 0 | 0,0% |
| <i>Rotura de membranas</i> | Espontânea | 19 | 48,7% | 9 | 75,0% |
| | Artificial | 20 | 51,3% | 3 | 32,1% |
| <i>Intervalo entre a rotura de membranas e o parto</i> | 0-12H | 27 | 69,2% | 10 | 83,3% |
| | »12-24H | 10 | 25,6% | 2 | 16,7% |
| | »24H | 2 | 5,1% | 0 | 0,0% |
| <i>Ocitocina</i> | Não | 18 | 46,2% | 5 | 41,7% |
| | Sim | 21 | 53,8% | 7 | 58,3% |
| <i>ATB</i> | Não | 27 | 69,2% | 10 | 83,3% |
| | Sim | 12 | 30,8% | 2 | 16,7% |
| <i>Epidural</i> | Não | 3 | 7,7% | 1 | 8,3% |
| | Sim | 36 | 92,3% | 11 | 91,7% |
| <i>Intervalo entre a colocação do cateter epidural e o parto</i> | Sem analgesia epidural | 3 | 7,7% | 1 | 8,3% |
| | 0-12H | 25 | 64,1% | 9 | 75,0% |
| | »12-24H | 10 | 25,6% | 2 | 16,7% |
| | »24H | 1 | 2,6% | 0 | 0,0% |
| <i>Nível de stress vivenciado no parto</i> | 0 | 3 | 7,7% | 1 | 8,3% |
| | 2 | 3 | 7,7% | 1 | 8,3% |
| | 3 | 2 | 5,1% | 0 | 0,0% |
| | 4 | 5 | 12,8% | 0 | 0,0% |
| | 5 | 2 | 5,1% | 2 | 16,7% |
| | 6 | 2 | 5,1% | 2 | 16,7% |
| | 7 | 6 | 15,4% | 1 | 8,3% |
| | 8 | 3 | 7,7% | 3 | 25,0% |
| | 9 | 6 | 15,4% | 0 | 0,0% |
| | 10 | 7 | 17,9% | 2 | 16,7% |
| <i>Amamentação na 1ª hora pós-parto</i> | Amamentou | 35 | 89,7% | 12 | 100,0% |
| | Com ajuda | 22 | 56,4% | 7 | 58,3% |
| | Sem ajuda | 15 | 38,5% | 5 | 41,7% |
| | Não amamentou | 4 | 10,3% | 0 | 0,0% |
| <i>Contacto pele com pele</i> | Não | 2 | 5,1% | 2 | 16,7% |
| | Sim | 37 | 94,9% | 10 | 83,3% |

Foi realizada, também, a mesma correlação das variáveis que envolvem o parto, com a habilidade em lidar com o choro. Foi possível constatar que a alta significância ($p > 0,05$) implica que o tipo de parto (eutócico ou distócico) não parece afetar a forma como as mães lidam com o choro dos seus recém-nascidos. Os dados também sugerem que a indução do trabalho de parto, assim como a duração do trabalho de parto (seja 0-12h, 12-24h, 24-36h, ou 36-48h), não parecem afetar significativamente a capacidade das mães de lidar com o choro dos seus bebês, tendo ambos um valor de p superior a 0,05. No entanto, a maioria das participantes (37) com melhores scores na capacidade de lidar com o choro, teve uma duração do trabalho de parto de 0-12 horas.

Em conjunto, os dados analisados expõem que nem o tipo de rotura de membranas (Espontânea vs. Artificial) nem a duração da rotura de membranas influenciam significativamente a capacidade das mães de lidar com o choro de seus recém-nascidos. O teste do qui-quadrado de Pearson apresentou um valor de 0,835 com 2 graus de liberdade, com uma significância de 0,659, pelo que não traduz nenhuma diferença significativa na capacidade de lidar com o choro com base na duração da rotura de membranas.

Para além disto, a administração de ocitocina (p -valor de 0,304), ATB (p -valor de 0,796) e analgesia epidural (p -valor de 0,357), independente da sua duração (p -valor de 0,583), não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a capacidade das mães de lidar com o choro dos seus recém-nascidos. Isto indica que estas intervenções clínicas durante o parto, por si só, não parecem influenciar diretamente esta habilidade.

Por outro lado, os resultados também sugerem que a amamentação na 1.^a hora de vida (com ou sem ajuda) e o contacto pele com pele não exibiram uma associação significativa com a capacidade das mães em lidar com o choro do recém-nascido, pelo que a amamentação obteve um p -valor de 0,244; e o contacto pele com pele um p -valor de 0,902.

Quanto aos níveis de stress e a habilidade para lidar com o choro, observou-se que há uma tendência nas mães com níveis mais altos de stress (7 a 10) a uma maior capacidade de lidar com o choro do bebé. Por exemplo, no nível 7, 6 (das 7 mães que relataram este nível de stress) conseguiram lidar com menor dificuldade com o choro, e no nível 10, 5 (das 9 mães que relataram este nível de stress) também tiveram mais sucesso em lidar com o choro. Assim, a análise sugere uma tendência de associação entre o stress no trabalho de parto e a capacidade de lidar com o choro do bebé, com a razão de verossimilhança mostrando significância ($p = 0,014$). No entanto, o teste qui-quadrado de Pearson e o teste U de Mann-Whitney não indicam uma associação forte, o que significa

que a relação não é robusta o suficiente para ser considerada estatisticamente significativa em todos os testes.

Por fim, a última questão foi relativa à estratégia escolhida pelas mães, para tranquilizar o bebé, através de uma pergunta aberta: “O meu bebé acalma quando...”. Foi possível destacar, como resposta com maior percentagem, que a frase foi mais vezes completa com a palavra “mama” (29,4%), seguida de “colo” (19,6%), “amor” (9,8%), “passeio” (9,8%) e “balanço” (7,8%), tendo sido também referidos: “aconchego” (3,9%), “banho” (2,0%), “cantar” (2,0%), “colo com ruído” (2,0%), “carinho” (3,9%), “música” (2,0%) e “serenidade” (2,0%) (Quadro 7).

Quadro 7: Caracterização da estratégia para lidar com o choro

| <i>O meu bebé acalma com:</i> | | N (51) | % |
|-------------------------------|-----------------------|--------|-------|
| Emocional/relacional | <i>Amor</i> | 5 | 9,8% |
| | <i>Aconchego</i> | 2 | 3,9% |
| | <i>Carinho</i> | 2 | 3,9% |
| | <i>Mimo</i> | 2 | 3,9% |
| | <i>Serenidade</i> | 1 | 2,0% |
| | <i>Conforto</i> | 1 | 2,0% |
| “Instrumental” | <i>Mama</i> | 15 | 29,4% |
| | <i>Colo</i> | 10 | 19,6% |
| | <i>Passeio</i> | 5 | 9,8% |
| | <i>Balançar</i> | 4 | 7,8% |
| | <i>Colo com ruído</i> | 1 | 2,0% |
| | <i>Música</i> | 1 | 2,0% |
| | <i>Banho</i> | 1 | 2,0% |
| <i>Cantar</i> | 1 | 2,0% | |

Nas 51 participantes no estudo obtiveram-se 14 diferentes estratégias que as mães identificaram para lidar com o choro do seu filho ao completar a frase “O meu bebé acalma quando...”. Das diversas estratégias, umas reportam-se a estratégias de carácter emocional/relacional (aconchego, amor, carinho, mimo, conforto, serenidade) e outras mais “instrumental” (balançar, banho, cantar, colo, colo com ruído, mama, música, passeio). Todas elas implicam interação entre mãe e filho.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados e analisados os resultados obtidos na análise dos dados discutidos no capítulo anterior. Serão explorados os resultados com maior relevância para o presente estudo e será feita uma conexão entre estes achados e o conhecimento atual sobre os temas em questão, em conjunto com as reflexões que surgiram ao longo do desenvolvimento do projeto.

Nesta investigação constatou-se que numa amostra com 51 mães e respetivos filhos, 23,5% (12) desses bebés tinham as características compatíveis com PURPLE, o que indica que o choro intenso e prolongado foi relatado numa proporção significativa da amostra. Estes números vão ao encontro ao descrito na literatura. Segundo Kim (2011), a prevalência do choro excessivo, durante os primeiros três meses de vida ronda os 16% - 29%; sendo que, segundo a meta-análise de Wolke et al. (2017), essa prevalência de choro excessivo varia de país para país podendo destacar a Dinamarca, Japão e Reino Unido, como os países estudados, com menor prevalência. Estes autores também verificaram que a investigação existente sobre o choro excessivo, expõe uma maior prevalência deste entre as 3-4 semanas (18,4%) e as 5-6 semanas (25,1%). Esta prevalência vem reforçar a necessidade acrescida de atenção aos casos de PURPLE, fornecendo suporte aos cuidadores, tanto em termos de estratégias para lidar com o choro excessivo, como o bem-estar durante os primeiros meses de vida.

RELAÇÃO DA PURPLE E O PARTO

Não há evidência clara de que haja relação entre eventos relacionados com a gravidez ou parto sejam causas do choro excessivo e inexplicável do bebé. Os resultados da análise qui-quadrado ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,969$) indicam que não houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e a presença do choro PURPLE, o que indica que o tipo de parto, isoladamente, pode não ser um fator relevante para a ocorrência do choro PURPLE. No entanto, estudos prévios destacam que determinadas intervenções obstétricas durante o parto podem impactar o bem-estar do recém-nascido (Buckley, 2015; Buckley et

al., 2023; Costa et al., 2003 ; Olza et al., 2018). Os dados obtidos, permitem perceber uma tendência para a presença da PURPLE no trabalho de parto induzido ($\chi^2 = 8,997$; $p = 0,061$), especialmente com maior prevalência nos partos induzidos com Foley (25,0%) e ocitocina (33,3%) em comparação com os métodos de indução por dinoprostona e misoprostol, nos quais não houve casos de ocorrência de PURPLE. Diversos estudos corroboram o papel da indução artificial do trabalho de parto, em especial da administração de ocitocina no bem-estar fetal e, talvez, esse efeito guarde relação com com o bem-estar nos primeiros tempos de vida extrauterina.

Segundo Olza et al. (2018), a administração de ocitocina sintética perturba o mecanismo fisiológico de secreção desta hormona, e o excesso de ocitocina na parturiente causa feedback negativo e suprime a libertação de ocitocina endógena. Esta autora descreve que para além da redução da secreção de ocitocina endógena, também os recetores de ocitocina são suprimidos. A administração intraparto de ocitocina sintética também afeta o feto, na medida em que, pode perturbar o equilíbrio da secreção endógena de ocitocina, pois a administração de ocitocina sintética na mãe, permite que esta passe através da barreira placentária e da barreira hematoencefálica fetal imatura, e como consequência causa um feedback negativo no processo endócrino do recém-nascido e afetando-o negativamente no pós parto, tanto imediato (como por exemplo na primeira mamada), como mais tardiamente (Bell et al., 2014). Segundo estudos em animais, foi demonstrado que a manipulação perinatal do sistema ocitocina tem efeitos duradouros na alimentação, apego, sociabilidade das crianças (Monks & Palanisamy, 2021).

A análise do nível de stress materno durante o trabalho de parto e a PURPLE não apresentou uma associação significativa ($\chi^2 = 9,803$; $p = 0,367$). No entanto, foi possível verificar uma maior prevalência de choro PURPLE foi associado quando as em parturientes que relataram níveis moderados a elevados de stress (6 a 8 em uma escala de 10). Este padrão reforça a importância do contexto emocional materno durante a gravidez e parto. Segundo a revisão de literatura de Bergh et al. (2005), o stress, a ansiedade e as emoções maternas durante a gravidez e parto afetam o funcionamento fetal, sendo este fenómeno evidenciado pelo aumento da frequência cardíaca fetal e da motilidade. Quando a grávida está stressada por algum motivo, há um aumento do seu nível de cortisol, que se repercute no perfil hormonal fetal (Sjostrom et al., 1997; Teixeira et al., 1999). A ansiedade materna foi evidenciada pela observação de um fluxo sanguíneo anormal nas artérias uterinas, visualizado com recurso a Doppler que permite a medição do padrão de fluxo sanguíneo e índice de resistência (Sjostrom et al., 1997;N Teixeira et al., 1999). Um índice de resistência elevado indica uma maior resistência ao fluxo sanguíneo e sabe-se que está associado a um desfecho obstétrico adverso (Sjostrom et al., 1997;Teixeira et al., 1999).

Os estudos demonstram que estas alterações biológicas, derivadas da ansiedade/stress materno pré-natal, estão diretamente relacionadas com problemas de regulação a nível cognitivo, comportamental e emocional nos filhos, ao longo do desenvolvimento infantil. Nos recém-nascidos, os problemas de regulação foram expressos em pontuações menos boas na Escala de Avaliação Neonatal de Brazelton (Rieger et al., 2004), exame neurológico (Lou et al., 1994), tónus vagal cardíaco (Huizink et al., 2003) e estados comportamentais (Rieger et al., 2004; Bergh et al., 2005). Na revisão da literatura realizada por Bergh et al. (2005) também são descritas alterações nos lactentes, relacionadas com o stress materno durante a gravidez. Estes transtornos foram classificados por um observador, que indicou que, os lactentes estudados tiveram interações menos boas com a mãe, sendo altamente reativos, evidenciaram pior regulação da atenção e com piores capacidades de linguagem, e pelas mães como tendo problemas de sono, alimentação e atividade e como sendo irritáveis e difíceis (Bergh et al., 2005).

Outro achado que foi possível verificar no estudo atual foi que a proporção de bebés que tiveram contacto pele com pele é maior no grupo de bebés sem PURPLE (94,9%) do que no grupo com PURPLE (83,3%), sendo que 16,7% dos casos de PURPLE ocorreram em neonatos sem contato pele a pele, contudo, esta associação não é suficiente para ser considerada estatisticamente significativa ($P > 0,05$). As evidências que apoiam a prática do contacto pele com pele após o nascimento são robustas, estando descritos múltiplos benefícios tanto para a mãe quanto para o bebé. Segundo Widström et al. (2019) as vantagens para o bebé incluem uma diminuição das consequências negativas do "stress de nascer", otimização da termorregulação e menos choro (Hagnevik et al., 1984; Widström, 2019). De acordo com o estudo randomizado de Cooijmans et al. (2022), no qual foram examinados os efeitos do contacto pele com pele (com duração mínima de uma hora), cinco vezes por semana, em recém-nascidos de termo, durante doze semanas, foi possível observar que mais minutos de contacto pele com pele foram associados a menos choro (ou seja, menor duração total e menor duração da crise) e maior duração total do sono, especialmente nos lactentes mais novos.

LIDAR COM A PURPLE

A presente investigação analisou 51 mães, das quais, 24 (47,1%) apresentavam "dificuldade" em lidar com o choro; enquanto 27 (52,9%) indicaram que têm "mestria" em

lidar com o choro. Esta distribuição é relativamente equilibrada, pelo que podemos inferir que embora muitas mães se sintam competentes, uma parte significativa ainda enfrenta desafios neste aspeto. Papoušek et al. (2008), indicam que 40% das mães reportam que encontram desafios em responder ao choro do bebé, especialmente quando o choro persiste, conduzindo a sentimentos de frustração, ansiedade e, em alguns casos, desamparo.

Estes resultados permitem perceber que a dificuldade em lidar com o choro é uma preocupação significativa para quase metade das mães, o que implica uma maior necessidade de intervenções direcionadas para aumentar a confiança e as competências desta população. Este achado, faz ressaltar a importância de oferecer suporte e recursos adequados, promovendo um ambiente mais favorável tanto para as mães quanto para os bebés. Há evidências de uma associação entre choro excessivo do lactente e piores resultados a longo prazo, incluindo impacto na relação mãe/pai-filho, transtornos de humor infantil e possíveis preocupações com o desenvolvimento (DeGangi et al., 2000; Hemmi et al., 2011). Estes podem ser mediados por atribuições parentais e perceções do choro do seu bebé (Smarius et al., 2017), e a intervenção precoce para apoiar as mães e os pais afetados pelo choro excessivo do bebé pode ajudar a mitigar estes potenciais resultados negativos (Gilkerson et al., 2020). É conhecido o grande impacto que o choro infantil tem na mãe e no pai e nas dinâmicas familiares. Está associada à ansiedade parental, depressão materna e paterna (Smart & Hiscock, 2007), altos níveis de utilização de serviços de saúde e é o maior fator de risco para abuso infantil, particularmente a Síndrome do Bebé Sacudido (Reijneveld et al., 2004).

Quando avaliada a relação do stress no trabalho de parto e a capacidade para lidar com o choro do bebé, contrariamente ao que seria de esperar, observou-se que há uma tendência em mães com níveis mais altos de stress (7 a 10) a uma maior capacidade de lidar com o choro do bebé. De facto, a análise dos resultados recolhidos insinua uma tendência de associação entre o stress no trabalho de parto e a capacidade de lidar com o choro do bebé, com a razão de verossimilhança mostrando significância ($p = 0,014$). A evidência sugere que o stress materno pode prejudicar a capacidade de atenção e resposta à dor e ao choro do bebé, e não dotar a mãe de uma capacidade acrescida para este feito. No estudo de Pérez et al. (2020), foi possível constatar que mães que vivenciaram altos níveis de stress no parto frequentemente tinham dificuldades em lidar com o choro excessivo, resultando numa resposta menos eficaz às necessidades do bebé.

Independentemente da origem da dificuldade das mães em lidar com o choro do filho, este estudo permitiu perceber que uma percentagem elevada (47,1%) de mães ainda sente um grande grau de dificuldade em lidar com o choro do bebé, ao fim de 6 a 8 semanas após o

nascimento do seu filho, pelo que se pode concluir que existe uma necessidade premente, por parte do EEESMO, de apoio e orientação das famílias face a esta área.

Esta intervenção pode passar por: a) educação e informação: sobre o padrão de choro normal do bebé, assim como a PURPLE, para ajudar os pais a entenderem que esta fase é comum e temporária; educar sobre as características do choro (como os padrões de intensidade e duração); b) apoio emocional: oferecer apoio emocional e encorajar as mães a expressarem as suas emoções e preocupações (a validação dos sentimentos de frustração e ansiedade é fundamental); criar um espaço seguro para que as mães e os pais compartilhem as suas experiências e recebam informações e recomendações práticas de outras mães e pais ou grupos de apoio; c) estratégias para lidar com o choro: compartilhar estratégias práticas que os pais podem usar para acalmar os bebés; recomendar pausas para a mãe e pai, encorajando-os a se revezar no cuidado do bebé, caso sintam que o choro se está a tornar muito stressante; d) encaminhamento e intervenções: encaminhar para serviços de suporte, se o stress ou a dificuldade em lidar com o choro se tornarem excessivos ou afetarem a saúde mental; e) acompanhamento regular: realizar consultas regulares para monitorar o desenvolvimento do bebé e o bem-estar emocional da mãe e do pai; este acompanhamento pode ajudar a detectar e abordar problemas precocemente (Hernandez & Goldstein, 2011).

Desta investigação também foi possível identificar algumas estratégias adotadas pelas mães para gerir o choro. A análise sugere que várias estratégias são utilizadas pelas mães para lidar com o choro dos seus filhos, com algumas dessas abordagens mostrando maior eficácia do que outras. Os resultados destacam a eficácia do banho relaxante e das técnicas que envolvem o balanço (com o recurso ao *slings* e *swaddles*) para reduzir o choro; o recurso a chupeta e ao ruído-branco, que também aparentam ser úteis, embora de forma menos consistentemente do que outras intervenções; a massagem e o passeio no carrinho/carro apresentam uma eficácia moderada, com uma proporção considerável de mães a referir os benefícios, mas também há uma percentagem considerável que indica que estes métodos não são eficazes.

Estas estratégias também estão presentes na literatura. De acordo com Karp (2015), criador da Técnica dos 5'S, é possível tranquilizar o recém-nascido recriando o meio sensorial do útero (por exemplo, posição confortável, flutuar na posição do feto, som ressonante profundo do fluxo sanguíneo placentário, movimento de agitação, deglutição de líquido amniótico), o que desencadearia uma resposta calmante nos recém-nascidos e lactentes. Segundo o mesmo, esta resposta é desencadeada através de um conjunto de 5 passos (5S's) implementados no momento que o bebé está a chorar: (1) *swaddling*; (2) *side/stomach position* nos braços da mãe/pai ou cuidador; (3) *shushing*; (4) *swinging*; e (5) *sucking*. Cada um destes 5S's tem um efeito calmante nos bebés (Tsao et al., 2008; Byrne

& Horowitz, 1981; Brackbill et al., 1973; Erkut & Yildiz, 2017; Esposito et al., 2013; Karakoc & Turker, 2014).

No estudo conduzido por Harrington et al. (2012), os lactentes que foram simultaneamente suavizados com os 5S, após a administração de vacinas, apresentaram diminuição da duração do choro e menores scores médios de dor em comparação com os bebés que receberam água ou sacarose pré-vacinação e foram aliviados como habitualmente após a vacinação. Esta técnica também está descrita como sendo eficaz na diminuição significativa do choro excessivo em lactentes com menos de 4 meses de idade (Moller et al., 2018).

A idade do bebé também é um factor com influência na resposta calmante descrita na literatura. De acordo com Karp (2015), as crianças necessitavam de um quarto trimestre no útero para “amadurecer”, o que é biologicamente impossível porque não conseguiriam nascer através da pelve materna. Nos primeiros três meses após o nascimento, os recém-nascidos e lactentes ainda revelam grande imaturidade do sistema regulador, e apresentam sensibilidade a estimulações semelhantes à vida intrauterina. Há evidência de que os lactentes vivenciam a primeira mudança biocomportamental por volta dos três meses, durante a qual o comportamento e a fisiologia dos lactentes mudam de regulação “intrauterina” para mais “extrauterina” (Karp, 2015).

As mães identificam como importante para lidar com o choro dos bebés a amamentação - o uso da mama como tranquilizador do choro. A maior parte das mães (29,4%) relatou que o bebé se acalma enquanto mama, o que vem reforçar a noção de que a amamentação não é apenas nutritiva, mas também um ato de conforto físico e emocional, que promove a libertação de ocitocina tanto no bebé como na mãe, e conduz ao relaxamento, redução dos níveis de cortisol e, por sua vez, redução do stress e regulação do ritmo cardíaco do bebé (Walter et al., 2021). Outra medida, identificada pelas mães é o “colo” (com ou sem ruído) (21,6%), o que vai ao encontro ao descrito na evidência. De facto, o toque, principalmente o contacto materno, é um regulador essencial dos sistemas emocionais e fisiológicos do bebé, pois reduz o stress fisiológico do recém-nascido e influencia a atividade do HPA, particularmente durante períodos críticos do desenvolvimento (Figueiredo et al., 2024).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Assim, apesar dos resultados obtidos não apontarem uma clara e significativa associação estatística entre as condições verificadas do parto e a presença da PURPLE, os padrões

observados nalgumas variáveis, como os métodos de indução, stress vivenciado durante o parto e o contacto pele com pele, sugerem possíveis tendências que merecem investigações adicionais. Estes achados reforçam a necessidade de mais estudos, especialmente com amostras maiores e controlo de outras variáveis. Desta forma, para estudos futuros, recomenda-se ampliar o tamanho da amostra para melhorar o poder estatístico; controlar possíveis variáveis de confundimento, como as características clínicas da mãe; realizar também análises de cariz qualitativo sobre a percepção materna da PURPLE, explorando possíveis influências emocionais, religiosas e culturais. Acredita-se que estes esforços poderão contribuir para um entendimento mais abrangente das condições que afetam o bem-estar neonatal e a capacidade para lidar com a PURPLE.

7. CONCLUSÃO

O desenvolvimento da presente dissertação permitiu aumentar o conhecimento sobre a PURPLE, uma nomenclatura recente, enquanto desafio para muitas mães e pais no âmbito da adaptação à parentalidade. Foi possível, desde o início da realização pesquisa observar na multifatoriedade que engloba esta síndrome, assim como a escassez de informação relacionada com o tema.

Este estudo teve como principal objetivo investigar a relação entre as condições do parto e um quadro de choro excessivo, conhecido por PURPLE, que afeta uma porção dos recém-nascidos durante os primeiros 3/4 meses de vida extrauterina. Esta síndrome, muitas vezes confundida com “cólicas”, é caracterizada por episódios prolongados, intensos e difíceis de acalmar e, por este motivo, acarreta um grande impacto tanto no bem-estar dos bebés quanto nas famílias. A falta de conhecimento acerca das causas exatas deste padrão de choro torna-o um fenómeno extremamente frustrante, levando a um aumento de ansiedade, de stress e, em alguns casos, causando um comprometimento na ligação mãe/pai-filho e na relação conjugal. Este foi o cenário que deu como ponto de partida o estudo desta problemática: até que ponto as condições do parto influenciam o aparecimento da PURPLE?

A presente investigação baseou-se numa abordagem quantitativa, com cariz exploratório, descritivo e correlacional, utilizando uma amostra de 51 mães. A recolha de dados foi executada em duas etapas: a primeira foi efetuada através de um questionário aplicado na maternidade que visava colher informações sobre o trabalho de parto; a segunda foi realizada entre a 6.^a - 8.^a semana após o nascimento do bebé, através de uma entrevista telefónica em que foi aplicada a segunda parte do formulário, que permitiu

conhecer o padrão do choro de cada bebé, assim como as dificuldades das mães para lidarem com o choro.

Os resultados obtidos deste estudo, visam oferecer *insights* cruciais sobre a relação entre as condições perinatais, a resposta materna ao choro excessivo do bebé e as estratégias utilizadas para gestão do choro. A investigação, com uma amostra de 51 mães e respetivos bebés, destacou a PURPLE foi reportada em 23,5% dos casos, o que é consistente com a evidência na literatura internacional. Estes resultados veem reafirmar a relevância de abordar o fenómeno com estratégias baseadas na evidência, tendo em consideração tanto os fatores biológicos como as variáveis contextuais que influenciam a experiência materna.

Apesar dos resultados não demonstrarem associações estatisticamente significativas entre os fatores obstétricos, como o tipo de parto e a presença da PURPLE, os dados sugerem tendências relevantes. Por exemplo, a indução do trabalho de parto com a administração de ocitocina apresentou uma maior proporção de casos de PURPLE, corroborando estudos prévios que associam o uso deste fármaco e método de indução com potenciais alterações na regulação fisiológica do recém-nascido. De igual forma, o stress vivenciado no parto aparenta influenciar a experiência das mães em lidar com o choro do bebé, reforçando a premissa de que o bem-estar emocional materno durante o período perinatal é deveras importante a vários níveis. Esta investigação reforça a necessidade de uma abordagem menos intervencionista e mais personalizada no trabalho de parto, tendo como objetivo a promoção de um parto fisiológico que respeite os ritmos naturais do corpo da mulher e do feto, pois sabe-se que esta postura pode ter efeitos positivos no bem-estar do recém-nascido e na prevenção de problemas associados ao choro excessivo.

Para além disto, a análise da componente lidar com o choro do bebé, indicou que quase metade das mães sentiu dificuldade nesta prática. Este dado vem fortalecer a importância de instituir estratégias de suporte parental que combinem a educação sobre o choro infantil, suporte

psicológico e orientação prática. Estratégias já consagradas, como o método dos "5S's" proposto por Karp, composto por técnicas como o *swaddling* (enfaixamento) e o *shushing* (*white noise*), apresentaram-se eficazes em reduzir o choro em bebês com menos de três meses. Este conhecimento é útil e pode ser integrado em programas educativos para aumentar a capacidade parental de responder ao choro de forma eficaz, e reduzir o impacto emocional e psicológico tanto na mãe/pai como no bebê.

A averiguação do contato pele com pele também revelou benefícios significativos, com uma menor incidência de PURPLE em bebês que foram privilegiados com este método logo após o nascimento. Esta medida não só promove uma ligação mais profunda entre a mãe e o bebê, mas também diminui o stress neonatal e facilita a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino.

Uma das mais-valias do presente estudo foi a abordagem exploratória de relacionar as condições do parto ao comportamento do recém-nascido, uma área ainda pouco desenvolvida na literatura. No entanto, é premente reconhecer as limitações do estudo tais como a dimensão reduzida da amostra, que embora tenha sido suficiente para uma análise exploratória, não possibilita a generalização dos resultados. Para além disto, a recolha de dados restringiu-se a uma única instituição hospitalar, o que pode diminuir a variabilidade das condições constatadas. Assim é importante fomentar o aumento de estudos sobre o tema, com amostras mais amplas e diversificadas e com acompanhamento a longo prazo de forma a perceber os efeitos persistentes das condições do parto no desenvolvimento infantil. Para pesquisas futuras, recomenda-se o uso de amostras mais amplas e metodologias mistas, que combinem análise quantitativa e qualitativa, permitindo explorar como fatores culturais, emocionais e contextuais influenciam a experiência materna e o bem-estar infantil.

Para finalizar, este trabalho vem reforçar a necessidade de intervenções integradas nos cuidados pós-natais, que promovem não só a saúde física do bebê, mas também o apoio emocional da mãe e do pai, que se revela

crucial para garantir um desenvolvimento infantil equilibrado e fortificar a confiança e preparação antecipada para o exercício da parentalidade, isto é, a promoção da adaptação à parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdolalipour, S., Abbasalizadeh, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Abbasalizadeh, F., Jahanfar, S., Raphi, F., & Mirghafourvand, M. (2024). Effect of implementation of the WHO intrapartum care model on maternal and neonatal outcomes: a randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 283. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06449-4>
- Atzil, S., Hendler, T., Zagoory-Sharon, O., Winetraub, Y., & Feldman, R. (2012). Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: Relations to oxytocin and vasopressin. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(8), 798-811. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856712004200>
- Aune, I., et al. (2018). The relationship between a positive birth experience and maternal psychological well-being: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1781-6>
- Baildam, E. M., Hillier, V. F., Ward, B. S., Bannister, R. P., Bamford, F. N., & Moore, W. O. (1995). Duration and pattern of crying in the first year of life. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 37(4), 345-353. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1995.tb11939.x>
- Baker, C. (2018). Historical perspectives on childbirth: A critical review. *Journal of Women's Health*, 27(4), 889-896. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6553>
- Barañano, A. M. (2008). *Metodologias de Investigação*. ISBN: 978-972-618-312-9. <https://cat.biblioteca.ipbeja.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=69983%20thumbnail-shelfbrowser>

- Barnard, K. E. (1994). Nurturing the Premature Infant: Developmental Interventions to Support Behavioral Organization. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (pp. 186-201). New York: Wiley.
- Barr, R. G. (1990). The normal crying curve: What do we really know? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 32(4), 356-362. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1990.tb16940.x>
- Barr, R. G., et al. (1987). A crying curve and sleep regulation. *Journal of Pediatrics*.
- Barr, R. G. (2006). The Period of PURPLE Crying: A New Way to Understand Your Baby's Crying. National Center on Shaken Baby Syndrome.
- Barr, R. G. (2020). The normal crying curve: What do we really know? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(6), 447-454.
- Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. (2014). Beyond Labor: The Role of Natural and Synthetic Oxytocin in the Transition to Motherhood. *J Midwifery Womens Health*, 59, 35-42
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Rigo, P., Esposito, G., Swain, J. E., Suwalsky, J. T., Su, X., Du, X., Zhang, K., & Cote, L. R. (2017). Neurobiology of culturally common maternal responses to infant cry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 114, E9465-E9473. <https://doi.org/10.1073/pnas.1712022114>
- Bourne, T. (2015). The evolution of obstetrics and gynaecology. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(7), 1013-1017. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13454>

Botha, E., Joronen, K., & Kaunonen, M. (2019). The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 779-790. <https://doi.org/10.1111/scs.12702>

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Volume 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Byrne, J. M., & Horowitz, F. D. (1981). Rocking as a soothing intervention: The influence of direction and type of movement. *Journal of Experimental Child Psychology*.

Brackbill, Y., Douthitt, T. C., & West, H. (1973). Psychophysiologic effects in the neonate of prone versus supine placement. *J Pediatr*, 82, 82-84. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(73\)80017-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(73)80017-4)

Brazelton, T. B. (1995). *Touchpoints: Your Child's Emotional and Behavioral Development*. Addison-Wesley Publishing.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods (4th ed.)*. Oxford University Press.

Buckley, S. J. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families.

Buckley, S. J., Uvnäs-Moberg, K., Pajalic, Z., Luegmair, K., Ekström-Bergström, A., Dencker, A., Massarotti, C., Kotlovska, A., Callaway, L., Morano, S., Olza Fernandez, I., & Meier-Magistretti, C. (2023). Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to maternal synthetic oxytocin administration during labour, birth and postpartum - A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 137. DOI: 10.1186/s12884-023-05336-2

Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem (2nd ed.)*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Chang, C. Y., Vincent, P. M. D. R., Srinivasan, K., & Kathiravan, S. (2021). Deep learning assisted neonatal cry classification via support vector machine models. *Frontiers in Public Health*, 9, 670352. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.670352>
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Transição para a parentalidade: da gravidez ao pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 221-239.
- Cooijmans, K. H. M., Beijers, R., & de Weerth, C. (2022). Daily skin-to-skin contact and crying and sleeping in healthy full-term infants: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 58(9), 1629-1638. <https://doi.org/10.1037/dev0001392>
- Costa, R., Lima, A. M., & Lima, L. M. (2003). The role of oxytocin in the physiological process of labor: A review. *Journal of the Brazilian Society of Anesthesiology*, 53(3), 347-356.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Routledge.
- DeGangi, G. A., Breinbauer, C., Roosevelt, J. D., Porges, S., & Greenspan, S. (2000). Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 156-175.
- De Pisapia, N., Bornstein, M. H., Rigo, P., Esposito, G., De Falco, S., & Venuti, P. (2013). Gender differences in directional brain responses to infant hunger cries. *Neuroreport*, 24(3), 142. https://journals.lww.com/neuroreport/abstract/2013/02130/sex_differences_in_directional_brain_responses_to.8.aspx
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., et al. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women Birth*, 32(2), 99-111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.001>

- Douglas, P., & Hill, P. (2011). Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7772>
- Erkut, Z., & Yildiz, S. (2017). The effect of swaddling on pain, vital signs, and crying duration during heel lance in newborns. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(5), 328-336. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.04.001>
- Esposito, G., Yoshida, S., Ohnishi, R., Tsuneoka, Y., Rostagno, MdC., Yokota, S., ... & Kuroda, K. O. (2013). Infant calming responses during maternal carrying in humans and mice. *Current Biology*, 23(9), 739-745. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.041>
- Evanoo, G. (2007). Infant crying: A clinical conundrum. *Journal of Pediatric Health Care*, 21, 333-338. <https://www.jpahc.org/action/showPdf?pii=S0891-5245%2807%2900254-4>
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80(2), 544-561. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19489894/>
- Figueiredo, A. R., Moniz, P., & Laureano, M. (2024). Touch: A review of the infant-caregiver relationship in the neonatal field. *Journal of Neonatal Care*, October 17, 2024. <https://doi.org/10.55922/001c.124910>
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

- Fria, L. L., & Franco, A. (2008). *Normal childbirth: Evidence and debate*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Gilkerson, L., Burkhardt, T., Katch, L. E., & Hans, S. L. (2020). Increasing parenting self-efficacy: The fussy baby network® intervention. *Infant Mental Health Journal*, 41(2), 232-245.
- Gomes-Pedro, J. (1985c). A importância da interação precoce no desenvolvimento infantil. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 16(2), 47-53.
- Hagnevik, K., Faxelius, G., Irestedt, L., Lagercrantz, H., Lundell, B., & Persson, B. (1984). Catecholamine surge and metabolic adaptation in the newborn after vaginal delivery and caesarean section. *Acta Paediatr Scand*, 73, 602-609.
- Harrington, J. W., Logan, S., Harwell, C., Gardner, J., Swingle, J., McGuire, E., et al. (2012). Effective analgesia using physical interventions for infant immunizations. *Pediatrics*, 129, 815-822. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1607>
- Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and longterm behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622-629.
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Group, B. (2017). Factors related to a negative birth experience-a mixed methods study. *Midwifery*, 9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28528179/>
- Hernandez, A. M., & O'Connor, R. (2014). Neuroendocrine responses to stress in the newborn. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 27(9-10), 857-866.
- Hernandez, C. C., & Goldstein, S. M. (2011). The role of healthcare providers in supporting families during the infant's crying phase. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.07.001>

- Hill, E., & Firth, A. (2018). Positive birth experiences: a systematic review of the lived experience from a birthing person's perspective. *MIDIRS Midwifery Digest*, 28(1), 71-78. <https://bradscholars.brad.ac.uk/handle/10454/14860>
- Hodent, C., Uvnäs-Moberg, K., & Gennari, A. (2011). Oxytocin and maternal behaviors: A systematic review. *Reproductive Health*, 8, 16. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-16>
- Howarth, A., Swain, N., & Treharne, G. J. (2011). First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*, 45.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*, 44, 1025-1036.
- Hunziker, U. A., & Barr, R. G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 77(5), 641-648.
- International Council of Nurses (ICN). (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 1.0*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- IJzendoorn, M. H. van, & Hubbard, J. A. (2000). Attachment, self-regulation, and school performance in children. *Child Development*, 71(3), 763-782. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00192>
- Karakoç, A., & Türker, F. (2014). Effects of white noise and holding on pain perception in newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 15(4), 864-870. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12535>

- Karp, H. (2015). *The Happiest Baby on the Block: The New Way to Calm Crying and Help Your Newborn Baby Sleep Longer*. New York: Bantam Books.
- Kim, J. S. (2011). Excessive crying: behavioral and emotional regulation disorder in infancy. *Korean Journal of Pediatrics*, 54(6), 229-233. <https://doi.org/10.3345/kjp.2011.54.6.229>
- Kirk, J., & McRae, D. (2015). Adaptation for life: A review of neonatal physiology. *British Journal of Anaesthesia*, 115(2), 243-253. <https://doi.org/10.1093/bja/aev089>
- Kitzinger, S. (2007). *The new pregnancy and childbirth: The complete guide to your pregnancy and birth experience*. Piatkus.
- Kurth, E., Spichiger, E., Zemp Stutz, E., Biedermann, J., Höfli, I., & Kennedy, H. P. (2010). Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-21>
- Lawn, J. E., et al. (2014). Newborn Survival: A Global Perspective. *The Lancet*, 384(9941), 196-207.
- Leerkes, E. M., et al. (2014). Antecedents of maternal sensitivity during distressing tasks. *Child Development*, 85(3), 931-944. <https://doi.org/10.1111/cdev.12160>
- Leitão, S. (1994). *Desenvolvimento da linguagem na infância: Perspectivas teóricas e implicações práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Levitzky, S., & Cooper, R. (2000). Infant colic syndrome—maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 39(7), 395-400. <https://doi.org/10.1177/000992280003900703>

- Lourenço, M., & Afonso, C. (2008). Parentalidade e desenvolvimento emocional. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1(2), 91-106
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Ment, L. R., & Eichenwald, E. C. (2006). *Neonatal adaptation and care*. In *Antenatal and postnatal care: A comprehensive guide for health care professionals* (pp. 123-140). New York: Springer.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. Springer Publishing Company.
- Molgora, S., Fenaroli, V., & Saita, E. (2020). The association between childbirth experience and mother's parenting stress: the mediating role of anxiety and depressive symptoms. *Women Health*, 60(3), 341-351. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1743075>
- Monks, D. T., & Palanisamy, A. (2021). Oxytocin: at birth and beyond. A systematic review of the long-term effects of peripartum oxytocin. *Anaesthesia*, 76(11), 1526-1537. <https://doi.org/10.1111/anae.15553>
- Möller, E. L., de Vente, W., & Rodenburg, R. (2019). Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement. *PLOS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214548>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews, (11), CD003519.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Namujju, J., Muhindo, R., Mselle, L. T., Waiswa, P., Nankumbi, J., & Muwanguzi, P. (2018). Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. *Reproductive Health*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-7>

OMS (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

Olson, S. L., Sameroff, A., Lunkenheimer, E. S., & Kerr, D. (2009). Self-regulatory processes in the development of disruptive behavior problems: The preschool to school transition. In S. L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (pp. 144-185). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511627064>.

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://cora.ucc.ie/handle/10468/8022>

Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde (2ª Edição)*. Placebo, Editora LDA. ISBN 978-989-8463-01-2.

Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life: Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. Washington, DC: Zero to Three Press.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentals of Nursing Research*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ponton, M. (2006). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Artmed.

Power, E., & Sharif, F. (2021). Period of Purple Crying Program for the prevention of abusive head trauma/shaken baby syndrome. *Irish Medical Journal*, 114(7), 415. <https://imj.ie/wp-content/uploads/2021/08/Period-of-Purple-Crying-Program-for-the-Prevention-of-Abusive-Head-Trauma-Shaken-Baby-Syndrome.pdf>

Rebelsky, F. G., & Black, R. (1972). Cry behavior in preterm and full-term infants. *Child Development*, 43(3), 635-644.

Reijneveld, S. A., van der Wal, M. F., Brugman, E., Sing, R. A. H., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364(9442), 1340-1342.

Rieger, M., Pirke, K.-M., Buske-Kirschbaum, A., Wurmser, H., Papousek, M., & Hellhammer, D. (2004). Influence of stress during pregnancy on neonatal behavior. *Ann NY Acad Sci*, 1032, 1-3.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Birth after previous caesarean birth (Green-top Guideline No. 45): [RCOG Guidance](#)*

Sjostrom, K., Valentin, L., Thelin, T., & Marsa' l, K. (1997). Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 74, 149-155.

Smart, J., & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: A pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43(4), 284-290.

Smith, R. M., & McCullough, L. (2016). *Physiology of the Newborn*. In *Fetal and Neonatal Physiology* (5th ed.). Elsevier.

Svelato, A., Ragusa, A., & Manfredi, P. (2020). General methods for measuring and comparing medical interventions in childbirth: a framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02945-5>

Sroufe, L. A. (1995). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. Cambridge University Press.

Souza, K. C., Silva, T. P. R., Damasceno, A. K. C., Manzo, B. F., Souza, K. V., Filipe, M. M. L., & Matozinhos, F. P. (2021). Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21. <https://rcastorage2.blob.core.windows.net/15ca1cfb8287146df948e4b6831e297c/PMC8431849.pdf>

St James-Roberts, I., & Conroy, S. (2005). Do pregnancy and childbirth adversities predict infant crying and colic? Findings and recommendations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 313-320. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763405000047?via%3Dihub>

Teixeira, J. M. A., Fisk, N. M., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort-based study. *BMJ*, 318, 153-157.

Tsao, J. C. I., Evans, S., Meldrum, M., Altman, T., & Zeltzer, L. K. (2008). A review of CAM for procedural pain in infancy: Part I. Sucrose and non-nutritive sucking. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5(4), 371-381. <https://doi.org/10.1093/ecam/nem084>

Van den Bergh, B. R. H., Mulder, E. J. H., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.007>

Vermillet, A.-Q., Tølbøll, K., Mizan, S. L., Skewes, J. C., & Parsons, C. E. (2022). Crying in the first 12 months of life: A systematic review and meta-analysis of cross-country parent-reported data and modeling of the “cry curve”. *Child Development*, 93(5), 1384-1400.

https://pure.au.dk/ws/portalfiles/portal/331644991/Child_Development_2022_Vermillet_Crying_in_the_first_12_months_of_life_A_systematic_review_and_meta_analysis_of.pdf

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: Neurobiological basics and implications for mother and child. *Frontiers in Endocrinology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>

Widström, A.-M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(9), 1332-1341. <https://doi.org/10.1111/apa.14727>

Wolke, D., Bilgin, A., & Samara, M. (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *The Journal of Pediatrics*, 185, 55-61.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.020>

Vingerhoets, A. J. J. M., & Bylsma, L. M. (2018). The neurobiology of human crying. *Current Agenda in Research*, 1, 10-18. Disponível em: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/28215499/MCP_Vingerhoets_neurobiology_human_crying_CAR_open_access_2018.pdf

Walsh, D. (2012). Oxytocin and the facilitation of labor: A review of its physiological role and use in clinical practice. *British Journal of Midwifery*, 20(6), 427-432. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.6.427>

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and

Child. Frontiers in Endocrinology, 12, 742236.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>

Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic." *Pediatrics*, 14(5), 421-435.

Wurmser, H., Rieger, M., Domogalla, C., Kahnt, A., Buchwald, J., Kowatsch, M., ... & von Voss, H. (2006). Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: A prospective longitudinal study. *Early Human Development*, 157, 105348. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.07.004>

Zeifman, D. M. (2001). An ethological analysis of human infant crying: Answering Tinbergen's four questions. *Developmental Psychobiology*, 39(3), 265-285. <https://doi.org/10.1002/dev.1005>

ANEXOS

ANEXO I - Guião da entrevista

Tema: Influência das condições do parto na PURPLE

Objetivo do estudo: Aumentar o conhecimento sobre a relação entre as condições do parto e a presença do período do choro PURPLE, de maneira que se adquira mais ferramentas para conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da adaptação à parentalidade.

Legitimação da entrevista:

| Objetivos específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Legitimar a entrevista | - Apresentação do investigador - Apresentação do tipo de estudo; - Esclarecer sobre o objetivo da entrevista; - Pedir autorização da áudio-gravação. | Esclarecimento de dúvidas |
| Motivar o entrevistado | Informar sobre a importância da participação do entrevistado | Garantir ausência de juízos de valor |
| Utilizar os dados recolhidos | Informar que será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos | Assinatura do consentimento informado |

Guião de entrevista

| | |
|---------------|------------------|
| Entrevista nº | Data: __-__-____ |
| Início: | Fim: |

Momento 1 (presencial)**Caracterização sociodemográfica:**

- 1) Idade: ____
- 2) Estado civil:
 - ___ Casada
 - ___ União de facto
 - ___ Solteira
 - ___ Viúva
 - ___ Divorciada
- 3) Idade convivente/cônjuge ____
- 4) Habilitações literárias:
 - ___ Nenhuma
 - ___ Ensino básico 1º ciclo (antigo 4.º ano)
 - ___ Ensino básico 2º ciclo (antigo 6.º ano)
 - ___ Ensino básico 3º ciclo (antigo 9.º ano)
 - ___ Ensino secundário - 12.º ano
 - ___ Curso tecnológico
 - ___ Bacharelato
 - ___ Licenciatura
 - ___ Mestrado
 - ___ Doutoramento
- 5) Número de filhos ____
- 6) Como caracteriza a experiência de lidar com o choro do seu (último) filho(a) nos primeiros dois meses:

Muito boa 10 -9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Horrível

Parto

- Data do parto: ____ - ____ - ____
- Tipo de parto: _____
- Tempo de duração do trabalho de parto: ____
- Indução do trabalho de parto: ____sim ____não
- Se sim, como? _____
- Rutura de membranas: ____ espontânea ____ artificial
- Tempo de duração do trabalho de parto desde a rutura de membranas até ao parto: ____
- Aceleração ocitócica do trabalho de parto ____ sim ____não
- Administrada antibioterapia intraparto? ____ sim ____não
- Analgesia epidural: ____ sim ____não
- Se sim, quando? _____

Amamentou na 1.^a hora pós-parto? ____sim ____não | Com ajuda ____ Sem ajuda ____

Realizou contacto pele com pele na 1.^a hora pós-parto? ____sim ____não

Numa escala de 0 a 10, como classifica o nível de stresse sentido durante o trabalho de parto e parto? _____

Momento 2 (telefónica)

Amamenta: sim____ não____ Se sim: em exclusivo ____ misto ____

Como caracteriza o envolvimento do pai (participa nos cuidados ao bebé, incluindo quando chora):

Totalmente envolvido nos cuidados 10 -9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Nada envolvido nos cuidados

Como caracteriza a sua autoconfiança para identificar o que o bebé precisa pelo tipo de choro:

Extremamente confiante 10 -9-8-7-6-5-4-3-2-1-0 Nada confiante

Caracterização do choro do bebé

Nas afirmações que se seguem coloque uma cruz na pontuação que considera identificar na sua situação:

[0] Nunca acontece

[1] Algumas vezes

[2] Muitas vezes

[3] Sempre

| 3. Componente: presença do período de choro PURPLE | Nunca | Algumas vezes | Muitas vezes | Sempre |
|---|-------|---------------|--------------|--------|
| g. O meu filho chora, por períodos, de forma excessiva. | | | | |
| h. O meu filho chora 3 horas seguidas. | | | | |
| i. O meu filho chora 3 horas seguidas, por dia, mais do que 3 vezes por semana. | | | | |
| j. O choro do meu filho chora independentemente do que eu faça. | | | | |
| k. O meu filho chora mais ao final da tarde ou início da noite. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| l. Este período de choro iniciou-se duas semanas depois do parto. | | | | |
| 4. Componente: lidar com o PURPLE | | | | |
| i. O choro do meu filho dura menos tempo se lhe der um banho relaxante | | | | |
| j. O choro do meu filho dura menos tempo se o levar a passear no carrinho/carro. | | | | |
| k. O choro do meu filho dura menos tempo se lhe fizer uma massagem. | | | | |
| l. O choro do meu filho dura menos tempo se lhe o colocar no marsúpio/sling/equiparado e o balançar. | | | | |
| m. O choro do meu filho dura menos tempo se o embrulhar/envolver (swaddle) e o balançar | | | | |
| n. O choro do meu filho dura menos tempo se o colocar na posição lateral ou de barriga para baixo e o balançar | | | | |
| o. O choro do meu filho dura menos tempo se oferecer a chupeta. | | | | |
| p. O choro do meu filho dura menos tempo se colocar ruído-branco. | | | | |

O que diria para completar a frase:

O meu bebé acalma quando _____

Término da entrevista

| Objetivos específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|-------------------------------------|--|---------------------------|
| Recolher informações complementares | Gostaria de comentar ou adicionar algum aspeto ao tema abordado? | Esclarecimento de dúvidas |
| Agradecer a participação | Apresentar um agradecimento final | |

ANEXO II - Autorização do Conselho de Administração e Comissão Ética

102/2024



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO · ULS São João

DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Após apreciação e pareceres favoráveis da Comissão de Ética e do Centro de Epidemiologia Hospitalar, considerando que se encontram reunidos os requisitos e demais trâmites previstos no circuito para submissão de projetos de investigação na ULS de São João e em conformidade com as disposições legais em vigor, o Conselho de Administração – ao abrigo das competências previstas no Artigo 71.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua atual redação – delibera:

1. Aprovar a realização do projeto de investigação:
 - "Influência das condições do parto na PURPLE".
 - Serviço(s) onde decorrerá o projeto de investigação: Obstetrícia.
 - Investigador(a) principal: Ana Catarina Alves da Silva Pedrosa
2. Remeta-se à Comissão de Ética para os procedimentos adequados e demais trâmites convenientes.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS DE SÃO JOÃO, EPE • REUNIÃO DE 16 DE MAIO DE 2024

Presidente do Conselho de Administração

Prof.ª Doutora Maria João Baptista

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares | Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários | Enfermeiro Chefe | Vogal Executiva | Vogal Executiva |
| | | | | |
| Dra. Elisabete Barbosa | Dra. Lúcia Silva | Enfermeiro Paulo Ernão Moto | Dra. Fernanda Oliveira | Dr. Vítor Leite |

) Comissão de Ética
) Centro de Epidemiologia Hospitalar
) Direção Clínica

CE 102/2024

ANEXO III - Folha de informação à participante

Folha de Informação à Participante

Designação do estudo: *Influência das condições do parto na PURPLE*

A presente investigação insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia sendo a investigadora uma aluna deste curso e a supervisão assegurada pela Professora Alexandrina Cardoso. O estudo tem como objetivo aumentar o conhecimento sobre a relação entre as condições do parto e a presença do período do choro PURPLE, de maneira a que se adquira mais ferramentas para conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de promoção da adaptação à parentalidade.

A decisão de participar nesta investigação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização nos seus direitos legais, ou obrigação de justificação. Caso decida aceitar, serão recolhidas várias informações da sua vida pessoal, nomeadamente a nível individual e social, bem como do seu histórico clínico relativamente à gravidez e parto.

Durante a aplicação dos protocolos, a investigadora irá proceder à recolha de informação relativa ao parto através da plataforma Obscare (plataforma de registo clínico de dados relativos à gravidez, parto e pós-parto). Posteriormente, será realizada uma entrevista telefónica para permitir caracterizar o choro do bebé, que não deverá ultrapassar os 30 minutos e será feito somente numa sessão.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão trabalhados estatisticamente a nível coletivo e nunca individual. Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar a investigadora através do endereço de correio eletrónico cat13pedrosa@gmail.com.

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante: _____

Nome da Investigadora: _____

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____/____/____