

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

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O ABANDONO
PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação: Prof.^a Maria Vitória Parreira

Cláudia Isabel Martins Tavares

Porto | 2016

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório marca o final de uma etapa decisiva no meu percurso pessoal, profissional e académico. A sua conclusão só foi possível com o apoio e colaboração de algumas pessoas a quem não posso deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos:

À minha orientadora, Professora Maria Vitória Parreira, pela disponibilidade, colaboração, conhecimento transmitido e motivação.

À restante equipa docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, por terem contribuído para o sucesso do meu desenvolvimento académico e conseqüente conclusão desta formação. Especialmente à Professora Marinha Carneiro que desde cedo me motivou a perseguir o meu sonho.

Às minhas tutoras de estágio, Enfermeira Andreia, Clarisse, Gorete e Irene, por terem proporcionado momentos únicos de aprendizagem, por toda a sua disponibilidade, motivação e amizade.

Aos restantes membros da equipa do serviço de Obstetrícia do CHVNG, especialmente à Enfermeira Aurora, Daniela, Eugénia, Ilda, Palmira e Sandra pelas oportunidades proporcionadas.

Ao Vítor, pelo incansável apoio, carinho e compreensão sempre demonstrados. Por me dar forças para nunca desistir dos meus sonhos e me apoiar nos momentos difíceis.

À Ana, pela ajuda, apoio e disponibilidade.

Ao Hugo e ao Pedro, pela preocupação e apoio.

Ao Jerry, pelo carinho e apoio constantes, sempre presente.

ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists
AM - Aleitamento materno
AME – Aleitamento materno exclusivo
APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
BP - Bloco partos
CDC - Centers for disease control and prevention
CHVNG - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
CTG - Cartiotocografia
DGS - Direção Geral de Saúde
DPP- Depressão pós-parto
EESMO - Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
FC - Frequência cardíaca
FCF - Frequência cardíaca fetal
ICN – Internacional Council of Nurses
IG - Idade gestacional
IGR - Internamento de grávidas de risco
ITP – Indução do trabalho de parto
NICE - The National Institute for Health and Care Excellence
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PPT - Parto pré-termo
RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists
RN(s) - Recém-nascido(s)
SGB - Streptococcus do grupo B de Lancefield
SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria
SV - Sinais vitais
TA - Tensão arterial
TP - Trabalho de parto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	17
3. O CUIDADO AO CASAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO	35
4. O PROCESSO DE AUTOCUIDADO E A TRANSIÇÃO/ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	
APÓS O NASCIMENTO	63
4.1. O Abandono Precoce do Aleitamento Materno e seus Fatores Condicionantes ...	82
4.1.1 Introdução ao Problema	83
4.1.2 Método	87
4.1.3 Resultados	89
4.1.4 Discussão	89
4.1.5 Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura	101
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO	
PROFISSIONALIZANTE	105
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	123

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura	124
---	-----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Prevalência do AME em Portugal até aos 6 meses de vida (DGS, 2014)	85
FIGURA 2: Etapas de uma revisão integrativa da literatura	88
FIGURA 3: Fatores que contribuem para o abandono precoce do AM	90
FIGURA 4: Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância	107
FIGURA 5: Número de partos executados e participados (cefálicos)	107
FIGURA 6: Número de puérperas e RNs alvo de cuidados e vigilância	107

RESUMO

Objetivo: documentar o percurso realizado ao longo do estágio profissionalizante, de acordo com o previsto no regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), com vista à conclusão do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (MESMO).

Introdução: sendo o âmbito das competências e áreas de atuação do Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO) muito abrangentes, torna-se impossível reproduzir todas as experiências de crescimento pessoal e profissional vivenciadas ao longo deste processo formativo. Por esse motivo é dado destaque às áreas que mais privilegiamos ao longo da prestação de cuidados e às atividades desenvolvidas que suscitaram maior reflexão de acordo com os objetivos do estágio. Foi, também, focada com especial atenção uma problemática transversal a todos os contextos de estágio e com interesse peculiar: o aleitamento materno (AM). A escolha desta temática foi baseada na importância que a amamentação representa, não só para as mães, mas também para o EESMO, pelo impacto que podem ter os seus saberes e a sua partilha, para ajudar os casais, tendo como objetivo o sucesso e a eficácia do processo de amamentação, numa dupla perspetiva que privilegie o binómio mãe-filho.

Metodologia: considerando a pertinência e a mais-valia de uma prática baseada na evidência, procedeu-se à descrição e fundamentação teórica das atividades realizadas nos diferentes contextos formativos proporcionados, com base nesta metodologia. Na prática clínica, um dos focos de atenção transversal a todos os contextos formativos de estágio foi o aleitamento materno. Com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para o seu abandono precoce e perceber que contributo preventivo pode ser dado pelo EESMO, realizou-se uma revisão integrativa da literatura na qual se contemplou a análise crítica de publicações científicas indexadas em bases de dados de saúde.

Resultados: embora o ato de amamentar seja visto como um comportamento inato e natural constatou-se que diversas condicionantes interferem no seu decurso. Da análise dos resultados concluiu-se que diversos fatores pessoais, sociais, culturais, demográficos e biológicos contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno nos primeiros meses de vida do bebé. Ressalta-se, também, que, ao nível preventivo, o contributo dos enfermeiros em geral, e em particular do EESMO, diz respeito à importância da atenção dada não só ao foco da amamentação e às atividades diagnósticas para a identificação dos fatores condicionantes, mas também, às necessidades fisiológicas e psicológicas das mulheres durante a gravidez, parto e período pós-parto. Dos resultados emergentes é, ainda, identificada a necessidade da capacitação e aperfeiçoamento contínuo dos profissionais de saúde para que cada mulher receba suporte e assistência individualizados que permitam um olhar humanizado, considerando-se a mulher como o principal interveniente no processo de amamentar.

Palavras chave: Competências, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, revisão integrativa literatura, aleitamento materno, abandono precoce, contributo e fatores condicionantes.

ABSTRACT

Title: Early cessation of breastfeeding: a preventive contribute of specialist nurses

Objective: describe the journey undertaken throughout the work experience in accordance with the provisions of the regulation of the 2nd cycle studies of the Oporto Nursing School, In order to completion of the Master's Course in Maternal Health Nursing and Obstetrics.

Background: being the midwife responsible for a very wide and diverse range of care, it became impossible to reproduce all the experiences of personal and professional growth throughout this formative process. For this reason, areas in which lack of attention was identified and which required more reflection were emphasized. Also got special attention a transversal focus on all training contexts: breastfeeding. The choice of this theme was based on the importance that breastfeeding represents, not just for mothers, but also for midwives, for the impact that their knowledge and its sharing can have helping couples, aiming to success and effectiveness of breastfeeding in a dual perspective that privileges the binomial mother- son.

Method: considering the relevance and added value of evidence-based practice, proceeded to description and theoretical basis of the activities undertaken in different contexts of training based on this methodology. In clinical practice, one of the transversal focus of attention identified in all training contexts was breastfeeding. With the aim to identify the factors that contribute to the early cessation and realize which preventive contribution can be given by midwives, was conducted an integrative review of the literature which contemplated the critical analysis of indexed scientific publications in health databases.

Results: although the act of breastfeeding is seen as an innate and natural behavior, it was noticed that several conditions interfere with its course. Analyzing the results, it was concluded that many personal, social, cultural, demographic and biological factors contribute to early cessation of breastfeeding in the first months of baby's life. It is also emphasized that the preventive contribution of nurses in general, in particular midwives, concerns to the importance of attention given, not only, to the focus of breastfeeding and activities of diagnoses to identify the conditioning factors, but also, regarding physiological and psychological needs of women during pregnancy, childbirth and postpartum period. In emerging results, it also highlights the need for training and continuous improvement of health professionals for every woman to receive support and individualized care, allowing a humanized look and considering the woman as leading player in breastfeeding process.

Keywords: Skills, Midwife, Integrative literature review, breastfeeding, early cessation, contribute and factors that influence.

INTRODUÇÃO

De acordo com o regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, o estudante tem a possibilidade de optar pela realização de um estágio de natureza profissional, o qual pressupõe a elaboração de um projeto com relevância para a prática clínica, para a obtenção do grau acadêmico de Mestre, numa determinada área. Neste contexto, o presente relatório reflete a atuação durante o estágio profissionalizante realizado, assim como procura demonstrar a análise e reflexão decorrentes do desenvolvimento e aquisição de competências, tendo por base o regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP e os pressupostos publicados no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados publicados pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Sendo impossível reproduzir todas as experiências que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional vivenciadas ao longo deste processo formativo, foi focada com especial atenção, o AM, uma problemática transversal a todos os contextos de estágio e com interesse peculiar. Apesar dos seus benefícios, amplamente reconhecidos, constatou-se que a amamentação nem sempre ocorre de forma inata e natural como seria expectável. Tendo em consideração que diferentes fatores poderão interferir na sua duração, assim como a necessidade de intervenções estruturadas e focalizadas nas necessidades demonstradas pelas mulheres que amamentam, surgiu a necessidade de problematizar algumas práticas com o intuito de investigar acerca dos fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno e identificar o contributo preventivo que os enfermeiros podem dar neste âmbito.

Os objetivos decorrentes da realização do presente relatório visam demonstrar competências no domínio da investigação científica, promovendo uma prática baseada na evidência; evidenciar o desenvolvimento do conhecimento baseado na evidência científica; refletir sobre as práticas descrevendo os focos de atenção de enfermagem mais frequentes em cada área de cuidado especializado do EESMO; evidenciar competências de cuidado ao casal e família respeitando as suas diferenças culturais; desenvolver competências promotoras de práticas emancipatórias para o exercício do papel parental; adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem

especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e de puerpério e desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal.

Tendo em conta os objetivos delineados, a pesquisa científica foi a estratégia implementada de forma a obter a melhor e mais atual evidência científica, contribuindo, assim, para a reflexão sobre as práticas e para uma prática baseada em evidências. Deste modo, pretende-se que este trabalho revele capacidades técnico-científicas de investigação e reflexão crítica e que contribua para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem no âmbito da saúde materna e obstétrica.

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados o presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo compreende uma breve contextualização do estágio profissionalizante. O segundo capítulo descreve o cuidado ao casal na transição para a gravidez e parentalidade, nomeadamente nos casos de gravidez com complicações associadas. O terceiro capítulo contempla o desenvolvimento de competências no âmbito do cuidado ao casal em trabalho de parto, durante o parto e no período de pós-parto imediato. O quarto capítulo, para além de descrever a conceção de cuidados prestados ao casal e à família no período pós-parto, compreende um subcapítulo no qual será apresentada uma revisão integrativa da literatura acerca dos fatores que podem estar na origem do abandono precoce e na perda de motivação para amamentar. O quinto capítulo contempla uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio profissionalizante. Por fim, no capítulo da conclusão, serão partilhadas algumas conclusões e sugestões que possam constituir um contributo para minimizar os efeitos dos fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno e para a desmotivação das mães para amamentar.

Pela relevância que o conhecimento científico assume para o desenvolvimento e mobilização dos saberes específicos para a implementação e suporte às práticas, foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, predominantemente, com recurso à base de dados *The Cochrane Library* e às bases de dados existentes na plataforma *EBSCO host* da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

1. ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O estágio: *gravidez, trabalho de parto e pós-parto* constitui uma das unidades curriculares que integra o segundo ano do curso de MESMO. A sua realização culmina na realização de um estágio profissionalizante cujos principais objetivos assentam no desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências aplicadas à área da saúde materna e obstetrícia, de acordo com o estabelecido pelo Regulamento Nº 127/2011, publicado em Diário da Republica em 2011.

O estágio de natureza profissional, aqui referido, decorreu no período compreendido entre dezembro de 2011 e julho de 2012 e foi desenvolvido no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG), hospital central que assume, na rede de referenciação nacional de apoio-perinatal, o papel de hospital de apoio perinatal diferenciado (DGS, 2001). A instituição funciona em três unidades físicas distintas, tendo o estágio sido realizado na Unidade II constituída pelo internamento de grávidas de risco (IGR), bloco de partos (BP) e serviço de puerpério (SP).

Tendo em conta os diferentes contextos formativos proporcionados, assim como a especificidade das competências a desenvolver, sob orientação de uma EESMO implementaram-se intervenções autónomas em mulheres em situações de baixo risco - aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher; e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco - aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Diário da Republica, 2011). Pode-se, por isso, afirmar que na atuação clínica foram incorporadas competências aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde – primários e hospitalares, assim como envolvidas as dimensões da educação, orientação e aconselhamento no cuidado à mulher, casal e família.

Desta forma assumiu-se a responsabilidade dos cuidados prestados em diferentes âmbitos de intervenção, entre eles: durante a gravidez, na assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença; durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua

adaptação à vida extrauterina e durante o período pós-parto, potenciado a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2010).

Dado o papel crucial da investigação na construção do conhecimento científico da enfermagem, para se compreender e agir face à complexidade do processo da parentalidade, foram desenvolvidas estratégias de pesquisa que permitiram promover a consolidação da investigação na prática clínica. Recorreu-se à busca da melhor evidência científica quer em bases de dados de referência, via Internet, quer pela consulta em mão de protocolos do serviço, artigos, estudos e manuais. Embora contextualizado na área da Obstetrícia este estágio exigiu a busca de um conhecimento multidisciplinar, nomeadamente de outras ciências humanas, biomédicas e sociais tais como a Psicologia, a Socioantropologia e até mesmo as Medicinas alternativas ou o Direito, procurando, assim, respostas para os cuidados individualizados e culturalmente congruentes, tendo em conta a singularidade da mulher e família. Outra fonte de suporte, importante de referir, foi a partilha de saberes dos profissionais com vasta experiência na área, os quais despertaram o sentido do pensamento crítico, confrontando ou debatendo situações, testando os conhecimentos e fomentando a necessidade de procurar evidências.

De acordo com o plano de estudos estabelecido pela ESEP, a carga horária de estágio (900 horas) e de acompanhamento pelos docentes foi cumprida. Relativamente aos critérios necessários para a obtenção do grau de EESMO, estabelecidos pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento e do Conselho Europeu de 7 de setembro de 2005, os mesmos também foram cumpridos.

Entende-se que o estágio profissionalizante foi o pilar que suportou todo o processo de desenvolvimento e aquisição de competências específicas na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, ao permitir o contacto com a prática clínica na sua previsibilidade e imprevisibilidade e a mobilização integrada e contextualizada de diferentes saberes suportados pela evidência científica. Foi, também, um momento de crescimento a nível profissional e pessoal. Pois, se por um lado, possibilitou a oportunidade de prestar cuidados diferenciados durante o processo de maternidade e exercício da parentalidade, por outro, teve-se o privilégio de fazer parte de muitos momentos, alguns dos quais os mais importantes na vida da mulher/casal. Ajudar a nascer com tudo o que isso implica, desde o diagnóstico e vigilância da gravidez, passando pelo parto e período pós-parto, foi um enorme privilégio.

2. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A aquisição e desenvolvimento de competências facilitadoras e promotoras do processo de adaptação do casal à parentalidade constituiu um foco de atenção e objetivo transversal a todos os módulos de estágio realizados. Mais especificamente, o estágio realizado na Consulta Externa e no IGR traduziu-se no desenvolvimento e aquisição de competências específicas que permitiram a implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada, de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações e promover o bem-estar materno e fetal (OE, 2010).

Decidir tornar-se pai e mãe é assumir um compromisso irreversível. Embora a experiência biológica de se tornar pai ou mãe ocorra no momento em que o bebé respira e chora pela primeira vez, a transição psicossocial é um processo longo e gradual, que começa antes ou durante a gravidez e continua ao longo dos primeiros anos de vida da criança (Glade, Bean e Vira, 2005). Sendo um acontecimento marcante na vida dos indivíduos, o nascimento de um filho representa uma transição que ocorre durante o desenvolvimento da vida, motivo pelo qual Meleis *et al.* (2010) e Mercer (2004) lhe atribuem a designação de transição desenvolvimental. Embora alguns estudos apontem a gravidez como um período de bem-estar emocional e protetor em relação a perturbações mentais, a transição para a parentalidade pode, por si só, constituir um momento de elevado stresse para todos os pais, ao implicar a passagem de uma realidade conhecida para uma outra desconhecida e exigir a reestruturação de responsabilidades e comportamentos, habitualmente conseguidos através da incorporação de uma diversidade de mudanças a vários níveis - individual, conjugal, familiar e social (Austin, 2006; Ramos *et al.*, 2005; Santos e Cardoso, 2010). Torna-se, assim, pertinente considerar as diferentes condicionantes pessoais, presentes ainda antes da gravidez, que influenciam o decurso dos processos transacionais, entre elas as crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, a preparação e conhecimento e as condições comunitárias e sociais (Meleis *et al.*, 2000). Foi neste sentido que na prestação de cuidados se consideraram as dimensões clínica, biológica, psicológica e sociocultural dos indivíduos.

As implicações que advêm de uma transição desenvolvimental impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas por parte das pessoas. Na verdade,

esta opinião é defendida por Relvas (2006) ao afirmar que tornar-se mãe ou pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis e à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. Desta forma, a adaptação à parentalidade acaba por traduzir *a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal* (Canavarro, 2001, p. 45). A classificação internacional para a prática de enfermagem versão 2 faz, não só, referência à parentalidade como foco de atenção para a prática de cuidados, como também à própria adaptação a este processo. Assim, a adaptação à parentalidade é descrita como um *conjunto de comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados* (ICN, 2011, p.37). Sabe-se que poderão ocorrer transições em simultâneo com o mesmo indivíduo e/ou família, pelo que, a atenção do EESMO deve focar-se em todas as que forem significativas para a pessoa (Meleis *et al.*, 2000). Compreende-se que para além da transição desenvolvimental decorrente do diagnóstico de gravidez, os casais acompanhados durante este módulo de estágio enfrentam uma transição situacional, intimamente ligada à vivência de uma gravidez com complicações, um evento crítico que poderá dificultar a adaptação à gravidez e parentalidade.

As transições têm vindo a ser consideradas, cada vez mais, como um conceito central da enfermagem, pois os clientes que se encontram a viver um processo de transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e, por conseguinte, a verem a sua saúde atingida (Nelson, 2003). Na verdade, e parafraseando Meleis *et al.* (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais da família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as transições acarretam nas suas vidas, preparando-os para melhor lidarem com elas, através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Também na opinião de Harrison (2004) o contributo da enfermagem é crucial para o sucesso da transição. A prática do EESMO aparece, por isso, intimamente relacionada com as transições e, em muitos casos, são os profissionais que mais se envolvem e acompanham todo o processo. Pela natureza dos cuidados que prestam, pelo trabalho de proximidade e pelas competências que possuem na abordagem à mulher/casal, o EESMO encontra-se em posição privilegiada para identificar necessidades e potencialidades de respostas congruentes com as expectativas dos casais. Podem, por isso, desempenhar um papel determinante na promoção da adaptação à parentalidade ao atuar como um agente facilitador e mediador de todo o processo transicional (Harrison, 2004).

A natureza dos cuidados desenvolvidos ao longo dos diferentes módulos de estágio foi ao encontro da perspectiva de Mercer (2004), isto é, o contacto com os pais processou-se de forma positiva, promovendo a sua autoestima, respeitando as suas crenças culturais, incentivando a expressão de expectativas, dificuldades e sentimentos, motivando para a competência, avaliando as relações conjugais e o funcionamento familiar. Hudson, Elek e Fleck (2001) salientam também a importância da partilha, em grupos de pares, de sentimentos e dificuldades experienciados, assim como o treino de competências parentais em sessões formativas, como estratégias eficazes na promoção da parentalidade. Esta ideia também é defendida por Darvill, Skirton e Farrand (2010) quando consideram que os cursos de preparação para a parentalidade contribuem para aumentar os sentimentos de controlo parental, daí a importância do incentivo à participação do casal. Lopes (2005) destaca o papel do Enfermeiro na promoção e consecução do papel do pai ao afirmar que a sua intervenção deverá passar por encorajar a sua participação e incentivar a mãe a apoiar o seu envolvimento nos cuidados, enquanto cria oportunidades para que esse envolvimento se efetive. Nessa linha de pensamento, e sempre que possível, as intervenções foram planeadas com ambos os pais, visando o fortalecimento da relação conjugal e parental e a criação de um ambiente conducente ao desenvolvimento e bem-estar. No âmbito da relação conjugal, e indo ao encontro do defendido por Ahlborg e Strandmark (2001), foi igualmente relevante a abordagem do relacionamento íntimo, da importância de uma base comunicacional e da capacidade de resolução de conflitos, importantes contributos para a preservação da satisfação conjugal. O encorajamento à divisão de tarefas e a promoção de momentos em que o casal possa dispor de tempo para estar sozinho também constituíram temáticas abordadas (Knauth, 2001).

A gravidez como acontecimento natural, fisiológico e especial na vida da mulher desenvolve-se num contexto social e cultural que influencia e determina a sua ocorrência e evolução, sendo que algumas grávidas apresentam maior probabilidade de vir a desenvolver complicações - grávidas de risco (Lowdermilk e Perry, 2008). Montenegro *et al.* (2014) definem gravidez de risco como aquela em que a incidência de desfechos adversos para a mãe e/ou feto é superior à da população geral. Já Dourado e Pelloso (2007) afirmam que cerca de 20% das grávidas apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gravidez. No CHVNG são acompanhadas grávidas com complicações associadas, seja pela presença de patologia materna ou obstétrica na gravidez atual, seja pela presença de fatores de risco no âmbito social, comportamental, demográfico ou pela existência de antecedentes de complicações obstétricas em gestações anteriores. Esta instituição, enquanto hospital de apoio perinatal diferenciado, tem capacidade de dar resposta e

assistência multidisciplinar a todas as grávidas com patologia associada ou coexistente à gravidez, proporcionando assistência materna e perinatal, ao mais alto nível técnico, esgotando em si todas as possibilidades de diagnóstico e tratamento nesta área (DGS, 2001).

De acordo como preconizado pela OE (2010), as intervenções implementadas tiveram como objetivos promover a saúde da mulher e do casal durante o período pré-natal, facilitando a sua adaptação à gravidez e à sua condição de saúde, tendo em consideração o contexto familiar e social. O acompanhamento dos casais foi realizado quer em contexto de consulta externa, quer em contexto de internamento. Inicialmente será abordada, de forma sucinta, a atuação no âmbito das consultas de enfermagem, local onde existiu a oportunidade de acompanhar grávidas com diferentes fatores de risco associados, as quais eram referenciadas pelas instituições de cuidados de saúde primários por necessitarem de maior vigilância da gravidez. Este módulo de estágio, em particular, permitiu atingir os critérios propostos pela diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005, a qual determina, entre outros, a realização de pelo menos 100 consultas a grávidas no período pré-natal.

Em contexto de consulta externa, o primeiro contacto com a grávida/casal permitiu o início de uma relação empática, ao mesmo tempo que possibilitou a recolha de dados que contribuíram para a compreensão do estado de saúde da mulher, do grau de risco associado à gravidez e das vivências do casal para a parentalidade. Para além da consulta dos dados registados no boletim de saúde da grávida, salienta-se a importância do conhecimento acerca dos antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos e familiares, da história da gestação atual, da situação socioeconómica e familiar, dos hábitos de vida e saúde da utente e companheiro, do estado vacinal e da aceitação, perceções e expectativas do casal acerca gravidez. Este foi também o momento em que, através da observação de comportamentos, se obteve informações acerca da ligação mãe/pai-filho (ICN, 2011, p.61). Autores como Cardoso (2011) destacam a importância da intervenção do Enfermeiro na avaliação e promoção desta ligação, uma vez que é, durante a gravidez, um importante preditor da relação entre os pais e a criança no futuro (Lowdermilk e Perry, 2008).

Sabendo que as grávidas seguidas na consulta externa se encontravam, na sua maioria, no terceiro trimestre de gravidez e havendo conhecimento prévio da IG, as atividades de vigilância realizadas foram as seguintes: realização do exame físico geral; avaliação da tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC); determinação do peso e índice de massa corporal, fazendo referência ao ganho ponderal real/espectável; realização de teste de Combur e avaliação das características da urina; realização de manobras de

Leopold; determinação da altura uterina; avaliação dos movimentos fetais; realização de cardiotocografia e avaliação do traçado cardiotocográfico. De acordo com as necessidades entendidas pelos pais, também se colocaram em prática ações de aconselhamento e orientação relacionadas com os seguintes focos: ingestão nutricional, autocuidado, padrão de sono, repouso e exercício, segurança, gestão do regime medicamentoso, prevenção de infeção, atividade profissional, adaptação à parentalidade e comportamento sexual (ICN, 2011). O ensino acerca do desenvolvimento, movimentos e técnicas de estimulação fetal, assim como acerca das características do RN contribuíram para o desenvolvimento do vínculo efetivo entre o casal e feto (Lowdermilk e Perry, 2008).

No que diz respeito ao estágio realizado no IGR, foram prestados cuidados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo as mais frequentemente diagnosticadas a ameaça de parto pré-termo (APPT), a pré-eclampsia e a diabetes gestacional. Os internamentos por abortamento no primeiro trimestre também foram frequentes. Outras patologias como as hemorragias do segundo e terceiro trimestre, as infeções urinárias, hiperémese gravídica, insuficiência cervical, restrição de crescimento intrauterino e alterações do líquido amniótico estiveram na origem dos restantes casos de internamento. Não estando obrigatoriamente ligada à existência de patologia, os processos relacionados com a Indução do trabalho de parto (ITP) também foram parte integrante deste módulo e permitiram o desenvolvimento de competências nesse contexto. De seguida será apresentada uma breve abordagem aos cuidados prestados durante o estágio no IGR, fazendo referência a alguns dos casos vivenciados, mostrando de que forma as intervenções interdependentes e autónomas implementadas se basearam no conhecimento teórico alicerçado à busca da evidência científica mais atualizada. Dar-se-á principal ênfase às temáticas relacionadas com a APPT e o aborto retido no primeiro trimestre de gravidez. A APPT por ser a principal causa de internamento no IGR e as situações de abortamento do primeiro trimestre por terem sido, tanto a nível pessoal como profissional, as situações mais delicadas e desafiadoras. Por fim far-se-á uma breve abordagem das situações de ITP.

Ameaça de parto pré-termo

Em Portugal, de acordo com Instituto Nacional de Estatística (2014), registou-se um decréscimo na percentagem de nados vivos prematuros de 8,9% em 2008 para 7,8% em 2013, sendo que percentagens superiores ao valor nacional verificaram-se apenas em mães com menos de 20 anos ou com mais de 34 anos. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) (2008) justifica esta diminuição, principalmente, devido à administração de medicação

antenatal e ao recurso a tratamentos com surfactante exógeno ou a métodos de ventilação mecânica. Ainda assim a incidência do parto pré-termo (PPT) não se tem modificado significativamente durante os últimos 30 anos (SPP, 2008). Aliás, mesmo com a melhoria das condições de saúde, principalmente nos países desenvolvidos, este valor tem demonstrado tendência para aumentar, achados que são fruto da crescente utilização de técnicas de reprodução medicamente assistida e do número crescente de gravidezes evolutivas em situações de risco e que anteriormente estavam associadas a morte materna ou abortamento (Machado, 2012).

Define-se APPT como a ocorrência, antes da 37ª semana de gestação, de contractilidade uterina frequente e regular associada à formação do segmento inferior, sem repercussões a nível cervical. Por sua vez o trabalho de parto pré-termo, embora com sintomatologia idêntica, implica a ocorrência de extinção e dilatação cervical (Graça, 2010; Montenegro *et al.*, 2014). As semelhanças no que concerne à sintomatologia torna o diagnóstico diferencial entre APPT e PPT difícil de estabelecer, o que por vezes *leva a intervenções médicas, tais como tocólise, corticoterapia, internamentos e transferências hospitalares desnecessários* (Montenegro *et al.*, 2014, p.81). O PPT ocorre em 5 a 9% das gestações e é responsável por 75% da mortalidade neonatal na Europa, sendo que de todas as situações, 30 a 35% são-no por indicação médica, 40 a 45% são espontâneos e 25 a 30% por rotura prematura de membranas (Goldenberg *et al.*, 2008). De acordo com a OMS (2013), podem-se considerar-se três subcategorias de PPT, de acordo com a idade gestacional (IG): extremamente prematuro (inferior a 28 semanas), muito prematuro (entre 28 e 32 semanas) e prematuro moderado a tardio (entre 32 e 37 semanas).

A prevenção da prematuridade tem sido difícil pela sua etiologia multifatorial e em parte desconhecida (SPP, 2008). O conhecimento dos fatores de risco é um passo fundamental para evitar a prematuridade, para que possa intervir-se, prevenindo o seu desfecho. Entre outras, as seguintes condições são apontadas como fatores de risco: história de um PPT anterior (o fator de risco mais significativo); distensão uterina excessiva (gestação gemelar, polidrâmnios, malformações uterinas); fatores associados ao colo uterino (história de abortamento no segundo trimestre, cirurgia prévia, dilatação ou extinção prematuras, encurtamento); infeções agudas ou crónicas; patologia placentar e causas maternas (doenças hipertensivas da gravidez, insuficiência renal, diabetes mellitus, doenças autoimunes, anemia, extremos de índice de massa corporal e de ganho de peso durante a gravidez) (Goldenberg *et al.*, 2008; Graça, 2010; Montenegro *et al.*, 2014; SPP, 2008). Para além destes, a evidência aponta para outros fatores de risco, alguns dos quais passíveis de prevenção, pelo que devem ser um importante foco de atenção do EESMO que

vigia a gravidez de uma utente com alguma das condições: fatores de stress (mulheres solteiras, baixo nível socioeconómico, ansiedade, depressão); fatores ocupacionais (ortostatismo, manuseamento de máquinas industriais); fatores relacionados com o abuso de substâncias (tabagismo, consumo moderado ou excessivo de bebidas alcoólicas ou toxicodependência); gravidez em extremos de idade materna; intervalo entre gestações curto e ausência de acompanhamento pré-natal (Goldenberg et al., 2008; Montenegro et al., 2014; SPP, 2008).

No IGR o estabelecimento de diagnóstico e determinação da conduta nestas situações dependeram do traçado cardiotocográfico, das características do colo, do teste de fibronectina fetal e da avaliação ultrassonográfica transvaginal do colo uterino. De seguida serão apresentadas as intervenções autónomas e interdependentes implementadas nos casos de APPT, lembrando que os cuidados prestados contemplaram o respeito pelos protocolos estabelecidos pela instituição. De referir que antes da sua realização, todos os procedimentos foram explicados, nomeadamente as suas indicações, benefícios e efeitos secundários, no sentido de promover a compreensão, tomada de decisão e colaboração do casal.

Administrar medicamento (tocolítico) (ICN, 2011)

A evidência científica mostra que a morbilidade e mortalidade perinatal a longo prazo ocorrem maioritariamente em crianças que nascem antes das 34 semanas, motivo pelo qual a prevenção do PPT tem como principal objetivo evitar ou minimizar desfechos desfavoráveis e não o prolongamento da gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008). Esta terapêutica foi prescrita apenas nas situações de IG entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, enquanto que nos casos de gestações com IG igual ou superior a 34 semanas a atitude adotada foi expectante (Montenegro *et al.*, 2014). De referir que as seguintes condições contraindicaram a realização de tocolise: maternas (eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave, hipertensão arterial grave, cardiopatia grave, hemorragia vaginal significativa ou qualquer condição médica ou obstétrica que contraindique a manutenção da gravidez), fetais (restrição de crescimento intra-uterino, suspeita de sofrimento fetal, cromossomopatia ou anomalia congénita letal, morte fetal, IG igual ou superior a 34 semanas) ou da própria gravidez (corioamniotite) (Clode, Jorge e Graça, 2012; Graça, 2010).

Os fármacos tocolíticos têm com o finalidade evitar o desencadeamento do trabalho de parto pré-termo ou suspender a contractilidade uterina durante o PPT efetivo, sendo a sua grande vantagem o facto de permitir um prolongamento da gestação em até 7 dias e, por conseguinte, possibilitar a estimulação da maturidade pulmonar fetal através da

administração de corticoides (Montenegro *et al.*, 2014; RCOG, 2011). No CHVNG o tocolítico mais frequentemente administrado foi o Atosiban (inibidor dos recetores da ocitocina) administrado em regime de ciclos, sendo cada um deles composto por três fases distintas, mas sucessivas. Cada ciclo termina ao fim de 48 horas, contudo, se após um ciclo inicial se mantiver dinâmica uterina podem ser repetidos até mais 3 ciclos (Montenegro *et al.*, 2014). Os seus efeitos secundários, embora raros, incluem náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas (Montenegro *et al.*, 2014). O seu elevado custo é apontado por Freitas *et al.* (2011) como a sua maior limitação.

Embora a eficácia do Atosiban seja semelhante à de outros tocolíticos como a nifedipina, salbutamol, sulfato de magnésio ou a indometacina, a sua elevada tolerabilidade justifica a sua eleição como fármaco de 1ª linha para alguns autores (Fullerton *et al.*, 2011). Noutra perspetiva, King *et al.* (2003), baseados nos resultados da sua metanálise que incluiu 12 ensaios randomizados (total de 1029 mulheres) recomendam os bloqueadores dos canais de cálcio como fármaco de 1ª escolha. Quando comparada com outros tocolíticos, a nifedipina, para além de retardar o parto em até 7 dias, mostrou menor incidência de efeitos adversos para a mulher, diminuiu a incidência de síndrome de dificuldade respiratória do RN, enterocolite necrosante, hemorragia ventricular e icterícia neonatal. Montenegro *et al.* (2014) também defendem o uso da Nifedipina como fármaco de 1ª linha e apontam a sua relação custo-benefício e a baixa incidência de efeitos secundários como principais fatores da escolha. Relativamente ao Atosiban, sugerem o seu uso nas situações de intolerância materna, gravidez gemelar ou ausência de resposta clínica à nifedipina. Apesar da controvérsia, autores como Clode, Jorge e Graça (2012) defendem que não existem tocolíticos de 1ª linha, uma vez que todos os fármacos são igualmente eficazes em prolongar gestação entre 2 a 7 dias. Recomendam, por isso, que a escolha do fármaco deverá depender dos seus riscos/efeitos secundários, IG, prática e custos. Em todos os casos, dever-se-á evitar a associação de vários tocolíticos, pois parece estar associada a um aumento da ocorrência de efeitos adversos (RCOG, 2011).

Administrar medicamento (corticoide) (ICN, 2011)

Existe evidência científica de que a administração materna de corticoides com vista à maturação pulmonar fetal é segura para a grávida, para além de reduzir a incidência de morte neonatal, síndrome de membrana hialina, enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular no RN pré-termo (Clode, Jorge e Graça, 2012; Montenegro *et al.*, 2014; RCOG, 2010; SPP, 2012). Os benefícios da corticoterapia estendem-se a todas as IG a partir das 24 semanas (Montenegro *et al.*, 2014). O fármaco mais frequentemente administrado

foi a Betametasona, duas doses de 12mg por via intramuscular com 24 horas de intervalo, sendo a sua eficácia tanto maior quanto mais precocemente administrado. Em alternativa poderia ser administrada Dexametasona, quatro doses de 6mg por via IM com intervalo de seis horas (Clode, Jorge e Graça, 2012; SPP, 2012). A eficácia máxima da indução maturativa observa-se 24 horas após a última administração, contudo existe benefício para o feto mesmo quando o parto ocorre antes de completado o protocolo, pelo que é sempre vantajoso efetuar pelo menos uma administração, exceto quando o parto seja iminente (Clode, Jorge e Graça, 2012; SPP, 2012).

Relativamente aos efeitos secundários da betametasona e dexametasona salienta-se a hiperglicemia, alterações do ritmo cardíaco, retenção de líquidos, elevação da TA, fraqueza muscular, rubor/edema facial, distúrbios gastrointestinais, convulsões, insónias, tonturas, cefaleias e perturbações oftálmicas (Montenegro *et al.*, 2014). A glicemia capilar foi monitorizada, independentemente da existência de história de diabetes. Autores como Graça (2010) alertam ainda para as alterações que a betametasona pode provocar no comportamento fetal, nomeadamente a diminuição da atividade, variabilidade e frequência cardíaca fetal (FCF), importantes considerações que foram tidas em conta aquando da avaliação do traçado cardiotocográfico. No que concerne à repetição dos ciclos, existiram algumas situações em que foi necessário realizar novo *ciclo de resgate* - repetição de um ciclo completo passados pelo menos 15 dias após o ciclo inicial, nas gestações que mantiveram risco de PPT e que ainda não tinham completado as 34 semanas e 6 dias (Montenegro *et al.*, 2014). Existe evidência que a administração de um ou dois ciclos de corticoides não aumenta significativamente o risco de infeção materna ou fetal, nem está associada a restrição de crescimento fetal ou diminuição do peso ao nascer (Montenegro *et al.*, 2014). Acerca do assunto, o RCOG (2010) desaconselha a realização de ciclos semanais, pois, se por um lado, diminuem a probabilidade da ocorrência e gravidade de patologias respiratórias neonatais, por outro lado, parecem estar associados a uma redução significativa do peso e circunferência da cabeça fetal.

Administrar profilaxia (ICN, 2011)

O *Streptococcus agalactiae* ou *Streptococcus* do grupo B de Lancefield (SGB) é o agente mais frequente de infeção bacteriana de transmissão vertical em RNs (CDC, 2010; RCOG, 2012). O tubo digestivo humano é o seu reservatório natural, sendo este local a fonte da colonização vaginal na mulher (Areal *et al.*, 2010). A colonização materna intraparto é o maior fator de risco para a doença neonatal precoce, ocorrendo a transmissão vertical, maioritariamente, após o início do TP ou da rotura de membranas. Em

raros casos a transmissão pode ocorrer in útero ou durante a passagem pelo canal de parto (Graça, 2010).

Em Portugal é desconhecida a prevalência nacional de mulheres colonizadas por SGB, contudo, nos últimos anos, alguns estudos têm revelado a sua incidência nalgumas regiões do País. Entre 2007 e 2008, Mascarenhas e colaboradores realizaram um estudo no Hospital de São Marcos em Braga englobando 85% das grávidas lá assistidas concluindo que 18% das mulheres estavam colonizadas por SGB (Mascarenhas *et al.*, 2010). Lito e colaboradores analisaram, entre 2004 e 2009 no Hospital Dona Estefânia, 2639 produtos de zaragatoas rectais/vaginais para pesquisa de SGB e concluíram que 13,9% desses foram positivos (Lito *et al.*, 2013). Estudos efetuados na maternidade Júlio Dinis e maternidade Bissaya Barreto mostraram frequências semelhantes, 19,3% e 14,2% respetivamente (Areal *et al.*, 2010). No que diz respeito à incidência global de sépsis neonatal comprovada por SGB, um estudo realizado por Neto entre 2001 e 2007 em Portugal, comprovou que nos primeiros três meses de vida a sua incidência foi de 0,15/1000 nados-vivos. Ao longo dos 6 anos de execução deste estudo, a autora constatou uma diminuição significativa e gradual da incidência de infeção neonatal confirmada por SGB, sublinhando-se, desta forma, a grande importância que o rastreio e a instituição de profilaxia tiveram na modificação do panorama nacional de mortes neonatais por infeção bacteriana de transmissão vertical (Lito *et al.*, 2013).

A colonização por SGB pode provocar, na mulher, infeção do trato urinário, amnionite, endometrite e bacteriemia. No RN pode ser responsável por infeção sistémica (sépsis) ou focalizada (meningite ou pneumonia) de surgimento precoce, tardio ou muito tardio. Em 75% dos casos a infeção manifesta-se precocemente, ainda na primeira semana de vida, geralmente antes das 72 horas de vida (Areal *et al.*, 2010; CDC, 2010). De acordo com o CDC (2010), a colheita de exsudado vaginal e rectal para cultura de SGB deve ser realizada a todas as grávidas com IG entre as 35 e as 37 semanas, o que é protocolado no CHVNG. No IGR, sempre que existiu desconhecimento ou cultura positiva para SGB na grávida com APPT ou PPT foi iniciada profilaxia pela administração de penicilina ou ampicilina, salvo se alergia conhecida. A penicilina foi o fármaco de eleição por ter espectro de ação mais estreito do que a ampicilina e, por isso, ser menos provável que selecione microrganismos resistentes (CDC, 2010). A via de administração foi a endovenosa por permitir maiores concentrações intra-amnióticas (Montenegro *et al.*, 2014).

Administrar medicamento (sulfato de magnésio) (ICN, 2011)

A paralisia cerebral é a causa de deficiência motora mais frequente da infância com uma prevalência estimada de 2,08/1000 RNs na Europa (Johnson, 2002). Os fatores perinatais resultantes da prematuridade são os principais responsáveis pela morbimortalidade, sendo a prematuridade extrema a situação mais preocupante, pela sua associação a um maior risco de danos neurológicos irreversíveis (Crowther et al., 2013). Em Portugal, e segundo os dados do programa levado a cabo pela Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2012) - *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos*, a taxa de incidência de paralisia cerebral, em crianças nascidas com IG compreendida entre as 29 e as 31 semanas, é de 53,42%, sendo esta percentagem muito superior nos casos de prematuridade extrema.

O sulfato de magnésio foi pela primeira vez associado a uma possível diminuição do risco de paralisia cerebral numa publicação de 1995 (Castro *et al.*, 2014). Atualmente existe grande evidência de comprova que esta terapêutica tem um papel fundamental na diminuição do risco de paralisia cerebral no RN pré-termo (Montenegro *et al.*, 2014). Relativamente aos efeitos secundários, a toxicidade materna pode manifestar-se através de depressão respiratória, paragem respiratória e até morte. Contudo os principais estudos realizados neste âmbito não reportam eventos adversos maternos graves ou ameaçadores da vida (Castro *et al.*, 2014). Outros efeitos laterais como flushing facial, náuseas, vômitos, cefaleia ou diaforese são os mais frequentemente referidos (Graça, 2010; Montenegro *et al.*, 2014). Relativamente aos seus efeitos no feto, salienta-se a diminuição da FCF basal e da variabilidade (Montenegro *et al.*, 2014). Nalguns casos de APPT a administração desta terapêutica foi instituída em gestações até às 31 semanas e 6 dias e desde que existisse elevada probabilidade do parto ocorrer nas 12 horas seguintes (Clode, Jorge e Graça, 2012). De acordo com o protocolo do serviço e de forma a garantir o bem-estar materno e fetal e a identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos da terapêutica, implementaram-se as seguintes atividades de vigilância: monitorizar a TA, FC, temperatura e frequência respiratória; testar os reflexos rotulianos; monitorizar o débito urinário horário; monitorizar (continuamente) a saturação periférica de oxigénio e avaliar o bem-estar fetal (através da CTG).

Interpretar o registo cardiotocográfico

A cardiotocografia (CTG) é o registo eletrónico da FCF e da atividade uterina que nos permitiu inferir acerca da variabilidade fetal e contribuiu para a avaliação do bem-estar materno e fetal ao permitir o registo contínuo e simultâneo da FCF, das contrações uterinas

e dos movimentos fetais (Lowdermilk e Perry, 2008). Este instrumento foi o mais utilizado para avaliar o bem-estar fetal em gestações do terceiro trimestre. A sua interpretação, enquanto competência autónoma do EESMO, e devido à sua complexidade, requereu a aquisição e consolidação de conhecimentos baseados na evidência científica. A interpretação dos traçados envolveu a análise de quatro parâmetros fetais: FCF basal, variabilidade, acelerações e desacelerações. Os parâmetros utilizados para a classificação dos traçados foram constantemente relacionados com outros aspetos como a vitalidade do feto, os efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal e a situação clínica de cada grávida. Para a classificação dos traçados foram seguidas as orientações da guideline 55 do NICE (2007).

Importa, ainda, referir as questões relacionadas com o repouso no leito, intervenção amplamente recomendada, especificamente nas situações de APPT. Sosa *et al.* (2004) defendem que esta recomendação se baseia em resultados de observações nas quais se associou a ocorrência do PPT a uma atividade laboral pesada ou à realização de atividade física intensa. De facto, o repouso no leito em decúbito lateral diminui a frequência e intensidade das contrações, melhora o fluxo uteroplacentário e alivia a pressão da apresentação sobre o colo, contudo não existe evidência científica que comprove a sua eficácia na redução da taxa de nascimentos pré-termo, não devendo por isso, constituir uma componente padrão da prevenção ou tratamento do PPT (Graça, 2010). Lowdermilk e Perry (2008) destacam alguns dos efeitos adversos do repouso no leito, tanto a nível físico como psicossocial, nomeadamente: perda de peso, fraqueza muscular, descalcificação óssea, aumento do risco de tromboflebitas, alterações gastrointestinais, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, labilidade emocional e tristeza. Baseados nestes pressupostos, o repouso no leito não foi uma intervenção rotineiramente recomendada às mulheres com diagnóstico de APPT. Sabe-se, contudo, que a sua realização é fundamental nos casos de rotura prematura de membranas, devido ao elevado risco de prolapso do cordão umbilical e conseqüente sofrimento fetal (Montenegro *et al.*, 2014).

Abortamento no primeiro trimestre de gravidez

As situações de abortamento espontâneo no primeiro trimestre foram, sem dúvida, os momentos em que foram sentidas mais dificuldades, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Por questões relacionadas com a dinâmica dos serviços, as utentes eram internadas no núcleo de partos em quarto individual, uma vez que no IGR não existia essa possibilidade.

Aproximadamente 15 a 20% das gestações diagnosticadas terminam em abortamento, contudo acredita-se que a incidência de perda fetal seja muito superior (Freitas *et al.*, 2011). De acordo com Cunningham *et al.* (2005), citado por Lowdermilk e Perry (2008), 80% de todos os abortamentos ocorrem no primeiro trimestre e na sua maioria causados por anomalias ovulares. Um abortamento é considerado precoce quando ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação e tardio após essa IG, sendo em 80% dos casos precoce (Graça, 2010). O risco da sua ocorrência relaciona-se não só com a IG mas também com a idade materna/paterna e antecedentes de abortamento. Após um primeiro abortamento o risco é de 20%, subindo para 28% e 43% após dois e três abortamentos respetivamente (Graça, 2010). O mecanismo pelo qual é promovida a expulsão do conteúdo uterino no abortamento espontâneo tem semelhanças biológicas com os mecanismos do TP, relacionados com a ativação local da síntese e libertação de prostaglandinas que desencadeiam as contrações uterinas e dilatação do colo. Nos abortamentos precoces a morte do embrião precede habitualmente o processo de expulsão, enquanto nas formas tardias a sequência pode ser oposta (Graça, 2010). Sob a designação de abortamento espontâneo pode-se considerar os seguintes enquadramentos clínicos: ameaça de abortamento, aborto retido ou diferido, abortamento em evolução, abortamento incompleto, abortamento completo e abortamento de repetição ou recorrente (Graça, 2010). Irão aqui ser focadas as situações de abortamento retido pelo facto de terem sido a complicação mais frequentemente diagnosticada no primeiro trimestre da gravidez - 1 em cada 5 gravidezes (Montenegro *et al.*, 2014).

O estabelecimento do diagnóstico de aborto retido implicou a confirmação da existência de uma gestação intrauterina não evolutiva ainda com retenção integral das estruturas gestacionais (Graça, 2010). A ecografia transvaginal foi o exame que permitiu datar a gestação, validar a existência de batimentos cardíacos e viabilidade fetal, verificar se a gravidez era única ou múltipla, obter informações sobre eventuais anomalias do embrião e determinar a zona de inserção predominante do trofoblasto. Em gestações inferiores a 14 semanas, e perante o diagnóstico de gravidez não evolutiva ou aborto retido, o objetivo do internamento seria a realização de esvaziamento uterino mediante administração de Misoprostol. Normalmente este tratamento é realizado em ambulatório contudo em situações de maior risco é aconselhável o internamento (Montenegro *et al.*, 2014). Irão aqui ser referidas apenas as situações em que o internamento se justificou.

O Misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 com comprovada ação a nível cervical durante o primeiro trimestre de gravidez, estando bem demonstrada a sua tolerabilidade e grande eficácia quando administrado por via intravaginal ou sublingual

(Montenegro *et al.*, 2014). Esta alternativa farmacológica, quando comparada com a atitude cirúrgica ou expectante, comporta grandes benefícios no que concerne ao sucesso (cerca de 90%), segurança, comodidade e custos (DGS, 2007; Montenegro *et al.*, 2014). Os critérios de exclusão para o procedimento incluíram as seguintes situações: gravidez ectópica, doença gestacional do trofoblasto, presença de DIU, hipertermia, doença inflamatória intestinal, hemorragia vaginal abundante, instabilidade hemodinâmica, patologia cardiovascular grave, valores de hemoglobina inferior a 10mg/dl ou história de alergia ao misoprostol.

De acordo com o protocolo da instituição o procedimento deveria ser iniciado até às 11h de cada dia, sendo que após essa hora o início da terapêutica seria diferido para o dia seguinte. Ainda no serviço de urgência e após limpeza da cavidade vaginal administrava-se misoprostol (600 µg) no fundo do saco vaginal. Já no internamento era dada continuidade ao protocolo iniciado, repetindo-se a administração de Misoprostol 4 e 8 horas após a 1ª administração ou até ocorrer expulsão completa dos produtos de concepção (Montenegro *et al.*, 2014). Durante o procedimento, destacam-se as seguintes intervenções: oferecer uma refeição ligeira aquando da admissão, aconselhando a realização de pausa alimentar após as 13 horas e até expulsão completa do material de concepção; instruir acerca do Misoprostol (via de administração e efeitos colaterais mais frequentes); gerir a terapêutica analgésica (Paracetamol 2gr IV/Petidina 50mg IM); gerir a terapêutica antiemética (Metoclopramida 10mg IV); administrar soroterapia (4 a 6 horas após a 1ª administração de Misoprostol); aconselhar a restrição da deambulação; monitorizar os sinais vitais (SV) a cada 4 horas; vigiar a perda hemática vaginal e recolher produtos da concepção para estudo anatomopatológico. Cerca de 10 horas após a 1ª dose de misoprostol era realizada ecografia transvaginal. Nos casos em que se confirmou desaparecimento da imagem do saco gestacional ou conteúdo uterino compatível com restos ovulares, se hemorragia vaginal escassa e ausência de outros sinais ou sintomas, as utentes teriam alta hospitalar no dia seguinte. As utentes com alta clínica e conteúdo compatível com restos ovulares eram medicadas com Metilergometrina e reavaliadas 1 semana após a intervenção. Recordar-se o caso de uma utente que após administração de 3 ciclos de Misoprostol manteve imagem do saco gestacional intrauterino, tendo sido submetida a esvaziamento uterino instrumental.

Dada a alta prevalência de abortamento espontâneo, este procedimento acaba por ser um acontecimento comum, contudo será importante não esquecer que para os casais este é, na maior parte das situações, um acidente inesperado com contornos dramáticos. Cientes da importância que o apoio familiar tem na vivência do processo de abortamento, incentivou-se a presença de um familiar significativo e assegurou-se a privacidade do

casal/família durante o procedimento. Santos, Bayle e Conboy, 2006 citados por Bayle e Martinet (2008) reforçam que nestas situações a vivência do luto depende da ligação afetiva que a grávida tinha com o feto, da sua idade, sexo, crenças religiosas e experiências anteriores de luto. O período de dor e sofrimento que corresponde ao luto por uma perda é normal e deve ser encarado como saudável e necessário. O EESMO ao providenciar o respeito pela privacidade da mulher, deve certificar-se que lhe dá o tempo e espaço necessários para a vivência da sua perda afetiva. A estes casais foi oferecida escuta ativa e durante o diálogo utilizaram-se palavras realistas que auxiliassem na vivência e aceitação da perda (Lowdermilk e Perry, 2008). Dado o breve internamento das utentes, em todos os contactos instruiu-se acerca dos sinais e sintomas de agravamento que justificariam um regresso ao serviço de urgência após a alta, nomeadamente: hemorragia vaginal abundante, hemorragia vaginal com duração superior a 15 dias, dor abdominal intensa ou febre (Montenegro *et al.*, 2014). Reforçou-se também a importância da contraceção pós-aborto, sendo que a maioria das utentes já havia optado por um método contraceptivo aquando da alta.

Indução do trabalho de parto

Apesar de não constituir uma situação associada à gravidez de risco os processos de ITP fizeram parte deste estágio uma vez que, por indicação eletiva ou terapêutica, as grávidas permaneceram no IGR antes de serem transferidas para o BP.

A DGS (2015, p. 4) define ITP *como a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação*. Contudo a necessidade de maturação cervical ou de indução não são absolutas e devem ser avaliadas caso a caso, devendo ter-se em consideração o estado de saúde materno e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarretam para ambos, a IG, a avaliação do colo (índice de Bishop) e da pelve materna, a estimativa do peso e apresentação fetal (American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG, 2009; DGS, 2015). Assim, constituem indicações para maturação cervical e ITP todas as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiem com o término da gestação sem que exista a necessidade que o nascimento ocorra em poucas horas. Acima de tudo, e para evitar complicações neonatais, deverá, sempre que possível, ser realizada após as 39 semanas de gestação, exceto em situações em que exista um claro benefício de saúde para a mãe ou para o feto (OMS, 2014). No que diz respeito às indicações eletivas, e tal como recomendam as guidelines do NICE (2008), os protocolos do CHVNG indicam a sua programação para as 41 semanas, pelo aumento do risco de

morbilidade e mortalidade fetal associado a uma gestação prolongada. Nos casos em que exista risco de um parto com evolução rápida, tendo em consideração a distância ao hospital, a indução poderá também ser eletiva (ACOG, 2009). Em todos os casos a DGS (2015) alerta que a maturação cervical e a ITP não devem ser consideradas em gestações não complicadas como forma de abreviar a duração da gravidez, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data do parto.

Sabe-se que para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos (misoprostol ou dinoprostona) ou métodos mecânicos (sonda de Foley dilatada com soro fisiológico). Já para a indução do trabalho de parto deve ser utilizada a ocitocina, administrada em perfusão endovenosa e com bomba perfusora, de acordo com o protocolo hospitalar em vigor (DGS, 2015). A avaliação do estado do colo uterino foi a intervenção que permitiu a atribuição de pontuação de valor prognóstico (Índice de Bishop) e, assim, delinear a conduta a implementar. De um modo geral, quando o índice de Bishop era inferior a sete era realizada a maturação cervical com prostaglandinas ou a dilatação mecânica do colo. Nos casos em que este era superior ou igual a sete a indução era indicada com ocitocina (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Diversos ensaios clínicos têm demonstrado que o misoprostol é um agente farmacológico seguro e eficaz na maturação do colo uterino e ITP. Considerando a administração por via vaginal e no que diz respeito ao amadurecimento cervical, ITP e efeitos colaterais, o misoprostol parece ser semelhante comparativamente à dinoprostona. Apesar disso, o seu uso associa-se a uma diminuição da duração do TP e do intervalo indução-TP, sem aumento da taxa de cesarianas (Calder *et al.*, 2008; Ozkan *et al.*, 2009; Prager *et al.*, 2008). No CHVNG este foi o fármaco de eleição para a realização de amadurecimento cervical na gravidez de termo com membranas íntegras e Bishop inferior a sete. O protocolo do serviço prevê a realização de CTG antes da primeira aplicação e se ausência de dinâmica uterina eram introduzidos 25µg de misoprostol no fundo do saco vaginal posterior. A aplicação seria repetida a cada 4 horas até um máximo de 6 administrações (150µg). Passadas, no mínimo, 4 horas desde a última administração de misoprostol era iniciada perfusão de ocitocina, de acordo com protocolo do serviço que vai ao encontro das orientações da DGS (2015). Em grávidas com cesariana prévia ou antecedentes de cirurgia uterina major não foi administrado misoprostol por estar associado a um grande aumento do risco de rotura uterina (ACOG, 2009; OMS, 2014).

Relativamente à ocitocina, a sua forma sintética é o fármaco mais usado para a ITP (ACOG, 2009; Smith e Merrill, 2006). De acordo com o protocolo do serviço a sua administração era realizada por via endovenosa sendo a perfusão iniciada com 10 unidades

diluídas em 1000ml de SG a 5% a um ritmo de 15ml/hora controlado de forma precisa através de bomba infusora. Após 40 minutos de perfusão o débito poderia ser aumentado de 20 em 20 minutos a um ritmo de 15ml/hora, de acordo com a dinâmica uterina. A taquissístolia foi a complicação mais frequente. Nestes casos, a remoção do agente indutor foi uma medida suficiente para reverter a situação. Na maior parte dos casos observados o procedimento foi bem-sucedido à primeira tentativa e assim que se iniciasse a fase ativa do TP as utentes eram transferidas para o BP. Existiram, no entanto, situações em que a tentativa de indução não teve sucesso. A ausência de sucesso não foi considerada, por si só, indicação para realizar cesariana, sendo que se a situação clínica o permitisse, e havendo consentimento da grávida, era proposta a realização de uma segunda tentativa (NICE, 2008; OMS, 2011).

3. O CUIDADO AO CASAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Ao permitir a prestação de cuidados especializados à mulher e feto/RN durante o TP e parto, este módulo pautou-se pelo desenvolvimento e aquisição de competências que permitiram cuidar a mulher durante o TP, efetuando-o em ambiente seguro e otimizando a saúde do RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2010).

Em Portugal, no ano de 2012, o número de nados vivos foi de 89841, menos 7,2% do que em 2011, descendo, pela primeira vez desde que há registos, abaixo de 90 mil (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Esta tendência verificou-se durante a permanência no BP onde o número de nascimentos foi, de acordo com os registos do serviço, muito inferior ao mesmo período do ano anterior (2011). Por este motivo a realização de, no mínimo, 40 partos eutócicos, de acordo com o estabelecido pela diretiva de 2006/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005, mostrou-se uma tarefa difícil, mas conseguida. Mais do que atingir o número de partos estabelecidos, a conduta baseou-se no incremento dos esforços necessários que possibilitassem o desenvolvimento de competências que permitissem promover a saúde da mulher e do feto/RN durante o TP, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN e providenciar cuidados à mulher com patologia associada ou concomitante com a gravidez e TP. Desta forma, pode-se dizer que cada caso clínico foi encarado como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

As grávidas admitidas no BP eram oriundas do serviço de urgência ou do IGR, sendo as situações de TP, abortamento espontâneo ou de interrupção médica da gravidez as que justificaram o internamento neste serviço. Relativamente às situações de TP, todas as grávidas admitidas encontravam-se em TP efetivo, mas, na sua maioria, ainda na fase latente no momento da admissão. Estas utentes eram acolhidas na sala de expectantes até início da fase ativa, momento em que eram transferidas para uma das salas de parto individuais. Já as utentes que, à admissão, se encontravam em fase ativa do TP eram diretamente instaladas numa das salas de parto individuais disponíveis. Aquando da admissão, a interação com as gestantes iniciou-se com a apresentação, mencionando o facto de sermos profissionais em processo de formação. Sempre que as condições da mulher o permitiram, foram mostradas as instalações, nomeadamente a cama atribuída, os sanitários, as zonas de circulação dos profissionais e dos acompanhantes e explicadas as normas do serviço. Uma das questões frequentemente colocadas no momento da admissão

preendeu-se com a possibilidade de as utentes terem consigo um acompanhante. Segundo as normas do BP todas as utentes têm esse direito, contudo apenas a partir do momento em que são transferidas para uma das salas de parto individuais, conseguindo-se assim o respeito pela privacidade de todas as utentes internadas neste serviço. Estas regras foram claramente transmitidas às grávidas, no sentido de promover a sua compreensão, minimizando qualquer preocupação ou motivos geradores de stress ou ansiedade.

Na admissão era realizada a recolha dos dados necessários para a avaliação inicial, recorrendo-se a técnicas como a entrevista e a avaliação física, para além da consulta do boletim de saúde da grávida, resultados laboratoriais e de testes de diagnóstico. Entre outras, foram recolhidas informações acerca dos dados antropométricos, tipo de sangue, alergias, cirurgias anteriores, índice obstétrico, história das gestações/partos anteriores, história da gestação atual, fatores de risco para o TP, uso de drogas e da situação social e familiar. A avaliação física contemplou a implementação de intervenções que, para além de permitirem inferir acerca do estado de saúde materno e fetal, possibilitaram proceder à monitorização contínua do TP. A observação da pele e mucosas mostrou-se uma intervenção importante e permitiu avaliar o estado de hidratação, monitorizar edemas e detetar precocemente alterações do sistema circulatório. A avaliação dos SV na admissão permitiu estabelecer valores de referência para avaliações futuras. A realização de manobras de Leopold forneceu informações acerca da apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), da posição (esquerda ou direita), da atitude e foco fetal (Lowdermilk e Perry, 2008). Ao permitirem a identificação do fundo uterino e foco fetal, estas manobras foram indispensáveis para a correta colocação do transdutor tocodinamómetro e de ultrassom do CTG. Pretendeu-se com a execução de uma avaliação inicial detalhada obter as informações necessárias que permitissem avaliar o risco do TP e elaborar um plano de cuidados individualizado e ajustado às necessidades de cada utente. A identificação das seguintes condições maternas e/ou fetais contribuíram para o estabelecimento do diagnóstico de TP de risco: padrões anómalos de FCF, hemorragia vaginal, malformações fetais, restrição de crescimento intrauterino, cardiopatia materna ou fetal, diabetes gestacional, hipertensão materna, gestação múltipla, gestação superior a 42s, TP disfuncional, apresentação pélvica, uso de ocitocina ou presença de mecónio (Porto, Amorim e Souza, 2010).

A promoção do *empowerment* foi, desde o primeiro contacto, uma preocupação. Partindo do propósito que o empoderamento se compreende como a melhoria das habilidades da pessoa para agir em seu próprio proveito através de elementos de controlo, autoeficácia, competência, confiança e autoestima, pressupõe-se que o mesmo seja baseado em processos de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os

envolvidos, nomeadamente, os profissionais de saúde (Pereira *et al.*, 2001). Foi, por isso, necessário assumir uma postura de educador e de partilha de saberes, procurando oferecer à mulher/família maior autonomia (Leal, 2006). Neste sentido, o EESMO compromete-se a desenvolver competências e habilidades com o objetivo de ajudar a grávida/casal a aumentar o número de escolhas disponíveis, assim como a capacidade de controlo sobre o seu próprio parto (Esteves, Silva e Silva, 2010). Apesar dos esforços desenvolvidos, o facto de apenas quatro gestantes terem apresentado plano de parto reflete que a capacidade das mulheres portuguesas para discutir e decidir acerca dos cuidados a serem realizados ainda está pouco desenvolvida, na sua grande maioria por falta de conhecimentos. Pode-se afirmar que, de uma forma geral, as gestantes demonstraram uma atitude passiva, depositando nos profissionais de saúde as decisões acerca do seu parto. De qualquer das formas, e em todos os casos, as utentes foram incentivadas a expressarem os seus desejos e expectativas para o parto e nascimento, ao mesmo tempo que eram esclarecidas dúvidas. Quer na admissão quer ao longo da sua permanência no BP, todas as gestantes foram questionadas acerca das suas preferências relativas ao espaço físico (existência de música, temperatura e luminosidade da sala), escolha do acompanhante, procedimentos (tricotomia, enema, ingestão de líquidos, cateterização de acesso venoso, indução do TP, episiotomia), tipo de monitorização para avaliação do bem-estar fetal, métodos de alívio da dor, mobilidade e posturas durante a dilatação e período expulsivo, nascimento do bebé (corte do cordão umbilical, contacto pele a pele) e aleitamento materno (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras - APEO, 2009).

Sendo, de acordo com a OE (2011), da responsabilidade do EESMO identificar o início do TP, um dos diagnósticos de enfermagem mais frequentemente elaborados foi *Trabalho de Parto presente* (ICN, 2011), Define-se por TP o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2010). O seu desencadear, embora ainda não totalmente desvendado, parece estar associado à ocorrência de múltiplos eventos fisiológicos maternos e fetais associados à distensão/aumento da pressão intrauterina e envelhecimento da placenta (Lowdermilk e Perry, 2008). Baseados na evidência científica, seguidamente será desenvolvido o processo de TP e o respetivo papel do EESMO nas diversas fases que o concretizam.

Primeiro período do trabalho de parto

Considera-se que o TP se inicia quando a grávida sente contrações uterinas dolorosas e regulares, em frequência e intensidade, contribuindo estas para o apagamento do colo e início da dilatação. Este período, também denominado por dilatação, compreende duas fases: latente (desde o início das contrações uterinas regulares até ao apagamento completo do colo e dilatação até 3 cm) e ativa (dilatação progressiva do colo desde os 4 cm até dilatação completa) (Graça, 2010; Montenegro *et al.*, 2014). O partograma modificado da OMS foi o instrumento utilizado para registar a evolução dos diferentes parâmetros que permitiram avaliar a progressão do TP. O seu preenchimento foi uma intervenção fundamental na assistência das mulheres no parto, tendo também constituído um ótimo instrumento de transmissão de informação, uma vez que nem sempre era o mesmo elemento da equipa a proceder às observações de uma parturiente. Ao fornecer uma ajuda visual para a compreensão das relações temporais entre a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, o partograma também permitiu detetar precocemente anomalias do TP e agir de acordo com as mesmas.

A realização do exame vaginal (inspeção da vulva e toque vaginal) foi a intervenção que permitiu avaliar a progressão do TP através de vários indicadores: extinção, dilatação, posição e consistência do colo do útero e descida e rotação da cabeça fetal (APEO, 2009). Forneceu também informações acerca do estado das membranas e da estática fetal, nomeadamente da apresentação e da variedade (Graça, 2010). A aquisição de conhecimentos acerca da estática fetal (atitude, situação, apresentação, posição e variedade) contribuiu para o estabelecimento dos planos de Hodge da progressão fetal, importante instrumento da avaliação da progressão do TP (Graça, 2010). Embora o toque vaginal contribua amplamente para a monitorização do TP, a OMS (2014) recomenda que o número de toques deve limitar-se ao estritamente necessário durante a fase ativa do primeiro período do TP, habitualmente, um a cada quatro horas. Contudo, e de acordo com o protocolo do serviço, as seguintes situações justificaram a sua realização independentemente do tempo decorrido desde o anterior: admissão, rotura de membranas, alterações significativas da atividade uterina, sensação de pressão perineal/vontade de fazer esforços expulsivos ou se desacelerações variáveis da FCF (Lowdermilk e Perry, 2008). O recurso à técnica assética foi obrigatório, assim como o foi a informação prévia e o respeito pelo consentimento e privacidade da mulher. A explicação completa do procedimento e o apoio prestado durante a sua realização contribuíram para minimizar os desconfortos causados (Lowdermilk e Perry, 2008).

A monitorização eletrónica externa através de CTG foi o método que mais contribuiu para a avaliação do bem-estar materno e fetal. Aquando da admissão todas as parturientes realizaram CTG durante, pelo menos, 20 minutos, considerando-se, posteriormente, o traçado como tranquilizador, não tranquilizador ou patológico, de acordo com as orientações do NICE (2007). Embora a realização de CTG no momento da admissão seja uma prática rotineira no CHVNG, a sua realização em gestações de baixo risco é desaconselhada (NICE, 2014). Devane e colaboradores, na sua revisão da literatura que incluiu a análise de 4 estudos e um total de 13000 utentes com gestação de baixo risco entre as 37 e as 42 semanas em TP efetivo, também concluíram não existir qualquer benefício na sua realização em gestações de baixo risco aquando da admissão. Afirmam que a sua realização está associada a um aumento de 20% nas taxas de cesariana (Devane *et al.*, 2012). Após CTG inicial normal, às mulheres com gestação de baixo risco foi instituída auscultação intermitente da FCF, através de Doppler a cada 15 minutos durante pelo menos 1 minuto após as contrações uterinas ou sempre que se justificasse (NICE, 2014). De referir que a implementação desta intervenção dependeu do rácio EESMO-parturiente, havendo momentos em que esta foi uma intervenção impossível de implementar. Nos casos em que se instituiu a auscultação intermitente, o surgimento das seguintes condições justificou a sua substituição pela CTG contínua: pedido da parturiente, hemorragia vaginal, febre, suspeita de corioamniotite ou sépsis, tensão arterial sistólica superior a 160mmHg ou tensão arterial diastólica superior a 110mmHg, FCF inferior a 110 bpm ou superior a 160 bpm, desacelerações após contração uterina, presença de mecónio no líquido amniótico ou se perfusão de ocitocina (Graça, 2010; Montenegro *et al.*, 2014). Para além das situações referidas, a CTG foi realizada de forma contínua em todas as utentes, independentemente do risco da gestação, durante e após analgesia epidural e amniotomia. Todas as utentes que realizaram monitorização externa foram informadas acerca do motivo pelo qual surgira essa necessidade, obtido o seu consentimento e informadas que a sua realização condicionaria provisoriamente a mobilidade devendo, por isso, permanecer em decúbito no leito. Graças à transmissão, em tempo real, para um ecrã televisivo na sala de trabalho de enfermagem foi possível avaliar simultaneamente vários traçados, uma das grandes vantagens deste tipo de monitorização.

Por serem fundamentais para o desenvolvimento do TP as contrações uterinas foram um importante foco de atenção. A sua avaliação foi realizada quer através da descrição da mulher, quer pela palpação abdominal do fundo uterino e pela monitorização através do CTG. As contrações foram caracterizadas pela sua duração, frequência, intensidade (leve, moderada ou intensa) e tónus de repouso (Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008).

No que respeita à ingestão nutricional, constatou-se que neste serviço são tidas em conta as recomendações mais atuais e baseadas na evidência científica, isto é, as parturientes têm a liberdade e autonomia para decidir se querem alimentar-se ou não durante o TP. Desta forma, após a admissão, às utentes internadas na sala de expectantes foram oferecidos líquidos claros como água e chá e alimentos de fácil digestão como bolacha tipo Maria ou de água e sal. As utentes internadas já nas salas de partos foram encorajadas a ingerir líquidos claros (APEO, 2009; NICE, 2014). Apenas as mulheres que realizaram analgesia com opioídes ou que apresentaram maior risco para realizar anestesia geral decorrente de fatores de risco no TP foram aconselhadas a não ingerir alimentos sólidos e diminuir a ingestão de líquidos, bebendo-os espaçadamente e gole e gole (Royal College of Midwives, 2012). O jejum só seria aconselhado se existisse grande probabilidade de realização de cesariana ou anestesia geral (NICE, 2014).

A instituição do jejum ainda estabelecida nalgumas maternidades portuguesas remonta à década de 40, data da publicação do estudo de Curtis Mendelson, o qual descreveu 66 casos de aspiração do conteúdo gástrico em utentes obstétricas submetidas a anestesia geral. Apesar destes achados, nos últimos anos percebeu-se que o jejum durante o TP não garante uma redução do conteúdo gástrico pois não há um intervalo de tempo, desde a última ingestão, que garanta que a grávida tem conteúdo gástrico inferior a 100ml. Aliás, já no seu estudo, Meldenson concluiu que, após a ingestão, a comida pode permanecer no estômago até 48 horas (APEO, 2009). A restrição da ingestão de alimentos durante o TP fundamentada pelo potencial risco de aspiração é, por isso, uma prática desaconselhada pois atualmente é rara a necessidade de anestesia geral durante o TP, sobretudo em mulheres com gestação de baixo risco (Porto, Amorim e Souza, 2010). A ocorrência de náuseas e vômitos é outro dos motivos pelo qual muitos profissionais aconselham o jejum, no entanto estes sintomas verificam-se numa grande percentagem de mulheres que o realizam (APEO, 2009). A bibliografia aponta para uma relação direta entre a ocorrência de vômitos e a presença de corpos cetónicos. Em situações de baixa concentração de glicose no sangue, como no jejum prolongado durante o TP, a oxidação mitocondrial dos ácidos gordos é uma alternativa para a produção de energia. Deste processo resulta a produção de corpos cetónicos, que embora seja uma fonte alternativa e viável de energia, a sua excessiva produção está associada a uma redução da atividade uterina, maior risco de alterações na evolução do TP, maior risco de parto instrumentalizado (por baixa energia para realização de esforços expulsivos) e riscos para o feto e RN. Desta forma a ingestão hídrica e de alimentos sólidos de fácil digestão durante o TP previne a produção excessiva de corpos cetónicos, mantendo a glicose como principal

reserva energética (APEO, 2009). Acerca do assunto, Singata, Tranmer e Gyte (2013) realizaram uma revisão sistemática da literatura que incluiu a análise de cinco estudos e um total de 3130 mulheres com baixo risco para a necessidade anestesia geral, onde compararam os resultados entre grávidas que permaneceram em jejum versus as que tiveram liberdade para beber líquidos e ingerir sólidos durante a fase ativa do TP. De acordo com os autores, e uma vez que a evidência não mostrou benefícios nem malefícios, não há justificação para a restrição da ingestão de líquidos e alimentos durante o TP com baixo risco de complicações. Reforçam ainda o facto de não haver estudos semelhantes realizados com mulheres com maior risco de complicações e, portanto, não há nenhuma evidência para apoiar restrições da dieta neste grupo de mulheres (Singata, Tranmer e Gyte, 2013).

Um ponto a destacar prende-se com a recomendação da hidratação oral com bebidas isotónicas - constituídas por água, sais minerais e hidratos de carbono, sugerida por alguns autores. Kubli e colaboradores (2002) realizaram um estudo onde compararam os efeitos da ingestão de bebidas isotónicas versus ingestão de apenas água, em dois grupos de parturientes em fase ativa do TP, com gestação única, IG igual ou superior a 37 semanas e feto em apresentação cefálica. Concluíram que a ingestão de bebidas isotónicas durante o TP, o equivalente a 47Kcal/hora, é o suficiente para reduzir significativamente a produção de corpos cetónicos, não aumentando o volume residual gástrico por serem de rápida digestão e absorção gastrointestinal. Os autores consideram que as bebidas isotónicas proporcionam uma fonte alternativa de alimentação durante o TP, devendo a sua carga calórica ser limitada a 30 kcal/dl (Kubli et al., 2002). Embora existam algumas parturientes que não desejam comer nem beber durante o TP, forçar o jejum às que querem alimentar-se pode ser uma experiência muito desagradável. A autorregulação da ingestão durante o TP reforça o sentimento de autocontrolo, diminui os níveis de stress, aumenta o conforto e promove uma experiência emocional positiva (Lowdermilk e Perry, 2008). Quando comparados com os fluidos administrados por via intravenosa, os alimentos e líquidos ingeridos oralmente durante o TP podem satisfazer com maior segurança e eficácia as necessidades energéticas e de hidratação da parturiente (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente à administração intravenosa de perfusões, estas apenas foram instituídas em casos específicos e protocolados pela instituição. De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO, 2009), perfusões salinas superiores a 3500 ml estão associadas a maior risco de desenvolvimento de hipernatremia na mãe e feto, taquipneia transitória do RN e edema cerebral materno. Shrivastava e colaboradores (2009) compararam, no seu ensaio clínico, três grupos de nulíparas, com

gravidez de termo, feto único e em apresentação cefálica, cujo TP se iniciou espontaneamente e que receberam diferentes tipos de perfusões como soro fisiológico, soro glicosado a 5% e a 10%, todas a um ritmo de 125ml/hora. Concluíram que a administração de perfusões com glicose, independentemente da sua concentração, está associada a um encurtamento do tempo de TP (Shrivastava *et al.*, 2009). Noutro estudo, Cerri e colaboradores (2000) compararam os efeitos da perfusão de soro glicosado a 5% com a ausência de perfusão. Concluíram que a perfusão de soro glicosado a 5% não reduziu significativamente a incidência de acidemia materna nem alterou o equilíbrio ácido-base fetal. Desaconselham, por isso, a sua implementação por rotina, desde que disponíveis outras fontes de glicose como hidratação oral e alimentação (Cerri *et al.*, 2000). Para além disso, níveis de glicose elevados poderão resultar em hiperglicemia, hiperinsulinemia fetal e hiponatremia na mãe e feto, aumentando o risco de hipoglicemia fetal após o nascimento e taquipneia neonatal transitória, motivos pelos quais a OMS (2014) desaconselha a administração rotineira de perfusões com glicose.

A perfusão de soro glicosado polielectrolítico foi instituída apenas nos casos em que existisse indicação para jejum, se presença de baixa variabilidade/desaceleração fetal ou para implementação do protocolo do serviço referente à diabetes. Durante o TP das grávidas diabéticas o principal objetivo foi otimizar o controlo metabólico, promovendo, sempre que possível, valores de glicemia capilar entre 70 a 110 mg/dl (SPP, 2011). As grávidas com diagnóstico de diabetes mellitus ou gestacional (insulinotratadas) iniciaram perfusão de soro polielectrolítico glicosado a 125ml/h concomitante com perfusão, em seringa infusora, de 50 unidades de Insulina de ação curta diluída em 50 ml de soro fisiológico a um débito variável, de acordo com glicémia horária (SPP, 2011). Nas grávidas com diabetes gestacional controlada com dieta iniciou-se apenas perfusão de soro polielectrolítico com glicose a 125ml/hora até a parturiente retomar a alimentação oral. A glicemia capilar foi monitorizada a cada 4 horas e quando necessário foi administrada insulina regular por via subcutânea em função do valor glicémico e de acordo com protocolo do serviço (SPP, 2011). De referir que após o nascimento a glicemia capilar do RN era monitorizada, conseguindo-se, assim, despistar precocemente situações de hipoglicemia.

O Lactato de Ringer foi a perfusão de eleição para reverter quadros de hipotensão materna, nos casos de emergência e para prevenção de hipotensão materna associada à colocação de cateter epidural. A necessidade da administração de antibiótico para profilaxia da transmissão vertical do SGB foi outro motivo que justificou a instituição de perfusões. A via intravenosa é a única que permite concentrações intra-amnióticas mais

elevadas e por isso a de eleição. De acordo com Graça (2010), a profilaxia antibiótica intraparto será tanto mais eficaz quanto mais próxima do início do TP for a primeira administração. Quando o nascimento ocorre uma hora após o início de profilaxia com penicilina, ampicilina ou cafezolidiana a taxa de colonização do RN é de 46% (semelhante à da ausência de profilaxia), desce para 2,9% se iniciada entre duas a quatro horas antes do nascimento e se instituída, pelo menos, quatro horas antes do nascimento apenas 1,2% dos RN ficarão colonizados. A instituição atempada de profilaxia foi, por isso, uma prioridade, assegurando, sempre que possível, que a parturiente realizaria pelo menos duas tomas de antibiótico antes do nascimento do RN. O BP tem protocolo estabelecido para estas situações. A profilaxia foi iniciada nos casos de parturientes com rastreio positivo para SGB, história de bacteriúria por SGB (atual gravidez) ou se antecedentes de RN anterior com infeção por SGB. Se o rastreio fosse desconhecido a profilaxia era implementada apenas na presença de algum dos seguintes critérios: IG inferior a 37 semanas, febre intraparto, rotura de membranas igual ou superior a 12 horas ou suspeita de corioamnionite.

A eliminação vesical foi um foco de atenção, mais marcado nas utentes com perfusões em curso, pelo facto de a distensão vesical impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e diminuir o tónus da bexiga (Lowdermilk e Perry, 2008). As mulheres foram encorajadas à micção espontânea, de duas em duas horas, para além de terem sido implementadas outras intervenções, nomeadamente supervisionar o percurso até aos sanitários e avaliar as características da urina. Nas situações em que se considerou que a deambulação poderia comprometer a saúde da mulher e/ou feto (monitorização interna, mulher sob o efeito de analgesia epidural ou rotura de membranas com apresentação não encravada) foi incentivada a micção espontânea, mas em decúbito.

Relativamente à eliminação intestinal e realização de enema através da aplicação de laxante de contacto, esta tem sido uma intervenção advogada com base na teoria de que ao estimular as contrações uterinas e permitir esvaziamento rectal, facilita a descida do feto, reduz a contaminação fetal ao nascimento e reduz a infeção materna e neonatal (Porto, Amorim e Souza, 2010). Atualmente esta intervenção é desaconselhada, sendo mesmo considerada não-efetiva (OMS, 2002). Numa meta-análise que incluiu a análise de 4 ensaios clínicos (total de 1917 mulheres), Reveiz, Gaitán e Cuervo (2013) concluíram que esta intervenção não tem um efeito benéfico significativo nas taxas de infeção neonatal, da ferida perineal ou na satisfação das mulheres, pelo que deve ser desencorajada. Aquando da admissão, a grávida era questionada acerca do seu padrão intestinal habitual e registada a data e características da última dejeção. A mulher era informada acerca da possibilidade de realização de enema com aplicação de laxante de contato se desejado, contudo

desaconselhada a sua realização e explicados os motivos. A única situação em que foi aconselhada a sua realização foi nos casos de obstipação. Ainda assim, constatou-se que a maior parte das utentes decidiram realizar enema, motivadas pela preocupação de poder ocorrer saída de fezes no período expulsivo.

Relativamente à tricotomia, grande parte das grávidas já o haviam realizado antes de se dirigirem para o hospital. Nos casos em que tal não aconteceu, esta prática foi desaconselhada. Embora no passado estivesse associada a uma redução significativa do risco de infeção em caso de laceração perineal ou episiotomia, atualmente não existem evidências que recomendem a sua realização por rotina. Foi explicado que as lacerações decorrentes da raspagem da pele com lâminas estão associadas a um aumento da incidência de infeção para além do incómodo que poderá causar quando os pelos voltam a crescer (Porto, Amorim e Souza, 2010). Basevi e Lavender (2014), na sua revisão sistemática que incluiu a análise de 3 ensaios clínicos num total de 1039 mulheres, concluíram que não existe evidência que recomende a realização de tricotomia e, por isso, desaconselham a sua realização por rotina. Desde 1996 que a OMS desaconselha esta prática.

A deambulação e alternância de posicionamento foram encorajadas, pois diversos estudos demonstraram os seus efeitos benéficos para a parturiente/feto e para a progressão do TP. Não existindo uma posição universalmente aceite ou ótima para todas as mulheres, cada parturiente foi encorajada a descobrir as posições mais confortáveis para si. Para além de melhorar a atividade uterina, a deambulação permite que a mulher se abstraia dos desconfortos do TP, aumenta o seu autocontrolo e permite uma interação mais próxima entre ela e o EESMO que a auxilia (Lowdermilk e Perry, 2008). Nos casos em que a deambulação poderia comprometer a saúde da mulher e/ou feto esta prática foi desaconselhada (Lowdermilk e Perry, 2008). Vários estudos têm demonstrado que a posição supina durante o primeiro período do TP pode ter efeitos fisiológicos adversos para a mãe, feto e progressão do TP. Estes estudos foram analisados por Lawrence e colaboradores (2013) numa revisão sistemática da literatura que incluiu 25 estudos (total de 5218 mulheres) e cujo objetivo foi avaliar quais os efeitos de diferentes posições e mobilidade durante o 1^a período do TP, na duração do TP, no tipo de nascimento e outros resultados importantes para mães e bebês. Os autores concluíram que as posições verticais e a deambulação estão associadas a uma redução da duração do primeiro período do TP, do uso de analgesia epidural como método de alívio da dor e de partos por cesariana. Apesar dos benefícios, os autores reforçam a necessidade de a mulher ser encorajada a experimentar diferentes posições para assim descobrir a mais confortável para si (Lawrence *et al.*, 2013).

Durante a fase latente a maioria das grávidas optou por alternar a deambulação com o decúbito lateral e dorsal. Notou-se que o internamento na sala de expectantes, pelo facto de obrigar à convivência de várias utentes e não permitir a presença de um acompanhante, afetou significativamente a escolha dos posicionamentos. Muitas grávidas referiram não se sentir à vontade para experimentarem algumas posições verticais como de joelhos, de gatas ou de cócaras. Foram, por isso, implementadas intervenções no sentido de proporcionar às utentes maior privacidade (cortina entre as camas para impedir contacto visual), dadas sugestões e prestado auxílio na descoberta de posições verticais quando desejado. Uma das posições verticais mais recomendadas foi a de sentada na bola de parto por estimular a mobilidade e o relaxamento pélvico e perineal, promovendo a descida da apresentação e o alívio da dor (Lowdermilk e Perry, 2008). Apesar disso, poucas utentes se mostraram recetivas em experimentar esta técnica. As mulheres foram ainda incentivadas a circular livremente dentro do serviço, desde que nas áreas permitidas. Nos momentos em que as utentes escolheram a posição de decúbito, foram encorajadas a alternar entre o decúbito lateral e dorsal. Foi explicado que o decúbito lateral esquerdo seria preferível por promover um fluxo sanguíneo uteroplacentário e renal ótimos e por isso aumentar a oxigenação fetal (Lowdermilk e Perry, 2008). Quando adotada a posição de decúbito dorsal ou supina foi colocada uma almofada por debaixo da anca para evitar a compressão arterial e venosa, a qual poderia comprometer o bem-estar materno e fetal e a progressão do TP (Lowdermilk e Perry, 2008). A par das questões relacionadas com a deambulação e posicionamentos durante o TP surgem as preocupações com o alívio da dor.

A classificação internacional para a prática de enfermagem (ICN, 2011, p. 50) define a dor do TP como uma *sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto*. Considerada como o quinto sinal vital, a dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica, variando a sua perceção e expressão na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida (Lowdermilk e Perry, 2008; OE, 2008). Lowdermilk e Perry (2008) chegam mesmo a considerar que o que influencia a perceção da mulher sobre o parto, classificando-o como bom ou mau, não é tanto a dor sentida, mas sim a forma como esta foi gerida de acordo com as suas expectativas. Inúmeros fatores pessoais poderão influenciar a vivência da dor, contudo constatou-se que são as experiências anteriores pessoais ou relatadas e os estados de ansiedade que mais influenciaram a sua vivência. As múltiparas foram questionadas acerca da sua experiência anterior e, como seria de esperar, experiências anteriores positivas favoreceram um melhor autocontrolo do

desconforto. Por outro lado, experiências anteriores de parto difícil ou doloroso contribuíram para um aumento do medo e ansiedade, pedindo da parte dos profissionais maior atenção no que respeitou às estratégias de diminuição da ansiedade e alívio da dor. No caso das nulíparas foi notório que as suas expectativas se baseavam em relatos de pessoas/familiares significativos.

Relativamente à gestão dos níveis de ansiedade, teve-se em conta que o facto de as parturientes se encontrarem num ambiente estranho, a privação do sono e a fadiga associados ao decurso do TP influenciaram marcadamente os níveis de ansiedade. Será normal que a parturiente apresente níveis de ansiedade moderada, relacionados, maioritariamente, com a preocupação com a saúde fetal e com a existência de dor. Contudo medos e ansiedades excessivos potenciam a dor por originarem maior secreção de catecolaminas que, por sua vez, elevam a tensão muscular e diminuem a eficácia das contrações (Lowdermilk e Perry, 2008). Inicia-se assim um ciclo de alterações da homeostasia que afeta a normal evolução do TP, tendo efeitos prejudiciais para a parturiente e feto (Graça, 2010). Mostrou-se importante informar as mulheres acerca destes fenómenos no sentido de promover a sua autoeficácia e confiança na sua capacidade de lidar com a dor. Para além disso, providenciou-se, dentro do possível, um ambiente confortável e seguro, onde as mulheres sentissem a sua privacidade respeitada. Estímulos ambientais como o ruído, a luminosidade e a temperatura também foram ajustados de acordo com as preferências. Sabendo que a dor interfere de forma decisiva no decurso do TP, a sua monitorização e gestão foram objetivos prioritários dos cuidados prestados. O instrumento de avaliação utilizado foi a Escala de avaliação numérica.

Quando se instruiu acerca dos métodos de alívio da dor, incluíram-se todas as opções disponíveis, não só os métodos farmacológicos, mas também os não farmacológicos. Foi notório que as utentes que haviam realizado cursos de preparação para a parentalidade estavam mais recetivas e informadas acerca dos métodos não farmacológicos. Os métodos escolhidos para alívio da dor tiveram por base não só a situação específica de cada utente, mas também, as suas preferências, sendo a parturiente a principal interveniente nesta escolha. A OMS (1996) sublinha que o apoio contínuo fornecido à mulher durante o TP é considerado o mais importante dos métodos não farmacológicos. Mais do que auxiliar na gestão da dor, o suporte físico, emocional e psicológico dado às parturientes contribuiu para encorajá-las a assumir um papel ativo em todo o processo. Vários estudos têm demonstrado os efeitos benéficos deste apoio, nomeadamente o realizado por Hodnett e colaboradores. Na sua revisão sistemática da literatura que incluiu 22 estudos e um total de 15288 mulheres, os autores reforçam a importância do apoio contínuo, seja ele realizado

por profissionais de saúde, pelo companheiro, por amigos ou familiares. Para além de encurtar o TP, favorecer a ocorrência de um parto eutócico (por diminuir a probabilidade de complicações e intervenções obstétricas) e promover uma menor necessidade de analgesia, o apoio contínuo também promove a autoestima e satisfação materna (Hodnett *et al.*, 2012). Sendo o parto um acontecimento familiar, a presença do companheiro ou pessoa significativa tornou-se um requisito essencial e integrante dos cuidados prestados. Em Portugal, já desde 1985 que a legislação contempla o direito da parturiente ao acompanhamento durante o TP (Decreto-lei nº14/85, Diário da Republica, 1985). Contudo, e como já referido, apenas era permitida a presença do companheiro ou familiar significativo a partir do momento em que a mulher estivesse numa das salas de parto individuais. Por esse motivo, com as grávidas ainda na sala de expectantes, teve-se uma preocupação acrescida em tentar colmatar a falta de apoio do familiar significativo, muitas vezes referida pelas utentes.

Para além do apoio contínuo existem muitas outras técnicas não farmacológicas para alívio da dor, nomeadamente a liberdade de movimentos que, sempre que possível, foi incentivada. Durante a fase latente do primeiro período do TP as utentes foram incentivadas a tomar um duche quente e relaxante e informadas que esta técnica, por promover o relaxamento, melhora o sentimento de bem-estar e minimiza o desconforto ou dor provocados pelas contrações uterinas (Lowdermilk e Perry, 2008). Nos casos em que as utentes não pretenderem tomar duche foi sugerida a aplicação de calor local. As técnicas de relaxamento, distração e respiração, massagem e musicoterapia também foram sugeridas. A realização de estimulação elétrica transcutânea, injeções de água estéril, acupressão, hipnose ou acupuntura, é desaconselhada pelo NICE (2014), contudo as mulheres que o desejem fazer não devem ser impedidas. Durante o estágio, observou-se uma parturiente que realizou injeções intradérmicas com água estéril. Os restantes métodos não foram solicitados.

Relativamente aos métodos farmacológicos, praticamente todas as mulheres manifestaram, ainda durante a admissão, o desejo de receberem analgesia epidural. Nos casos em que existiu contra-indicação para o procedimento, ou caso a parturiente não o desejasse, o alívio da dor passou pela administração de opioídes sistémicos - Petidina e Tramadol. Nos casos em que se justificou, a Petidina foi administrada por via intramuscular, na dose de 50mg. Após a sua administração eram tidos em atenção os seus possíveis efeitos secundários, nomeadamente náuseas, vómitos, confusão, taquicardia ou bradicardia, prurido, retenção urinária, depressão respiratória, diminuição da atividade uterina, diminuição da variabilidade e bradicardia fetal (Graça, 2010). Devido a estes

potenciais efeitos os SV foram avaliados regularmente, ao mesmo tempo que se procedia à monitorização cardiotocográfica contínua, durante pelo menos duas horas após a sua administração (Montenegro *et al.*, 2014). Importa referir que se o nascimento ocorresse até quatro horas após a administração eram vigiados sinais de depressão respiratória no RN, tendo sempre disponível Naloxona para administração (Lowdermilk e Perry, 2008). Relativamente ao Tramadol, Patil e colaboradores, no seu estudo, verificaram o grau de eficácia e segurança da sua administração por via intramuscular para alívio da dor em 100 nulíparas em fase ativa do TP. Concluíram que este fármaco, para além de ser de fácil administração, é eficaz no alívio da dor e acarreta efeitos adversos mínimos para a grávida e RN (Patil *et al.*, 2012). Existem, contudo, outros estudos que desaconselham a sua administração, baseados na sua baixa eficácia quando comparado à Petidina (Lowdermilk e Perry, 2008).

A analgesia epidural constituiu o método farmacológico mais eficaz para o alívio da dor, embora ainda persista a controvérsia sobre os seus efeitos na progressão do TP e para o RN. De acordo com Graça (2010), a analgesia epidural pode conduzir a um prolongamento do segundo período do TP, por provocar distócias da apresentação e de má rotação da cabeça fetal, contribuindo, assim, para um aumento das taxas de cesariana e de parto instrumentado. Mousa e colaboradores (2012) não confirmaram no seu estudo o defendido por Graça (2010). Os autores compararam a duração do TP em nulíparas que realizaram analgesia epidural (80 parturientes) versus as que não realizaram analgesia (grupo controlo - 80 parturientes). Em todos os casos a analgesia epidural foi realizada com o recurso à administração de Lidocaína (0,5%) e Fentanil (2µg/ml), não tendo prolongado de forma significativa o primeiro ou segundo período do TP. As taxas de parto vaginal instrumentado ou por cesariana não foram estatisticamente diferentes nos dois grupos, nem houve diferenças significativas nas percentagens de mulheres que receberam oxitocina. Apesar disso, a taxa máxima de infusão de ocitocina foi significativamente maior no grupo que recebeu epidural em comparação com o grupo controlo (Mousa, Al-Metwalli e Mostafa, 2012). Esta última conclusão parece ir ao encontro da posição defendida por alguns autores, que desaconselham este tipo de analgesia por inibir do reflexo de Fergusson - aumento da produção de ocitocina induzido pela distensão do colo e da vagina pela apresentação fetal. Contudo a inibição desse reflexo não será motivo para desconsiderar este tipo de analgesia, uma vez que se pode facilmente substituí-lo pela administração de ocitocina exógena (Graça, 2010).

Desde que bem estabelecido o TP, qualquer parturiente sem contra-indicação poderia requerer a analgesia epidural. Preferencialmente o procedimento seria realizado já na fase

ativa do TP, quando a mulher apresentasse extinção do colo igual ou superior a 80% e, pelo menos, 4cm de dilatação. Uma revisão sistemática Cochrane realizada por Sng *et al.* (2014), que incluiu a análise de 9 estudos e total de 15752 participantes, comparou os efeitos da realização de analgesia epidural precoce (na fase latente) e tardia (na fase ativa do TP). Os autores concluíram que independentemente de a realização ser precoce ou tardia, a epidural teve efeitos semelhantes na progressão do TP, não existindo diferenças significativas no risco de parto por cesariana ou instrumentado bem como no índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida. Wassen e colaboradores (2011), na sua revisão sistemática da literatura que incluiu a análise de 6 estudos e um total de 15399 nulíparas com IG igual ou superior a 36 semanas, corroboram estes resultados, ao verificarem que não existiu risco aumentado de parto por cesariana ou instrumentado nas parturientes que receberam analgesia epidural na fase latente quando comparadas com as que receberam na fase ativa do TP. Os autores recomendam, por isso, que o momento para se iniciar epidural deverá depender do desejo das utentes e não da fase do TP em que se encontram, filosofia seguida no CHVNG.

Uma vez manifestada a vontade da mulher em realizar analgesia epidural, o anestesista era contactado, informado da decisão da mulher e o material para a realização do procedimento era preparado. A parturiente era, então, transferida da sala de expectantes para uma das salas de partos individuais disponíveis. Antes do procedimento as parturientes foram cateterizadas para instituição de perfusão de Lactato de Ringer (prevenção da hipotensão) avaliados os SV e iniciada CTG para avaliação de bem-estar fetal durante todo o procedimento. No que concerne aos ensinamentos, as parturientes foram aconselhadas acerca dos fármacos e seus efeitos secundários, dos posicionamentos possíveis e acerca de técnicas de respiração e relaxamento que poderiam adotar quando ocorresse contração durante o procedimento, mobilizando o mínimo possível a coluna vertebral durante a colocação do cateter epidural. Durante o procedimento as utentes foram assistidas no posicionamento, incentivado o seu autocontrolo durante os períodos em que sentiram contrações, avaliada a FC, TA, dor e bem-estar fetal. Após o procedimento, a pessoa escolhida como acompanhante poderia entrar para a sala de parto, se a mulher assim o desejasse. Cientes dos efeitos secundários inerentes à realização de analgesia epidural, os cuidados centraram-se na implementação de intervenções que permitiram detetar precocemente a ocorrência de hipotensão, bradipneia, tremores, hipertermia, prurido, náuseas e/ou vômitos, retenção urinária, bradicardia fetal e complicações hemorrágicas ou neurológicas (Graça, 2010). A eliminação vesical constituiu um importante foco de atenção após a colocação de cateter epidural. Após o

procedimento, os quadros de retenção urinária foram frequentes e motivados por causas obstétricas e/ou por hiporreflexia vesical devida ao bloqueio das raízes S2, S3 e S4 (Graça, 2010). Ainda assim, a micção espontânea foi encorajada, frequentemente avaliada a necessidade de urinar e, quando necessário, realizadas medidas de estimulação urinária. Nos casos em que estas medidas não surtiram efeito e caso existisse distensão vesical, a colocação de cateter vesical mostrou-se uma intervenção necessária.

Será ainda importante referir as situações em que a evolução do TP foi disfuncional, principalmente as situações de fase latente prolongada, a mais frequentemente observada. Por distócia entende-se uma evolução anormalmente lenta do TP, causada por fenómenos patológicos que interferem com a dilatação e progressão do feto através do canal de parto (Graça, 2010). De acordo Freitas et al. (2011), a duração média da fase latente é de 6,4 horas em nulíparas e 4,8 horas em múltíparas, não sendo influenciada pela idade materna nem pelo peso fetal, sendo o diagnóstico de fase latente prolongada fundamentado no tempo excessivo após o início das contrações regulares e dolorosas, sem alcançar uma dilatação cervical maior que 3 ou 4 cm (Freitas *et al.*, 2011). Os mesmos autores citam os resultados de um estudo realizado na University of California em San Francisco (entre 1975 a 1990), no qual foram estudados 11.000 partos com fase latente prolongada e avaliados quanto ao desfecho materno e perinatal. Os resultados mostraram que uma fase latente prolongada pode estar associada a maior incidência de anormalidades durante a fase ativa de TP, maior necessidade de ressuscitação neonatal, entubação por mecónio espesso, índices de Apgar mais baixos ao quinto minuto, maior tempo de hospitalização dos RN, febre materna e maior número de lacerações de terceiro e de quarto grau (Freitas *et al.*, 2011).

De acordo com Graça (2010) as causas mais frequentes de fase latente prolongada são a administração precoce e excessiva de narcóticos e/ou analgésicos, realização de analgesia epidural antes de bem estabelecido o TP e disfunção uterina hipotónica. Nestes casos a conduta passou por suspender/ajustar os referidos fármacos e, se membranas rotas, iniciar perfusão de ocitocina, de acordo com a prescrição. Nos casos em que as membranas se encontravam intactas e em que foi prescrita a amniotomia, foi explicado à mulher que o procedimento poderia encurtar o TP em até uma hora, contudo as contrações uterinas poderiam tornar-se mais intensas e, por isso, causarem mais desconforto. O NICE (2014) desaconselha a realização rotineira de amniotomia no TP com decurso normal, contudo, por intervir positivamente na progressão do TP, recomenda a sua realização nos casos em tenha sido identificado prolongamento da fase ativa ou latente do TP, sendo esta a conduta seguida no CHVNG. Freitas e colaboradores (2011) citam os resultados de um

estudo, no qual foram observados dois grupos: um no qual foi realizada amniotomia por rotina durante a fase ativa de TP versus grupo sem intervenção. A amniotomia foi associada a uma redução da duração do TP em até duas horas e a uma diminuição no uso de ocitocina. Citam também os resultados de um outro estudo, no qual 459 mulheres realizaram amniotomia por rotina versus amniotomia apenas na vigência de indicações específicas. A amniotomia eletiva foi associada a uma diminuição da necessidade de ocitocina (36% vs. 76%) e da duração da fase ativa de TP (4 h 35 min vs. 5 h 56 min).

Assim, perante o diagnóstico de TP estacionário foram implementadas medidas não invasivas como a mudança de posição, mobilização e deambulação (APEO, 2009). Nos casos em que não foi possível implementar estas medidas ou nos casos em as mesmas se mostraram ineficazes, e desde que ausentes complicações materno-fetais, sempre que foi prescrita a realização de amniotomia, após explicação do procedimento e obtenção de consentimento, a amniotomia foi realizada com técnica asséptica, após instituição de monitorização fetal, com dilatação cervical entre os 4/5cm, se a apresentação estivesse bem apoiada no colo e na ausência de sinais de sofrimento fetal. Um dos cuidados cruciais durante o procedimento foi assegurar que a cabeça fetal estava apoiada, permitindo a saída lenta do líquido amniótico para evitar o prolapso do cordão, considerada uma emergência obstétrica. Por serem importantes indicadores e com grande influência na prestação de cuidados, a hora da rotura e as características do líquido amniótico (cor, odor, a viscosidade e quantidade) foram sempre registadas, quer no partograma, quer no sistema registo informático (Lowdermilk e Perry, 2008). Qualquer padrão anómalo detetado era de imediato comunicado ao Obstetra. Após o procedimento, foi instituída monitorização cardiotocográfica contínua, no sentido de despistar sinais de sofrimento fetal (Lowdermilk e Perry, 2008). Relativamente à realização concomitante de amniotomia e administração de ocitocina, Nachum e colaboradores (2010) confirmaram, no seu estudo, os seus benefícios. Quando realizadas a par, estas intervenções foram mais eficazes na progressão do TP em mulheres com fase latente prolongada, em comparação com a realização das intervenções isoladamente (Nachum *et al.*, 2010).

Segundo período do trabalho de parto

Decorrido o primeiro período do TP segue-se o período expulsivo que se inicia com a dilatação cervical completa (10cm) e apagamento completo do colo (100%) e termina com o nascimento (Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Este período divide-se em duas fases, a primária ou de descanso que se inicia quando o colo está totalmente dilatado, e avançada ou expulsiva desde que a apresentação se encontra debaixo das espinhas

isquiáticas até ao nascimento (APEO, 2009). A duração do segundo período do TP é influenciada por vários fatores entre eles a eficácia das contrações uterinas, o tipo e quantidade de analgesia, a condição física e emocional da mulher, a posição e paridade, a apresentação e a situação e tamanho do feto (Lowdermilk e Perry, 2008). Graça (2010) baseado nos padrões estabelecidos por Friedman e Cohen em 1983, define a sua duração normal de 45 a 60 minutos para nulíparas e de 15 a 20 minutos para múltíparas. Já o American College of Obstetricians and Gynecologists citado por Amorim, Porto e Souza (2010) define a duração normal de três horas em primíparas com analgesia, duas horas em primíparas sem analgesia e em múltíparas com analgesia e uma hora em múltíparas sem analgesia. Habitualmente, nesta fase, as parturientes referiam vontade de puxar, decorrente do reflexo de Ferguson, momento em que era realizado o toque vaginal. Uma minoria das parturientes que estavam sob efeito de analgesia epidural a necessidade de realizar esforços expulsivos não surgiu espontaneamente, pelo que foi a realização de toque vaginal que permitiu identificar o estabelecimento do segundo período do TP. Ao realizar o toque vaginal pretendeu-se confirmar a existência de dilatação e extinção completas e obter informações acerca da altura e variedade da apresentação. De salientar que as variedades occipito-posteriores estão associadas a períodos expulsivos mais prolongados e a maior probabilidade de parto instrumentado (Freitas *et al.*, 2011).

Relativamente aos esforços expulsivos ou puxos, estes podem ser orientados ou espontâneos, precoces (logo após dilatação completa) ou tardios (quando a mulher sente vontade de puxar). A manobra de Valsalva começou a ser utilizada em Obstetrícia quando as parturientes sedadas, durante a 2ª período do TP, não sentiam o impulso de puxar. Nos puxos realizados com recurso a esta manobra a mulher é orientada a segurar os joelhos junto ao peito, a inspirar profundamente e sustentar a inspiração ao mesmo tempo que puxa com a glote fechada (APEO, 2009). Para além de aumentar a pressão intratorácica, a sua realização associa-se a uma diminuição do retorno venoso nas extremidades, subida da TA seguida de uma descida, diminuição da perfusão placentária e alterações do equilíbrio ácido-base com efeito prejudicial para a parturiente e feto, motivos pelos quais é desaconselhada (APEO, 2009;OMS, 1996). Nos puxos espontâneos a mulher é incentivada a puxar livremente sempre que sente essa necessidade. Embora o início precoce de puxos contribua para a redução da duração do período expulsivo, está associada a diversos efeitos negativos (APEO, 2009). Por outro lado, a realização de puxos tardios, ao permitir a descida fetal passiva, parece ter diversos benefícios: maior probabilidade de parto espontâneo, menor fadiga materna, menor traumatismo perineal e menor taxa de incontinência e prolapso de órgão pélvicos no futuro (APEO, 2009; Freitas *et al.*, 2011). Simpson e James

(2005), baseados nos valores de saturação de oxigênio fetal, compararam os efeitos dos puxos precoces e tardios para o bem-estar em 45 nulíparas. Concluíram que a realização de puxos tardios é a técnica que mais favorece a oxigenação e bem-estar fetal. Os autores também defendem a adoção de uma intervenção passiva, permitindo que a mulher inicie os esforços expulsivos quando sentir vontade. Esta conduta é uma medida eficaz por diminuir a fadiga, ao mesmo tempo que promove uma maior sensação de autocontrole, resultando, por isso, em esforços expulsivos mais eficazes, diminuição das taxas de partos instrumentados e melhores resultados maternos e fetais.

Em todos os casos, foram explicadas as vantagens/desvantagens da realização de puxos precoces/tardios e incentivada a tomada de decisão. Na grande parte das situações as mulheres optaram pela realização de puxos tardios. De referir que algumas parturientes que estavam sob o efeito de analgesia epidural necessitaram de orientação relativamente ao momento de iniciar os esforços expulsivos, a qual foi realizada, desde que a apresentação se encontra-se numa posição anterior e no terceiro plano de Hodge (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante a realização dos esforços expulsivos a respiração foi um foco importante, pelo que as parturientes foram instruídas a realizar inspirações profundas antes e depois de cada contração, a realizar o puxo durante a expiração (com a glote aberta) durante um máximo de cinco segundos e a respirar entre os esforços de forma a promover adequada oxigenação materna e fetal (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente ao posicionamento para o nascimento, sabe-se que não existe uma posição única, pois os ângulos entre o feto e a bacia mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto no canal de parto (Lowdermilk e Perry, 2008). No CHVNG a posição mais utilizada para a assistência ao segundo e ao terceiro período do TP foi a de Laborie-Duncan, na qual a mulher se posiciona em decúbito dorsal realizando flexão e abdução máximas das pernas e coxas, sendo a mesa de parto colocada na posição mais verticalizada. Esta posição amplia o estreito inferior e expõe suficientemente o períneo e a fenda vulvar, favorecendo as manobras de episiotomia e a instrumentalização do parto quando necessárias (Freitas *et al.*, 2011). Apesar disso as posições de pé parecem ser mais benéficas por facilitarem a descida fetal, reduzirem a duração do segundo período do TP e estarem associadas a menor necessidade de realização de episiotomia e parto instrumentado. Em contrapartida estão associadas a um aumento do risco de lacerações de segundo grau e perda sanguínea superior a 500ml (Gupta, Hofmeyr e Shehmar, 2012; Lowdermilk e Perry, 2008). Apesar das evidências disponíveis, diversos autores defendem que são necessários mais estudos para se poder concluir acerca dos efeitos das diferentes

posições (Gupta, Hofmeyr e Shehmar, 2012; Kemp *et al.*, 2013). Constatou-se que poucas parturientes optaram por experimentar as posições verticalizadas no segundo período do TP. O facto de estarem sob efeito de analgesia epidural e, por isso, terem menor força e sensibilidade nos membros inferiores levou a que optassem pelas posições de decúbito. Acima de tudo, as mulheres foram encorajadas a adotar as posições em que se sentissem mais confortáveis, foram apoiadas nas suas escolhas e aconselhadas acerca de estratégias para melhorar o puxo (OMS, 1996). O apoio, incentivo e reforço positivo foram intervenções importantes, que promoveram a manutenção dos esforços expulsivos e incentivaram a colaboração da mulher e familiar significativo.

Segundo o protocolo do serviço, para a execução do parto são necessárias, pelo menos, duas EESMO, uma responsável pela realização do parto e outra pelos cuidados ao RN, regra cumprida em todos os partos realizados. Nesta fase era preparado o material necessário para assistir ao parto, assim como o material de proteção individual. Para manter técnica asséptica era colocado um campo esterilizado debaixo das nádegas da parturiente, outro sobre o abdómen e finalmente as pernas.

A descida da apresentação, as contrações uterinas e a FCF iam sendo atentamente monitorizadas através da CTG que foi mantida até ao nascimento, no sentido de despistar sinais de sofrimento fetal. Em nenhum dos casos foi realizada a manobra de Kristeller ou massagem perineal (NICE, 2014). À medida que a cabeça fetal começava a coroar eram avaliadas as condições do períneo para inferir acerca da necessidade de realização de episiotomia mediolateral esquerda (exceto se recusa). Casos como o parto gemelar, pélvico ou instrumentado justificariam a sua realização antes da apresentação distender o períneo (Graça, 2010). Ao longo dos últimos anos, vários estudos têm demonstrado claros inconvenientes decorrentes da realização de episiotomia: agravamento da dor no pós-parto, da perda sanguínea, do risco de infeção e da ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau (OMS, 1996). Embora a episiotomia não seja um procedimento rotineiro no BP, a sua realização foi muito frequente. Após a realização ou não de episiotomia, e de forma a assegurar a saída lenta da cabeça, as mulheres foram encorajadas a controlar a intensidade dos esforços expulsivos de acordo com as necessidades. A saída da cabeça era assistida com movimentos suaves, evitando a deflexão súbita e protegendo o períneo realizando a manobra modificada de Ritgen. Após a saída da cabeça era pesquisada a existência de circulares cervicais e a cabeça apoiada durante a rotação externa e restituição. Nos casos em que existia circular simples e larga o cordão era desenrolado à volta da cabeça. Lembra-se um caso de circular dupla e apertada em que foi necessário realizar dupla camplagem e cortar o cordão à vulva. Após restituição, o ombro anterior era libertado

seguido pelo posterior e restante corpo, ao mesmo tempo que se mantinha proteção do períneo. Imediatamente após o nascimento, o RN era colocado no abdómen da mãe e procedia-se à limpeza do nariz e boca com compressas esterilizadas, para facilitar a saída de secreções e promover a respiração.

A aspiração da boca e nariz não foi realizada nos RN de termo que respiraram espontaneamente, que tinham tônus muscular adequado e líquido amniótico claro (Amorim, Porto e Souza, 2010). Nos casos dos RN que não choraram após estímulo táctil ou se presença de mecónio no líquido amniótico procedia-se à aspiração da orofaringe com o bebé já colocado no abdómen da mãe e não à vulva (Amorim, Porto e Souza, 2010; Montenegro *et al.*, 2014). Apesar do risco de ocorrência da síndrome de aspiração de mecónio dos RN com mecónio no líquido amniótico, o ACOG (2007) baseado nas guidelines de ressuscitação neonatal elaboradas pela American Academy of Pediatrics em 2005, desaconselha a realização de aspiração à vulva por não alterar a sua incidência nem morbidade. Não há nenhuma evidência de que a aspiração traqueal seja necessária em RN vigorosos, com fortes esforços respiratórios, bom tônus muscular e frequência cardíaca superior a 100 bpm, sendo a ocorrência de traumatismos das cordas vocais mais provável nestes bebés (ACOG, 2007). Ao mesmo tempo que era realizada a higiene do nariz e boca com compressas esterilizadas, avaliava-se a adaptação do RN à vida extra uterina e necessidade de reanimação através do índice de Apgar (Graça, 2010). Para tal procedeu-se à avaliação da frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor do RN. Um índice de 0 a 3 indica sofrimento grave, de 4 a 6 dificuldade moderada e de 7 a 10 indica que o RN não apresenta dificuldades de adaptação à vida extra uterina (Lowdermilk e Perry, 2008). Todos os RNs nascidos por parto eutócico apresentaram índice de Apgar, ao primeiro minuto superior a 7.

O passo seguinte consistiu em proceder à laqueação tripla do cordão umbilical: a primeira com pinça de Kelly próxima da vulva, a segunda com pinça de Kelly a cerca de 4 cm do abdómen do RN e a terceira com clamp plástico a cerca de 3 cm do abdómen do RN. À mulher ou acompanhante era questionado se desejavam cortar o cordão, sendo que na maioria dos casos foi o pai que optou por fazê-lo. Relativamente ao momento da clampagem, as recomendações não são unânimes. Se por um lado Montenegro e colaboradores (2014) recomendam a laqueação precoce, vários estudos têm demonstrado grandes vantagens decorrentes da laqueação tardia do cordão umbilical. Acerca do assunto, Hutton e Hassan (2007) realizaram uma revisão sistemática da literatura que incluiu a análise de 15 estudos (1912 RN) cujo objetivo foi comparar os efeitos da clampagem precoce (1001 RNs) e tardia (911RNs) em RNs de termo. Os autores concluíram

que retardar a laqueação do cordão em, pelo menos, dois minutos associa-se a benefícios neonatais que se estendem durante a infância, pois melhora os níveis de hematócrito e de concentração de ferritina, reduzindo o risco de anemia. Embora se tenha verificado um aumento da incidência de policitemia neonatal após clampagem tardia, esta condição parece ser benigna (Hutton e Hassan, 2007). Amorim, Porto e Souza (2010) citam também os resultados de uma revisão sistemática que incluiu 7 estudos (297 neonatos), onde se verificou que o adiamento da clampagem em 30 a 120 segundos se associou a menor necessidade de transfusão e menor incidência de hemorragia intraventricular. As guidelines da OMS (2013) também recomendam a clampagem tardia do cordão, a não ser que o RN necessite de reanimação, conduta protocolada no BP.

Os cuidados imediatos ao RN incluíram a permeabilização das vias aéreas, a vigilância de sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal, tiragem ou gemido) e a manutenção da temperatura corporal. Após o nascimento e cuidados imediatos ao RN a mulher/família eram felicitados. Desde que o estado do RN o permitisse e a mãe o desejasse, o contacto pele-a-pele foi incentivado e realizado, contudo por poucos minutos. Depois de um breve contacto entre o RN e a mãe, este era levado para a sala dos primeiros cuidados para que os mesmos fossem realizados. Dos cuidados de rotina ao RN salienta-se a identificação, avaliação antropométrica, higiene corporal parcial/total, desinfeção do coto umbilical, administração de vitamina K, colocação de vestuário incluindo gorro e profilaxia oftálmica com Oxitetraclina. Nos RN com peso inferior a 2500gr ou superior a 4000g a glicemia capilar foi determinada. Posteriormente o RN permanecia junto da mãe/acompanhante durante a dequitação e correção de episiotomia/lacerações se existissem. Durante este período era realizada uma observação cuidadosa, nomeadamente no que diz respeito à identificação de gemido ou outros sinais de dificuldade respiratória.

Ao longo das últimas décadas vários estudos têm demonstrado a importância e vantagens do contacto precoce entre mãe e bebé, principalmente no que diz respeito ao seu efeito benéfico no estabelecimento da amamentação. As vantagens fisiológicas do contacto precoce incluem o aumento dos níveis de ocitocina e prolactina materna e ativação dos reflexos de sucção do bebé (Lowdermilk e Perry, 2008). Importa salientar os resultados de uma revisão sistemática da literatura realizada por Moore, Anderson e Bergman (2012), na qual foram analisados os resultados de 34 estudos num total de 2177 participantes (díade mãe/RN), cujo objetivo foi avaliar os efeitos do contacto precoce pele a pele sobre o aleitamento materno, adaptação fisiológica e comportamento em mães e RN saudáveis. As principais conclusões dos autores prendem-se com o facto do contacto precoce e pele a pele ter um efeito significativamente positivo no sucesso da primeira

amamentação que se estende até 4 meses após o parto, promover a estabilidade cardiorrespiratória materna e fetal, diminuir o tempo de choro do RN nos primeiros 90 minutos de vida, promover a manutenção da temperatura corporal e níveis glicémicos adequados do RN. Nenhum dos estudos analisados reportou a ocorrência de efeitos negativos decorrentes desta prática (Moore, Anderson e Bergman, 2012). Embora toda a equipa do BP possua conhecimentos acerca dos benefícios deste procedimento, poucas foram as situações em que o RN permaneceu mais do que breves minutos em contacto pele a pele com a mãe, sendo esta conduta baseada naquilo que a equipa pensa ser o mais seguro para o RN. Esta conduta, carece, na nossa opinião, de reflexão.

Ao ser considerado um hospital amigo dos bebés, o CHVNG compromete-se a ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento, a quarta das 10 medidas necessárias para ter tal consideração. Esta foi uma intervenção que consideramos como prioritária na promoção e apoio ao AM. Para além de associada a uma diminuição da taxa de mortalidade e morbidade neonatal, a amamentação na primeira hora de vida associa-se a muitas outras vantagens, entre elas: estimula a libertação de ocitocina, promovendo uma maior contractilidade uterina e diminuindo a perda hemática pós-parto; favorece a realização de uma pega correta, uma vez que o RN apresenta-se mais reativo e com reflexos eficazes e favorece o vínculo afetivo entre a mãe e filho (Lowdermilk e Perry, 2008). Após perceber os desejos e expectativas acerca do AM precoce, as parturientes eram ajudadas e supervisionadas neste momento. Em todos os casos optou-se por intervir o mínimo possível, aguardando-se o tempo necessário para que o RN pudesse estabelecer contacto visual com a mãe, para que pudesse explorar a mama e sentir o calor e odor materno. Grande parte dos RN adaptou-se à mama sem dificuldades, contudo nalguns casos foi necessário instruir a mãe acerca de posições do RN que poderiam facilitar a adaptação à mama. Este foi também o momento em que foram reforçadas as vantagens do AM para a mãe e RN e lembrados os sinais de boa pega, essenciais para a prevenção de complicações relacionadas com a amamentação.

Apesar de rara, a ocorrência de Colapso pós-natal súbito e inesperado está associada a altas taxas de mortalidade e deficiência neurológica nos RN sobreviventes. A maioria dos casos registados ocorre até duas horas pós-parto e maioritariamente durante a primeira amamentação. O posicionamento do RN em ventral (posição asfixiante), a amamentação sem supervisão durante as primeiras duas horas de vida, a primiparidade e distrações da mãe (uso do telemóvel, máquinas fotográficas) são apontadas como os principais fatores de risco (Pejovic e Herlenius, 2013). Cientes disso, a supervisão constante foi uma intervenção primordial durante o contacto pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Para

além disso, as mães foram aconselhadas a estar sempre junto do RN de forma a poder vigiá-lo, a posicionar o RN em posição supina e a evitar o uso de distrações como o telemóvel ou máquina fotográfica (Pejovic e Herlenius, 2013).

No que diz respeito à reanimação, a nossa experiência está de acordo com a realidade, em que se estima que 10% dos RN necessitem de algum tipo de reanimação para iniciar uma respiração eficaz, sendo que apenas 1% necessitará de manobras de reanimação mais diferenciadas (Graça, 2010). Os objetivos fundamentais da reanimação do RN serão estabelecer e manter a permeabilidade da via aérea, fornecer suporte cardiorrespiratório eficaz e promover a manutenção da temperatura através de uma fonte de calor (Graça, 2010). No BP sempre que se previa o nascimento de um RN de risco era contactado o Neonatologista que juntamente com um EESMO fazia a sua avaliação imediatamente após o nascimento. Durante todo o estágio assistiu-se apenas ao caso de um RN que após nascimento por parto distócico, apresentou Apgar de três ao primeiro minuto de vida, tendo sido imediatamente iniciadas manobras de reanimação. A prática da ressuscitação neonatal no BP era baseada nas Guidelines elaboradas pelo American Heart Association (2010). O reanimador deverá começar a reanimação realizando uma ou várias das medidas de estabilização inicial, entre elas: aquecer o RN, permeabilizar a via aérea se necessário (A), secar e estimular. Ao fim de 60 segundos, também chamado de minuto dourado, o reanimador deverá ter sido capaz de realizar as medidas iniciais necessárias, avalia-las e, nos casos necessários, iniciar ventilação assistida (B) ou administração de oxigénio se necessário. As seguintes manobras de reanimação consistem em iniciar compressões cardíacas para manutenção da circulação (C) e proceder à administração de fármacos (D).

Terceiro período do trabalho de parto

Logo após a expulsão do feto, começa o terceiro período do TP, caracterizado pelo descolamento, descida e desprendimento da placenta e membranas fetais (Freitas *et al.*, 2011; Graça, 2010). O descolamento da placenta inicia-se, habitualmente, ao fim 5 a 7 minutos após o nascimento, por ação das contrações uterinas e da redução da sua área de inserção motivada pela diminuição do volume uterino após expulsão do feto (Lowdermilk e Perry, 2008). Graça define a sua duração normal de até 30 minutos para nulíparas e multíparas. Contudo outros autores defendem que a sua duração varia de acordo com a conduta adotada nesta fase: ativa ou fisiológica/expectante. O NICE (2014) define, por isso, a sua duração normal de até 30 minutos se realização de gestão ativa e de até 60 minutos para gestão expectante.

No BP preconiza-se a realização de gestão ativa do terceiro período do TP, no entanto este assunto era discutido com a mulher no sentido de a informar das suas vantagens/desvantagens, promovendo uma decisão conjunta e informada. Por estar associada a uma diminuição do risco de hemorragia no pós-parto imediato e encurtamento deste período do TP, a adoção desta conduta é aconselhada, nomeadamente pela Organização Mundial de Saúde (2012) – *Recomendações para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Uma das intervenções da gestão ativa do TP implementada foi a realização de drenagem do sangue placentário através da desclampagem do cordão umbilical do lado materno imediatamente após o nascimento. Embora esta não seja uma prática preconizada pelas recomendações da OMS (2012) para a gestão ativa do terceiro período do TP, alguns autores têm vindo a sugerir que a drenagem do sangue placentário facilita a contração do útero e promove a expulsão da placenta, reduzindo as complicações do TP. Numa revisão sistemática da Cochrane que incluiu 3 ensaios clínicos randomizados, Soltani, Poulouse e Hutchon (2011) propuseram-se compreender quais os efeitos que a drenagem do sangue placentário (imediatamente após o nascimento) tem no terceiro período do TP, independentemente do uso de fármacos uterotónicos. Os autores concluíram que a sua realização reduz a sua duração média em cerca de três minutos e a perda média de sangue em 77 ml. Não se observaram diferenças na necessidade de remoção manual da placenta, transfusão de sangue ou risco de hemorragia pós-parto (Soltani, Poulouse e Hutchon, 2011).

Enquanto se realizava a drenagem do sangue placentário, procedia-se à tração controlada do cordão umbilical. Os sinais que permitiram perceber a ocorrência do descolamento da placenta foram a existência de contração uterina (útero em posição ovoide), saída súbita de sangue pelo introito vaginal e aumento aparente do comprimento do cordão umbilical (Lowdermilk e Perry, 2008). Após confirmação do descolamento era pedido à mulher que realizasse esforços expulsivos controlados. À medida que a placenta era expulsa, era segurada com ambas as mãos, enquanto se realizava torção lenta (manobra de Jacob-Dublin) para facilitar o seu descolamento integral, assim como das membranas. O mecanismo de expulsão da placenta mais frequentemente observado foi o de Schultze. Apesar do mecanismo de expulsão não ter importância clínica, sabe-se que o mecanismo de Duncan acarreta maior risco de perda de sangue, pelo que a sua ocorrência é um indicador para o risco de hemorragia (Lowdermilk e Perry, 2008). Imediatamente após a saída da placenta e membranas era assegurada a formação de globo de segurança de Pinard massajando circularmente o fundo uterino (manobra de Credê) e iniciada perfusão de ocitocina, de acordo com o protocolo do serviço. Posteriormente procedia-se à inspeção

da placenta e cordão umbilical. As características da placenta avaliadas foram a sua forma, diâmetro, espessura, peso, número de cotilédones, integridade e existência de anomalias como zonas de enfarte ou calcificações. A presença dos dois folhetos foi confirmada, reconstruída a cavidade amniótica no sentido de inferir acerca da integridade de ambos os folhetos e observadas as ramificações dos vasos do cordão umbilical na placa corial (Graça, 2010).

Relativamente ao cordão umbilical, era inspecionada a sua inserção na placenta, espessura, comprimento, número de vasos e anomalias como nós verdadeiros/falsos, hematomas ou quistos. No que diz respeito a anomalias detetadas, recorda-se o caso de uma placenta com um cotilédone aberrante e outro caso de placenta com calcificações associada à existência de apenas dois vasos (1 artéria e 1 veia) no cordão umbilical. De acordo com Graça (2010) a existência de artéria única é a anomalia vascular mais frequente do cordão umbilical e ocorre em menos de 1% das gestações únicas. Na maior parte dos casos não está associada à presença de outras anomalias, mas está, por vezes, associada a cromossomopatia, malformações fetais, atraso do crescimento intrauterino e PPT. Nestas situações a placenta e anexos fetais foram colocados em recipiente próprio para posterior realização de análise anatomopatológica. Nos casos em que o terceiro período do TP não progredisse com normalidade era contactado o Obstetra. Não ocorreu nenhuma situação de retenção da placenta ou membranas nos partos eutócicos realizados.

Quarto período do trabalho de parto

Inicia-se agora o quarto período do TP que tem a duração de 2 horas após a expulsão da placenta e membranas fetais (Lowdermilk e Perry, 2008). Neste momento o períneo, canal vaginal e colo eram inspecionados, procedendo-se, nos casos necessários, à reparação perineal pós episiotomia e/ou lacerações. Este foi, também, o período de recuperação imediata em que se reestabeleceu a homeostase, constituindo, por isso, um momento de observação privilegiada na deteção precoce de complicações como a hemorragia vaginal (Lowdermilk e Perry, 2008).

Os traumatismos perineais espontâneos mais frequentes são as lacerações do períneo e dentro destas, as lacerações de primeiro e de segundo grau foram as que ocorreram nos partos eutócicos realizados. A tendência para sofrer uma laceração perineal varia de mulher para mulher e depende, em grande parte, da capacidade de distensão dos tecidos (Lowdermilk e Perry, 2008). Notou-se que nas nulíparas este tipo de lesão foi mais frequente. Contactou-se também que as mulheres com pele muito clara apresentaram maior rigidez perineal e menor capacidade de distensão do que as mulheres com tom de

pele escuro (Lowdermilk e Perry, 2008). De referir que não se observou nenhum caso de laceração vaginal, uretral ou cervical nos partos efetuados. Nos casos em que foi necessário realizar episiorrafia assegurou-se a realização de técnica asséptica, iniciada com a limpeza do períneo com soro fisiológico e colocação de novos campos esterilizados. De seguida era preparado o material necessário e avaliada a analgesia do períneo. A anestesia local, e por planos, com Lidocaína a 2% foi uma intervenção realizada numa minoria dos casos, pois grande parte das mulheres estavam sob sedação epidural com efeito ainda eficaz.

Existe extensa evidência de que o encerramento perineal com sutura intradérmica contínua, utilizando fio Poliglactina 910 de absorção rápida, está associado a menor intensidade da dor nos primeiros 10 dias do puerpério, menor necessidade de remoção dos pontos, menos deiscências da ferida e melhor satisfação da puérpera com a sutura (Montenegro *et al.*, 2014). Para além disso, nas mulheres com lesões perineais de extensão moderada, e sem lesões perineais prévias, este tipo de sutura não está associada a maior incidência de equimoses, hematomas ou infeções perineais, tendo como única desvantagem o facto de ser mais demorada (Montenegro *et al.*, 2014). Apesar disso, no BP, as suturas perineais são realizadas com pontos separados, por ser a técnica com que os profissionais estão mais familiarizados e têm mais perícia. Também durante o curso de MESMO foi esta a técnica aprendida e treinada. As suturas foram realizadas em 3 planos e iniciadas na mucosa vaginal. O primeiro ponto era inserido acima do apex da lesão vaginal, prosseguindo com sutura contínua da mucosa vaginal até às carúnculas himeniais. O segundo plano correspondeu ao encerramento dos músculos e tecido celular subcutâneo perineal, utilizando pontos separados e nó triplo. Para encerramento da pele perineal realizaram-se pontos separados de Donati e nó triplo. Os casos de laceração de segundo grau foram tratados como a episiorrafia. As lacerações de primeiro grau foram suturadas com pontos separados e apenas nos casos em que existia hemorragia ativa ou desalinhamento significativo.

Terminada a reparação perineal, era realizada a higiene vulvar e perineal utilizando soro fisiológico, ao mesmo tempo que se verificava a eficácia da correção. Este era o momento em se realizavam ensinamentos acerca dos cuidados de higiene perineal, das características do fio de sutura utilizado (duração, absorção, queda), da gestão da dor perineal e prevenção da infeção da ferida cirúrgica. Antes de as utentes serem transferidas para a sala de recobro do BP, procedia-se à avaliação dos SV, retirava-se o cateter epidural e sonda vesical. Nas duas horas em que as mulheres permaneciam nesta sala a TA, FC, hemorragia vaginal, formação de globo de segurança e períneo eram avaliados a cada 15 minutos. Nesta fase era, também, oferecida uma refeição leve e incentivada a micção

espontânea. Neste período, destacam-se duas intervenções de enfermagem prioritárias: *vigiar a perda sanguínea e promover a amamentação* (ICN, 2011). Relativamente aos registos, pode-se dizer que existiram alguns focos de atenção transversais a todos os casos, entre eles: *trabalho de parto, dor de trabalho de parto, ferida cirúrgica/laceração* (se existisse), *hemorragia, infeção, amamentação, período pós-parto* (ICN, 2011).

Aproximadamente duas horas após o parto, e desde que assegurado o bem-estar materno e neonatal, procedia-se à transferência da díade mãe-filho para o serviço de puerpério. Aquando da transferência eram anexadas ao processo clínico as informações recolhidas durante a permanência no BP, nomeadamente as relativas ao decurso do TP, tipo de analgesia, tipo e hora do parto, integridade do canal de parto e evolução do pós-parto imediato (condição do útero e lóquios, início de dieta, micção espontânea). No que se refere ao RN eram transmitidos os dados antropométricos, avaliação do Apgar, tipo de alimentação e horário e duração da última mamada. Em todos os casos era estabelecido contacto com a enfermeira do serviço de obstetrícia no sentido de a informar da transferência. A existência de qualquer complicação materna ou neonatal era destacada.

Durante este estágio assistiu-se, ainda, na realização de 10 partos distócicos. Em todos os casos o parto foi efetuado com recurso a ventosa e motivado pela existência de traçado cardiotocográfico não tranquilizador ou pela ineficácia dos esforços expulsivos. Nestas situações disponibilizou-se assistência ao Obstetra, a mulher foi assistida a posicionar-se em decúbito dorsal e avaliado o bem-estar fetal através do CTG. Antes da colocação da ventosa, o Obstetra explicava o procedimento e a sua pertinência no sentido de obter o consentimento da mulher. As parturientes foram aconselhadas a permanecerem calmas e a colaborar de acordo com as instruções que lhes eram dadas. Em todos os casos foi contactado atempadamente o neonatologista, no sentido de este estar presente no BP aquando do nascimento. Imediatamente após o nascimento, os RN foram envolvidos em lençóis aquecidos e transportados para a sala de observação onde seriam avaliados pela EESMO e Neonatologista.

4. O PROCESSO DE AUTOCUIDADO E DE TRANSIÇÃO/ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO

Este módulo de estágio possibilitou o desenvolvimento e aquisição de competências necessárias à implementação de cuidados comuns e especializados, com o objetivo de potencializar a saúde da puérpera e do RN no período pós-parto, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. O diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN foram importantes focos de atenção neste âmbito (OE, 2010).

O puerpério é definido como o período de 6 semanas após o parto, no qual ocorre um conjunto de alterações fisiológicas e anatômicas que conduzem ao estado pré-gravídico. De acordo com Freitas *et al.* (2011) e Graça (2010) pode ser dividido em 3 períodos: imediato (primeiras 24 horas), precoce (até ao final da 1ª semana) e tardio (até ao final da 6ª semana).

O acolhimento das puérperas e dos RN no SP, habitualmente ao fim de duas horas após o parto, permitiu efetuar a avaliação do estado físico e emocional da puérpera, efetuar a avaliação inicial do estado físico dos RNs e avaliar as necessidades em cuidados para ambos. A consulta do processo clínico das puérperas e dos RNs foi uma ação essencial por possibilitar o acesso a informação relevante acerca dos antecedentes pessoais, história obstétrica, tipo de parto, existência de ferida cirúrgica abdominal/perineal, tipo de analgesia, grupo sanguíneo, contração uterina, hemorragia, eliminação vesical e condição do RN.

Tendo por base as competências adquiridas e desenvolvidas neste contexto optou-se por dividir a abordagem deste capítulo em 4 temáticas principais: cuidados à puérpera, aleitamento materno, cuidados ao RN e preparação do regresso a casa.

Cuidados à puérpera

Durante este módulo existiu a oportunidade de prestar cuidados durante o puerpério imediato e precoce, nomeadamente até às 48 horas pós-parto nas puérperas com parto eutócico ou distócico assistido (ventosa) sem complicações associadas e até às 72 horas nos partos por cesariana. De acordo com as recomendações elaboradas pela OMS em 2014 –

WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn, nas primeiras 24 horas após o nascimento o EESMO deve realizar, de forma frequente, as seguintes intervenções: avaliar a hemorragia vaginal; avaliar o tônus e altura uterina e monitorizar a temperatura, FC e TA. Nas 24 horas subsequentes ao parto, as recomendações focam a importância de questionar a puérpera acerca do seu bem-estar geral, tendo em particular atenção o momento da primeira micção e padrão de eliminação vesical, a eliminação intestinal, o tônus uterino e lóquios, a cicatrização da ferida perineal/abdominal, a higiene perineal e a presença de dor decorrente da ferida cirúrgica ou mamária.

Aquando da admissão, dos cuidados imediatos prestados à mulher salienta-se: verificar a existência de pulseira de identificação, avaliar os SV, examinar o períneo, observar o penso abdominal (partos por cesariana), avaliar a hemorragia vaginal, palpar o abdómen (confirmando a existência do globo de segurança de Pinard), incentivar a primeira micção (confirmando a inexistência de sinais de retenção urinária) e inspecionar os membros inferiores. Após realização dos cuidados imediatos todas as puérperas foram aconselhadas a permanecer em repouso no leito, sendo a sua duração variável e baseada no tipo de parto e de analgesia. Habitualmente, para partos vaginais, era aconselhado o repouso no leito de 4 a 6 horas, enquanto que para partos por cesariana a indicação variava entre as 4 e as 8 horas para anestesia geral ou epidural e 12 horas nos casos de raquianestésias (Graça, 2010; Montenegro *et al.*, 2014). Durante este período, pelo potencial comprometimento vascular, implementaram-se intervenções cujo objetivo foi prevenir o tromboembolismo. Neste sentido, incentivou-se a mobilização dos membros inferiores logo que possível após o parto, assim como a deambulação precoce logo que o período de repouso no leito recomendado fosse cumprido (OMS, 2014). Vigiam-se, também, os sinais e sintomas de trombose venosa profunda e de tromboembolismo pulmonar, nomeadamente: dor, rubor ou edema local e dispneia ou dor torácica, respetivamente (NICE, 2014). Decorrente da recomendação de repouso no leito, e sempre que necessário, foram prestados cuidados de higiene parciais, nomeadamente da região perineal e prestado auxílio na mudança de roupa.

Uma das intervenções frequentemente implementada foi a avaliação da contração uterina. Este processo define-se como o conjunto de mudanças que promovem o retorno do útero ao estado não gravídico e é afetado por diversas condicionantes como o tipo de parto, a paridade e a amamentação (Freitas *et al.*, 2011). Começa imediatamente após o parto, sendo a contração do músculo liso uterino o seu principal responsável (Graça, 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Estas contrações, na maioria dos casos, eram sentidas como dor, mais intensa durante a amamentação. Imediatamente após o parto o fundo uterino

podia ser palpado a cerca de 2cm acima do nível do umbigo, ao contrário do que acontecia ao fim de 12 horas, quando podia ser palpado a cerca de 1 cm acima do umbigo. A avaliação do tamanho, posição e tónus uterino contribuiu para a identificação precoce de complicações como a hemorragia pós-parto. A principal intervenção que permitiu manter um bom tónus foi a realização de massagem suave do fundo uterino até que este se apresentasse firme. Esta massagem causou um aumento temporário da hemorragia vaginal, por estimular a saída de sangue acumulado no útero e, em muitos casos, notou-se também a saída de coágulos. Embora a massagem uterina seja um procedimento desconfortável a transmissão de informação acerca das suas vantagens e da forma como previne os riscos associados à atonia uterina contribuiu para que as mulheres se mostrassem mais colaborantes durante o procedimento. As mulheres foram instruídas acerca do processo de involução uterina e das características esperadas do útero. Ao mesmo tempo incentivou-se a realização frequente de palpação abdominal para avaliação da contração uterina. No sentido de promover um papel ativo na sua recuperação, ensinou-se acerca da técnica de massagem uterina para que a própria mulher a pudesse realizar. Outro aspeto que importa salientar é que apesar das queixas de dor abdominal intensa aquando das mamadas, e no sentido de promover a amamentação, mostrou-se importante dotar as mulheres de conhecimentos que as permitissem compreender que a libertação de ocitocina durante a amamentação está positivamente relacionada com a ocorrência de contrações uterinas, o que por sua vez contribui para a involução uterina e recuperação materna.

A vigilância da perda sanguínea e a prevenção da hemorragia pós-parto foram prioridades dos cuidados. A observação das características e evolução da hemorragia vaginal, uma vez por turno ou sempre que necessário, mostrou-se uma intervenção importante por permitir despistar precocemente quadros de subinvolução, de retenção de fragmentos placentários ou de infeção pélvica (Freitas *et al.*, 2011; Graça, 2010). Também foram realizados ensinamentos acerca das características dos lóquios e da sua evolução, salientando sinais de alerta como a persistência de lóquios sero-hemáticos ou serosos para além da quarta semana pós-parto, cheiro fétido, febre, dor ou hipersensibilidade abdominal (Montenegro *et al.*, 2014). As mulheres foram alertadas para o facto de que nem toda a perda sanguínea vaginal no pós-parto é obrigatoriamente lóquios, como é o exemplo de lacerações vaginais ou cervicais não suturadas. Reforçou-se, por isso, a importância de ser capaz de identificar uma hemorragia vaginal, principalmente através da quantidade e cor do sangue perdido.

A causa mais comum de hemorragia pós-parto é a atonia uterina, pelo que o risco de hemorragia (ICN, 2011) foi um diagnóstico frequentemente avaliado (Graça, 2010). Os traumatismos provocados pelo parto, o aumento da capacidade vesical e os efeitos de alguns anestésicos contribuem para a diminuição do reflexo de micção que, juntamente com o aumento fisiológico da diurese pós-parto, pode resultar em distensão vesical, impedindo o útero de contrair firmemente. Por esses motivos, a prevenção da atonia passou pela manutenção do tónus uterino e promoção da eliminação vesical. Para além disso, vigiou-se o aparecimento de sinais de hemorragia pós-parto: perda de sangue repentina ou profusa ou perda de sangue acompanhada por qualquer um dos sinais e sintomas de choque: taquicardia, hipotensão, hipoperfusão e flutuações do estado de consciência (NICE, 2014). Embora não tenha sido observado nenhum caso de atonia uterina, sabe-se que nestas situações, segundo o protocolo do serviço e em concordância com Montenegro *et al.* (2014), o EESMO deverá contactar imediatamente a equipa médica, iniciar massagem uterina externa, administrar 10 unidades de ocitocina (via endovenosa lentamente), instituir perfusão de ocitocina (500 ml de soro fisiológico com 40 unidades de ocitocina a 125 ml/h) e de soluções cristaloides, bem como proceder à monitorização contínua da TA, FC e saturação periférica de oxigénio.

O levante e a deambulação precoce contribuem significativamente para a redução de incidência de tromboembolismo, promovem a vitalidade e autonomia da mulher e auxiliam na regulação da função vesical e intestinal (Graça, 2010; Freitas *et al.*, 2011). Por conseguinte, na ausência de bloqueio motor, depois de iniciada e tolerada uma dieta ligeira e se hemodinamicamente estável, a puérpera era incentivada a iniciar o levante, sempre com supervisão. Este era realizado gradualmente de forma a minimizar a ocorrência de hipotensão ortostática, enquanto se avaliava a TA e FC. Uma vez efetuado o levante a mulher era assistida na deambulação, tendo sempre em conta os valores base da tensão arterial, a quantidade de sangue perdida e o tipo, quantidade e horário da administração de fármacos analgésicos ou anestésicos.

Após o primeiro levante, a eliminação vesical foi uma necessidade prioritária para as utentes. Pelo risco de retenção urinária (ICN, 2011), era incentivada a micção espontânea caso ainda não tivesse ocorrido, acontecimento que é esperado nas primeiras 6 a 8 horas após o parto. A diminuição do tónus muscular, o edema causado pelo traumatismo e o medo de sentir desconforto durante a micção favorecem a retenção urinária e dificultam a adequada contração uterina por contribuírem para a ocorrência de distensão vesical. Graça (2010) define a retenção urinária como a incapacidade de urinar espontaneamente 6 horas após o parto vaginal ou após a remoção da algália no pós-operatório da cesariana. Aponta

como causa principal a lesão transitória do nervo podendo e aconselha uma abordagem inicial não invasiva, permitindo a ida à casa de banho, aconselhando o banho de água quente ou a imersão das mãos em água corrente. De facto, notou-se que muitas mulheres apresentaram dificuldades em urinar, na sua maioria, motivadas pelo medo de sentir dor ou desconforto. Algumas medidas como o relaxamento ou a audição de água a correr mostraram-se eficazes nessas situações. Noutros casos foi mesmo necessário proceder-se à algaliação ou realizar esvaziamentos vesicais intermitentes até a mulher conseguir urinar espontaneamente. Não se observou nenhuma situação de retenção urinária que se prolongasse por mais de 48 horas após o parto. Com o objetivo de promover e cicatrização e a prevenir a infeção, as utentes foram informadas acerca da importância de realizarem micções frequentes e cuidados de higiene perineal adequados, procedendo à lavagem das mãos antes e depois da sua realização, limpando e lavando a região perineal no sentido ântero-posterior, fazendo a higiene perineal com água morna e sabão neutro, pelo menos, duas vezes por dia (Lowdermilk e Perry, 2008). Outros aspetos como a importância de vigiar o períneo e trocar frequentemente o penso higiénico também foram referidos (Montenegro *et al.*, 2014; NICE, 2006). No caso das mulheres submetidas a cesariana, vigiou-se o penso da ferida cirúrgica abdominal, executou-se o tratamento à ferida cirúrgica e realizados ensinamentos sobre a prevenção da deiscência, aconselhando as puérperas a não praticar esforços que aumentassem exageradamente a pressão intra-abdominal nas primeiras 2 semanas pós-parto.

Relativamente ao foco eliminação intestinal, a importância do restabelecimento do trânsito intestinal relaciona-se com a confirmação da integridade das estruturas adjacentes ao canal de parto, principalmente nos casos de mulheres sujeitas a correção de episiotomia ou lacerações. As mulheres foram informadas que o restabelecimento do trânsito intestinal seria expectável nos primeiros três dias após o parto, contudo nos casos de puérperas com hábitos de eliminação intestinal diários foi diagnosticado o risco de obstipação (ICN, 2011). A deambulação frequente, o aumento de ingestão de água (salvo se contraindicado) e de alimentos ricos em fibras foram estratégias recomendadas (NICE, 2006). A prescrição de emolientes ou laxantes foi frequente, principalmente nos casos de mulheres com hemorroidas. Quando sintomáticas realizava-se crioterapia e procedia-se à aplicação de anti-hemorroidários e analgésicos tópicos, mediante prescrição médica. Os sinais de alerta referidos incluíram o aumento da dor/desconforto anal ou perianal, hemorragia, edema ou presença de corrimento anal.

O primeiro banho após o parto foi uma prioridade expressada pelas utentes, tendo sido, em todos os casos, supervisionado, pelo risco de queda (ICN, 2011) decorrente do

facto de temperaturas e humidade elevadas contribuem para o desenvolvimento de tonturas e sensação de lipotimia (Graça, 2010). Neste momento também eram realizados ensinamentos acerca do autocuidado vestuário, aconselhando-se a utilização de soutien apropriado para amamentação, cuecas de algodão e pijamas ou roupas pouco justas e confortáveis que facilitassem a livre movimentação.

No que diz respeito ao foco dor, a maior parte das puérperas referiram algum tipo de desconforto ou dor durante o internamento no SP. As causas mais comuns relacionaram-se com as feridas perineais, abdominais e com as cólicas uterinas durante ou após a amamentação. A caracterização da dor, a observação da expressão corporal e facial, a avaliação da TA, FC e respiração foram intervenções que permitiram determinar a conduta mais adequada em cada situação. Ainda assim será importante salientar que a falta de sintomas objetivos não quer, necessariamente, dizer que não exista dor, já que poderão existir componentes culturais que interfiram na sua expressão.

As intervenções implementadas tiveram como finalidade eliminar totalmente a sensação de dor ou minimizá-la para níveis toleráveis. O incentivo à distração, à interação com o RN ou a aplicação de frio na ferida perineal foram algumas das intervenções não farmacológicas implementadas. Relativamente às opções farmacológicas, procedeu-se à administração de Paracetamol, de acordo com a prescrição médica. A administração de morfina foi restrita aos casos de partos por cesariana em utentes que traziam *Drug Infusion Baloon*. Decorrente da administração de morfina, vigiou-se a ocorrência de prurido, náuseas, vômitos, sonolência e obstipação, retenção urinária, cefaleias, tonturas e depressão respiratória (Infarmed, 2009).

Relativamente à alimentação, a grande maioria das puérperas apresentava apetite e alimentava-se com a totalidade das refeições. O tipo de dieta instituída era baseado nas necessidades específicas de cada mulher, assim como nas suas preferências. As utentes também foram aconselhadas acerca da alimentação adequada durante o período pós-parto e amamentação com o objetivo de promover a produção de LM, a manutenção da amamentação, a prevenção da obstipação, a promoção da perda de peso e o seu bem-estar geral (Freitas *et al.*, 2011).

Foi notório que as rotinas hospitalares, a frequência das visitas, o entusiasmo decorrente do nascimento de um filho, a ansiedade da mãe em relação às suas capacidades para cuidar do RN ou a presença de dor dificultaram o repouso e o sono. Pelo facto de um sono reparador e repouso adequado contribuírem positivamente para o bem-estar emocional das puérperas, estes foram um foco de atenção. Durante o internamento muitas puérperas referiam insónia ou sono agitado. Os fatores que estiveram na origem destes

distúrbios do sono foram diversos, mas o mais frequentemente referido foi a preocupação com o bem-estar do RN. Com o objetivo de promover o repouso, as mulheres foram aconselhadas a descansar durante os períodos de sono do RN, procedeu-se à gestão do ambiente físico (luminosidade, ruído, temperatura ambiente) e do *timing* dos cuidados (para que não coincidisse com os períodos de descanso), assim como recomendada a restrição de visitas. Nalgumas situações de exaustão materna, e a pedido das utentes, os RN permaneceram na enfermaria durante a noite, sob a vigilância dos enfermeiros.

Uma vez que envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de ajuste social que se podem refletir diretamente na sua saúde mental, o puerpério é um período na vida da mulher que carece de ser avaliado com especial atenção. Esta opinião é, também, defendida por Canavarro (2001) ao afirmar que o puerpério, por implicar uma reorganização pessoal, conseguida através da resolução de tarefas desenvolvimentais e vivência de crises, constitui um período de elevado risco para a saúde mental da mulher. Neste âmbito, verificaram-se alguns casos de *Blues pós-parto*. Schardosim e Heldt (2011) referem que por volta do terceiro dia após o parto algumas puérperas apresentam depressão precoce ou *Baby Blues*, um estado de fragilidade e hiperemotividade, onde a falta de confiança para cuidar do RN acompanha os períodos de choro fácil, tristeza, humor lábil, abatimento, isolamento, perturbações do sono, entre outros. Os mesmos autores apontam que ocorra em 50 a 80% das puérperas, sendo a sua etiologia multifatorial por envolver aspetos biológicos e psicossociais. Autores como Romero-Gutiérrez *et al.* (2010) e Denis, Ponsin e Callahan (2012) referem como principais fatores de risco a depressão pré-natal, a baixa autoestima, stress decorrente do cuidar do RN, ansiedade pré-natal, falta de suporte social, relação conjugal problemática, baixa condição socioeconómica, família monoparental e gravidez não planeada e/ou desejada.

A promoção da saúde mental e do bem-estar psicológico foi um foco de atenção. A primeira intervenção consistiu em informar a puérpera e os familiares significativos sobre a normalidade desta situação e a sua habitual duração, o que facilitaria o despiste de outro tipo de complicações, nomeadamente a depressão pós-parto (DPP). Quando em contacto com estas utentes, questionou-se acerca do seu bem-estar emocional com o objetivo de perceber o tipo de suporte familiar que tinham, quais as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as dificuldades do dia-a-dia, enquanto eram encorajadas a partilhar alterações do estado emocional ou do comportamento que não fossem compatíveis com o seu padrão habitual (OMS, 2014). Para além disso, as mulheres foram encorajadas a aceitar ajuda para cuidar do RN, aproveitando esse tempo para descansar. A importância da partilha e comunicação entre o casal também foi sublinhada. Não foi o caso, mas sabe-se

que se alguma situação patológica fosse identificada poderia ser pedida a colaboração de Psicologia. Relativamente à DPP, e pelo facto de não se manifestar no puerpério precoce, os cuidados de enfermagem passaram por informar a mulher e família sobre esta patologia como possível complicação pós-parto e sugerir estratégias que poderiam ajudar a prevenir o seu aparecimento.

Sendo o nascimento de um filho um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores, o internamento pós-parto é um período intenso nesta adaptação parental aos novos papéis (Silva e Carneiro, 2014). Neste módulo de estágio foi possível desenvolver competências promotoras da Parentalidade. Assim, foram implementadas intervenções promotoras da adaptação à parentalidade responsável, identificando as utentes/famílias suscetíveis de ter dificuldades na adaptação ao papel parental, atuação que foi ao encontro do recomendado pela OE (2011, p.6): o *EESMO identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade (...)*. Para tal, uma das intervenções essenciais foi a observação de comportamentos indicadores do desenvolvimento de laços emocionais entre o RN e a mãe/família, os quais se demonstravam quando os pais falavam sobre o bebé e as suas pareças físicas, no tipo de afetos e contacto corporal/visual que existia quando os pais pegavam no RN, nos estímulos utilizados pelos pais quando o RN estava acordado, no tipo de reatividade e interesse demonstrado nos cuidados ao bebé e as técnicas que usavam para o acalmar.

Aleitamento materno

As questões relacionadas com as vantagens e condicionantes que interferem no processo de amamentação serão abordadas com mais detalhe no subcapítulo seguinte, contudo torna-se pertinente ressaltar aqui alguns aspetos importantes, nomeadamente as intervenções implementadas com o objetivo de promover, proteger e apoiar o AM.

A duração ideal do aleitamento materno exclusivo (AME), ou seja, sem que seja oferecido ao RN mais nenhum alimento, é de 6 meses (OMS, 2010). As puérperas foram questionadas acerca das suas intenções de amamentar, devendo a sua decisão ser consciente, informada e respeitada. No caso de puérperas com experiência anterior de amamentação, as mesmas foram questionadas acerca das principais dificuldades sentidas no passado. Nas situações de insucesso na amamentação tentou-se perceber os motivos. Com o objetivo de promover uma decisão consciente e informada acerca do AM foram colocadas em prática atitudes de aconselhamento e orientação, entre elas: informar acerca das vantagens da prática do AM, para a mulher, RN e família; informar acerca da relação

entre o AM e a vinculação mãe-bebé; instruir acerca da anatomofisiologia da lactação e fornecer material de leitura acerca do AM (OMS, 2010). Às mulheres que decidiram amamentar, explicou-se como amamentar e manter a lactação; instruiu-se acerca dos sinais de fome e saciedade do RN e dos critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas; o AM foi encorajado em horário livre; reforçada a importância do alojamento conjunto; aconselhou-se a evitar o uso de chupetas, tetinas ou mamilos de silicone e fornecido material de leitura (Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2010).

O decurso da amamentação foi avaliado a cada contacto (OMS, 2014). Foi notório que as maiores dificuldades sentidas foram a adaptação do RN à mama e a realização de uma boa pega. A estimulação do bebé foi um fator que condicionou a adaptação à mama, pelo que se instruiu acerca de estratégias que permitissem acordar/despertar o bebé antes da mamada. Informou-se também que, melhor do que acordar o bebé, a altura ideal para a amamentação seria quando o RN apresentasse sinais de fome. Quanto à duração da mamada e à utilização de uma ou as duas mamas, as mães foram aconselhadas a permitir que o RN esvaziasse uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra, sendo a mamada seguinte iniciada pela mama mais cheia. Assim, ao praticar o AM, a mãe permite que o bebé ingira o leite do início da mamada (mais rico em água, lactose, proteínas e vitaminas hidrossolúveis), sendo que, à medida que a mamada prossegue o leite vai tendo cada vez maior teor de gordura, promovendo a saciedade e o ganho ponderal (Levy e Bértolo, 2012). As dúvidas mais referidas foram acerca da suficiência do LM (assunto abordado no subcapítulo seguinte) e sua conservação. Aconselhou-se o armazenamento do LM em sacos plásticos esterilizados disponíveis para o efeito ou em biberões esterilizados, sendo a sua validade dependente do tipo de refrigeração (Levy e Bértolo, 2012).

As dificuldades que ocorreram com maior frequência foram a dor mamilar motivada por fissuras ou macerações do mamilo e o ingurgitamento mamário. A causa mais comum de dor mamilar foi a pega incorreta. As medidas de prevenção e tratamento das fissuras incluíam, antes de mais, a correção da pega incorreta (Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2010). Para além disso, aconselhou-se a realização da higiene das mamas, uma vez por dia, sem recurso a sabão; a aplicação de leite materno no mamilo no final da mamada e a não interromper a mamada, devendo ser o RN a largar a mama espontaneamente, ou em caso de ser necessário interromper, colocar um dedo no canto da boca do bebé de modo a interromper a sucção. Relativamente ao ingurgitamento mamário, sabe-se que este pode ser o resultado do esvaziamento mamário pouco frequente ou ineficaz. Ocorre, habitualmente, entre o terceiro e o quinto dias pós-parto, podendo associar-se um aumento da temperatura corporal, em regra, não superior a 38°C durante 24 horas

(Lowdermilk e Perry, 2008). De forma a que pudessem identificar quadros de ingurgitamento, instruiu-se acerca dos seus sinais/sintomas: desconforto mamário decorrente de tensão mamária, mamas quentes e/ou brilhantes (Levy e Bértolo, 2012). Os cuidados foram direcionados para a orientação acerca da importância de realizar o AM em horário livre, certificando-se que o RN realiza uma boa pega. Antes da mamada, a massagem da mama após irrigação com água quente e posterior extração de leite de forma a que a mama/mamilo fiquem menos tensos, foram estratégias aconselhadas. Após a mamada ou extração de LM, a aplicação de compressas/toalhas molhadas em água fria foi sugerida como estratégia de alívio do edema/dor.

No CHVNG uma das medidas promotoras da manutenção da amamentação considerada muito positiva é o facto de existir uma linha de apoio disponível 24 horas, a qual é da responsabilidade de um EESMO. Através desta linha as puérperas poderiam colocar dúvidas e expressar dificuldades e, se necessário, seriam aconselhadas a dirigir-se à instituição para que fosse realizada uma avaliação da situação.

Cuidados ao recém-nascido

Embora para a maioria dos RNs o período pós-natal decorra sem intercorrências, os cuidados de enfermagem prestados nesta fase visaram a deteção precoce de complicações (NICE, 2014). À sua chegada ao SP os cuidados imediatos implicaram verificar a clampagem do coto umbilical, observar o seu aspeto geral, pele e mucosas, a sua reatividade e o seu comportamento. Nos casos de hipotonicidade ou de RNs que não tinham sido amamentados no quarto período do TP procedia-se à monitorização da glicemia capilar. Para além de se confirmar a existência de pulseira de identificação, no momento da admissão foi colocada pulseira eletrónica, de acordo com o protocolo do serviço. Relativamente ao domínio do papel parental, o planeamento dos cuidados teve como principais objetivos potenciar a aquisição de conhecimentos e habilidades e promover o sentido de segurança, autoeficácia e mestria no casal para a execução dos cuidados ao RN no regresso a casa (Hudson, Elek e Fleck, 2001).

A avaliação física e neurológica do RN era realizada, diariamente, pelos Pediatras juntamente com a Enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, mas, sempre que possível, acompanhada pela EESMO. Os objetivos desta avaliação eram explicados aos pais e os resultados registados nos processos individuais dos RN e nos boletins de saúde infantil, conduta que vai ao encontro das orientações das guidelines elaboradas pelo NICE (2014).

No que diz respeito aos cuidados ao RN, as puérperas/casais foram orientados, instruídos e treinados no âmbito das várias áreas envolventes. Foram realizados ensinamentos

acerca da importância da lavagem das mãos antes e após a prestação de cuidados ao RN, assim como sobre a mudança da fralda, o banho e os cuidados ao coto umbilical.

No âmbito do foco papel parental (ICN, 2011), um dos primeiros cuidados prestados foi a troca da fralda. Este foi o momento em que muitos pais colocaram questões acerca dos produtos de higiene que poderiam utilizar. Na presença de apenas urina foi aconselhada a utilização de compressas humedecidas com água morna em vez dos toalhetes húmidos ou de sabonetes, uma vez que o seu uso continuado poderá predispor o aparecimento do eritema da fralda (Lowdermilk e Perry, 2008). Quando o RN evacuava, e por promover uma limpeza mais adequada da região perianal, recomendou-se a utilização de uma pequena quantidade de sabão suave, neutro e sem sabão (pains ou syndets também chamados “sabão sem sabão”) nas compressas humedecidas em água morna, devendo a sua utilização não exceder as duas vezes por dia (Rocha e Selores, 2004). Frequentemente, aquando da troca da fralda, existiu a oportunidade para o esclarecimento de dúvidas acerca da presença de cristais de urato e/ou pseudomenstruação.

No que diz respeito à eliminação vesical e intestinal, sabe-se que estas devem ocorrer nas primeiras 24 horas e entre as primeiras 24 a 48 horas de vida, respetivamente. Caso tal não ocorresse o RN seria observado pelo Pediatra no sentido de se despistar, entre outros, alterações do padrão alimentar ou patologia de base. A atividade de diagnóstico vigiar a eliminação vesical e intestinal (ICN, 2011) permitiu inferir acerca da ingestão nutricional do RN, assim como acerca do seu estado de saúde. Dada a sua importância, os pais foram instruídos que seria expectável que o RN apresentasse, pelo menos, seis micções por dia (OMS, 2006). Já em relação à eliminação intestinal informou-se que o número diário de defeções é muito variável durante a primeira semana, sendo em maior quantidade entre o terceiro e o sexto dia. Ainda assim será expectável que após o quarto dia os RNs amamentados tenham, no mínimo, três a quatro defeções substanciais num período de 24 horas (OMS, 2006).

Relativamente ao primeiro banho, e pelo facto de estar associado a um aumento do risco de hipotermia (ICN, 2011), alterações respiratórias e instabilidade comportamental e dos SV, aconselhou-se que fosse dado 24 horas após o nascimento. Nos casos em que tal não fosse possível, devido, por exemplo, a questões culturais, recomendou-se que o banho não fosse dado nas primeiras seis horas de vida (OMS, 2014; SPP, 2013). No SP os cuidados de higiene ao RN eram, habitualmente, realizados no turno da manhã, contudo existia a possibilidade de ser agendado outro horário caso o pai ou outro convivente significativo manifestasse interesse em participar. Os pais foram incentivados a descobrir o melhor horário para dar banho ao seu bebé, isto porque, se por um lado, alguns RNs ficavam mais

alerta e predispostos ao contacto com os pais após o banho, por outro lado, alguns RNs mostravam-se mais relaxados e sonolentos após. Antes do banho os casais foram aconselhados acerca da importância da gestão do ambiente. Aconselhou-se, também, a colocação da toalha de banho em local de fácil acesso para que o RN fosse imediatamente embrulhado após a saída da água, assim como a disposição da roupa pela ordem de vestir e já aberta. No que diz respeito às questões da segurança, reforçou-se a importância de colocar a banheira sobre uma superfície plana e estável para evitar a sua deslocação; de preparar a água do banho colocando em primeiro lugar a água fria e só depois a quente até atingir uma temperatura de 36-37°C, confirmando posteriormente a temperatura através do cotovelo ou parte interna do pulso; de segurar o RN com firmeza durante o banho e a nunca deixar o RN sozinho em qualquer fase dos cuidados, pelo risco de queda ou afogamento. As questões relacionadas com o aquecimento das roupas, vontade manifestada por grande parte dos casais, também foram abordadas. Pelo facto da maioria das roupas dos RNs possuir molas metálicas e estas uma vez aquecidas atingirem altas temperaturas, aconselhou-se a confirmação da temperatura das roupas, principalmente das partes metálicas, antes de vestir o RN.

Teve-se em conta o peso que a tradição e os fatores culturais têm nas questões relacionadas com a higiene dos RNs. Por este motivo, e embora se tenha aconselhado o banho diário ou em dias alternados, foi importante explicar aos pais que o que deveria ditar a frequência do banho seriam as necessidades da criança conjugadas com as preferências dos pais. Independentemente da frequência do banho, aconselhou-se a preferência pelo banho de imersão com duração inferior a 5 minutos, pelo facto de estar associado a menos perdas de calor e menos flutuação dos SV (SPP, 2013). Relativamente aos produtos de higiene a serem utilizados, os pais foram informados que o objetivo da lavagem da pele do RN é a limpeza sem remoção da barreira lipídica ou protetora, essencial à manutenção da integridade cutânea. Aconselhados a utilizar apenas água durante o primeiro mês de vida. Caso os pais manifestassem vontade de usar produtos de higiene recomendou-se o uso de produtos sem sabão, sem perfume e sem conservantes (*syndets*) pelo risco de toxicidade e alergia local ou sistémica (SPP, 2013). No que respeita à técnica do banho, esta foi treinada pelo menos uma vez por todos os casais assistidos, tendo-se instruído que o banho deve ser dado no sentido céfalo-caudal, sendo a área genital a última a ser lavada. Uma vez que a cabeça é o local por onde ocorrem maiores perdas de calor, em primeiro lugar, e antes da restante higiene corporal, recomendou-se a lavagem e posterior secagem da face e da cabeça como forma de prevenção de alterações da termorregulação. O banho do RN

também constituiu um momento privilegiado para a realização da avaliação física, avaliação dos seus reflexos e do seu comportamento.

Relativamente à higiene do cordão umbilical, e embora estes cuidados variem de acordo com a cultura e a tradição, desde 1998 que a OMS recomenda e defende o *dry cord care* – manter o cordão umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou rede/ligadura (SPP, 2013). Estas informações foram transmitidas aos pais, contudo foi notório que muitos optaram pela aplicação de antisséptico (álcool a 70%). Embora se tenha informado que essa prática apenas é aconselhada em zonas de fracas condições higiénico-sanitárias, a maior parte dos pais optou por fazê-lo, decisão que foi respeitada. Acerca do assunto, Zupan, Garner e Omari realizaram em 2004 uma revisão sistemática da literatura que incluiu a análise de 21 estudos (a maioria realizados em países desenvolvidos), num total de 8959 participantes, cujo objetivo foi perceber os efeitos dos diferentes métodos de cuidar o cordão nas taxas de infeção do cordão, doença e morte do RN. Os autores concluíram que não existiram diferenças significativas quando comparados os cuidados ao cordão realizados com o recurso a antisséptico *versus dry cord care*/placebo. Para além disso constataram que o uso de antissépticos atrasa a queda do cordão, mas, por outro lado, está associado a uma redução da preocupação materna com o cordão. Em nenhum dos estudos analisados foram observados casos de infeção sistémica ou óbito. Para além das referidas recomendações, informou-se que a queda do cordão poderia ocorrer entre o quarto e o 15º dia de vida, salientando a importância da vigilância de sinais de infeção: edema, rubor, cheiro fétido e presença de exsudado. Também se alertou para o facto de poder ocorrer uma escassa perda de sangue após a queda do cordão, um achado normal.

O momento em que se prestaram cuidados ao RN como a troca de fralda, o primeiro banho, a limpeza do coto umbilical ou o vestir/despir constituíram oportunidades de aprendizagem de habilidades para os pais, para além de terem sido promotoras da vinculação da tríade pai-mãe-bebé.

No que diz respeito à vigilância da alimentação, esta foi realizada aquando da amamentação e/ou administração de leite artificial aos RNs, ao mesmo tempo que era avaliada a presença de importantes reflexos como o de sucção e deglutição. Outros importantes aspetos como o conhecimento sobre os padrões de sono/vigília do RN, os diferentes significados do choro do bebé (fome, dor, desconforto, cansaço e tédio) e as estratégias para acalmar o RN, foram abordados com o objetivo de promover a confiança e segurança dos pais.

Algumas das preocupações expressadas pelos pais prenderam-se com a Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Atualmente, nos países desenvolvidos, esta é a primeira causa de

mortalidade pós-neonatal no primeiro ano de vida (Fernandes *et al.*, 2012; Olanrewaju e Moon, 2008). Este é um problema de saúde pública com grande impacto a diversos níveis, sendo imperativo transmitir conhecimentos aos pais, assim como sensibilizá-los para a necessidade de cumprir as recomendações para a sua prevenção apenas conseguida pelo controlo dos fatores de risco e promoção dos fatores protetores (Fernandes *et al.*, 2012). A sua ocorrência é rara no primeiro mês de vida, aumenta até um valor máximo entre os dois e os quatro meses, sendo que cerca de 95% dos casos surgem antes dos seis meses de idade (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009). Embora não exista forma de identificar os lactentes que irão desenvolver esta síndrome nem tenha sido identificado um fator de risco que, por si só, a possa causar, sabe-se que existem bebés mais suscetíveis. Existem vários fatores de risco que podem contribuir, em conjunto, para a morte de um lactente saudável. Nos vários estudos realizados tem-se notado uma maior prevalência entre lactentes no sexo masculino, com idade entre um e quatro meses, nos meses de dezembro a março, aos fins-de-semana, no domicílio, em períodos de sono e à noite (SPP, 2009). A conceção atual de morte súbita do lactente é, por isso, a de um acidente multifatorial no qual vários aspetos são considerados, entre eles: predisposição individual (causas genéticas/constitucionais que afetam a maturação do tronco cerebral, idade, género, raça, prematuridade); causas desencadeantes (infecções, refluxo gastroesofágico, hipertonia vagal, hipertermia) e causas favorecedoras ou relacionadas com o ambiente do lactente (posicionamento em decúbito ventral ou lateral, sobreaquecimento, cabeça coberta, exposição ao fumo do tabaco, condições sócio-económico-culturais deficientes, seguimento pré natal inadequado) (Olanrewaju e Moon, 2008; SPP, 2009).

Informar os pais acerca das medidas que, comprovadamente, reduzem o risco da sua ocorrência mostrou-se uma intervenção de cariz obrigatório. Nesse sentido reforçou-se a importância dos seguintes aspetos: o lactente deve dormir sempre em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, numa superfície firme e sozinho no berço; objetos moles ou soltos no berço devem ser retirados; a exposição ao fumo do tabaco deve ser evitada, assim como o sobreaquecimento ou tapar a cabeça; o uso de chupeta pode ser considerado desde que a amamentação esteja estabelecida (Fernandes *et al.*, 2012; Olanrewaju e Moon, 2008; SPP, 2009). Dos conselhos dados, o posicionamento em decúbito dorsal foi o que suscitou mais dúvidas, motivadas pelo receio de episódios de engasgamento. A SPP (2009) alerta para a importância de se explicar aos cuidadores os motivos pelos quais o decúbito lateral deve ser evitado durante o sono do lactente. Neste sentido explicou-se que embora a posição de ventral seja a mais comumente associada à síndrome de morte súbita, sabe-se que, estatisticamente, o risco é semelhante se o lactente for colocado numa posição lateral

principalmente por ser muito provável que o mesmo acabe por rodar para a posição de decúbito ventral (Hunt e Hauck, 2006; Olanrewaju e Moon, 2008).

A identificação e monitorização do estado de saúde do RN foi uma prioridade, sendo os utentes com fatores de risco associados os que requereram maior vigilância. Os RNs filhos de mães diabéticas apresentam um maior risco de complicações, o qual depende da gravidade e duração da patologia materna. De entre todas as implicações fetais e neonatais da Diabetes, as únicas observadas foram alguns casos de macrossomia fetal e, dentro das alterações metabólicas, um caso de hipoglicemia. A ocorrência de hipoglicemia neonatal é mais frequente nos RNs macrossómicos, prematuros ou com restrição do crescimento intrauterino e é resultante da hiperinsulinémia fetal no momento do parto (Graça, 2010). No SP os critérios limiares de atuação, relativamente ao valor da glicemia e ao início de glicose endovenosa para RNs com mais de 34 semanas, são os definidos pela Academia Americana de Pediatria: se RN sintomático considera-se glicemia inferior a 40 mg/dl; se RN assintomático considera-se glicemia inferior a 25mg/dl nas primeiras 4 horas de vida e inferior a 35mg/dl entre as 4 e 24 horas de vida (SPP, 2013). A vigilância destes RNs baseou-se no conhecimento e identificação precoce dos sinais e sintomas de hipoglicemia, nomeadamente tremores e irritabilidade que revertem rapidamente com a normalização da glicemia; depressão respiratória/apneias; hipotonia; hipotermia; choro gritado; recusa alimentar; alterações do estado de consciência como letargia, coma e convulsões (hipoglicemia mais grave) (SPP, 2013). Os mesmos autores salientam a importância da inespecificidade destes sinais e sintomas, alertando que a sua ocorrência pode ser secundária a quadros de hipoxia, isquemia, dificuldade respiratória ou sépsis quando não se resolvem com a normalização da glicemia. A prevenção da hipoglicemia neonatal passou pela promoção do contacto pele a pele logo após o nascimento e da amamentação na primeira hora de vida, medidas que conciliadas com um bom controlo glicémico, tornaram a sua ocorrência rara. O tratamento da hipoglicemia no RN filho de mãe diabética foi idêntico ao de qualquer outro RN, dependendo este da clínica apresentada: quando não sintomática privilegiava-se o aumento do aporte oral (caso observado), reservando-se a terapêutica endovenosa para os RN sintomáticos (SPP, 2013).

Outra das situações geradoras de stress, preocupação e receios por parte dos pais foi o facto do RN ter que realizar fototerapia. A icterícia neonatal define-se como a coloração amarela da pele e das escleróticas, o que se verifica quando os níveis de bilirrubina total sérica igualem ou excedem os 5 mg/dl (SPP, 2013). Na primeira semana de vida cerca de 60% dos RNs de termo ficam icterícios, podendo a sua prevalência chegar aos 80% nos RNs pré-termo. Na maioria das vezes a hiperbilirrubinemia não traduz patologia subjacente,

definindo-se como icterícia fisiológica (NICE, 2010). A icterícia que se manifesta antes das 24 horas de vida é, habitualmente, patológica e não fisiológica. O reconhecimento e avaliação da icterícia mostrou-se uma tarefa difícil, sobretudo nos RNs de pele escura. Como recomenda o NICE (2010) todos os RNs foram avaliados para a presença de icterícia, idealmente, de 8 em 8 horas. O exame físico foi um dos momentos privilegiados para realizar o teste de branqueamento (reação à pressão digital no nariz, testa ou esterno), o qual ajudou a diferenciar a icterícia cutânea da cor da pele. O teste era realizado preferencialmente à luz natural do dia e se a área pressionada ficasse amarela antes dos capilares voltarem a encher o médico era notificado da suspeita de icterícia procedendo-se, posteriormente, ao doseamento sérico da bilirrubina total (NICE, 2010; SPP, 2013).

À semelhança do preconizado no SP, a fototerapia é a intervenção mais amplamente usada no tratamento e prevenção da hiperbilirrubinemia severa, sendo segura e eficaz na redução da bilirrubina total e prevenindo a sua neurotoxicidade (SPP, 2013). Grande parte dos RNs que realizou fototerapia permaneceu no SP, junto da mãe, a realizar fototerapia em regime simples em sistema de BiliBed®. Este sistema tem como principal vantagem o facto de permitir que os RN permaneçam com as mães contribuindo, assim, para o vínculo afetivo durante a terapia (Lowdermilk e Perry, 2008). Durante o tratamento, para além de se instruir acerca do funcionamento do dispositivo, tempo de exposição e posicionamento adequado, alertou-se para a importância da vigilância da eliminação vesical e intestinal, por serem importantes preditores da evolução do tratamento. A monitorização da temperatura corporal, peso e diurese também foram intervenções implementadas nestas situações. A presença de efeitos colaterais desta terapia (exantema eritematoso, fezes moles e hipertermia) foi vigiada. Ao contrário do que muitos pais questionaram, e de acordo com as orientações do NICE (2010) e da SPP (2013), não há indicação de aumentar o aporte hídrico nos RNs sob fototerapia. O apoio dado e a disponibilidade demonstrada para o esclarecimento de dúvidas e facilitar todo este processo foram intervenções cruciais que contribuíram para atenuar as inseguranças e os receios demonstrados pelos pais.

Um dos procedimentos efetuado por rotina antes da alta hospitalar a todos os RNs foi o rastreio auditivo. Este permitiu verificar a capacidade auditiva e nos casos em que esta fosse deficiente, a sua deteção precoce possibilitaria uma intervenção mais atempada. Este exame simples e não invasivo consistiu na colocação de uma sonda no canal auditivo do RN e no registo da resposta do ouvido interno (otoemissões acústicas) ao estímulo sonoro emitido pelo equipamento. No CHVNG a realização do rastreio auditivo é uma intervenção da responsabilidade do EEESMO, assim como o ensino aos pais sobre os motivos da sua realização e referenciação ao Pediatra caso o resultado fosse inconclusivo. Para além do

rastreio auditivo, também foi efetuado o rastreio metabólico aos RNs que ainda não tinham tido alta após as 72 horas de vida e até ao sexto dia de vida. Os casais que optaram pela realização deste rastreio foram informados que o seu objetivo é fazer o diagnóstico precoce de diversas doenças metabólicas hereditárias entre elas o hipotiroidismo congénito e a fenilcetonúria. Informou-se também que caso os resultados não fossem normais ou fosse necessária qualquer confirmação laboratorial os pais seriam contactados, caso contrário poderiam, 3 semanas após a colheita, consultar os resultados em site próprio. Este procedimento, embora simples, mostrou-se muito desconfortável tanto para os RNs como para os pais que assistiram. Neste sentido a explicação completa do procedimento e o esclarecimento de dúvidas mostraram-se intervenções com impacto muito positivo na compreensão e colaboração dos pais. Relativamente ao RN, após a colheita de sangue sugeriu-se aos pais que os acarinhassem no colo.

Preparação do regresso a casa

Tendo em conta toda a informação recolhida ao longo do internamento no SP, foi da nossa responsabilidade a elaboração de um plano de intervenção individualizado no âmbito do ensino e de aprendizagem de habilidades, de acordo com os défices de conhecimento identificados nos pais, estabelecendo prioridades na realização dos ensinamentos e fazendo a gestão da informação fornecida. Por este motivo, e embora a preparação para a alta se tenha iniciado no momento da admissão, determinados ensinamentos foram mais direcionados para o dia da alta hospitalar. Apesar de existir no SP um protocolo de preparação para a alta existiu a possibilidade de adequar o plano de educação para a saúde de acordo com as dificuldades identificadas, solidificando os conhecimentos já transmitidos e esclarecendo dúvidas. O momento da alta, por ser um momento de grande ansiedade e stress para a maioria dos casais, suscitou muitas dúvidas e incertezas sobretudo nos casais em que o RN era o primeiro filho. Os cuidados de orientação para o regresso a casa incluíram, entre outros, aspetos relacionados com a ingestão nutricional materna e do RN, exercício, vigilância puerperal, sinais de alerta maternos e neonatais, contraceção e atividade sexual.

Relativamente às necessidades dietéticas da mulher, foram realizados ensinamentos acerca da prevenção da obstipação e anemia, amamentação e promoção da perda de peso, tendo em conta a presença de patologia crónica materna (NICE, 2006, OMS, 2014). No âmbito da promoção da saúde e recuperação física, as puérperas foram incentivadas a iniciar exercícios pós-parto simples logo após o nascimento, podendo progredir gradualmente para outros mais complexos (OMS, 2014). A realização de exercícios pélvicos de Kegel foi aconselhada, por contribuírem marcadamente para o fortalecimento da musculatura

pélvica, sobretudo importante após um parto vaginal, por reduzirem o risco de incontinência urinária. No que diz respeito aos cuidados relacionados com o planeamento familiar, a instrução acerca dos métodos contraceptivos disponíveis contribuiu para a tomada de decisão do casal acerca do controlo da fertilidade antes do recomeço da atividade sexual (OMS, 2014). A maioria das mulheres optou pela pilula progestativa pelo facto de se encontrar a amamentar. Relativamente à atividade sexual, aconselhou-se o seu reinício após a quarta semana pós-parto, quando não existisse hemorragia vaginal e a ferida perineal estivesse cicatrizada. Os efeitos físicos e psicológicos que o parto e o nascimento podem ter no ato sexual também foram discutidos com algumas mulheres que manifestaram esse interesse, embora se tenha notado que este assunto era considerado tabu pela maioria das utentes. Para além dos aspetos relacionados com a fisiologia do puerpério foram abordadas questões relacionadas com a legislação e os direitos de proteção da Parentalidade.

Relativamente ao RN, os pais foram instruídos sobre a importância da vacinação, sendo as vacinas da Hepatite B e BCG administradas ainda no CHVNG (DGS, 2015). No caso dos RNs que não realizaram o rastreio metabólico durante o internamento, embora opcional, foi explicada a importância da sua realização. Todos os RN que iriam ser transportados num automóvel saíram do SP transportados num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, adequado à idade, estatura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem segura (DGS, 2010). Como recomenda a DGS (2010) – Orientação 001/2010: *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade* – informou-se acerca da importância de transportar o RN num sistema de retenção apropriado, pois reduz, entre 90 e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças. Os pais foram informados que o transporte da criança em sistemas de retenção homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 150 cm de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor; instruídos a posicionar corretamente o RN no dispositivo de retenção e a ajustar os cintos do dispositivo ao RN. Explicou-se também que o RN deveria viajar em posição semi-sentada e voltado para trás. Uma vez no automóvel, explicou-se que o sistema de retenção deveria ser preso com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix, num lugar sem airbag frontal ativo (DGS, 2010). Ainda relativamente à prevenção de acidentes nos primeiros meses de vida, colocaram-se em prática atitudes de aconselhamento e orientação acerca da prevenção de quedas, asfixia e queimaduras (Associação para a promoção da segurança infantil, 2009).

Outra das questões esclarecida no momento da alta prendeu-se com a disponibilização de contactos uteis, nomeadamente da linha de apoio à amamentação do CHVNG, da linha de saúde 24, do centro de informação antivenenos e do Instituto nacional de emergência médica.

Um dos pontos a destacar diz respeito ao papel desempenhado no que concerne à continuidade dos cuidados. Em todos os casos procedeu-se à realização de uma carta de enfermagem dirigida à enfermeira de família que iria seguir o casal, mencionando as principais dificuldades e necessidades de assistência, para que fosse dada continuidade ao plano de intervenção elaborado. Os pais também foram informados acerca da importância da consulta de revisão de puerpério entre a quarta e sexta semana pós-parto, assim como a consulta do RN com o pediatra ao 15º dia de vida.

Em suma, durante este módulo de estágio procurou-se prestar cuidados culturalmente congruentes com o objetivo de potenciar a saúde da puérpera, do casal e do RN e promover a adaptação à Parentalidade. Pode-se afirmar que o apoio e disponibilidade fornecidos aos pais durante o internamento e momento da alta promoveu a sua confiança e adaptação a esta nova fase das suas vidas

4.1. O Abandono Precoce do Aleitamento Materno e seus Fatores Condicionantes

No âmbito do MESMO foi produzida uma revisão integrativa da literatura de uma área de interesse dos cuidados especializados do EESMO. Procura-se com a sua realização dar resposta à constante necessidade de mobilizar conhecimentos de suporte à prática de enfermagem baseada em evidência e desenvolver competências na área da investigação.

Os enfermeiros são constantemente desafiados para a procura de conhecimento científico com o objetivo de melhorarem e promoverem a qualidade dos cuidados prestados. A prática baseada na evidência, para além de encorajar a utilização de resultados da pesquisa bibliográfica, reforça a importância da pesquisa para a melhoria da prática clínica. Esta é uma abordagem de solução de problemas que orienta a tomada de decisão com base na melhor e mais recente evidência, na competência clínica do profissional e nos valores e preferências do utente (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

No sentido de promover a iniciação da amamentação e sua continuidade, foram implementadas, na prática clínica, diversas intervenções desde o nascimento até ao momento da alta hospitalar. Apesar dos enormes benefícios do AM, constatou-se que a amamentação nem sempre ocorre de forma tranquila e natural como seria expectável. Tendo em consideração que diferentes fatores poderão intervir na sua duração, assim como a necessidade de intervenções estruturadas e focalizadas nas necessidades demonstradas pelas mulheres que amamentam, surgiu a necessidade de pesquisar acerca dos fatores que contribuem para o abandono precoce do AM. Com esta investigação pretende-se perceber como e de que modo esses fatores contribuem para o abandono precoce do AM, de forma a auxiliar à delineação de intervenções de enfermagem pertinentes e congruentes que promovam a amamentação como estratégia natural de vínculo afetivo, proteção e nutrição para a criança até aos seis meses de vida. Para tal realizou-se uma revisão integrativa da literatura na qual se contempla a análise crítica de publicações científicas indexadas nas bases de dados de saúde entre os anos 2010 a 2015. Da análise dos resultados dos artigos selecionados concluiu-se que diversos fatores pessoais, sociais, culturais, demográficos e biológicos contribuem para o abandono da amamentação nos primeiros meses de vida do bebé. Os resultados desta revisão sublinham a importância da atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente do EESMO, para as necessidades fisiológicas e psicológicas das mulheres durante a gravidez, parto e período pós-parto, com o objetivo de promover o sucesso do AM. Sublinham também a necessidade da capacitação e aperfeiçoamento contínuo dos profissionais de saúde para

que cada mulher receba o suporte necessário e assistência que permita um olhar realmente humanizado, considerando a mulher como o principal interveniente no processo de amamentar; assim como contribuem para a compreensão dos significados do AM nos dias atuais, elemento essencial à formulação de novas políticas, à implementação de ações sociais de incentivo à amamentação e à promoção da saúde da mãe e criança.

4.1.1 Introdução ao Problema

A amamentação é uma prática que existe desde as mais antigas civilizações, sendo que durante décadas da existência da espécie humana foi considerada a forma mais natural e praticamente exclusiva de alimentar a criança nos seus primeiros meses de vida (Accioly, Saunders e Lacerda, 2009).

Definido como um comportamento social e mutável, ao longo da sua história, o AM dependeu da contextualização de cada época, dos costumes e dos processos de socialização da mulher nas diferentes culturas, estando longe de significar um ato puramente instintivo e natural (Costa, 2013). A prática da amamentação é, por isso, considerada dentro de um contexto sociocultural, por se constituir uma escolha pessoal da mulher, profundamente influenciada pelas suas condições de vida e sociedade em que se insere (Araújo e Almeida, 2007). Estudos realizados em Portugal apontam que a história do AM, nas últimas décadas, se processou de forma semelhante à dos restantes países da Europa. No início da década de 40, a II Guerra Mundial, a industrialização, a massificação do trabalho feminino, os movimentos feministas, o afastamento da família alargada e a indiferença/ignorância dos profissionais de saúde, em conjunto com a enorme divulgação de substitutos do leite materno, contribuíram para um acentuado decréscimo da incidência e prevalência da amamentação (Levy e Bértolo, 2012). Este fenómeno, que se alastrou aos países em desenvolvimento, é apontado como o principal responsável pelo aumento da mortalidade infantil. Esta tendência começa a inverter-se a partir da década de 70, principalmente entre as mulheres com maiores níveis de escolaridade, tendo sido em 1979 assinada a declaração OMS/UNICEF que propôs a valorização do AM (Juruena e Malfatti, 2009). Em 1989 a OMS e UNICEF lançaram, a nível mundial, uma declaração conjunta ainda fundamental nos dias de hoje – *Proteção, promoção e apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*, na qual constam os dez passos para o sucesso do aleitamento. Esta iniciativa teve como objetivo promover, proteger e apoiar o AM, sustentada pela mudança de condutas e rotinas nos serviços de saúde. Entre outras

mudanças e conceções adotadas, a iniciativa recomenda não aceitar doações de substitutos do leite materno, trabalhar para aumentar a prevalência do AME durante os seis primeiros meses de vida e orientar e estimular a oferta da alimentação complementar de forma adequada com a continuidade da amamentação por dois anos ou mais.

Nos dias de hoje, em Portugal, e de acordo com a DGS (2014, p.4), a educação, proteção, promoção e apoio ao AM é uma prioridade de saúde pública, pelos seguintes motivos:

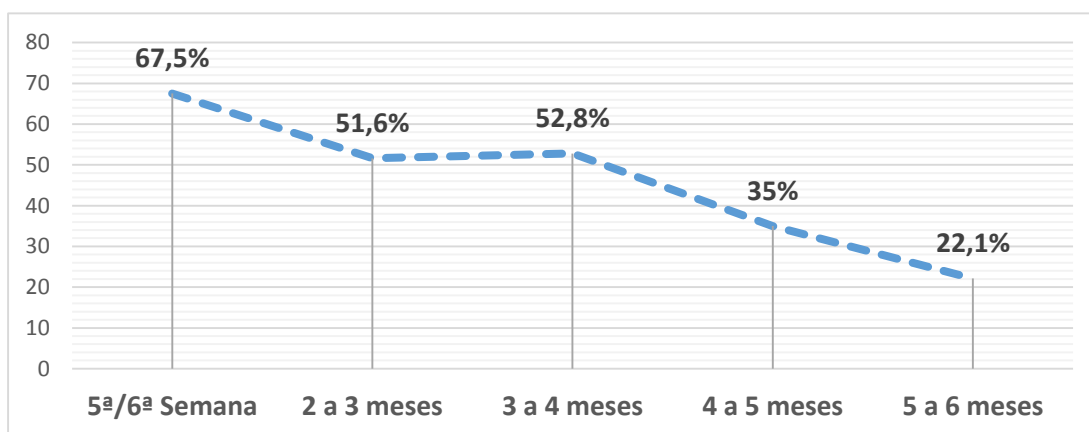
- *O AM é a forma esperada e natural de alimentar lactentes e crianças na 1ª infância;*
- *O AM exclusivo durante os primeiros seis meses de vida assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos;*
- *Após os seis meses, o AM em conjunto com alimentos complementares, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança;*
- *O AM não se encontra totalmente promovido e apoiado. Muitas instituições sociais e de saúde fornecem serviços que representam obstáculos tanto à iniciação como à continuação do aleitamento materno;*
- *As baixas taxas de AM e a cessação prematura do mesmo têm implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde.*

Estudos realizados no nosso país apontam para uma elevada incidência do AM, significando que mais de 90% das mães portuguesas o iniciam (Levy e Bértolo, 2012). No entanto, esses mesmos estudos mostram que cerca de metade das mães desistem de amamentar no primeiro mês de vida do bebé. Em concordância com Smith *et al.* (2012), considera-se que uma das estratégias capazes de modificar este panorama é a educação para a saúde. Para além de promover o AM bem-sucedido, esta intervenção encoraja a mulher/família a amamentar, favorece o desenvolvimento de competências para amamentar e facilita o esclarecimento de dúvidas, ao mesmo tempo que desmistifica ideias erradas ou preconceitos.

Em Portugal, a *Associação pró Aleitamento Materno – Mama Mater* é responsável por monitorizar os processos de alimentação de lactentes e crianças até aos 2 anos com o objetivo de contribuir para a promoção da sua saúde. Baseada nas informações recolhidas em hospitais e unidades de cuidados de saúde primários, a Mama Mater divulga anualmente os dados estatísticos relativos à prevalência da iniciação e continuidade do AM. No que diz respeito à sua iniciação (precocidade e tipo de aleitamento praticado desde o nascimento até 6 sexto dia de vida), as informações são recolhidas e enviadas pelos

hospitais. Já os dados referentes à sua continuidade são recolhidos e enviados pelas unidades de cuidados de saúde primários (DGS, 2014). Relativamente ao ano de 2013, 28 Hospitais/Maternidades e 71 unidades de cuidados de saúde primários procederam à introdução de dados, perfazendo um total de 31.097 registos estudados. Após análise dos resultados, concluiu-se que, até à data da alta hospitalar, dos lactentes que mantiveram o AME¹, 90,1% tinham sido amamentados na primeira hora de vida e 87% não utilizaram chupeta. Mantendo a referência à data da alta hospitalar, 76,87% das mulheres praticavam o AME, 20,63% o AM e artificial e 1.41% o aleitamento artificial. As percentagens relativas apenas aos Hospitais Amigos dos Bebés são idênticas às referidas. Relativamente aos dados fornecidos pelos centros de saúde, foram analisados 3618 registos. De forma a clarificar a visualização, apresenta-se na figura 1 a prevalência do AME em Portugal, no ano de 2013, desde a quinta semana de vida até ao 6 mês.

FIGURA 1: Prevalência do AME em Portugal até aos 6 meses de vida (DGS, 2014)



Desde 1999 que a OMS recomenda que o AME se pratique até aos seis meses de vida, data a partir da qual novos alimentos devem ser introduzidos de forma equilibrada, devendo o leite materno ser mantido pelo menos até aos 2 anos de vida da criança. No que concerne à manutenção do AME, a análise da figura 1 permite perceber que entre as mulheres portuguesas esta meta ainda está muito distante. Em relação a percentagens de amamentação entre o 18º e o 19º mês de vida da criança, em Portugal e no ano de 2013, apenas 16,2% das mães ainda complementava a alimentação dos seus filhos com leite materno. Perante estes factos, é da competência e responsabilidade do EESMO conceber, planear e implementar intervenções de promoção, proteção e apoio que encorajem as mães a não interromper o AM (OE, 2010).

¹ O lactente é alimentado apenas com LM, não recebendo nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de soro de reidratação oral, gotas, xaropes, vitaminas, minerais ou medicamentos (DGS, 2014; OMS, 2010).

Amplamente reconhecidas, as vantagens do AM são inúmeras quer a curto quer a longo prazo, quer para a mãe quer para a criança. De acordo com a OMS (2010), as crianças que não são amamentadas têm maior probabilidade de morrer nos primeiros meses de vida quando comparadas com as que o são. Muitas destas mortes são devidas ao desenvolvimento de diarreia ou pneumonia, mais frequentes e com maior gravidade entre as crianças alimentadas com fórmulas artificiais. Outras infeções agudas como a otite média, a meningite por *Haemophilus influenzae* e as infeções do trato urinário são menos comuns e menos graves entre as crianças alimentadas com leite materno. A longo prazo, as crianças alimentadas com leite artificial têm maior risco de sofrer de patologias do foro imunológico, tais como asma e outras condições atópicas, diabetes tipo 1, doença celíaca, colite ulcerosa e doença de Crohn. A alimentação artificial também tem sido associada a um aumento do risco para o desenvolvimento de leucemia na infância. Vários estudos sugerem que a obesidade na infância tardia e adolescência é menos comum entre crianças amamentadas, existindo um efeito dose-resposta: quanto maior o tempo de amamentação menor o risco de obesidade (Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2010; Pinto e Schub, 2012). Uma crescente quantidade de evidências também tem relacionado a alimentação artificial com riscos para a saúde cardiovascular, incluindo aumento da pressão arterial, níveis anormais de colesterol no sangue e diagnóstico de aterosclerose na vida adulta (OMS, 2010). Finalmente, e no que toca à inteligência, uma meta-análise que incluiu 20 estudos mostrou que as crianças alimentadas com leite materno obtiveram pontuações da função cognitiva, em média, 3,2 pontos superiores às das crianças alimentadas com fórmulas artificiais. Esta diferença foi maior entre as crianças nascidas com baixo peso ao nascer. O aumento da duração da amamentação está, por isso, associado a maior inteligência na infância tardia e idade adulta, o que pode influenciar marcadamente o papel do indivíduo na sociedade (OMS, 2010).

Já para a mãe, a amamentação facilita a perda de peso após o parto, promove a involução uterina, o que previne a hemorragia pós-parto e reduz o risco de depressão pós-parto. A longo prazo associa-se a menor probabilidade de desenvolver neoplasias, nomeadamente da mama e do ovário (Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2010; Pinto e Schub, 2012). Embora ainda sob controvérsia, indaga-se sobre o contributo da amamentação na diminuição do risco de osteoporose (Toma e Rea, 2008). O leite materno constitui, ainda, o método mais saudável, seguro, prático e económico de alimentar a criança, tendo o ato de amamentar um contributo benéfico na ligação afetiva com o bebé e na qualidade da interação mãe-bebé que se repercute positivamente noutros contextos interativos. Em situação de interação livre entre mãe e bebé, as mães que amamentam os seus filhos

exibem um maior número de iniciativas positivas no contacto físico e nas expressões de afeto. Os bebés destas mães revelam maior número de contactos físicos e de vocalizações e menor número de expressões de zanga nas interações com a mãe (OMS, 2010).

4.1.2 Método

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, foi desenvolvido este trabalho de investigação, o qual assenta numa metodologia qualitativa de investigação. Elegeu-se a realização de uma revisão integrativa da literatura por ser um método que viabiliza a análise de conhecimento científico já construído em pesquisas anteriores, ao mesmo tempo que permite proceder à inclusão de diversas metodologias e combinar dados de literatura teórica e empírica (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Whittemore e Knafl, 2005). Ainda segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), este tipo de estudo permite ao investigador aproximar-se da problemática que deseja conhecer, compreender a evolução do conhecimento sobre o tema e identificar as oportunidades de pesquisa que poderão acrescentar importantes contributos para a sua compreensão.

Embora diferentes autores defendam etapas distintas para a conceção de uma revisão integrativa da literatura, o seu processo está bem definido na literatura. As seis fases levadas a cabo para a realização desta revisão integrativa estão ilustradas na figura 2 e incluíram: a elaboração da pergunta de pesquisa, a procura da evidência, a categorização dos estudos, a análise crítica dos estudos incluídos, a discussão dos resultados e a síntese do conhecimento (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Tendo em conta que a busca de evidência científica requer, primeiramente, a formulação de objetivos simples e claros, aos quais se pretende obter respostas e dados conclusivos, compreende-se que uma adequada definição da questão de pesquisa e delimitação de uma estrutura lógica para a pesquisa bibliográfica, facilitam e maximizam o alcance do conhecimento científico encontrado (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Para a construção da pergunta de partida recorreu-se à estratégia PICO, pois para além de permitir encontrar a melhor informação científica disponível, facilita a pesquisa científica, tornando-a mais eficaz (Melo, Rua e Santos, 2014). A nossa questão de investigação é:

Quais os fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno?

FIGURA 2: Etapas de uma revisão integrativa da literatura



Fonte: Botelho, Cunha e Macedo (2011)

Considerando a pergunta de partida, identificaram-se os seguintes descritores: breastfeeding, cessation, discontinuation, factors, determinants (MeSH). Utilizaram-se os caracteres booleanos “and” e “or” para conjugar os diferentes descritores, bem como, o símbolo “” que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas. A pesquisa bibliográfica foi realizada entre agosto e outubro de 2015 e incluiu trabalhos científicos publicados entre o período de janeiro de 2010 e outubro de 2015. Para o efeito recorreu-se à pesquisa em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais, designadamente através do motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, Academic Search Complete e Library, Information Science & Technology Abstracts, assim como motores de busca de acesso livre, tais como o PubMed.

A etapa seguinte pautou-se pelo estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para as publicações selecionadas (Botelho, Cunha et Macedo, 2011). Os critérios de inclusão definidos foram: estudos publicados entre 2010 e 2015, disponíveis em texto integral, escritos em inglês, espanhol, português ou italiano, preferencialmente de elevada

evidência científica e estudos sobre o tema que contivessem os descritores estabelecidos no seu resumo ou título. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, sem resumo ou referência aos fatores que contribuem para o abandono precoce do AM, escritos em outras línguas que não as definidas para inclusão e que incluam nas amostragens problemas de saúde da mulher e/ou do RN impeditivos da amamentação.

4.1.3 Resultados

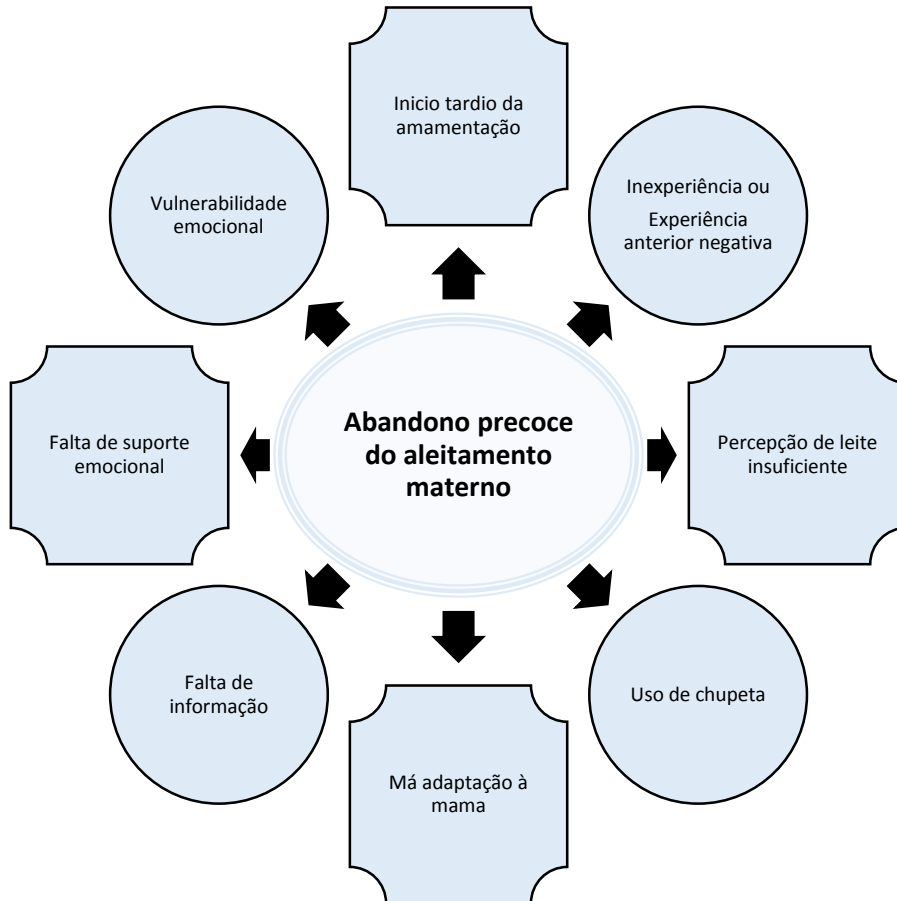
Numa primeira fase de análise obtiveram-se 127 artigos que foram analisados segundo os critérios de inclusão estabelecidos e, após leitura do título, resumo e leitura integral, quando se justificou, resumiu-se um total de 10 produções científicas. Os diferentes trabalhos foram avaliados criticamente segundo a classificação proposta por Lewin, Singleton e Jacobs (2008) - Modelo dos "6S" de Haynes (DiCenso, Bayle e Haynes, 2009). Este modelo faculta um conjunto de seis níveis, dispostos em forma de pirâmide, que permitem categorizar e classificar os trabalhos mediante o seu nível de evidência científica. De acordo com Melo, Rua e Santos (2014) no topo encontra-se o nível mais elevado de evidência científica, designadamente os sistemas computadorizados de apoio à decisão ou revisões sistemáticas da literatura. O nível II corresponde a estudos experimentais, o nível III corresponde a estudos quase experimentais e o nível IV corresponde a estudos não experimentais. O nível V corresponde a estudos de caso ou revisões narrativas da literatura e, finalmente, no nível VI inserem-se os trabalhos com menor evidência, como por exemplo as opiniões dos peritos. A análise das publicações seleccionadas encontra-se resumida na Tabela 1 que consta em Anexo.

4.1.4 Discussão

Após análise dos resultados, procedeu-se à interpretação e síntese dos mesmos, comparando os dados evidenciados da análise dos artigos ao referencial teórico. Procedeu-se à extração dos conceitos abordados em cada artigo, tendo os fatores identificados sido comparados e agrupados por similaridade de conteúdo. Constatou-se que os diversos fatores contribuem para o abandono precoce do AM, podendo estes ser classificados em sociais, demográficos, culturais, psicológicos, biológicos e físicos. Embora se tenha concluído que fatores sociodemográficos como idade jovem, menor escolaridade e o

regresso ao trabalho (fora de casa) contribuem para o abandono do AM, irão ser focados aqueles passíveis de intervenção do EESMO, nomeadamente os representados na figura 3.

FIGURA 3: Fatores que contribuem para o abandono precoce do AM



Início tardio da amamentação

De entre as publicações analisadas, é o estudo de Garbarino et al. (2013) que mais destaca este fator como um importante dificultador do estabelecimento da amamentação bem-sucedida. Os investigadores confirmaram no seu estudo que o início tardio da amamentação foi uma das condicionantes que mais contribuiu para o abandono precoce do AM. A OMS (2006) também destaca o seu papel como dificultador da realização de uma boa pega. Outros autores como Edmond *et al.* (2006) destacam os resultados do seu estudo, cujo objetivo foi compreender a relação entre este fator e a ocorrência de mortalidade neonatal em 10947 crianças. Concluem que existe uma relação diretamente proporcional entre o atraso no início da amamentação e o aumento da mortalidade entre as crianças estudadas.

O incentivo ao AM na primeira meia hora de vida é reconhecido pela OMS como uma importante medida que contribui para a promoção, proteção e suporte ao AM, devendo, por isso, ser vista como uma prática hospitalar de rotina em todos os países a fim de reduzir

a mortalidade neonatal (OMS, 2010). Embora existam recomendações internacionais e políticas públicas instituídas no sentido de tornar os cuidados mais favoráveis ao AM nas primeiras horas de vida, ainda muitas barreiras culturais e institucionais precisam ser enfrentadas para que essa prática se torne rotineira (OMS,2010). O parto por cesariana tem sido apontado como o fator de risco mais importante e consistente associado ao início tardio da amamentação (Esteves, 2014). Esta também é a posição defendida por Prior *et al.* (2012), cuja revisão sistemática da literatura incluiu os dados de mais de 500.000 mulheres em 31 países, tendo providenciado fortes evidências de que existe uma associação negativa significativa entre o parto por cesariana e amamentação precoce. Os autores asseguram que o início tardio do AM contribui de forma marcada para a cessação precoce do AM por interferir na interação precoce entre mãe e bebê e inibir os reflexos de sucção do lactente. Os resultados deste estudo levantam questões importantes como a amamentação precoce, fator crucial para o estabelecimento da interação mãe-bebê e do sucesso do AM. Esta questão não mereceria tanto destaque se a proporção de cesarianas se mantivesse nos patamares recomendados pela OMS, no entanto, o seu aumento, em todo o mundo, torna essencial a abordagem do problema, seja no sentido de reduzir as cesarianas sem indicação clínica, seja no sentido de proporcionar a amamentação oportuna para as mães submetidas a este tipo de parto. A certificação dos hospitais como Hospital Amigo do Bebê e o cumprimento das devidas políticas, é, de acordo com Esteves (2014), um dos fatores mais importantes para a promoção da amamentação precoce, com um efeito da mesma magnitude da cesariana, porém no sentido protetor.

Inexperiência ou experiência anterior negativa

No cotidiano da prática clínica encontraram-se muitas puérperas, mães pela primeira vez, que iniciaram a amamentação, envoltas por sentimentos ambivalentes. Será fácil perceber que, pelo facto de não terem uma experiência anterior a este nível, muitas destas mulheres precisam de grande apoio, incentivo e orientação, por se sentirem inseguras diante do seu novo desafio de nutrir. Por outro lado, as mulheres com experiência anterior de AM negativa também se encontram em maior risco de o cessar precocemente.

Dos artigos analisados, os autores que remetem para este ponto são Roig *et al.* (2010) e Henriques e Martins (2011). No estudo realizado por Roig *et al.* (2010) as variáveis relacionadas à experiência materna anterior foram as de maior efeito, independente da duração do AM ou AME. Os seus resultados apoiam a hipótese de que existe uma relação positiva entre a duração de um AM anterior e o atual, já que as mães que não

amamentaram um filho, anteriormente, abandonam o AM mais rapidamente do que aquelas que o fizeram durante quatro meses ou menos. Já no estudo de Henriques e Martins (2011), 8,7% das mulheres que abandonaram precocemente o AM apontaram como principal razão a má experiência com filhos anteriores. Noutro estudo realizado por Hauck *et al.* (2011) também se verificou que uma grande percentagem de primíparas (75,8%) tiveram problemas com a amamentação quando comparadas com mulheres com experiência anterior (52,6%). Um estudo espanhol realizado por García *et al.* (2008) também aponta o fator ter amamentado previamente como protetor do AM por mais de quatro meses.

Perceção de leite insuficiente

Embora a produção de leite seja um fenómeno fisiológico entra em linha de conta com aspetos psicológicos que o podem condicionar. Não sendo considerado um transtorno, mas estando na base do desenvolvimento de stress e ansiedade, a perceção de leite insuficiente (*pouco leite*) é considerada uma dificuldade tardia da amamentação e é a principal razão que precipita a cessação da amamentação ou a introdução de alimentos complementares como as fórmulas artificiais (Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2006).

Dos estudos analisados, vários reportam a perceção de leite insuficiente como condicionante fortemente associada ao abandono do AM, entre eles os realizados por Garbarino *et al.* (2013), Gerd *et al.* (2012), Henriques e Martins (2011) e Odom *et al.* (2013). Destaca-se o estudo de Henriques e Martins (2011) no qual 78,2% das mulheres apontaram a perceção de leite insuficiente como principal motivo para terem abandonado o AM. Já no estudo de Garbarino *et al.* (2013), 32% das mães referiu que a quantidade de leite produzido era insuficiente para satisfazer as exigências do bebé o que contribuiu para a introdução de formulas artificiais e posterior abandono do AM.

O choro do bebé, apontado por 91,3% das mães que participaram no estudo de Henriques e Martins (2011) como o principal motivo para a cessação do AM, nem sempre é indicativo de fome, mas facilmente é interpretado como tal. De acordo com Pamplona (2006), citado por Henriques e Martins (2011), é através do choro que a criança se manifesta perante os estímulos externos e internos, sendo este o único meio de pedir ajuda para qualquer incómodo ou mesmo apenas para reclamar a presença dos pais. Estes, por sua vez, motivados pela dificuldade em identificar a causa do choro, decidem instintivamente alimentar o bebé. Desta forma o bebé é colocado frequentemente à mama, os intervalos entre as mamadas tornam-se mais curtos e é comum que os pais concluem que o bebé tem fome porque o leite materno é insuficiente. Estas situações podem

facilmente conduzir à cessação da amamentação como o resultado de um ciclo vicioso entre a irritação demonstrada pela criança que desencadeia ansiedade crescente nos pais. Outro facto muitas vezes interpretado como leite insuficiente está relacionado com a sua coloração. O seu aspeto mais claro e fluido, que reflete um maior conteúdo de água, leva muitas mães a deduzir que este não será suficiente para dar resposta às necessidades da criança (Henriques e Martins, 2011). Também será importante referir que como a produção de leite varia ao longo do dia (maior no início da manhã e menor no final do dia) poderá ser necessário que, durante o período noturno, a mãe amamente o seu filho com intervalos mais curtos, sem considerar esta situação como produção insuficiente de leite (Henriques e Martins, 2011).

Todas as mulheres possuem um número semelhante de células produtoras de leite, independentemente do tamanho das mamas, daí que a maior parte das mulheres seja capaz de produzir quantidades de leite suficientes para alimentar os seus filhos (Levy e Bértolo, 2012; West e Marrasco, 2009). Os sinais que asseguram uma ingestão suficiente de leite materno deverão ser transmitidos aos pais de forma a promover a sua autoconfiança e habilidades para amamentar (Lowdermilk e Perry, 2008). O ganho ponderal é o indicador mais preciso de que a criança está a receber a quantidade de leite materno suficiente (Noonan, 2011). Alguns RNs podem perder 5 a 7% do seu peso ao nascer nos primeiros dias de vida, contudo uma perda superior a 7% pode ser um indicador de que a amamentação decorre com dificuldades, o que requer a sua avaliação (Riordan e Wambaren, 2009). Habitualmente os bebés recuperaram o peso do nascimento entre o 10º e o 14º dia de idade. Posteriormente o ganho ponderal é progressivo e em média 30g/dia durante os primeiros três meses, 18g/dia dos quatro aos seis meses, 12g/dia dos sete aos nove meses e pelo menos 9g/dia dos dez aos doze meses (West e Marasco, 2009). Nos casos em que se levantem dúvidas acerca da ingestão suficiente de leite materno, o peso da criança (completamente despida) pré e pós mamada em balança de elevada precisão, pode ser utilizado para estimar a quantidade de leite ingerido, uma vez que o ganho ponderal equivale, aproximadamente, à quantidade de leite ingerido (Noonan, 2011).

A eliminação vesical é um precioso indicador da função renal, contudo alguns autores alertam para o facto de não ser um indicador confiável da quantidade de leite materno ingerido nos primeiros dias de vida, sobretudo nos casos de RNs que nascerem com extras fluidos, excretados ao longo dos primeiros dias de vida (Cadwell e Turner-Maffei, 2009). Ainda assim, os pais deverão saber que nos primeiros dois dias de vida, quando o RN está a receber colostro, são expectáveis uma a duas micções amarelo pálido por dia e que após o quarto dia (ou 24 horas após descida do leite) a criança deve apresentar, pelo menos, cinco

a seis fraldas molhadas num período de 24 horas (OMS, 2006). O padrão intestinal também é um indicador da ingestão de leite materno que os pais devem ser capazes de avaliar. Nas primeiras 24 horas de vida será esperada a eliminação de mecônio, favorecida pela ingestão de colostro (laxante natural). Entre o segundo e o terceiro dia a cor das fezes altera-se para verde e posteriormente amarelo por volta do quinto dia, mudança esta que reflete uma boa transferência de leite (Newman e Pitman, 2006; West e Marasco, 2009). Se após o quarto dia o RN ainda elimina mecônio este será um sinal de baixa ingestão de leite e requer uma avaliação urgente. Após o quarto dia os RNs amamentados deverão ter, no mínimo, três a quatro dejeções substanciais num período de 24 horas. As crianças com seis semanas ou mais podem ter dejeções menos frequentemente, dentro do seu padrão intestinal habitual, contudo estas deverão ser em maior quantidade (OMS, 2006). Deve ser do conhecimento dos pais que qualquer RN amamentado, com idade entre os cinco e os 21 dias, que não tenha, pelo menos, uma dejeção num período de 24 horas, deve ser observado e realizada uma avaliação minuciosa de alimentação que realizou nesse dia (Newman e Pitman, 2006).

Embora não seja consensual entre os autores referidos, West e Marasco (2009) defendem que a eliminação intestinal é um indicador mais importante que a eliminação vesical uma vez que crianças que não estão a receber as quantidades suficientes de leite materno podem apresentar padrões de eliminação vesical normais, o que não acontecerá certamente com o ganho ponderal e eliminação intestinal. Outros indicadores como o comportamento poderão contribuir para se inferir acerca da ingestão. Os sinais de fome poderão incluir episódios frequentes de choro, sono agitado ou por curtos períodos, agitação motora e procura da mama após mamada (Noonan, 2011). Será importante informar os pais que estes sinais também podem surgir nos quadros cólicas, pelo que devem procurar aconselhar-se antes de tirar conclusões acerca da quantidade ou qualidade do leite.

Uso de chupeta

Em diversos estudos observacionais tem sido identificada a relação entre a duração do AM e o uso de chupeta durante o início do período pós-parto. Dos estudos analisados, quatro consideraram o uso de chupeta como um dos principais fatores que contribuiu para o abandono precoce do AM entre eles Carrascoza *et al.* (2011), Gerd *et al.* (2012), Lindau *et al.* (2015) e Roig *et al.* (2010). No estudo de Carrascoza *et al.* (2011) a chupeta foi uma das variáveis fortemente relacionadas à interrupção do AME, sugerindo que será necessária a realização de novos estudos com o objetivo de investigar o verdadeiro papel da chupeta no

processo de interrupção do aleitamento: se a chupeta atua como um agente desencadeador do processo de interrupção do AME ou se é um sinalizador da presença de dificuldades na prática do aleitamento. Esta opinião é também defendida por Lamounier (2003) que, na sua revisão da literatura, cita os resultados de estudos que revelaram que as mães que ofereciam mais frequentemente chupeta ao seu bebê eram, também, as que exerciam um controlo mais marcado no comportamento da amamentação, tinham expectativas mais elevadas acerca de aspetos relacionados com o crescimento e desenvolvimento dos bebês e tinham reações ansiosas em relação ao choro da criança. Análises posteriores mostraram que estas mães pareciam preocupadas com o seu meio social e mais sensíveis à crítica social, sugerindo falta de autoconfiança. Nestes casos, as chupetas podem ser usadas como um mecanismo para diminuir e espaçar as mamadas, particularmente por mães com dificuldade de amamentar e com falta de autoconfiança (Lamounier, 2003). Estes resultados sugerem que as chupetas podem interferir na fisiologia da lactação, mas o seu uso pode ser um marcador do desejo de interromper mais cedo o AM ao invés da causa da descontinuidade. Por outro lado de acordo com os resultados de uma recente revisão sistemática da literatura realizada por Jaafar *et al.* (2012), e nos casos de mães altamente motivados para amamentar, o uso de chupeta não foi associado a uma redução na taxa ou duração do AM, independentemente do facto de a chupeta ter sido introduzida antes ou após da lactação estabelecida. Estes achados transportam-nos para a importância de promover a confiança dos cuidadores, mais do que focar a atenção no uso de chupeta.

As 10 medidas da OMS e UNICEF necessárias para que um hospital seja considerado amigo dos bebês são encaradas como guidelines para muitas instituições de saúde. No 9º ponto destas, as mães e profissionais de saúde são aconselhados a *não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito até que esteja bem estabelecida a amamentação*. Neste sentido, as atividades de promoção ao AM devem, além de informar a população sobre os riscos do uso de chupeta antes de estabelecida a amamentação, capacitar os profissionais de saúde para prestar apoio constante às mães no primeiro semestre de vida do bebê, condição para que tenham êxito em evitar o uso da chupeta (Parizoto *et al.*, 2009). Nalguns casos, a introdução da chupeta pode estar a camuflar sentimentos de ansiedade e insegurança relativos ao processo de alimentar a criança. O uso de chupetas deve, por isso, ser visto pelos profissionais de saúde como um possível marcador de dificuldades do AM. Nestes casos, mais importante do que se retirar a chupeta, será perceber os motivos que contribuíram para a sua introdução nos cuidados à criança (Jaafar *et al.*, 2012).

Má adaptação à mama

O AM é um processo natural e comum a todos os mamíferos, contudo não é um ato totalmente instintivo no ser humano (Galvão, 2006). Nas primeiras semanas de amamentação, podem surgir algumas dificuldades principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez, mas também para mulheres já experientes, sobretudo aquelas que tiveram dificuldades anteriormente.

Dos estudos analisados, Garbarino *et al.* (2013), Gerd *et al.* (2012), Hauck *et al.* (2011), Lewallen *et al.* (2006) e Odom *et al.* (2013) reportam-se à ocorrência de problemas com a amamentação como importante condicionante associada ao abandono do AM. De todos os problemas mencionados pelas mulheres (dor e/ou fissuras mamilares e ingurgitamento mamário) a má adaptação do RN à mama (má pega) esteve na origem da sua maioria.

Uma pega eficaz é essencial para uma amamentação bem-sucedida, com menor risco de ocorrência de problemas (OMS, 2006). Para tal, as mulheres devem ser instruídas acerca dos posicionamentos, da mãe e bebé, que promovem uma boa adaptação da criança à mama, assim como acerca dos sinais que garantem uma pega correta. Existem três principais reflexos do bebé relacionados com a amamentação que as mães devem compreender, nomeadamente o reflexo de busca e apreensão, de sucção e de deglutição (Levy e Bértolo, 2012). Segundo as orientações da OMS (2010), e no que diz respeito à posição materna para amamentar, não existe regra, o mais importante será que a mãe se sinta relaxada e confortável, sem qualquer tensão muscular. O lactente também pode ser amamentado em diversas posições, todavia, qualquer que seja a posição da mãe, ou da criança relativamente à mãe, existem alguns pontos-chave: o corpo da criança deve estar direito; a cabeça da criança pode estar ligeiramente estendida para trás de forma a favorecer o posicionamento do queixo junto à mama; e a mãe deve segurar o corpo da criança com firmeza, posicionando a sua face de frente para a mama de forma que este seja capaz de estabelecer contacto visual com a mãe. Posteriormente o bebé deve ser aproximado até à mama (e não ao contrário), por debaixo do mamilo, de forma que o mamilo fique junto do palato, estimulando assim o reflexo de sucção. Ao fazê-lo a mãe garante que a boca apanha a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, visando que o bebé mame na aréola e não no mamilo. Iniciando-se o reflexo de sucção, o tecido da mama deverá ficar esticado de forma que o mamilo constitua apenas um terço do tecido presente na boca (Levy e Bértolo, 2012). Assim, os sinais que asseguram que a criança está bem adaptada à mama são: o queixo do bebé toca na mama, a sua boca está bem aberta, o lábio inferior está virado para fora e vê-se mais aréola acima do lábio superior do que

abaixo do lábio inferior (Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2010). A OMS (2010) ressalta a particular importância dos pontos referidos, principalmente para os latentes nos dois primeiros meses de vida.

A frequência das mamadas também pode influenciar a prevenção de problemas decorrentes da amamentação. De forma a assegurar uma adequada produção de leite materno, durante os seis meses de AME, o bebê deverá ser amamentado tão frequentemente e por tanto tempo quanto ele deseje, quer seja de dia ou de noite. As crianças que são amamentadas de acordo com o seu apetite obtêm os nutrientes necessários para um crescimento satisfatório (OMS, 2010). Uma vez capazes de reconhecer os sinais de fome da criança (inquietação, reflexos de busca com a boca e a sucção das mãos, sinais que normalmente antecedem o choro) as mães devem colocar o seu filho à mama até que a criança, por si, a largue espontaneamente. Nos casos de crianças que permanecem por longos períodos à mama (mais de 30 minutos em cada mamada) ou que desejem alimentar-se muito frequentemente (frequência inferior a 60 ou 90 minutos) deve sugerir-se a verificação da realização de boa pega a cada mamada. As mamadas frequentes ou prolongadas podem ser um sinal de sucção ineficaz ou aporte de leite materno insuficiente, muitas vezes relacionados com má adaptação à mama. Quando a pega é melhorada a saída de leite torna-se mais eficiente e, conseqüentemente, as mamadas tornam-se mais breves ou menos frequentes, enquanto se reduz o risco de surgimento de problemas (Aguiar e Silva, 2011; Levy e Bértolo, 2012; OMS, 2010).

Falta de informação

Todas as publicações selecionadas, com mais ou menos ênfase, mencionam a falta de informação como um dos principais motivos que contribui para o abandono precoce do AM e, nalguns casos, até para a sua não iniciação. Se por um lado, algumas mulheres decidem amamentar motivadas pelos seus benefícios, muitas decidem fazê-lo apenas porque cresceram em meios em que o AM era praticado de forma natural e por isso nem questionam a sua prática. Será importante não esquecer que, como se refletiu nos resultados do estudo de Henriques e Martins (2011), as mães que atribuem poucas vantagens à amamentação são as mesmas que a cessam precocemente. Machado *et al.* (2014) acrescentam ainda que o maior acesso à informação sobre as vantagens do AME é um fator decisivo para a nutriz decidir amamentar exclusivamente. Neste sentido o objetivo da educação perinatal será promover a tomada de decisão ponderada, consciente e segura acerca do AM. A mãe que amamenta e que possui conhecimentos acerca do AM sentir-se-á

mais confiante, o que por sua vez, incentiva a continuidade da amamentação (Henriques e Martins, 2011).

Os profissionais de saúde, em particular o EESMO, é responsável pela promoção e manutenção do AM, uma vez que providencia apoio e informação às famílias, durante a gestação, parto e puerpério. Pereira (2006) defende que, para o sucesso da amamentação, é importante que as mães recebam informação acerca da sua importância, assim como acerca dos seus aspetos biológicos, imunológicos, fisiológicos e das suas vantagens para a mãe, bebé, família e até para a sociedade.

Nos estudos de Demétrio, Pinto e Assis (2012), Garbarino *et al.*(2013), Lindau *et al.* (2015), Machado *et al.* (2014) e Roig *et al.* (2010), a não realização de cursos de preparação para a parentalidade ou de sessões de formação sobre o AM foi um fator que explicou tanto a interrupção precoce do AME, como a introdução de fórmulas lácteas. Resultados semelhantes foram registados noutros estudos, nomeadamente os realizados por Chaves, Lamounier e César (2007) e Scott *et al.* (2006). Estas evidências destacam o espaço da preparação pré-natal como a porta de entrada para os cuidados primários, sendo o incentivo e aconselhamento acerca do AM no período pré-natal uma ação de baixa complexidade mas que se constitui uma importante aliada na promoção da saúde e nutrição materno- infantil (Demétrio, Pinto e Assis, 2012).

Falta de suporte emocional

O apoio dos profissionais de saúde é muitas vezes identificado pelas mães como a intervenção mais importante que o sistema de saúde pode oferecer para as ajudar a continuar a amamentar (Aguar e Silva, 2011). A mãe necessita de tranquilidade, apoio e carinho para que psicologicamente se sinta bem e para que a lactação não seja prejudicada (Henriques e Martins, 2011). Atitudes simples como disponibilizar escuta ativa, elogiar as competências da mãe para amamentar e reforçar o papel do AM para a saúde infantil têm um efeito protetor do AM. Para além dos profissionais de saúde, o marido torna-se um apoio essencial, principalmente quando a mulher tem dúvidas acerca das suas habilidades e competência para cuidar da criança (Henriques e Martins, 2011). A falta de apoio do parceiro/família e a falta de aceitação cultural da amamentação são associadas a baixas taxas de iniciação e duração do AM. A pressão de parentes para introduzir outros líquidos ou alimentos sólidos na dieta da criança também está associada a uma diminuição da duração do AM (Pinto e Schub, 2012). Estes factos foram confirmados no estudo de Machado *et al.* (2014), onde se demonstrou que as nutrizes que não recebiam ajuda do companheiro nos cuidados com a criança interrompiam o AM mais precocemente do que

aquelas que o tinham. A associação entre o apoio do companheiro e melhores indicadores do AM também foi descrita numa revisão sistemática da literatura realizada por Inoue *et al.* (2012), no Japão, na qual se concluiu que a atitude favorável e o apoio do pai favoreceram uma maior duração da amamentação.

Embora o EESMO não possa colmatar a falta de apoio dos parceiros, pode minimizar os seus efeitos. A identificação das mães que estão em maior risco deve ser realizada ainda durante a gravidez. A estas mulheres deve ser dada atenção especial e proporcionar a participação em grupos de aconselhamento ou a partilhar a sua vivência com outras mulheres

Vulnerabilidade emocional

De entre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos (Lowdermilk e Perry, 2008). A bibliografia aponta para uma estreita relação entre o estado psicológico da mulher e a sua capacidade de amamentar, sendo a DPP e os transtornos ansiosos classicamente relacionados ao pós-parto, por interferirem de forma negativa no tipo e duração da amamentação (Canavarro, 2001). Cientes da influência das emoções nos mecanismos psicossomáticos da lactação, torna-se claro que a mãe que sente dor, medo, tensão, fadiga, ansiedade ou que demonstra sintomas depressivos terá maior probabilidade de cessar a amamentação e está mais suscetível de desenvolver transtornos psicológicos/psiquiátricos. Aliás, estes são pontos destacados nos estudos de Henriques e Martins (2011), Lindau *et al.* (2015) e Machado *et al.* (2014).

A DPP pode causar significativas repercussões na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê (Lowdermilk e Perry, 2008). Quando comparadas às mães não deprimidas, mães com DPP, passam menos tempo a olhar, tocar e falar com o bebê e interagem com os seus filhos de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhes faltarem habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações afetivas (Cantilino *et al.*, 2010). Outro aspecto desse relacionamento diz respeito à amamentação, momento de forte interação e intimidade entre a mãe e o bebê. Estudos têm demonstrado maior risco de interrupção do AM no primeiro e segundo meses pós-parto para aquelas crianças cujas mães estão deprimidas. Apesar disso, quando os sintomas depressivos já são marcados, no início do período puerperal, parece haver ainda maiores hipóteses da cessação do AM (Canavarro, 2001; Cantilino *et al.*, 2010).

No seu estudo, Machado *et al.* (2014) verificaram que a incidência do abandono do AM entre as mães com sintomas depressivos foi visivelmente superior àquelas sem

sintomas, em todos os meses avaliados. Já no segundo mês pós-parto, 57% das puérperas sem sintomas depressivos ainda praticavam o AME contra apenas 25% daquelas com sintomas depressivos. As hipóteses de mães com sintomas depressivos ou stress manterem o AM são reduzidas entre a quarta e a 16ª semanas após o parto (Machado *et al.*, 2014). Este resultado é explicado pelo fato de a DPP se manifestar através de sintomas típicos que podem prejudicar a manutenção da amamentação, entre eles o humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação psicomotora, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração e até pensamentos de morte ou suicídio (Figueiredo, Canário e Field, 2014). Os bebês são vulneráveis ao impacto da depressão materna por dependerem da qualidade dos cuidados e da capacidade de resposta emocional da mãe. Quanto mais grave e persistente for a DPP maiores os danos para a relação mãe-bebê e desenvolvimento da criança. Quando comparados aos filhos de mães não deprimidas, os filhos de mães deprimidas demonstram menos afeto positivo, mais afeto negativo, menor nível de atividade, menos vocalizações, distanciam o olhar, apresentam mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva. Estes bebês são mais irritados, choram mais, têm mais problemas de alimentação, sono e de desenvolvimento motor. Estudos de follow-up demonstram que estas crianças têm menos segurança afetiva, apresentam maior incidência de destrutibilidade, alterações de comportamento, atraso no desenvolvimento cognitivo e transtornos afetivos. (Cantilino *et al.*, 2009). Nem sempre a direção da relação entre a DPP e a cessação da amamentação está bem esclarecida, isto é, enquanto alguns estudos sugerem que as mães se tornam mais vulneráveis a ter DPP se cessarem precocemente a amamentação, outros referem que cessar precocemente a amamentação, independentemente do motivo, torna as mães mais suscetíveis de desenvolver um quadro de depressão (Figueiredo, Canário e Field, 2014; Figueiredo *et al.*, 2013).

Relativamente aos transtornos de ansiedade, estes podem ser exacerbados ou precipitados no período pós-parto. A forma como cada cultura, família e indivíduo constrói o seu sistema de valores define e modela negativa ou positivamente o seu comportamento. Neste contexto, pode surgir ansiedade, preocupação, sensação de não corresponder às expectativas e de não estar a seguir o modelo ideal de mãe esperado pela sociedade.(Faisal-Cury e Menezes, 2006). Sabe-se que os distúrbios ansiosos são mais frequentes do que os quadros depressivos, contudo, apesar da associação entre ansiedade e depressão ser comum, nem todas as mulheres ansiosas estão deprimidas (Cantilino *et al.*, 2009; Faisal-Cury e Menezes, 2006).

4.1.5 Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura

A realização desta revisão integrativa constituiu uma excelente forma de aprofundar e cimentar habilidades no âmbito da investigação em enfermagem, sobretudo nesta área de especialização. O exercício profissional da enfermagem encontra-se em constante mudança, sendo que, cada vez mais, os enfermeiros se preocupam em prestar cuidados baseados nos mais elevados padrões de qualidade. Neste sentido, será fundamental que a enfermagem acompanhe o desenvolvimento e a modernização, garantindo a prestação de serviços de saúde centrados nas pessoas e baseados na evidência. Para tal, a prática clínica diária deve ser baseada em evidências atuais que fundamentem e conduzam a um processo de tomada de decisão responsável, o qual se traduzirá em francos ganhos de saúde para os utentes e comunidade.

A análise da temática acerca dos fatores que contribuem para a cessação precoce do aleitamento materno foi realizada com o propósito de investigar quais os fatores que contribuem para o abandono do AM e de que modo esses mesmos fatores contribuem para o seu abandono. Para tal, e após pesquisa bibliográfica, foram selecionadas 10 publicações científicas, elegidas com base no nível de evidência e na sua relação com a temática em estudo. Da análise dos resultados concluiu-se que inúmeros fatores sociais, demográficos, culturais, psicológicos, biológicos e físicos contribuem, de forma mais ou menos marcada, para o abandono precoce do AM. De entre estes decidiu-se dar principal ênfase àqueles passíveis de intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente do EESMO.

O início tardio da amamentação para além de fortemente associado ao parto por cesariana, parece interferir na interação precoce entre mãe e RN, sendo por isso considerado um importante fator que dificulta a amamentação, por promover a inibição dos reflexos de sucção do RN. Já as variáveis associadas à ausência de experiência anterior de amamentação ou experiência anterior negativa foram, num dos estudos selecionados, as de maior relevância. Relativamente à perceção de leite insuficiente, referida pela OMS como a principal razão que precipita o abandono do AM ou a introdução de alimentos complementares, esta foi uma condicionante fortemente associada ao abandono do AM e referida em grande parte dos estudos selecionados. Apesar disso, na maior parte dos casos, não passa de uma perceção equivocada, uma vez que a maioria das mulheres que pratica o AM em horário livre é capaz de produzir quantidades de leite suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança. No que diz respeito ao uso de chupeta, esta variável foi marcadamente associada ao abandono do AM num dos estudos selecionados. Os

autores alertam para a possibilidade da introdução da chupeta nos cuidados à criança que pode ser um comportamento sinalizador de dificuldades que camufla sentimentos de ansiedade ou insegurança. Salientam, por isso, a necessidade de se realizarem mais estudos com o objetivo de se perceber o verdadeiro contributo da chupeta no abandono do AM. A má adaptação do RN à mama e a falta de informação também foram variáveis identificadas, principalmente a segunda, referida em todos os estudos, pois são as mães que atribuem menos vantagens ao AM as que o abandonam mais precocemente. A falta de suporte emocional também é referida, tendo o apoio do marido um importante papel na continuidade do AM. Num dos estudos analisados as mulheres chegam mesmo a considerar que o apoio fornecido pelos profissionais de saúde é a intervenção mais importante que o sistema de saúde pode oferecer. Por último, e estritamente relacionada com as questões anteriores, surge a vulnerabilidade emocional. Os autores apontam para a existência de uma estreita relação entre o estado psicológico da mulher e a sua capacidade para amamentar, salientando o papel crucial das emoções nos mecanismos psicossomáticos da lactação. Os distúrbios mais frequentemente associados ao abandono precoce do AM foram a DPP e a ansiedade materna, tendo ambos efeitos prejudiciais na relação mãe-bebé e no desenvolvimento infantil. Embora os distúrbios inerentes à ansiedade sejam mais frequentes do que os depressivos, os autores sublinham que ainda não está claramente estabelecida a direção da relação entre a DPP e o abandono do AM.

Apesar de a literatura ser muito clara relativamente à importância, vantagens do AM e consequências do seu abandono para a saúde da mulher, criança, família e sociedade, ainda é muito elevado o número de mulheres portuguesas que o abandonam precocemente. Os resultados desta revisão sublinham a importância da atenção dos profissionais de saúde não só para as necessidades fisiológicas, mas também para as necessidades psicológicas das mulheres durante a gravidez, parto e período pós-parto, com o objetivo de promover o sucesso da amamentação. Tendo o EESMO um importante papel na proteção, promoção e manutenção do AM é determinante que a sua atuação contemple o incentivo à participação em cursos de preparação para a parentalidade; o incentivo à partilha de experiências de aleitamento e o elogio das competências para amamentar. A bibliografia é unânime, os pais devem ser motivados e envolvidos para os benefícios da literatura e a para a potencialidade de ajuda das oportunidades educacionais.

A intervenção aconselhar é provavelmente aquela que requer mais sensibilidade por parte do EESMO, pois por se tratar de um fenómeno psicossomático, requer um conjunto de habilidade e atitudes empáticas que incluem a escuta ativa, a linguagem corporal, a atenção e a empatia. A evidencia ressalta a importância de os pais serem dotados de

conhecimentos acerca da fisiologia da lactação, das vantagens do AM, dos sinais de fome do RN, do choro do RN, dos sinais indicadores de boa pega, da importância do AM em horário livre, dos sinais que garantem uma ingestão de leite materno suficiente (ganho ponderal, padrão vesical e intestinal da criança) e do desenvolvimento infantil, proporcionando-se, assim, oportunidades para a tomada de decisão informada e consciente acerca da alimentação do seu filho . Sublinha-se também a necessidade da capacitação e aperfeiçoamento contínuo dos profissionais de saúde para que sejam desenvolvidos os necessários esforços para que se implementem, atempadamente, as políticas de saúde promotoras e protetoras do AM já existentes em Portugal, nomeadamente as propostas pela OMS/UNICEF. O AM é um fenómeno multidisciplinar, que *“diz respeito a várias ciências, desde a enfermagem, à medicina, à bioquímica, às ciências sociais e humanas e à Psicologia, (...) é um problema da mulher, do pai, da família, da sociedade, dos empregados, dos patrões, dos governantes e sem dúvida um problema de todos* (Pereira, 2006, p.31).

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

Através da imersão direta em situações da prática clínica, do confronto e resolução de problemas, da interação com outros profissionais de saúde, para atingir as competências, o estágio de carácter profissional desenvolvido conduziu a um processo reflexivo que facilitou a integração de conhecimentos e impulsionou a tomada de consciência, constituindo uma inegável oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a todos os níveis.

Vários autores sugerem que as aprendizagens mais significativas e duradouras são as que decorrem de experiências concretas e da experimentação ativa nas quais existe um envolvimento direto dos estudantes em atividades e contextos reais de trabalho (Lave e Wenger, 1991; Schön, 1995). Em concordância com esta perspetiva, pode afirmar-se que através de uma verdadeira metodologia ‘aprender a fazer fazendo e pensando’ foram proporcionadas oportunidades de construir, ativamente, uma forma pessoal de conhecer e de agir. De entre todas as mais-valias, destaca-se a edificação de uma visão mais integrada, contextualizada e realista da prática profissional do EESMO e o desenvolvimento/aquisição de competências específicas que promoveram a autonomia na tomada de decisões e na resolução de problemas.

Cuidar em saúde materna e obstetria exige dos profissionais de saúde um grande domínio de conhecimentos e competências. De acordo com o preconizado no Regulamento de competências específicas do EESMO (OE, 2011), este tem uma vasta área de atuação que contempla a implementação de cuidados no acompanhamento da gravidez saudável e de risco; na preparação dos casais para a vivência da gravidez e parentalidade; no acompanhamento dos casais na preparação para o parto; no cuidado durante o TP; no cuidado ao casal e ao RN durante os primeiros dias, ainda em ambiente hospitalar, e, posteriormente, na comunidade.

Ao realizar-se o acompanhamento durante todo o percurso de gravidez, TP e pós-parto, através da elaboração de um processo de cuidados individualizado, percebeu-se que a atuação do EESMO é baseada na evidência científica mais atualizada. Neste sentido e com

o objetivo de contribuir para a construção de uma enfermagem com conhecimentos próprios e científicos, durante todo o período de estágio e período de elaboração do presente relatório recorreu-se à busca da evidência científica como suporte das intervenções implementadas. Com a adoção desta conduta torna-se possível contribuir para a uniformização e valorização dos cuidados prestados, contribuindo para a excelência da profissão e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência humana e arte de cuidar.

Ao longo da elaboração deste relatório foi possível refletir sobre algumas situações potencializadoras do desenvolvimento de competências, ao mesmo tempo que, através da sua justificação com o recurso à evidência científica mais recente, foi possível desenvolver competências no âmbito da investigação. A problematização dos aspetos mais relevantes no processo formativo, assim como a análise crítica da construção do processo de cuidados à mulher grávida/casal com complicações associadas à gravidez, durante o TP e no período pós-parto, constituiu um importante alicerce para a demonstração da aquisição de competências do EEESMO.

De uma forma geral, pode afirmar-se que as atividades realizadas durante o estágio profissionalizante foram baseadas na mobilização ativa de conhecimentos e competências adquiridos ao longo do curso, correspondentes a diferentes disciplinas, entre elas a investigação em enfermagem, a obstetria, a psicologia da gravidez e maternidade, o cuidado de enfermagem na gravidez, o trabalho de parto e pós-parto, os cuidados ao recém-nascido, a farmacologia ou a monitorização biofísica fetal.

O processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas foi, desde sempre, sustentado pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo em vista o cumprimento das condições condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista. Desta forma, no ensino prático e clínico, foi cumprida a orientação de que o estudante deverá realizar o acompanhamento de 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, 30 partos eutócicos e 20 assistidos; participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; praticar a episiotomia e iniciação à sutura; vigiar e prestar cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; vigiar e prestar cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis; observar e prestar cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico. Tendo em conta as referidas condições, considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas, conforme se verifica nas figuras 4, 5 e 6. Não tendo sido possível a

participação em partos de apresentação pélvica, foi realizado o seu estudo, simulação e procedimento em contexto de sala de aula, no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto, no primeiro ano do curso de MESMO.

FIGURA 4: Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância

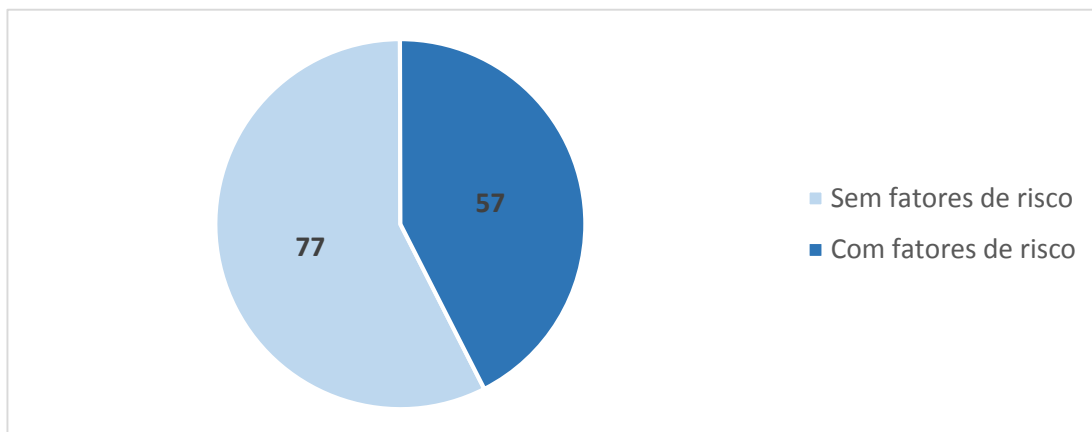


FIGURA 5: Número de partos executados e participados (cefálicos)

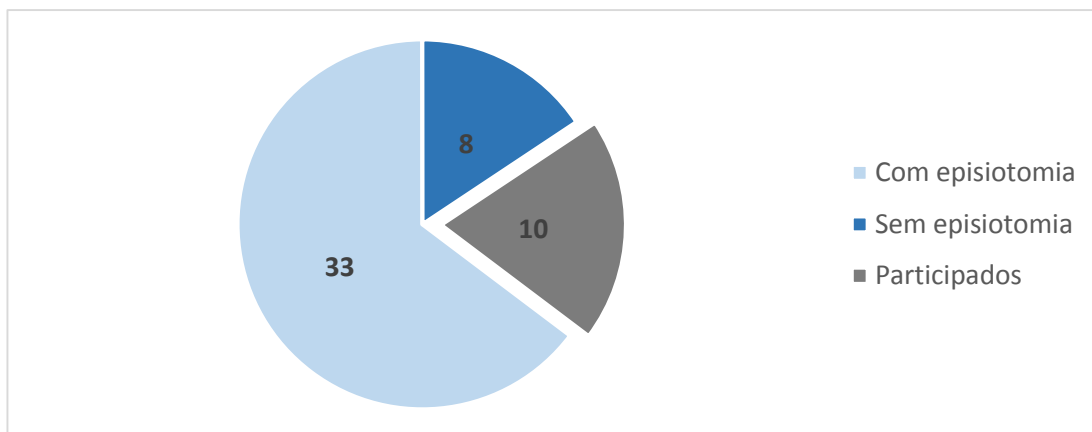
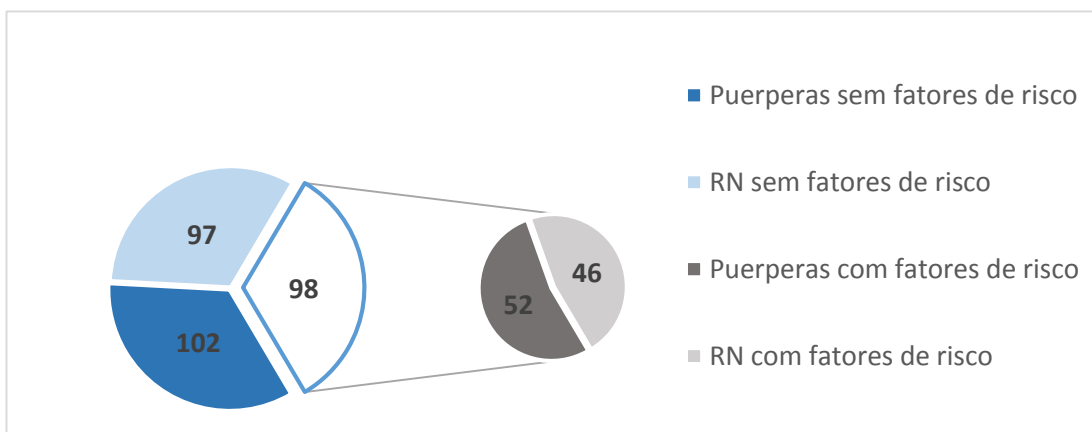


FIGURA 6: Número de puérperas e RNs alvo de cuidados e vigilância



Analisando o percurso do estágio profissionalizante e refletindo sobre as experiências e atividades realizadas, considera-se que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi realizado de forma sistemática, assente numa prática baseada em evidências científicas e orientado para a promoção da saúde da mulher, criança e família. Das competências específicas descritas no Regulamento da OE (2011), e relativamente às do âmbito da prescrição de exames auxiliares de diagnóstico para a vigilância da gravidez, as instituições de saúde portuguesas ainda não possibilitam a sua realização, quer seja por questões de ordem legal quer por questões orgânicas ou institucionais. Assim sendo, esta competência não foi desenvolvida.

No que concerne às competências relacionais, a abordagem interativa e de suporte social com as mulheres e famílias permitiu o seu desenvolvimento, tendo existido, ao longo do estágio, uma nítida evolução neste âmbito, proporcional ao sentimento de segurança na prestação de cuidados. Relativamente às dificuldades sentidas, estas estiveram diretamente relacionadas com a diminuição da taxa de natalidade em Portugal, o que acabou por se refletir numa redução do número de oportunidades, especialmente no âmbito da prestação de cuidados durante o TP. Por esse motivo, a principal dificuldade sentida foi a preocupação constante em realizar o número mínimo de partos necessário, objetivo conseguido graças à dedicação, disponibilidade e ao excelente apoio da equipa de profissionais de saúde do serviço de obstetria do CHNMG.

Em suma, analisando os objetivos de estágio inicialmente delineados para o desenvolvimento do estágio profissionalizante, pode afirmar-se que foram atingidos bem como as competências definidas pela OE, como essenciais à prática de cuidados especializados à mulher e família na gravidez, TP e puerpério. Encara-se a participação neste estágio como ativa e assídua, com interesse e empenho pelas atividades em desenvolvimento em todos os campos onde o estágio foi realizado. Foi um percurso formativo que proporcionou a construção e realização de um projeto experiencial em cuidados especializados de qualidade que culminou na realização pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

A enfermagem de saúde materna e obstetrícia foi, desde sempre, alvo de profundo envolvimento pessoal e desejo profissional. A decisão de ingressar no curso de MESMO, para além de ir ao encontro das referidas aspirações, foi motivada pela possibilidade de expandir conhecimentos na área da saúde materna e obstetrícia, conciliada com a possibilidade de desenvolver competências e habilidades no âmbito da investigação.

Com a realização do presente relatório pretende-se, mais do que descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio e o processo de investigação realizado, evidenciar o processo de pesquisa científica, de desenvolvimento de competências e de reflexão vivenciados ao longo deste ano de prática clínica como estudante.

Ao longo da elaboração deste trabalho foi notória a necessidade que o EESMO tem de basear a sua prática nos conhecimentos inerentes à disciplina de enfermagem, baseando as suas intervenções na evidência científica mais pertinente e atual. Findo este percurso, pode afirmar-se que a problematização das práticas e o desenvolvimento e produção de investigação foram essenciais para a prestação de cuidados de qualidade, tendo estes emergido da necessidade de se dar resposta às necessidades dos clientes de saúde através de intervenções significativas, para uma experiência positiva da gravidez, parto e pós-parto. Apesar de nem todas as vivências experienciadas face às áreas em estudo de aprendizagem terem sido problematizadas de forma exaustiva, procurou-se expor o processo que fundamentou a tomada de decisão dos temas que se destacaram por gerarem maior discussão ou suscitarem mais dúvidas e reflexão.

Ao longo dos diferentes módulos do estágio, procurou-se refletir a preocupação pela melhoria e continuidade dos cuidados, individualizando cada mulher e casal, de modo fazer a diferença no seu acompanhamento.

Sabendo que o desenvolvimento da investigação em enfermagem é fundamental para a sua progressão enquanto ciência do conhecimento, compreende-se que os enfermeiros devem problematizar continuamente as práticas e desenvolver processos de investigação, de forma a contribuir para cuidados mais eficazes, seguros e significativos para os utentes. O processo de investigação desenvolvido no presente relatório teve por

base um tema que suscitou a reflexão no decorrer do estágio. A reflexão sobre os fatores que contribuem para o abandono precoce do AM foi uma constante nos diferentes contextos formativos proporcionados. Os objetivos desta investigação foram, para além de se compreender quais os fatores que contribuem para o abandono precoce do AM, perceber de que forma se pode processar essa contribuição.

Considerando os objetivos delineados e a metodologia adotada na pesquisa, sublinha-se como principais conclusões a contribuição de alguns fatores passíveis de intervenção do EESMO para o abandono precoce do AM, entre eles o início tardio da amamentação, a inexperiência ou experiência anterior de amamentar negativa; a percepção de leite insuficiente; o uso de chupeta; a má adaptação do RN à mama; a falta de informação; a falta de suporte emocional e a vulnerabilidade emocional da mulher. A revisão integrativa da literatura efetuada assegurou não só a problematização de competências inerentes ao processo de amamentar como garantiu a prestação de cuidados especializados através de competências baseadas em evidências científicas.

Com esta investigação não se pretendia a obtenção de resultados generalizáveis, mas sim a análise dos dados e interpretação de resultados com vista a compreender e refletir sobre a problemática em estudo. Todavia, permite-nos deixar como sugestão, para a prática dos enfermeiros, que o seu contributo preventivo, como apontam os resultados emergentes, para que possam minimizar os efeitos do abandono precoce do aleitamento materno, devem centrar –se neste foco de atenção, nas necessidades da mulher e casal sobre a amamentação; conhecer os fatores condicionantes do abandono precoce, sendo consumidores dos resultados de investigação.

Em jeito de conclusão diríamos que o percurso que agora teve o seu término carece de uma continuidade pelo caminho trilhado na busca sistemática de evidências científicas, para operacionalizar uma prática baseada na evidência que seja garante de qualidade de cuidados especializados à mulher e casal e família. Deste modo, considera-se que os objetivos delineados para a estágio e para a elaboração do seu relatório foram alcançados, mas, apesar disso, este relatório apenas demonstra a necessidade constante de aprendizagem e investimento pessoal deixando marcado um percurso de crescimento e desenvolvimento, profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. 2ª Edição. São Paulo: Guanabara, 2009.
- AGUIAR, Hélder; SILVA, Ana. *Aleitamento materno: A importância de intervir*. Acta Medica Portuguesa, 2011, volume 24, p. 889–896.
- AHLBORG, T.; STRANDMARK, M. *The baby as the focus of attention - first-time parents experiences of their intimate relationship*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2001, vol. 15, p. 318-325.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Committee opinion: Management of Delivery of a Newborn with Meconium-Stained Amniotic Fluid*. Washington: ACOG, 2007, Nº 379.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Practice Bulletin No. 107: Induction of Labor*. Washington: ACOG, 2009, p. 1-12.
- American Heart Association (AHA). *Neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Dallas: AHA, 2010.
- AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A. *Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências*. Femina, 2010, volume 38, p. 584–591.
- ARAÚJO, Raquel; ALMEIDA, João. *Aleitamento materno : o desafio de compreender a vivência*. Revista de Nutrição, 2007, volume 20, p. 431–438.
- AREAL, Alexandra *et al.* *Infecção perinatal por Streptococcus agalactiae pode ser evitada: Prevalência da colonização em parturientes no Hospital São Marcos, factores de risco e a sua relação com a infecção perinatal*. Acta Pediátrica Portuguesa, 2010, volume 41, p. 16–21.
- ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL. *Folheto informativo: Vale a pena crescer em segurança - evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. 5ª Edição. Lisboa, 2009.

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS. *Documento de consenso: Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência, 2009.
- AUSTIN, Marie-Paule. *To treat or not to treat: maternal depression, SSRI use in pregnancy and adverse neonatal effects*. *Psychological medicine journal*, 2006, volume 36, p. 1663–1670.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. *Routine perineal shaving on admission in labour (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, issue 11, Art: CD001236.
- BAYLE, Filomena; MARTINET, Serge. *Perturbações da Parentalidade*. Lisboa: Climepsi, 2008.
- BOTELHO, Louise; CUNHA, Cristiano; MACEDO, Marcelo. *O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais*. *Revista Gestão e Sociedade*, 2011, volume 5, p. 121-136.
- CADWELL, Karin; TURNER-MAFFEI, Cindy. *Continuity Of Care In Breastfeeding: Best Practices In The Maternity Setting*. Canada: Jones and Bartllet publishers, 2009.
- CALDER, A. *et al. Induction of labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicentre, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008, volume 115, p.1279–1288.
- CAMPOS, Diogo; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª edição. Lisboa: Lidel, 2008.
- CANAVARRO, Maria. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto, 2001.
- CANTILINO, A. *et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto*. *Revista de Psiquiatria clinica*, 2010, volume 37, p. 278–284.
- CARDOSO, Ana. *Tornar-se mãe, Tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das Competências Parentais*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- CARRASCOZA, Karina *et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação*. *Ciência & Saúde Colectiva*, 2011, volume 16, p. 4139–4146.
- CASTRO, Jorge *et al. Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal: uma revisão da literatura*. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 2014, volume 8, p. 391–397.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Guideline Nº RR-10: Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease*. Atlanta: CDC, 2010.

- CERRI, V. *et al.* *Intravenous glucose infusion in labor does not affect maternal and fetal acid–base balance.* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2000, volume 9, p. 204–208.
- CHAVES, Roberto; LAMOUNIER, Joel; CÉSAR, Cibele. *Factors associated with duration of breastfeeding.* Jornal de Pediatria, 2007, volume 83, p. 241–246.
- CLODE, Nuno; JORGE, Carlos; GRAÇA, Luís. *Normas de actuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria.* 2ª edição. Lisboa, 2012.
- COSTA, Virginia. *Amamentação: Vivências maternas em um hospital público.* Dissertação, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, 2013.
- CROWTHER, Caroline *et al.* *Magnesium sulphate at 30 to 34 weeks gestational age: neuroprotection trial.* BMC pregnancy and childbirth, 2013, Nº13, p. 1-9.
- DARVILL, Ruth; SKIRTON, Heather; FARRAND, Paul. *Psychological factors that impact on women’s experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition.* Midwifery, 2010, volume 26, p. 357–66.
- DECRETO-LEI Nº 14/85. D. R. I Série. Nº153 (06.07.1985), p. 1874.
- DEMÉTRIO, Franklin; PINTO, Elizabete; ASSIS, Ana. *Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno.* Cadernos de Saúde Pública, 2012, volume 28, p. 641–650.
- DENIS, A.; PONSIN, M.; CALLAHAN, S. *The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues.* Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2012, volume 30, p. 388–397.
- DEVANE, D. *et al.* *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review).* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 2, Art: CD005122.
- DICENSO, A.; BAYLE, L.; HAYNES, R. *Assessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model.* ACP Journal Club, 2009, Vol. 151.
- DIRECTIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 7 de setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da União Europeia, L255/p.22, 2005.
- DOURADO, Viviani; PELLOSO, Sandra. *Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação.* Acta Paulista de Enfermagem, 2007, volume 20, p. 69-74.
- EDMOND, Karen *et al.* *Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality.* PEDIATRICS, 2006, volume 117, p. 380–386.

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP). *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. Porto: ESEP, 2010.
- ESTEVES, Ana; SILVA, Leila; SILVA, Maira. *Rede de Suporte Social às mulheres grávidas: tecelagem de cuidados de Enfermagem numa perspectiva cultural*. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, 2010, volume 4, p. 82–92.
- ESTEVES, Tania. *Fatores Associados ao Início Tardio da Amamentação*. Tese de Doutorado, Escola nacional de saúde pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
- FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo. *Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2006, volume 28, p. 171–178.
- FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES PORTUGUESAS DE PARALISIA CEREBRAL. *Relatório: Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos: crianças nascidas entre 2001 e 2003*. Lisboa, 2012.
- FERNANDES, Ana *et al.* *Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais?* Acta Pediátrica Portuguesa, 2012, volume 43, p. 59–62.
- FIGUEIREDO, B.; CANÁRIO, C.; FIELD, T. *Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression*. Psychological medicine, 2014, volume 44, p. 927–936.
- FIGUEIREDO, Bárbara *et al.* *Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review*. Jornal de pediatria, 2013, volume 89, p. 332–338.
- FREITAS, Fernando *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- FULLERTON, Gail *et al.* *Atosiban in the management of preterm labour*. Clinical Medicine Insights: Women's Health, 2011, volume 4, p. 9–16.
- GALVÃO, Dulce. *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência, 2006.
- GARBARINO, F. *et al.* *Prevalence and duration of breastfeeding during the first six months of life: factors affecting an early cessation*. Medical and surgical pediatrics, 2013, volume 35, p. 217–222.
- GARCÍA, Ortega *et al.* *Malama project in the Region of Murcia (Spain): Environment and breastfeeding*. Anales de pediatria, 2008, volume 68, p. 447–53.
- GERD, Almqvist *et al.* *Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age*. Acta Paediatrica, 2012, volume 101, p. 55–60.
- GLADE, Aaron; BEAN, Roy; VIRA, Rohini. *A Prime Time for Marital/Relational Intervention: A Review of the Transition to Parenthood Literature with Treatment*

- Recommendations*. The American Journal of Family Therapy, 2005, volume 33, p. 319–336.
- GOLDENBERG, Robert *et al.* *Epidemiology and causes of preterm birth*. The Lancet, 2008, vol. 5, p. 75–84.
 - GRAÇA, Luis. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010.
 - GUPTA, J.; HOFMEYR, G.; SHEHMAR, M. *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 16, Art: CD002006.
 - HARRISON, Margaret. *Transitions, continuity, and nursing practice*. The Canadian journal of nursing research, 2004, volume 36, p. 3–6.
 - HAUCK, Y. *et al.* *The Association Between Women’s Perceptions of Professional Support and Problems Experienced on Breastfeeding Cessation: A Western Australian Study*. Journal of Human Lactation, 2011, volume 27, p. 49–57.
 - HENRIQUES, Sofia; MARTINS, Rosa. *Aleitamento Materno : O Porquê do Abandono*. Revista Millenium, 2011, volume 40, p. 39–51.
 - HODNETT, E. *et al.* *Continuous Support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 10. Art: CD003766.
 - HUDSON, D.; ELEK, S.; FLECK, C. *First-time mothers and fathers transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex*. Comprehensive Child and Adolescent Nursing journal, 2001, volume 24, p. 31–43.
 - HUNT, Carl; HAUCK, Fern. *Sudden infant death syndrome*. Canadian Medical Association Journal, 2006, volume 174, p. 1861–1869.
 - HUTTON, Eileen; HASSAN, Eman S. *Late versus early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials*. JAMA : the journal of the American Medical Association, 2007, volume 297, p. 1241–1252.
 - INFARMED. *Folheto informativo: Cloridrato de morfina*. Lisboa: Infarmed, 2009
 - INOUE, Madoka *et al.* *Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review*. International Breastfeeding Journal, 2012, volume 7.
 - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: INE, 2014.
 - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *CIFE Versão 2: Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Edição portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

- JAAFAR, Sharifah *et al.* *Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Issue 3, Art: CD007202.
- JOHNSON, A. *Prevalence and characteristics of children with cerebral palsy in Europe*. *Developmental medicine and child neurology*, 2002, volume 44, p. 633–640.
- JURUENA, G.; MALFATTI, C. *A história do aleitamento materno: dos povos primitivos até a atualidade*. *Revista Digital*, 2009, ano 13, nº 129.
- KEMP, Emily *et al.* *Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 1, Art: CD008070.
- KING, J. *et al.* *Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Issue 1, Art: CD002255.
- KNAUTH, D. *Marital change during the transition to parenthood*. *Pediatric nursing journal*, 2001, volume 27, p. 169–184.
- KUBLI, Mark *et al.* *An evaluation of isotonic «sport drinks» during labor*. *Anesthesia and analgesia*, 2002, volume 94, p. 404–408.
- LAMOUNIER, Joel. *O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno*. *Jornal de Pediatria*, 2003, volume 79, p. 284–286.
- LAVE, Jean; WENGER, Etienne. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
- LAWRENCE, A. *et al.* *Maternal positions and mobility during first stage labour (Review)*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 10. Art: CD003934.
- LEAL, Isabel. *Perspectivas em psicologia da saúde*. 1ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto, 2006.
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena. *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008.
- LEWALLEN, Lynne *et al.* *Breastfeeding support and early cessation*. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 2006, volume 35, p. 166–172.
- LINDAU, Juliana *et al.* *Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an «at risk population» for special support*. *European journal of pediatrics*, 2015, volume 174, p. 533–540.
- LITO, David *et al.* *Análise das Serologias para Infecções do Grupo TORCH e do Rastreamento para Streptococcus do Grupo B na População de Grávidas de uma Maternidade*. *Acta médica portuguesa*, 2013, volume 26, p. 549–554.

- LOPES, Sandrine. *O Papel Parental como Foco de Atenção para a Prática de Enfermagem*. Revista Sinais Vitais, 2005, Nº 63, p. 36–42.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008
- MACHADO, Ana. *Epidemiologia da Ameaça de Parto Pré-termo e do Trabalho de Parto Pré-termo*. Dissertação, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2012.
- MACHADO, Mariana et al. *Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais*. Revista de Saúde Pública, 2014, volume 48, p. 985–994.
- MASCARENHAS, A. et al. *Group B Streptococcus screening: repercussion in the postnatal ward dynamics*. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2010, volume 23.
- MELEIS, Afaf. *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- MELO, Ricardo; RUA, Marília; SANTOS, Célia. *O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção*. Indagatio Didactica, 2014, volume 6, p. 107–120.
- MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Revista Texto e Contexto Enfermagem, 2008, volume 17, p. 758-764.
- MERCER, Ramona. *Becoming a mother versus maternal role attainment*. Journal of Nursing Scholarship, 2004, volume 36, p. 226–232.
- MONTENEGRO, Nuno et al. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª edição. Lisboa: Lidel, 2014.
- MOORE, E.; ANDERSON, G.; BERGMAN, N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 3. Art: CD003519.
- MOURA-RAMOS, Mariana et al. *A adaptação paterna na transição para a parentalidade*. Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología [Em linha], 2005, volume 10, Nº2 [consultado em 17.09.2015], disponível em <https://www.researchgate.net/publication/28083177_A_adaptacao_paterna_na_transicao_para_a_parentalidade>
- MOUSA, Wesam; AL-METWALLI, Roshdi; MOSTAFA, Manal. *Epidural analgesia during labor vesus no analgesia: A comparative study*. Saudi Journal of Anesthesia, 2012, volume 6, p. 36–40.

- NACHUM, Zohar *et al.* *Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial.* Reproductive biology and endocrinology, 2010, volume 8, p. 136.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Guideline CG55: Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. London: NICE, 2007.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Guideline 190: Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. London: NICE, 2014.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Guideline 70: Induction of labour. London: NICE, 2008.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Guideline 37: Postnatal care.* London: NICE, 2006.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Guideline 98: Neonatal jaundice.* London: NICE, 2010.
- NELSON, A. *Transition to Motherhood.* Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 2003, volume 32, p. 465–477.
- NEWMAN, Jack; PITMAN, Teresa. *The Ultimate Breastfeeding Book of Answers: The Most Comprehensive Problem-Solving Guide to Breastfeeding from the Foremost Expert in North America.* Canada: Three rivers press, 2006.
- NOONAN, M. *Breastfeeding: Is my baby getting enough milk?* British Journal Of Midwifery, 2011, volume 19, p. 82–89.
- OAKLEY, Laura; HENDERSON, Jane; REDSHAW, Maggie; QUIGLEY, Maria. *The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England.* BMC Pregnancy and Childbirth, 2014, volume 14.
- ODOM, E. *et al.* *Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding.* Pediatrics, 2013, volume 131, p .726–732.
- OLANREWAJU, O.; MOON, Y. *Sudden infant death syndrome: a review of literature.* Current Pediatrics Reviews, 2008, volume 17, p. 31–39.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Dor - Guia orientador de boa prática.* Lisboa: OE, 2008.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento Das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.* Lisboa: OE, 2010.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Preterm birth [Em linha], Fact sheet N°363, 2015 [consultado em 20.10.2015]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations for augmentation of labour*. Geneva: OMS, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: OMS, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: OMS, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. Geneva: OMS, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Infant and Young Child Feeding Counselling : An Integrated Course*. Geneva: OMS, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: OMS, 2014.
- OZKAN, Sebiha *et al.* *Comparative efficacy and safety of vaginal misoprostol versus dinoprostone vaginal insert in labor induction at term: a randomized trial*. Archives of gynecology and obstetrics, 2009, volume 280, p. 19–24.
- PARIZOTO, Giuliana *et al.* *Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children*. Jornal de Pediatria, 2009, volume 85, p. 201–208.
- PATIL, Sudha *et al.* *Tramadol analgesia in labour*. International Journal of pharmaceutical and biomedical research, 2012, volume 3, p. 49–51.
- PEJOVIC, Nicolas; HERLENIUS, Eric. *Unexpected collapse of healthy newborn infants: Risk factors, supervision and hypothermia treatment*. International Journal of Paediatrics, 2013, volume 102, p. 680–688.
- PEREIRA, Adriana. *Aleitamento Materno - Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures : Lusociência, 2006.
- PEREIRA, C. *et al.* *Empowerment : modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. Nursing, 2001, N°267, p. 8–15.
- PINTO, Suzanne; SCHUB, Tanja. *Breastfeeding: Interventions to Promote Initiation and Extend Duration of Breastfeeding*. Evidence-base Care Sheet, Cinahl Information Systems, 2012.
- PORTO, Ana; AMORIM, Melania; SOUZA, Alex. *Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências*. Femina, 2010, volume 38, N°10, p. 527–537.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - *Rede de referenciação materno-infantil*. Lisboa, 2001.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Circular Normativa: Interrupção Medicamentosa da Gravidez*. Lisboa, 2007.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Orientação 002/2015: Indução do trabalho de parto*. Lisboa, 2007.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Programa Nacional de vacinação*. Lisboa, 2015.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Registo do aleitamento materno: Relatório de janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa, 2014.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Orientação nº 001/2010: Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Lisboa, 2010.
- PRAGER, M. *et al.* *A randomised controlled trial of intravaginal dinoprostone, intravaginal misoprostol and transcervical balloon catheter for labour induction*. BJOG : An international journal of obstetrics and gynaecology, 2008, volume 115, p. 1443-1450.
- PRIOR, Emily *et al.* *Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature*. The American journal of clinical nutrition, 2012, volume 95, p. 1113-1135.
- REGULAMENTO nº127/2011. D.R. II série. nº 35 (18-02-2011), p. 8662-8666.
- SOCIEDADE PORUGUESA DE PEDIATRIA. *Consenso: Relatório de consenso sobre a diabetes e gravidez*. Lisboa, 2011.
- RELVAS, Ana. *O Ciclo Vital da Família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, 2006.
- REVEIZ, Ludovic; GAITÁN, Hernando; CUERVO, Luis. *Enemas during labour (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, Issue 7, Art: CD000330.
- RIORDAN, Jan; WAMBAREN, Karen. *Breastfeeding and human Lactation*. 4ª edição. Sudbury: Jones and bartlett publishers (inc), 2009.
- ROCHA, Natividade; SELORES, Manuela. *Dermatite das fraldas*. Nascer e crescer, Porto, 2004, volume 13, p. 206–214.
- ROIG, Antoni *et al.* *Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2010, volume 18, p. 79–86.
- ROMERO-GUTIÉRREZ, G. *et al.* *Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados*. Ginecología y Obstetricia de México, 2010, volume 78, p. 53–57.

- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Nutrition in Labour*. London: RCM, 2012.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). *Antenatal Corticosteroids to Reduce Neonatal Morbidity and Mortality: Green-top Guideline Nº 7*. London: RCOG, 2010.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). *Tocolysis for Women in Preterm Labour: Green-top Guideline Nº 1B*. London: RCOG, 2011.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). *The Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease: Green-top Guideline Nº 36*. London: RCOG, 2012.
- SANTOS, Ana; CARDOSO, Ana. *A qualidade de vida e o suporte social da grávida*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2010, Nº 11, p. 26–31.
- SCHARDOSIM, Juliana; HELDT, Elizeth. *Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2011, volume 32, p. 159–166.
- SCHÖN, Donald. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. 3ª Edição. Londres: Arena, 1995.
- SCOTT, Jane *et al.* *Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study*. Pediatrics, 2006, volume 117, p. 646–655.
- SHRIVASTAVA, Vineet *et al.* *A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2009, volume 200, p. 379.e1–379.e6.
- SILVA, Catarina; CARNEIRO, Marinha. *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. Revista de Enfermagem Referência, 2014, IV Série, nº 3, p. 17–26.
- SIMPSON, K.; JAMES, D. *Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial*. Nursing Research, 2005, volume 54, p. 149-157.
- SINGATA, Mandisa; TRANMER, Joan; GYTE, Gillian. *Restricting oral fluid and food intake during labour (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, Issue 8, Art: CD003930.
- SMITH, Nathalie *et al.* *What is Breastfeeding Education?* Nursing practice and skill, Cinahl Information Systems, 2009.
- SMITH, Jennifer; MERRILL, David. *Oxytocin for induction of labor*. Clinical obstetrics and gynecology, 2006, volume 49, p. 594–608.

- SNG, B. et al. *Early versus late initiation of epidural analgesia for labour (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014, Issue 10, Art: CD007238.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). *Recomendação: O Parto prematuro*. Lisboa: SPP, 2008.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). *Recomendação: Prescrição Pré-natal de Corticoides para reduzir a Morbilidade e Mortalidade Neonatais*. Lisboa: SPP, 2012.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). *A Síndrome de Morte Súbita do latente*. Lisboa: SPP, 2009.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). *Consenso clínico: Cuidados cutâneos no Recém-Nascido*. Lisboa: SPP, 2013.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). *Consenso Clínico: Hipoglicemia neonatal*. Lisboa: SPP, 2013
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). *Icterícia Neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. Lisboa: SPP; 2013
- SOLTANI, Hora; POULOSE, Thomas; HUTCHON, David. *Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, Issue 9, Art: CD004665.
- SOSA, C. et al. *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1, Art: CD003581.
- SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel. *Revisão integrativa : o que é e como fazer*. Einstein, 2010, volume 8. p. 102–106.
- TOMA, Tereza; REA, Marina. *Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências*. Cadernos de Saúde Pública, 2008, volume 24, p. 235–246.
- WASSEN, M. et al. *Early versus late epidural analgesia and risk of instrumental delivery in nulliparous women: A systematic review*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2011, volume 118, p. 655-661.
- WEST, Diana; MARASCO, Lisa. *The Breastfeeding Mother's Guide to Making More Milk*. New York: McGraw Hill, 2009.
- WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. *The integrative review: Updated methodology*. Journal of Advanced Nursing, 2005, volume 52, p. 546–553.
- ZUPAN, Jelka; GARNER, Paul; OMARI, Aika. *Topical umbilical cord care at birth (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 3. Art. Nº: CD001057.

ANEXOS

TABELA 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

Título	<i>Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month age</i>
Autores	Gerd, Almqvist-Tangen; Bergman, Stefan; Dahlgren, Jovanna; Roswall, Josefine; Alm, Bernt
País / Ano	Suécia /2012
Objetivos	Determinar os fatores associados à descontinuação da amamentação durante as primeiras 4 semanas após o parto
Metodologia	Estudo de coorte Participaram 2666 díades pais-filho. Os dados foram recolhidos através de um questionário, durante a 1ª visita da criança ao centro de saúde. Foram também recolhidos dados antropométricos do RN (altura, peso, perímetro cefálico e abdominal)
Resultados	27% das mães reportaram ter tido problemas durante a amamentação, entre eles: mamilos dolorosos, má pega do RN, percepção de leite insuficiente, ingurgitamento mamário e dificuldades em iniciar a amamentação. Verificou-se uma correlação negativa entre a amamentação e o uso de chupeta, o tabagismo materno e os problemas de correntes da amamentação. Os problemas da amamentação relacionaram-se com má técnica de sucção do RN, apoio insuficiente dos profissionais de saúde após o parto e percepção de ganho ponderal insuficiente no RN.
Conclusões	Muitas mães referiram que os problemas da amamentação se associaram ao seu abandono precoce. No período pós-natal, as variáveis com maior efeito preditor quanto à duração do AM são consideradas as relacionadas com a lactação e nutrição: percepção de leite insuficiente, problemas nos mamilos e má técnica de sucção do RN. Os prematuros são os que estão em maior risco de serem alimentados com fórmulas artificiais. A principal conclusão, prende-se com o impacto dos problemas da amamentação, que foram responsáveis pelo abandono do AM antes do 1º mês de vida em cerca de um terço das mulheres.
Nível de evidência	III
Título	<i>Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação</i>
Autores	Carrascoza, Karina; Possobon, Rosana; Ambrosano, Gláucia; Júnior, Áderson; Moraes, António
País / Ano	Brasil / 2010
Objetivos	Identificar as variáveis potencialmente relacionadas ao abandono da amamentação exclusiva entre crianças participantes de um programa interdisciplinar de incentivo ao AM.
Metodologia	Estudo de coorte O programa interdisciplinar era realizado através de reuniões e teve início no período pré-natal. As díades eram acompanhadas em nove encontros em grupo e em atendimento individual, ao longo dos primeiros seis meses de vida da criança. Participaram 111 díades mãe-bebê, durante os primeiros 6 meses de vida da criança. Os dados foram recolhidos durante a gravidez e após o nascimento, durante os encontros do programa interdisciplinar de incentivo ao AM. As díades participantes foram divididas em dois grupos, segundo o tipo de alimentação recebida pela criança aos seis meses de vida: um composto por 57 crianças em AME e outro por 54 crianças em aleitamento materno complementado.
Resultados	O uso de chupeta, um alto nível socioeconômico e o regresso ao trabalho foram variáveis fortemente relacionadas à interrupção do AM exclusivo.
Conclusões	Novos estudos precisam de ser realizados com o objetivo de investigar se a chupeta atua como um desencadeador do processo de interrupção do AME ou se é um

	sinalizador da presença de dificuldades na prática do aleitamento, a fim de se identificar o verdadeiro papel da chupeta no processo de interrupção do aleitamento. A identificação, logo após o parto, das mães que apresentam alto nível socioeconômico e intenção de exercer atividade profissional fora do lar, são úteis aos profissionais que atuam na promoção do AM. A identificação deste grupo, considerado de risco para a interrupção do aleitamento exclusivo, permite o planejamento de estratégias específicas que visem manter a exclusividade da amamentação até ao 6 mês de vida da criança.
Nível de evidência	III
Título	<i>Determinantes do abandono do AM exclusivo: fatores psicossociais</i>
Autores (ano)	Machado, Mariana; Assis, Karine; Oliveira, Fabiana; Ribeiro, Andreia; Araújo, Raquel; Cury, Alexandre; Priore, Silvia; Franceschini, Sylvia
País / Ano	Brasil / 2014
Objetivos	Avaliar os determinantes ao abandono do AME
Metodologia	Estudo de coorte Participaram 168 puérperas. Os dados foram recolhidos através de 3 entrevistas aos 30, 60 e 120 dias após o parto. O abandono do AM exclusivo foi analisado no 2º e 4º meses após o parto.
Resultados	A incidência do abandono do AME aos 30, 60 e 120 dias após o parto foi 53,6%, 47,6% e 69,6%, respetivamente. As únicas variáveis que permaneceram no modelo múltiplo para abandono do AME aos 2 meses pós-parto foram sintomas de depressão pós-parto e parto traumático, ressaltando a vulnerabilidade que a vulnerabilidade emocional é um importante fator de risco neste período. Já ao 4º mês pós-parto, mostraram significância as variáveis: menor escolaridade materna, não possuir imóvel próprio, ter voltado a trabalhar, não ter recebido orientações sobre o AM no puerpério, reação negativa com a notícia da gravidez e não receber ajuda do companheiro com a criança.
Conclusões	Fatores psicossociais e sociodemográficos mostraram-se fortes preditores do abandono precoce do AM exclusivo. Dessa forma, é necessário identificar e tratar precocemente as nutrizes com sintomatologia depressiva, reduzindo a morbidade a ela associada e promovendo maior duração do AM exclusivo. Os profissionais de saúde, bem como o apoio recebido no lar e no trabalho, podem beneficiar esse processo. O maior acesso das mães com menor escolaridade à informação sobre as vantagens do AME é um fator decisivo para a escolha da nutriz de amamentar exclusivamente.
Nível de evidência	III
Título	<i>Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia</i>
Autores	Demétrio, Franklin; Pinto, Elizabete; Assis, Ana
País / Ano	Brasil / 2012
Objetivos	Estimar a duração média do AM nos 2 primeiros anos de vida da criança e identificar os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno em uma coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia
Metodologia	Estudo de coorte Participaram 531 díades mães- bebê cujos nascimentos ocorreram entre março de 2005 a outubro de 2006 nas maternidades públicas dos municípios de Laje e Mutuípe. A recolha dos dados ocorreu no 1º mês de vida de criança durante a visita domiciliária e ao 2º, 3º, 4º, 5º e 6º mês de vida. A partir dos 6 meses a até aos 24 meses os dados foram recolhidos semestralmente. O instrumento utilizado foi o questionário.
Resultados	A duração média do AM exclusivo foi de 74,73 dias. A ausência da realização de preparação para o parto foi um fator que explicou tanto a interrupção precoce da

	amamentação exclusiva, como a adoção do aleitamento misto complementado.
Conclusões	A duração do AM pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo as condições sociodemográficas, ambientais, biológicas, obstétricas e culturais maternas, além daqueles relacionados com a assistência prestada pelos serviços de saúde. As evidências destacam a importância da preparação para o parto como a porta de entrada para o cuidado primário no campo da saúde e nutrição materno-infantil e decisão da mulher de amamentar. O incentivo ao AM no período pré-natal é uma ação de baixa complexidade, mas uma importante aliada na promoção da saúde e nutrição materno-Infantil. Os autores remetem ainda para a necessidade de reflexão sobre a revisão das políticas públicas de promoção do AM nos 2 primeiros anos de vida da criança. Para tal, deve ser contemplada a relevância dos fatores ambientais, sociodemográficos, antropométricos e biológico-obstétricos.
Nível de evidência	III
Título	<i>Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida</i>
Autores	Roig, Antoni; Martinez, Miguel; Garcia, Julio; Hoyos, Santiago; Navidad, Ginesa; Álvarez, Juan; Pujalte, Maria; Gonzalez, Ricardo
País / Ano	Espanha / 2010
Objetivos	Determinar o efeito independente dos fatores relacionados à duração do AM e do AM exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, numa população espanhola.
Metodologia	Estudo longitudinal Participaram 248 díades mães-bebês da cidade de Elda. Os dados foram recolhidos através de entrevista pessoal durante o 1º mês pós-parto e, pelo telefone, aos 4 e 6 meses pós-parto para as mães que continuavam o AM no último contacto.
Resultados	Existe um efeito independente sobre o abandono precoce do AME ou do AM com o nível de estudos materno, a experiência anterior em amamentar, a assistência a grupos de educação e o uso de chupetas ou suplementos ocasionais, durante o período pós-parto. As variáveis relacionadas à experiência materna anterior foram as de maior efeito, independente da duração do AM ou AME. Os resultados apoiam a hipótese de que existe relação positiva entre a duração de um AM anterior e o atual, já que as mães que não amamentaram um filho, anteriormente, abandonam o AM mais rapidamente do que aquelas que o fizeram durante quatro meses ou menos. O maior nível educacional e a assistência a aulas de preparação para o parto também se associaram positivamente ao estabelecimento e duração do AM.
Conclusões	Destaca-se que o êxito do AM está muito vinculado à existência de experiência anterior positiva. Assim de forma a priorizar os recursos de apoio profissional, deveria ter-se em conta os grupos de mães sem experiência anterior de AM, ou com uma experiência anterior negativa. A provisão de informação adequada pode ser um fator protetor do AM e deveria ser acessível especialmente para as mães com menor nível de estudos ou com um acesso mais difícil à informação necessária. As intervenções de apoio ao AM, durante o pós-parto, deveriam incluir o controlo de rotinas hospitalares tais como o uso de chupetas e a administração de suplementos não indicados que podem influir no abandono precoce do AME.
Nível de evidência	IV
Título	<i>Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono</i>
Autores	Henriques, Sofia; Martins, Rosa
País / Ano	Portugal /2011
Objetivos	Perceber quais os principais fatores que levam ao abandono do AME em crianças com menos de 4 meses
Metodologia	Estudo exploratório

	Participaram 23 mães que abandonaram o AME antes dos 4 meses de vida do seu filho. Para a colheita de dados foi escolhida a entrevista semiestruturada.
Resultados	Cerca de 56,6% das mães abandonaram o AME no 1º mês de vida do bebê; os meses seguintes mais apontados pelas mães para este abandono, situam-se entre os 2 e os 4 meses e, por último, a partir do 4º mês. Verificou-se que os dois principais <i>motivos</i> que levaram as mães a abandonar o AM foram o <i>choro intenso do bebê</i> (91,3%), seguido da percepção de <i>leite materno insuficiente</i> (78,2%). 43,5% das mães referiram <i>ansiedade</i> e 47,2% referiram o <i>cansaço</i> , como razões para o insucesso da amamentação. Um outro fator condicionante foi a experiência anterior com outros filhos, 8,7% das mães apontaram a má experiência com filhos anteriores como um fator decisivo no insucesso do AM. Outra razão apontada para o abandono precoce foi a <i>má evolução ponderal</i> , referida por 52,2% das mães. Entre estas mães, 2 (8,7%) referiram que, embora o bebê não perdesse peso, o aumento não era do seu agrado. Desta forma, pelos seus meios, introduziram o leite artificial na alimentação do bebê, sem consultar um profissional de saúde. Verificaram ainda que as mães que atribuíam poucas vantagens à amamentação foram aquelas que o fizeram num período inferior a um mês.
Conclusões	As razões mais apontadas pelas mães para a não amamentação, foram o choro intenso do bebê e a insuficiência do leite materno. A técnica correta, a prevenção e a resolução de eventuais complicações do aleitamento materno deve constituir uma prioridade nos profissionais de saúde para o sucesso do AM. As vivências da amamentação também são fatores que se mostram influentes neste sucesso, os sentimentos positivos foram os mais enfatizados. Uma amamentação mal estabelecida, acompanhada de complicações ou sem apoio dos familiares e do marido, pode estar na base do seu abandono precoce, bem como no desenvolvimento de sentimentos ambíguos na mulher.
Nível de evidência	IV
Título	<i>Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding</i>
Autores	Odom, Erika; Li, Ruowei; Scanlon, Kelley; Perrine, Cria; Grummer-Strawn, Laurence
País / Ano	Estados unidos da América / 2013
Objetivos	Descrever a prevalência e os fatores associados à não concretização da amamentação durante o tempo desejado
Metodologia	Estudo longitudinal Participaram 1177 mães. A recolha de dados foi realizada através de inquéritos mensais durante a gravidez e até ao 1º ano de idade do bebê. Quando cessaram a amamentação, as mães foram questionadas se amamentaram durante o tempo desejado e quais as razões associadas a essa cessação.
Resultados	Cerca de 60% das mães que pararam de amamentar, fê-lo mais cedo do que desejava. As principais razões citadas pelas mães para a cessação do AM mais cedo do que o desejado relacionaram-se com preocupações acerca da saúde materna e infantil e com processos associados ao AM: lactação, nutrição e peso da criança, doença ou necessidade de tomar medicação e extração do leite. A realização de má pega também desencadeou uma cascata de efeitos negativos (dor mamar, ineficácia na transferência do leite e produção insuficiente de leite) que contribuiu para a o abandono do AM, independentemente da criança.
Conclusões	Um grande número de mães não amamentou os seus filhos durante o tempo desejado. Os resultados mostram que o apoio contínuo dado pelos profissionais de saúde pode ser uma intervenção decisiva na manutenção do AM pelo tempo desejado, principalmente quando as razões que levam as mães a cessar o AM se prendem com preocupações acerca do estado de saúde materno ou infantil e com os processos associados à lactação.
Nível de evidência	IV
Título	<i>Prevalence and duration of breastfeeding during the first six months of life: factors affecting an early cessation.</i>
Autores	Garbarino, F.; Morniroli, D.; Ghirardi, B.; Garavaglia, E; Bracco, B; Gianni, M.; Roggero, P.; Mosca, F.

País / Ano	Itália / 2013
Objetivos	Avaliar a duração média, prevalência e as razões que conduzem à cessação precoce da amamentação nos primeiros seis meses de vida
Metodologia	Estudo observacional Participaram 100 mulheres caucasianas (não fumadoras) que tinham como objetivo amamentar pelo menos até às 12 semanas após o parto. Foi recolhida informação sobre dados antropométricos, sociodemográficos, tipo de parto e razões para cessar a amamentação. A recolha de dados foi feita em três momentos: ao 7º dia, no 1º, 2º, 3º e 6º mês pós-parto.
Resultados	O AME diminuiu gradualmente desde o 7º dia até ao 6º mês após o parto. A maioria das mães deixou de amamentar durante as primeiras 6 semanas após o parto ou depois das 14 semanas pós-parto. Aos 6 meses de vida apenas 55% das mães praticavam o AME. Fatores maternos, como dor nos mamilos ou atraso no início da lactação foram as causas mais frequentes que levaram ao abandono precoce do AM. Nos meses seguintes os principais motivos apontados pelas mães para o abandono do AM foram dois: 32% das mães referiu que a quantidade de leite produzido era insuficiente para satisfazer as exigências do bebé e 25% apontou as dificuldades na realização de boa pega. Verificou-se que a frequência de um curso pré-natal ou experiência anterior de AM de sucesso associam-se positivamente a uma duração mais longa do AM.
Conclusões	A frequência de um curso de preparação para o parto, oferece às mães uma maior preparação para o parto e as possíveis dificuldades posteriores. O sucesso de uma amamentação anterior permite que a mãe tenha mais confiança na sua capacidade de amamentar, bem como ferramentas mais adequadas para lidar com o bebé e as possíveis dificuldades do AM. A promoção do AM durante os cursos de preparação para a parentalidade e um melhor suporte da lactação durante os primeiros meses de vida do bebé são intervenções que devem ser implementadas para se melhorar as taxas de amamentação.
Nível de evidência	IV
Título	<i>The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England</i>
Autores	Oahley, Laura; Henderson, Jane; Redshaw, Maggie; Quigley, Maria
País / Ano	Inglaterra / 2014
Objetivos	Investigar os fatores associados ao abandono do AM aos 10 dias e 6 semanas pós-parto e a contribuição do apoio ao AM sobre a cessação global da amamentação nesses dois momentos.
Metodologia	Estudo longitudinal Foram usados os dados de um inquérito nacional conduzido em 2010, criado para reportar as experiências das mulheres acerca dos cuidados prestados na maternidade, saúde e bem-estar até aos 3 meses pós-parto. A recolha de dados foi realizada através de um questionário cerca de 3 meses após o parto. Foram incluídos os dados de 4818 mulheres das 5333 que responderam ao questionário (foram excluídas as mulheres que tiveram gestações múltiplas e/ou parto pré-termo).
Resultados	Das 3840 mulheres que iniciaram o AM, 13% cessou-o aos 10 dias pós-parto. Verificou-se que o abandono do AM aos 10 dias se associou significativamente a fatores sociodemográficos (idade jovem, etnia caucasiana, residência em áreas carenciadas e menor escolaridade), fatores relacionados com o período pré-natal e parto (intenção de amamentar no período pré-natal, insuficiente discussão acerca da alimentação do bebé, maior duração do TP, maior duração do internamento

	pós-natal) e fatores relacionados com o suporte ao AM (falta de suporte dos profissionais de saúde, falta de informação). Das 3354 mulheres que mantiveram o AM aos 10 dias, 17% cessou-o às 6 semanas pós-parto. Este abandono associou-se com os mesmos fatores sociodemográficos observados aos 10 dias. A intenção de alimentar o RN com formulas artificiais, presente ainda no período pré-natal, foi fortemente associada ao abandono do AM às 6 semanas. Também o foram parto por cesariana (principalmente eletiva), a maior duração do TP e a saúde materna nos primeiros dias pós-parto. Relativamente ao apoio do AM, a qualidade dos cuidados em relação à alimentação do bebé (consistência do aconselhamento, ajuda prática, apoio ativo e incentivo) foram associados a uma menor probabilidade de interrupção do aleitamento materno entre os 10 dias e as seis semanas.
Conclusões	Os fatores que mais influenciaram a duração da amamentação relacionaram-se com fatores sociodemográficos, a intenção do tipo de alimentação e o apoio ao AM. Os fatores que motivaram o abandono do AM aos 10 dias são semelhantes aos que contribuíram para a sua cessação às 6 semanas. As mulheres que receberam apoio de um grupo, dos pais, de colegas, voluntários, organizações, ou de clínicas de amamentação tiveram menos probabilidade de abandonar o AM aos 10 dias, porém não houve associação significativa entre esses fatores e cessação às 6 semanas. Uma série de fatores relacionados com o nascimento associaram-se com a cessação do AM aos 10 dias e 6 semanas. Das associações observadas, os investigadores destacam uma tendência particularmente interessante: o parto por cesariana, principalmente eletiva, foi fortemente associado ao abandono do AM às 6 semanas. A informação acerca dos motivos para realização de cesariana não foi recolhida, pelo que referem ser difícil sugerir uma possível explicação para esta tendência. Os resultados sugerem que o apoio ao AM pode contribuir para menor taxas do seu abandono nas primeiras semanas pós-parto. Há, por isso, uma clara necessidade de se realizarem mais pesquisas com o objetivo de identificar as intervenções mais adequadas e que mais contribuem para aumentar a duração do AM.
Nível de evidência	IV
Título	<i>Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an "at risk population" for special support.</i>
Autores	Lindau, Juliana; Mastroeni, Simona; Gaddini, Andrea; Di Lallo, Domenico; Nastro, Paolo; Patanè, Martina; Girardi, Paolo; Fortes, Cristina
País / Ano	Itália / 2015
Objetivos	Investigar quais os fatores de risco relacionados com a amamentação exclusiva
Metodologia	Estudo longitudinal Participaram 542 mulheres cujo parto ocorreu em Roma. Os dados acerca das características psicológicas, sociais e demográficas foram recolhidos através de questionários padronizados no momento do parto. Os dados sobre a prática da amamentação e uso de chupeta foram recolhidos no momento do parto e 24 semanas após o parto.
Resultados	As mulheres que realizaram cesariana eletiva e com 2 ou mais problemas psicológicos (histórico de depressão, insónia e/ou perceção do nascimento do filho como evento traumático) apresentaram maior risco de cessar a amamentação até aos 4 meses pós-parto. O uso de chupeta nas 2 primeiras semanas pós-parto (e não após esse período) foi associado ao abandono do AM nos primeiros 4 meses de vida da criança. A frequência de aulas de preparação para a parentalidade teve um efeito protetor no AM.
Conclusões	Este estudo sugere que o tipo de parto, a preparação para o parto, as condições psíquicas das mulheres e o uso de chupeta nas primeiras 2 semanas de vida do bebé são fatores independentes com influência na duração do AME nos 4 meses após o parto.
Nível de evidência	IV

