

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A GESTÃO DA ANSIEDADE MATERNA
ATRAVÉS DA TÉCNICA DE IMAGINAÇÃO GUIADA

Relatório de estágio orientado pela Prof. (a) Doutora Marinha Carneiro

Ana Rute de Paiva Lima Furtado

Porto | 2015

AGRADECIMENTOS

Findo um percurso da minha vida, que marcou sem dúvida o meu crescimento profissional mas, acima de tudo, pessoal, não poderia deixar de agradecer a todos o que tornaram esta longa caminhada possível e, apesar de exigente, algo que relembro com um enorme carinho.

Assim, gostaria de agradecer à Professora Doutora Marinha Carneiro pelo acompanhamento, incentivo, dedicação, exigência e disponibilidade para me escutar e orientar ao longo deste percurso.

À Mestre Vitória Parreira, pelo incentivo e partilha de saber ao longo da minha aprendizagem.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHPV-VC, por todas as oportunidades de aprendizagem e crescimento propiciadas, pelo enorme profissionalismo, dedicação e exemplo. Ao longo deste ano, foram um símbolo de excelência e demonstraram o quão longe podemos chegar quando acreditamos nas nossas capacidades e saber. Um sincero obrigado!

À minha família, que me fez avançar e que tornou possível todo este trabalho. Aos meus avós, simplesmente por acreditarem e ampararem.

A ti. Por todas as horas, pela força para continuar, pelo companheirismo, ajuda e apoio constante que tornaram este caminho mais fácil e feliz. Sem ti, não sei se teria sido possível. Obrigada.

A todos os pais e famílias que deram sentido a este desejo de aprender. Foram as experiências vividas com eles, a partilha de momentos tão íntimos e marcantes nas suas vidas, nem sempre fáceis, que tornaram verdadeiramente possível a minha aprendizagem.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABAM- Associació Balear d'Alletament Matern
AM- Aleitamento Materno
APEO- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
APPT- Ameaça de Parto Pré-termo
APSI- Associação para a Promoção da Segurança Infantil
BSG- Boletim de Saúde da Grávida
CHPV-VC- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim- Vila do Conde
CTG- Cardiotocográfico
DGS- Direção Geral de Saúde
DUM- Data da Última Menstruação
EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
EUA- Estados Unidos da América
FC- Frequência Cardíaca
FCF- Frequência Cardíaca Fetal
FIGO- International Federation of Gynecology and Obstetrics
FR- Frequência Respiratória
HTA- Hipertensão Arterial
ICN- International Council of Nursing
IG- Idade Gestacional
IM- Intramuscular
IMC- Índice de Massa Corporal
IST'S- Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITU- Infecção do Trato Urinário
LA- Líquido Amniótico

MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
MHF- Mental Health Foundation
MI- Membros Inferiores
MS- Membros Superiores
NE- Nível de Evidência
NHS- National Health Service
NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence
NKUDIC- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PHAC- Public Health Agency of Canada
RAM- Região Autónoma da Madeira
RCOG- *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*
RCP- Royal College of Psychiatrists
SAF- Síndrome Alcoólica Fetal
SMA- Sports Medicine Australia
SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente
TVP - Trombose Venosa Profunda
RANU- Rastreio Auditivo Neonatal Universal
RCIU- Restrição de Crescimento Intrauterino
RN- Recém-Nascido
SPP- Sociedade Portuguesa de Pediatria
TIG- Técnica de Imaginação Guiada
TA- Tensão Arterial
TP- Trabalho de Parto
USF- Unidade de Saúde Familiar
VIH- Vírus da Imunodeficiência Humano

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional representa o processo de desenvolvimento de competências do EESMO ao longo das áreas de intervenção: gravidez, trabalho de parto e pós-parto, indo ao encontro das diretrizes do Regulamento de Competências de Cuidados Especializados apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Considerando a relevância de uma prática baseada na evidência, para o desenvolvimento do processo de cuidados planeados e implementados aos casais e famílias, procedeu-se a uma fundamentação teórica das intervenções nas diferentes áreas de cuidados, sempre com o objetivo de promover uma transição para a parentalidade saudável. Sendo o âmbito da atuação do EESMO muito extenso, foi dado destaque às áreas que mais foram trabalhadas ao longo da prestação de cuidados e àquelas que suscitaram maior reflexão. Uma delas foi o controlo dos níveis de ansiedade durante a gravidez através da técnica de imaginação guiada (TIG).

A promoção da saúde mental durante a gravidez tem sido incentivada pela OMS e apoiada pela DGS portuguesa, devido ao impacto que esta tem na saúde, bem-estar e qualidade de vida da mulher grávida e de toda a sua família. Níveis elevados de ansiedade têm sido cada vez mais associados a desfechos materno-fetais desfavoráveis (APPT; sofrimento fetal e RN com baixo peso ao nascimento), a alterações no desenvolvimento fetal e ainda a distúrbios emocionais a longo prazo na criança.

Sendo o EESMO um profissional de saúde que acompanha o casal ao longo de todo o processo de gravidez, trabalho de parto e pós-parto, este torna-se num profissional de excelência no que toca à promoção de hábitos de vida

saudáveis. A sua intervenção na promoção da saúde mental e prevenção ou redução da ansiedade na gravidez deve ser baseada na evidência científica mais atual e ir ao encontro das necessidades específicas de cada casal. Uma das intervenções que pode ser implementada é a TIG, uma técnica não farmacológica simples de executar, com baixos custos associados. No entanto, os seus benefícios não se encontram ainda totalmente esclarecidos, pelo que se tornou pertinente perceber de que forma poderia a utilização da TIG melhorar os cuidados prestados pelo EESMO no âmbito da prevenção e diminuição dos níveis de ansiedade durante a gravidez. Para tal, foi realizada um estudo sobre esta temática, cujos resultados se encontram descritos no presente relatório.

Apesar de ainda não existirem evidências concretas que demonstrem os benefícios da implementação da TIG face a outros métodos, os estudos analisados demonstram a importância da implementação de técnicas não farmacológicas para a promoção da saúde mental e a qualidade de vida durante a gravidez. Os estudos analisados parecem apontar para que existam alguns benefícios relativamente ao relaxamento através da utilização da TIG, sendo no entanto necessária mais investigação para clarificar estes resultados.

Palavras-chave: ansiedade; gravidez; saúde mental; qualidade de vida; EESMO

ABSTRACT

Title: The midwifery care on the control of the maternal anxiety levels through imagery.

This report reflects the process of developing skills throughout the areas of attention on midwifery such as pregnancy, labour and postpartum, meeting the guidelines of specialized care presented by the Portuguese Council of Nursing.

Considering the importance of promoting evidence-based care, the interventions planned and implemented in couples and their families were always theoretically supported in different areas of care, intending to promote the healthy transition to parenthood. Since midwives are responsible for a very wide and diverse range of care, areas in which lack of attention was identified and who required more reflection, were emphasised. One of them was the control of levels of anxiety during pregnancy through guided imagery technique.

Promoting mental health during pregnancy has been encouraged by WHO and supported by the Portuguese health system. This is due to the impact it has on health, well-being and quality of life of the pregnant woman and her family. High anxiety levels have been associated with adverse maternal and fetal outcomes (PT labour, fetal distress and low birth weight at birth), changes in fetal development, and long-term emotional disorders in children.

Since midwives are the health professional accompanying the couple throughout the process of pregnancy, labour and postpartum, they become the main character when it comes to promoting healthy lifestyle habits.

Their interventions to promote mental health and prevent or reduce anxiety during pregnancy should be based on the most current scientific evidence and meet the specific needs of each couple. One of the interventions that can be implemented is the imagery, a non-pharmacological technique simple to implement, with low associated costs. However, its benefits are not yet fully understood, so it became relevant to understand how the use of imagery could improve the care provided by the midwives in the prevention and reduction levels of anxiety during pregnancy. An integrative literature review was performed and the results are described in this report.

The results of this integrative literature review are not yet clear and the existing studies didn't demonstrate the benefits of implementing imagery compared to other method and a description of which is the most effective procedure was not found. The analysed studies revealed, however, the importance of implementation of non-pharmacological techniques for the promotion of mental health and quality of life during pregnancy. The analysed studies seem to indicate that there are some relaxation benefits through the use of imagery, but more research is required to reach a conclusion.

Keywords: anxiety; stress; pregnancy; midwifery care; imagery.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	19
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - UMA NECESSIDADE PARA A PRÁTICA	21
2.1. Aquisição de Competências Específicas do EESMO para a Prestação de Cuidados no Âmbito do Processo de Parentalidade	22
3. ACOMPANHAMENTO DO CASAL GRÁVIDO - INTERVENÇÃO NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	25
3.1. Gerir a Ansiedade do Casal Durante a Gravidez	51
4. A CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	61
5. TORNAR-SE PAIS - O EESMO COMO PROMOTOR DE UMA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE SAUDÁVEL	97
5.1. Conhecendo o RN	117
5.2. Preparação do Regresso a Casa	119
6. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE...	125
CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	147
ANEXO I- TABELA DE ANÁLISE DE ARTIGOS	149

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: N° de Grávidas cuidadas ao longo do estágio.....	126
FIGURA 2: N° de Experiências de TP e parto.....	126
FIGURA 3: N° de Experiências com puérperas e RN.....	126

INTRODUÇÃO

O processo formativo de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia implica a aquisição de conhecimentos e competências específicas. A realização do presente relatório de estágio decorre, assim, do regulamento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que apresenta como opção a frequência de um estágio de cariz profissionalizante no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto e a elaboração de um relatório de estágio. Este, deve refletir não apenas sobre o processo de desenvolvimento de competências do EESMO, baseado nos pressupostos publicados no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados publicados pela OE, mas também refletir sobre uma prática baseada na evidência científica mais conhecida, reconhecendo a importância do saber na nossa prestação de cuidados e no nível de qualidade dos serviços de saúde prestados.

O relatório elaborado reflete o estágio profissionalizante, realizado no 2º ano do MESMO, decorrido no CHPV-VC no ano 2014/2015, bem como as aprendizagens que decorreram em diferentes contextos. Sendo impossível traduzir todas as experiências e crescimento, pessoal e profissional, adquiridos ao longo deste ano de formação, no qual surgiu a oportunidade de observar e implementar intervenções específicas na área da saúde materna e obstetrícia, é dada uma especial atenção a uma problemática que se reveste de um interesse peculiar: a ansiedade ao longo da gravidez, uma área na qual o EESMO pode fazer a diferença, promovendo a saúde e a satisfação dos seus clientes. O estudo desta área tem como finalidade apresentar um contributo para uma tomada de decisão em enfermagem adequada às necessidades, não apenas da

mulher, mas do casal, de modo a promover a sua saúde e a adaptação da mesma à gravidez e transição para a parentalidade.

Apesar de a vivência da gravidez e da maternidade ser considerada um processo saudável, é também reconhecida uma série de transformações, físicas, psíquicas, fisiológicas, sociais e emocionais que podem desencadear grande ambivalência e mesmo alterações no bem-estar materno e/ou do casal (Guerra et al., 2014). Assim, o EESMO deve avaliar e acompanhar o casal, de modo a diagnosticar o mais precocemente o risco de situações anómalas e de emoções negativas como a ansiedade. Estima-se que mais de metade das mulheres evidencie sinais de ansiedade ao longo da gravidez, sendo no entanto reconhecido que esta muitas vezes não é diagnosticada (Marc et al., 2011). Sendo a ansiedade um fator que compromete a saúde materno-fetal, existindo evidências que apontam para posteriores distúrbios no recém-nascido, a atenção dos EESMO nesta área dota-se de grande importância, especialmente quando existem intervenções autónomas que estes profissionais podem implementar de modo a prevenir ou reduzir os níveis de ansiedade materna. Um desses métodos é a Técnica de Imaginação Guiada (TIG), que tem vindo a destacar-se pelas suas características e fácil aplicação.

Os objetivos decorrentes da realização do presente relatório visam, assim: demonstrar competências no domínio da investigação científica, promovendo uma prática baseada na evidência; evidenciar o processo de aquisição de competências relativamente aos cuidados prestados ao casal e família, problematizando práticas de cuidados; apresentar e promover práticas que respeitem a individualidade de cada família, considerando as suas crenças e diferenças culturais, de modo a promover a sua satisfação face à experiência da gravidez, parto e transição para a parentalidade; evidenciar competências no âmbito do planeamento de cuidados ao casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO; apresentar o desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da implementação de práticas que promovam a autonomia e participação do casal na vivência da gravidez e experiência do papel parental; refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, com base na evidência científica atual.

De modo a promover a compreensão do relatório elaborado, este foi dividido em seis capítulos distintos. O primeiro e segundo capítulo refletem sobre o projeto individual de estágio e sobre o processo de aquisição de competências em enfermagem, respetivamente. O terceiro, que se debruça sobre o acompanhamento dos casais que vivenciam uma gravidez com complicações, encontra-se dividido em duas partes: na primeira, é referido o processo de cuidados inerente ao acompanhamento dos casais, e na segunda, é dada atenção à ansiedade durante a gravidez e o seu impacto na qualidade de vida dos casais e desfecho materno-fetal. A TIG é abordada neste contexto como uma possível intervenção para prevenir ou minimizar o impacto deste problema. O quarto capítulo, por sua vez, reporta-se ao acompanhamento do casal durante o trabalho de parto (TP), parto e pós-parto imediato. No quinto capítulo, é abordado o processo de enfermagem inerente aos cuidados prestados ao casal e recém-nascido (RN) durante o período de pós-parto, contemplando a preparação da alta de modo a assegurar uma adaptação eficaz no regresso ao domicílio. Já no sexto capítulo reflete-se sobre o desenvolvimento de competências ao longo do estágio profissionalizante realizado.

Reconhecendo a importância do conhecimento científico na implementação de 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. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

O Regulamento do 2º Ciclo de Estudos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem do Porto contempla a possibilidade de realizar um estágio profissionalizante e um relatório inerente ao mesmo, devendo este ser promotor de um processo formativo de crescimento e desenvolvimento, profissional e pessoal. No decorrer do projeto individual de estágio procurou-se, assim, fomentar uma prática baseada na evidência e não apenas o conhecimento empírico ou a execução de intervenções resultantes de prescrições de outros profissionais de saúde.

Deste modo, foram delineados objetivos que norteassem a realização do Estágio, constituído pelos módulos: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto, de modo a promover a aquisição de competências específicas que o EESMO deve estar dotado, tais como a aquisição de competências que permitissem prestar cuidados na vigilância e seguimento de grávidas em situação de risco, assim como durante o seu trabalho de parto, parto e pós parto; desenvolver competências promotoras da autonomia do casal e da tomada de decisão informada sobre a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto; desenvolver competências promotoras da mestria e satisfação do casal no exercício parental; adquirir conhecimentos e desenvolver competências inerentes aos cuidados ao recém-nascido e à mulher no pós-parto; desenvolver competências na área da investigação, fomentando uma prática baseada na evidência e a aquisição de conhecimentos científicos atuais e pertinentes para a prática de cuidados especializados na área da saúde materna e obstétrica.

Para tal, foi fundamental a integração no CHPV-VC, onde todas as enfermeiras pertencentes ao serviço de obstetrícia são detentoras do grau de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

O serviço de internamento de obstetrícia/ginecologia tem vinte e quatro camas disponíveis, sendo estas ocupadas por clientes do foro ginecológico; clientes no período do pós-parto e ainda pelas clientes com complicações associadas à gravidez que necessitem de acompanhamento hospitalar. O bloco de partos, por sua vez, tem cinco camas disponíveis, em quartos individuais, de modo a permitir não apenas a privacidade das parturientes, mas também espaço para a utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e a presença de um convivente significativo.

Sendo um serviço constituído por enfermeiras especialistas, surgiu a oportunidade de acompanhar diversas enfermeiras na sua prática, assim como discutir algumas das intervenções e projetos desenvolvidos no CHPV-VC. O processo de tomada de decisão, fruto do acompanhamento, do conhecimento e das habilidades adquiridas, encontra-se presente neste relatório de estágio.

2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - UMA NECESSIDADE PARA A PRÁTICA

O EESMO possui uma série de competências e conhecimentos específicos, encontrando-se estes presentes em Diário da República (DR, nº35 de 18 de Fevereiro de 2011) e tendo sido publicados pela OE em 2010. De modo a promover o desenvolvimento dessas mesmas competências, foi desenvolvido um estágio profissionalizante ao longo do ano 2014/2015, assim como elaborado o presente relatório de estágio.

Considerando que o conceito de competência pode ser definido como um saber agir, responsável e reconhecido, que envolve a mobilização, integração e transferência quer de conhecimentos, quer de recursos e habilidades, que incorporem valor económico à organização e valor social ao indivíduo (Cunha et al., 2006), o presente relatório traduz não apenas as práticas implementadas mas, mais do que isso, a reflexão e a procura de conhecimento que resultou na sua escolha. Assim, procura-se ir ao encontro das preconizações da OE (2010), que aponta o EESMO como um profissional capaz de, de forma autónoma, intervir em todas as situações consideradas de baixo risco inerentes aos processos fisiológicos e aos processos de vida do ciclo reprodutivo da mulher, assim como intervir, quer de forma autónoma, quer interdependente, em situações consideradas de médio e alto risco devido a patologias ou disfunções no ciclo reprodutivo da mesma. Para tal, é esperado que o EESMO preste cuidados diferenciados à mulher/casal e respetiva família, considerando o seu contexto, as suas expectativas e a sua cultura, de forma a promover uma vivência satisfatória da gravidez e uma transição saudável para a parentalidade.

Ao longo do estágio decorrido foram, assim, desenvolvidas e implementadas intervenções baseadas no conhecimento científico mais atual, procurando

adaptá-las às especificidades de cada mulher/casal com o qual foi estabelecido contacto.

De modo a tornar coerente o presente relatório, o presente capítulo foi dividido por ordem cronologia: Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto, apesar de não ter sido essa a ordem pela qual os módulos do estágio decorreram.

Seguindo uma prática baseada na evidência, que consiste numa metodologia que permite a resolução de problemas no âmbito da tomada de decisão clínica, incorporando pesquisa da melhor e mais recente evidência disponível, as intervenções implementadas encontram-se devidamente justificadas pelo conhecimento que sustentou a sua prática (ICN, 2012). Esta abordagem centrada na evidência permite o questionamento das suas práticas e a realização de alterações das mesmas, através da utilização de informação válida na qual podem sustentar as suas decisões (ICN, 2012). Por outro lado, uma prática baseada na evidência permite aos enfermeiros não apenas uma resposta às suas obrigações enquanto profissionais, mas ainda à credibilidade da sua profissão enquanto disciplina de saúde (Pereira et al., 2012). Assim, ao utilizar e fomentar uma prática baseada na evidência, os EESMO tornam-se capazes de avaliar a sua prática, assegurando a excelência e segurança dos seus cuidados.

2.1. Aquisição de Competências Específicas do EESMO para a Prestação de Cuidados no Âmbito do Processo de Parentalidade

Segundo a OE, os cuidados de enfermagem devem ter como atenção a promoção de projetos de saúde¹ de cada pessoa (OE, 2010). Considerando a mulher como o principal alvo de cuidados do EESMO, esta deverá ser vista pelos profissionais numa perspetiva holística, sendo os cuidados a ela prestados

¹ O conceito de saúde é entendido, de forma abrangente, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se reportando apenas à ausência de doenças ou enfermidade (OMS, 1946).

diferenciados e congruentes com as suas crenças e convicções, bem como promotores da sua autonomia e dignidade (OE, 2010). A intervenção dos EESMO junto da mulher não se limita, assim, ao seu acompanhamento ao longo da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, tendo estes profissionais competências específicas para acompanhar o grupo-alvo dos seus cuidados (mulheres em idade fértil), desde o período pré-concepcional, ao acompanhamento durante o climatério e em situações de saúde/doença ginecológica (OE, 2010).

Apesar de a mulher ser um cliente privilegiado dos cuidados do EESMO, a atenção dos mesmos não se dedica exclusivamente a ela. Considerando o casal como uma díade fundamental para que a gravidez e a parentalidade decorra da melhor forma, a visão do “casal grávido” torna-se cada vez mais defendida pelos profissionais de saúde. A transição para a parentalidade é, assim, vista como um processo que decorre quer na mãe, quer no pai, constituindo um processo de mudança e um marco na vida familiar e que exige novos conhecimentos e habilidades para o desempenho do novo papel (Cardoso, 2011). Cabe aos EESMO o reconhecimento deste processo e um acompanhamento atento que permita uma adaptação eficaz às alterações decorrentes na vida do casal, concedendo-lhes a mestria necessária para tomar as suas próprias decisões, informadas e conscientes, assim como uma vivência saudável da gravidez e competências parentais que assegurem cuidados adequados ao recém-nascido e satisfação face ao papel de pai e de mãe (Cardoso, 2011). Deste modo, o reconhecimento de que a gravidez e a parentalidade são eventos que podem despoletar transições, ou seja, situações que envolvem mudanças e que exigem que a/as pessoa/as encontrem mecanismos que lhes permitam adaptar-se às mesmas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010), esteve por base de todos os cuidados prestados.

Uma vez que o presente relatório irá apenas incidir sobre as competências adquiridas nas áreas desenvolvidas ao longo do estágio profissionalizante realizado no âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, as intervenções apresentadas serão aquelas que, por serem consideradas essenciais ou por terem suscitado maior reflexão, se destacaram durante este percurso académico.

3. ACOMPANHAMENTO DO CASAL GRÁVIDO - INTERVENÇÃO NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez compreende um período caracterizado por múltiplas transformações que ocorrem e integram processos dinâmicos de construção e desenvolvimento. Estas transformações despoletam um outro processo, sendo este irreversível e suscetível de modificar a identidade, o papel e as funções dos progenitores. A este processo damos o nome de parentalidade (Canavarro, 2001). A gravidez representa, assim, uma experiência única na vida de um casal, podendo contudo desencadear uma grande vulnerabilidade emocional, provocando sentimentos ambivalentes (Machado, 2010; Gomes, 2003). As expectativas do casal relativas ao seu papel enquanto pais e sobre o seu futuro filho podem levá-los a criar fantasias e a questionar o seu conceito de parentalidade (Antunes et al., 2007). Santos e Cardoso (2010), referem ainda a transformação da díade, ou seja, do casal, para uma tríade que implica a construção de uma nova família, exigindo uma adaptação gradual mas permanente que transforma a vida pessoal, profissional e conjugal do casal. A atenção dos EESMO deve, assim, direcionar-se não apenas para as transformações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez, mas a todo o processo de maternidade/parentalidade e o que este implica.

Canavarro (2001) distingue estes dois conceitos, muitas vezes associados mas que representam realidades distintas. A gravidez refere-se, assim, ao período que medeia a conceção e o parto, tendo uma duração aproximada de 40 semanas. Por sua vez, a maternidade/parentalidade engloba um processo que ocorre a longo prazo, podendo durar toda a vida (Canavarro, 2001). No entanto, ambos os processos implicam a realização de tarefas desenvolvimentais específicas, com crises próprias associadas que exigem

reorganização pessoal e a aquisição de novos conhecimentos e habilidades (Graça et al., 2011). Rubin (1984), descreve na sua obra quatro tarefas maternas interdependentes mas essenciais: o assegurar uma passagem saudável para a mãe e filho durante a gravidez e o parto; garantir a sua aceitação social e familiar, bem como a aceitação do seu filho; estabelecer uma ligação afetiva entre si e o seu filho e, por último, promover o bem-estar da criança, mesmo que para isso por vezes tenha de ceder do seu.

Sendo a gravidez e o nascimento de um novo filho, geralmente, momentos marcantes na vida do casal e respetiva família, particularmente quando se trata do primeiro, a experiência desta transição de parentalidade apela a um conjunto de respostas comportamentais, cognitivas e emocionais. Por sua vez, estas podem originar alterações da identidade parental e de toda a família, num espaço temporal que exige reajustamento e em que se redefinem relações, ao mesmo tempo que o novo filho assume o seu próprio espaço e identidade, podendo desencadear transições² (Giampino, 2007; Relvas, 2004). Assim, mais do que apenas debruçar-se sobre os processos fisiopatológicos da gravidez, o EESMO direciona a sua atenção para os seus clientes, procurando dar resposta às necessidades decorrentes aos processos de saúde que ocorrem durante esta etapa vital e promovendo a utilização ou aquisição de estratégias de *coping* que os auxiliem durante a situação de crise (Almeida, 2009; Grilo et al., 2005).

Considerando a gravidez como o maior período de atuação do EESMO, os cuidados prestados durante esta fase devem ser promotores de uma melhor e mais saudável adaptação ao estado gravídico e processo de parentalidade, uma vez que uma gravidez saudável se encontra associada a nascimentos saudáveis (NICHD, 2013). De forma a assegurar a saúde das mães e RN, a NWHIC (2010) considera essencial que quer a grávida, quer os profissionais de saúde que a acompanham, sigam alguns passos fundamentais. Entre estes, encontra-se o planeamento da gravidez, nomeadamente através do acompanhamento pré-

² Meleis et al. (2000) definem o conceito de transição como uma mudança, ou seja, uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que se prolonga ao longo de um espaço de tempo. Este conceito denota ainda uma alteração que se pode verificar a diversos níveis, como o estado de saúde, os papéis relacionais, as expectativas e as habilidades da pessoa que experiencia a transição (Meleis et al., 2000, cit. por Almeida, 2009).

concecional, de modo a assegurar que a mulher se encontra nas melhores condições para engravidar, através da determinação do risco concecional, nomeadamente do risco genético, e da introdução de orientações e medidas que permitam diminuir os riscos identificados (DGS, 2013; NWHIC, 2010; DGS, 2006). No entanto, uma grande parte das gestações ainda não é planeada, pelo que este acompanhamento acaba por não ser realizado (NWHIC, 2010).

Sendo um fenómeno fisiológico, a evolução de uma gravidez decorre, na maioria dos casos, sem intercorrências. No entanto, existem algumas circunstâncias que levam a que algumas grávidas passem a ser denominadas de grávidas de risco. Durante a permanência no CHPV-VC, foi possível acompanhar mulheres e casais grávidos no contexto do módulo Gravidez com complicações. Esse acompanhamento traduziu-se numa prestação de cuidados direcionada para clientes que se encontravam a vivenciar um processo de adaptação com maiores riscos associados, devido à presença de patologia materna ou obstétrica, ou ainda da presença de fatores de risco que exigissem uma maior vigilância da gravidez. Estima-se que ocorram cerca de 120 milhões de gravidezes por ano no mundo, sendo que meio milhão de mulheres acabam por morrer devido a complicações durante a gravidez ou parto, enquanto cinquenta milhões são afetadas com algum tipo de problema relacionado com a gravidez (Cunha et al., 2009). Assim, 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, considerando sempre o seu contexto familiar e comunitário (OE, 2010). Através do planeamento e implementação de práticas que promovessem uma experiência da gravidez positiva e gratificante, procurou-se ainda contribuir para um processo de parentalidade mais saudável (DR, nº35 de 18 de fevereiro de 2011).

As grávidas/casal acompanhadas durante a realização do estágio apresentavam, na sua maioria, indicadores de risco relevantes. Dentro dos fatores de risco individuais foram considerados ter uma idade materna igual ou superior a 35 anos ou igual ou inferior a 15 anos de idade ou uma idade paterna superior a 55 anos; ter peso superior a 90 quilogramas ou inferior a 45 quilogramas ou verificar-se uma condição social adversa ou comportamentos de

risco, tais como toxicodependência e alcoolismo (Akkerman et al.,2012; DGS, 2006). Relativamente à história obstétrica foram considerados fatores de risco: ter história de abortos ou abortos de repetição, ou ainda ter tido partos prematuros ou pós-termo; ter tido um RN pequeno ou grande para a idade gestacional (IG) e mais do que seis gravidezes completas. Considerou-se ainda indicador de risco ter: antecedentes de anomalias genéticas na sua família ou na do progenitor e filho anterior com alterações cromossómicas ou malformações congénitas; ter sido exposta a fatores teratogénicos; ter antecedentes patológicos (como HTA crónica, doença renal, diabetes, cardiopatias graves, doença tiróidea, lúpus eritematoso sistémico ou perturbações da coagulação sanguínea); apresentar valores de TA diastólica superiores a 90 mmHg ou diabetes gestacional; referir ou perceber diminuição ou ausência de movimentos fetais e apresentar incompatibilidade feto-pélvica. A ocorrência de transfusões de sangue ao feto por doença hemolítica, história de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia em gravidez prévia e epilepsia ou paralisia cerebral da mulher são também considerados fatores a avaliar para determinação de uma possível gravidez de risco (London et al., 2010; Campos et al., 2008;).

No caso do CHPV-VC, o acompanhamento destes casais era realizado em dois regimes distintos: na consulta de ambulatório ou, nos casos que exigiam outro tipo de cuidados, no serviço de internamento. De modo a facilitar a compreensão do presente relatório, o processo de cuidados desenvolvido face aos focos e diagnósticos de enfermagem com maior comprometimento observados, inerentes ao seguimento dos casais em regime de ambulatório, serão apresentados inicialmente.

De forma a prestar cuidados individualizados, em cada primeiro contacto foi realizada uma colheita de dados que permitisse conhecer melhor o casal e detetar, logo à partida, situações de maior risco para a gravidez. O boletim de saúde da grávida (BSG), se já fornecido e devidamente preenchido, era analisado, uma vez que se trata de um instrumento fundamental no que toca ao registo e transmissão de dados relativos à saúde da grávida e do feto (DGS, 2001). Nos casos em que as grávidas ainda não possuíam o seu boletim, este era

preenchido e entregue na primeira consulta realizada. Quando a informação contida no BSG ou no seu processo era considerada insuficiente, procedia-se à colheita dos dados em falta. Os mais valorizados prendiam-se com dados demográficos e dados relacionados com a história clínica da grávida (tais como o peso prévio à gravidez, o grupo sanguíneo e fator Rh, antecedentes pessoais relevantes, medicação domiciliária, consumo de substâncias nocivas; hábitos de vida e antecedentes familiares relevantes) e história obstétrica e ginecológica (DGS, 2006).

A “consciencialização” (ICN, 2011) do casal sobre a gravidez foi um dos focos de atenção trabalhados ao longo do módulo, uma vez que o nível de consciencialização reflete, na maioria das vezes, a relação entre aquilo que se sabe sobre os processos de transição e as respostas esperadas face à mesma e as perceções dos pais que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000; Cardoso, 2011). A consciencialização pode, assim, ser relacionada com a própria perceção, conhecimento e reconhecimento da transição para a parentalidade que os pais experienciam, influenciando o envolvimento na mesma, uma vez que este só pode ocorrer quando se tem noção de uma mudança (Meleis et al., 2000).

Sendo esta transição uma fase crítica da vida do casal, quer o filho seja ou não desejado, os pais necessitam de se adaptar a um novo papel pelo que, à partida, quanto melhor for a consciencialização sobre as exigências que este papel acarreta e sobre aquilo que vai mudar na sua vida, melhor será o seu envolvimento. Comportamentos de procura de informação, de preparação ativa e pró-ativa para uma melhor adaptação das atividades e estilo de vida ao processo de parentalidade são alguns exemplos que evidenciam um bom envolvimento e, por consequência, uma consciencialização facilitadora (Meleis et al., 2000). No caso das grávidas de risco, a atividade de diagnóstico “avaliar consciencialização da grávida/casal sobre a sua condição de risco” foi sempre realizada, uma vez que esta é um fator preponderante para uma adesão adequada aos cuidados de saúde necessários. Intervenções como “orientar o casal para as mudanças esperadas durante a gravidez”; “incentivar o casal a identificar os comportamentos necessários para se adaptar à gravidez de risco”;

“encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações sobre a etapa que está a vivenciar”; “encorajar o casal a encontrar recursos e estratégias que os auxiliem a adaptar-se às mudanças sentidas” e “orientar o casal quanto a recursos disponíveis para os auxiliar a adaptar-se às mudanças percebidas” foram algumas das intervenções que surgiram no âmbito do diagnóstico de enfermagem “potencialidade para consciencialização facilitadora” (ICN, 2011). A avaliação do envolvimento do casal na transição para a parentalidade também foi realizada aquando do seu acompanhamento. Assim, procurou-se “avaliar se o casal demonstra um comportamento de procura de informação”; “observar se a grávida/casal coloca questões sobre o seu estado de saúde, decorrer da gravidez e desenvolvimento fetal”; “avaliar se a grávida/casal demonstra vontade de se adaptar ao seu novo papel”; “avaliar se a grávida/casal demonstra disponibilidade para frequentar as consultas de seguimento da gravidez de risco”; “promover a construção de um plano de parentalidade”; e “avaliar se a grávida/casal demonstra disponibilidade para frequentar o curso de preparação para a parentalidade e para o parto” ao longo da gravidez. O incentivo da participação no curso de preparação para a parentalidade e para o parto foi realizado, maioritariamente, a partir das 28 semanas de gestação, sendo a sua frequência disponível a todos os casais que apresentassem recetividade de os frequentar. Uma vez que nem todos os casais manifestavam o desejo ou disponibilidade para o mesmo, as áreas abordadas durante o curso eram trabalhadas durante os contactos de enfermagem estabelecidos.

A “ligação mãe/pai-filho” (ICN, 2011) pode ser construída mesmo antes da concepção e baseia-se no relacionamento construído entre a mãe/pai e o seu filho (Cardoso, 2011). Sendo um importante preditor da ligação entre os pais e a criança após o nascimento, a avaliação e promoção desta relação constitui uma importante intervenção dos EESMO (Cardoso, 2011; Burroughs, 1995; Mercer et al., 1993). Nogueira e Ferreira (2012) apontam ainda a importância dos EESMO incentivarem o envolvimento do pai nos cuidados prestados, quer ao longo das consultas de enfermagem, quer nas aulas de preparação para a parentalidade, de modo a promover a sua ligação emocional com o filho. Assim,

procurou-se “avaliar a ligação mãe/pai-filho” e observar os comportamentos de ambos os pais durante os contactos, sendo valorizados comportamentos como acariciar a barriga; referirem-se ao filho pelo nome e com carinho; verbalizarem expectativas sobre a gravidez e nascimento; demonstrarem preocupação com o bem-estar fetal. Para a promoção desta ligação, foram implementadas intervenções como “ensinar o casal sobre os movimentos fetais”; “permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais pelo casal” a partir das 12 semanas de gestação com o doppler ou das 20 semanas de gestação com recurso ao estetoscópio de Pinard; “informar o casal sobre o desenvolvimento fetal” e “incentivar o casal a imaginar o seu filho” (Albuquerque et al., 2009).

Considerando que as consultas de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia têm como principais objetivos ajudar os casais a compreender os processos que ocorrem ao longo da gravidez, assim como diagnosticar comportamentos ou situações de risco que possam comprometer a mesma, de modo a orientar mudanças que promovam a saúde do casal e do feto (OE, 2014), foi necessário avaliar a “disponibilidade para aprender” (ICN, 2011) do casal. Cardoso (2011) refere que o comportamento de procura de informação reflete uma ação decorrente da perceção que o casal tem das suas necessidades de informação, de modo a dar resposta às mesmas. Assim, foram executadas atividades de diagnóstico como: “avaliar quais as fontes de informação utilizadas pelo casal” e “avaliar interesse do casal para aprofundar os seus conhecimentos e capacidades”. Em todos os contactos os casais foram incentivados a colocar questões que considerassem pertinentes e a referir áreas que gostassem de abordar ou esclarecer.

A vigilância da gravidez ao longo das consultas implica ainda a realização de algumas atividades protocoladas. A determinação da IG é uma dessas intervenções, existindo diversos métodos descritos para o seu cálculo. O cálculo da IG pelo método do calendário recorre à data da última menstruação (DUM) ou à IG estabelecida através da primeira ecografia. Considerando que a IG pode ser um fator determinante para a tomada de decisão em obstetrícia, uma vez que permite a categorização de um parto como sendo pré-termo, de termo ou pós-termo, podendo levar à execução de intervenções obstétricas ou à não

realização das mesmas, é da máxima importância que a sua datação seja realizada de forma precisa (NICE, 2008). Apesar de alguns profissionais utilizarem a DUM para o seu cálculo, a literatura existente parece demonstrar que as datas obtidas através da primeira ecografia são mais precisas que as obtidas através da DUM (Butt et al., 2014; ACOG, 2014; Whitworth et al., 2010). O desconhecimento das mulheres sobre o seu ciclo menstrual, a utilização de métodos anticoncepcionais orais e a irregularidade verificada no ciclo menstrual de muitas mulheres suscita algumas dúvidas quanto à determinação correta da DUM (Butt et al., 2014; ACOG, 2014). Mongelli et al. (1996) referem que mesmo em mulheres com um ciclo aparentemente regular, a datação através da primeira ecografia demonstrou ser mais correta do que a obtida pela DUM. Assim, sempre que possível, a data obtida ecograficamente foi utilizada para cálculo da IG. Relativamente ao cálculo da data provável de parto, esta foi calculada através da regra de *Naegele*.

Intervenções como: “realizar avaliação física da grávida”; “monitorizar peso corporal”; “monitorizar IMC”, com registo do ganho ponderal ao longo da gravidez no BSG; “avaliar TA”; “avaliar presença de edema”; “avaliar características da urina” (relativamente à cor; odor; presença de proteínas; leucócitos; corpos cetónicos e sangue); “auscultar ruídos cardíacos fetais” (a partir das 10-12 semanas com recurso a doppler ou das 20 semanas de gestação através do estetoscópio de *Pinard*); “avaliar presença de movimentos fetais” (a partir das 16 semanas); “avaliar altura uterina” (a partir das 24 semanas) e “avaliar cardiocografia” (a partir das 36 semanas) foram realizadas em todas as consultas (OE, 2014; London et al., 2010; NICE, 2008; Resende, 2008). A OE (2014), aponta ainda a interpretação dos dados obtidos através das análises sanguíneas como parte integrante das intervenções do EESMO, uma vez que estes influenciam o planeamento dos cuidados de enfermagem a cada casal. Assim, durante as consultas, foram observados e interpretados parâmetros como o grupo sanguíneo e fator Rh da grávida; valores de hemoglobina; a imunidade da grávida à rubéola; a presença de um livro de vacinas atualizado; resultados dos rastreios realizados quanto à imunidade à toxoplasmose; diagnóstico de sífilis, VIH e citomegalovírus e interpretação do resultado do

exame ginecológico (se efetuado há menos de um ano). As grávidas entre as 35 e as 37 semanas de gestação foram ainda aconselhadas a realizar rastreios vaginais e retais a fim de verificar a presença do *Streptococcus B* hemolítico do grupo B (DGS, 2013).

Foram várias as situações em que foi detetado que a grávida não possuía imunidade à toxoplasmose, levando ao diagnóstico de “risco de infeção” (ICN, 2011). A infeção pela toxoplasmose usualmente não se manifesta na mãe, mas pode infetar o feto, sendo a sua gravidade variável de acordo com a IG (DGS, 2000). A infeção no início da gravidez parece acarretar maiores consequências para o RN, apesar da transmissão fetal ser menos frequente do que se ocorresse no final da gravidez (DGS, 2000). Alguns dos riscos mais graves da infeção por toxoplasmose associam-se ao risco de aborto, febre, convulsões, microcefalia, coriorretinite, presença de calcificações cerebrais, icterícia, líquido cefalorraquidiano anormal, atraso mental e cegueira (DGS, 2000). Assim, de modo a diminuir o risco de infeção por toxoplasmose realizaram-se intervenções como: “informar o casal sobre a infeção por toxoplasmose”; “informar o casal sobre a transmissão da toxoplasmose”, nomeadamente que esta pode decorrer da ingestão de alimentos contaminados por *oócitos*, sendo muito comum a infeção através das fezes de gatos, ou ainda pela ingestão de carne mal cozida, que esteja infetada; “incentivar a lavagem e desinfecção dos alimentos” e “incentivar o casal a evitar ingerir alimentos confecionadas em locais públicos que possam não garantir as regras de higiene”, tais como saladas, fruta e carne mal cozida (DGS, 2000).

O risco de anemia na grávida³ também se encontra bem descrito na literatura existente, tendo os estudos realizados demonstrado que, em condições consideradas normais, as grávidas podem apresentar valores diminuídos de hemoglobina, especialmente a partir do segundo trimestre da gravidez. Apesar de estas alterações serem consideradas fisiológicas, a OMS recomenda a suplementação com ferro em todas as grávidas (DGS, 2013). O “cansaço” (ICN) surge, assim, associada não apenas a esta anemia fisiológica,

³ Como valores de diagnóstico para anemia, considera-se a obtenção de valores de hemoglobina inferiores a 11 g/dl no primeiro e terceiro trimestre da gravidez ou uma hemoglobina inferior a 10,5 g/dl no segundo trimestre da gravidez (DGS, 2015).

mas ainda a outras alterações, tais como o aumento da produção de hormonas relaxantes no primeiro trimestre (como a relaxina e a progesterona), bem como uma maior exigência cardiopulmonar no final da gravidez. Também o aumento do metabolismo da grávida, muitas vezes associado a uma nutrição insuficiente ou desadequada, hábitos de vida, aumento ponderal excessivo e a uma postura incorreta podem aumentar a sensação de cansaço da grávida (Lowdermilk et al., 2008). De modo a dar resposta a este diagnóstico, foram implementadas intervenções como: “informar o casal sobre a fadiga na gravidez”; “informar o casal sobre a influência da anemia na sensação de fadiga da grávida”; “incentivar a grávida a realizar períodos de repouso com frequência”; “incentivar a prática de exercício físico moderado”; “incentivar a realização de atividades lúdicas que propiciem prazer”; “incentivar uma dieta equilibrada para prevenir anemia”; “incentivar o consumo de alimentos ricos em proteínas durante o dia” e “orientar o casal na divisão de tarefas”. A intervenção “determinar padrão de sono/repouso” também foi valorizada durante os contactos, uma vez que a presença de fatores de risco para a gravidez pode comprometer o descanso da grávida pela presença de sentimentos de angústia e preocupação face à gravidez e bem-estar fetal (Lowdermilk et al., 2008).

Uma grande parte dos casais contactados encontrava-se a experienciar o processo de gravidez e parentalidade pela primeira vez, pelo que muitas das dúvidas iniciais se relacionavam com o “autocuidado” (ICN, 2011); “capacidade para arranjar-se” (ICN, 2011); “capacidade para vestir-se” (ICN, 2011); “uso de substâncias” (ICN, 2011), e “capacidade para gerir o regime” terapêutico (ICN, 2011). No caso dos casais que experienciavam uma gravidez de risco por diabetes gestacional ou prévia a gravidez, acresciam focos de atenção como: “ingestão nutricional” (ICN, 2011) e “padrão de exercício físico” (ICN, 2011).

As intervenções inerentes ao autocuidado relativo ao cuidar da higiene pessoal focaram-se, na sua maioria, nos cuidados relativos à higiene íntima, sendo esta a área com maior défice de conhecimentos detetada. Neste sentido, foram implementadas intervenções como “incentivar hábitos de higiene adequados”; “incentivar a grávida a evitar roupa interior apertada na zona pélvica”; “incentivar a grávida a optar por roupa interior de algodão”;

“informar sobre cuidados de higiene perineais”, nomeadamente lavagem no sentido ântero-posterior para diminuir o risco de contaminação, recorrendo a produtos com pH ligeiramente ácido e adequados para o uso perineal; “realizar cuidados de higiene com água morna” de modo a evitar alterações nos vasos sanguíneos (contração ou dilatação súbita); “informar a grávida sobre troca do penso diário”, quando utilizado, devendo esta ser realizada no máximo de quatro em quatro horas ou sempre que necessário (Ricci et al., 2009; Lowdermilk et al., 2008). Os cuidados relativos à higiene dentária também foram abordados, uma vez que as alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez, associadas às náuseas sentidas durante mesma, aumentam o risco de ocorrência de problemas orais, como a inflamação das gengivas e o desenvolvimento de cáries (DGS, 2011; Lowdermilk et al., 2008). Assim, foram implementadas intervenções como: “incentivar a grávida a escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, com recurso a um dentífrico fluoretado”; “incentivar a grávida a utilizar diariamente o fio dentário”; “incentivar a grávida a limitar o consumo de bebidas gaseificadas e açucaradas, limitando os alimentos açucarados apenas às refeições” e “sensibilizar o casal sobre o facto de uma saúde oral adequada durante a gravidez poder prevenir o aparecimento de cárie nos filhos no futuro” (DGS, 2011).

A capacidade da grávida no arranjar-se e no vestir-se foi avaliada ao longo dos contactos com o objetivo de promover o conforto e autoestima da grávida. Relativamente ao vestir-se, foram realizadas intervenções no sentido de otimizar o vestuário da grávida, nomeadamente: “incentivar a utilização de roupa prática, confortável, de preferência de fibras naturais como algodão”; “incentivar a grávida a utilizar roupas sem elásticos apertados” para não comprometer a circulação sanguínea; “incentivar a grávida a utilizar *soutiens* de alças largas” para melhor sustentação das mamas; “incentivar a grávida a utilizar calçado confortável, com salto entre os três e os cinco centímetros de altura” (DGS, 2005). Muitas mulheres colocaram questões inerentes ao foco de atenção arranjar-se na gravidez, nomeadamente quanto à segurança face à utilização de produtos de pintura para cabelo. Estas dúvidas prendiam-se não apenas com grávidas que desejavam estar bem com a sua imagem corporal,

mas também com grávidas que eram cabeleireiras de profissão e lidavam diariamente com este tipo de produtos.

Existem poucos estudos que abordam os efeitos teratogénicos das tintas de cabelo. Apesar de a maioria apontar para que seja seguro pintar o cabelo durante a gravidez, especialmente a partir do segundo trimestre, um estudo realizado em 2013 associa a utilização de tintas para cabelo durante a gravidez ao diagnóstico de leucemia infantil em crianças com menos de dois anos de idade (NHS, 2015; Roger et al., 2014; Couto et al., 2013). Uma vez que os resultados dos estudos ainda não são claros, as grávidas foram aconselhadas a optar por técnicas que em que houvesse o menor contacto possível com o couro cabeludo, sendo ainda explicado que não existem estudos suficientes sobre os seus efeitos na amamentação (NHS, 2015; Roger et al., 2014). No caso das cabeleireiras, estas foram aconselhadas a utilizar luvas durante a aplicação do produto e a assegurar uma boa ventilação do espaço (Chua-Gocheo et al., 2008).

As alterações dermatológicas que ocorrem durante a gravidez podem comprometer a autoestima da grávida, tendo um impacto negativo na sua qualidade de vida (Alves et al., 2005). Cuidados como: “incentivar a utilização de protetor solar” de modo a prevenir uma maior estimulação da pigmentação da pele, sendo especialmente importante nos casos em que se verifica o aparecimento do cloasma e “evitar produtos que contenham hiperemese e hidroquinonas” foram aconselhados (Bozzo et al., 2011; Urasaki, 2010). O aparecimento das estrias e os seus métodos de tratamento e/ou prevenção foram também abordados. Apesar de serem muito comuns durante a gestação, a etiologia das estrias não se encontra ainda clara, estando no entanto associada a fatores genéticos, à distensão dos tecidos e a alterações endócrinas (Alves et al., 2005). Intervenções como: “incentivar uma ingestão hídrica adequada” para manter a pele hidratada e “utilizar cremes hidratantes” nas zonas mais afetadas, como o abdómen, dorso e mamas foram realizadas, não existindo ainda consensos face ao impacto que a massagem com óleo possa exercer na prevenção das mesmas (Soares, 2014; Alves et al., 2005).

A ingestão nutricional durante a gravidez foi muito trabalhada, uma vez que suscitava dúvidas na maioria dos casais acompanhados. Apesar de o estado nutricional da mulher antes da concepção ser fundamental de modo a otimizar a saúde da mãe e do feto, reduzindo assim o risco de desenvolvimento de complicações, muitas mulheres engravidam sem qualquer tipo de planeamento ou acompanhamento (DGS, 2015). Apesar de se saber que existe um acréscimo de peso devido ao crescimento do bebé, formação da placenta, líquido amniótico (LA), volume uterino e sanguíneo, assim como de tecido mamário e gordura de reserva, existem valores estipulados que ajudam os profissionais de saúde a perceber se esse aumento está a decorrer dentro dos parâmetros normais para o IMC prévio à gravidez, pelo que a já referida avaliação do aumento ponderal se torna uma intervenção fundamental no acompanhamento da grávida (DGS, 2015; Lowdermilk et al., 2008). Sabe-se ainda que um ganho inadequado de peso pode estar associado a um maior risco de atraso no crescimento intrauterino e de mortalidade perinatal, enquanto um aumento excessivo se pode associar a RN com maior peso ao nascimento e com maior probabilidade de vir a desenvolver complicações na vida adulta (Picciano, 2003).

Assim, de modo geral, implementaram-se as intervenções: “recomendar aumento de peso adequado”; “incentivar a prática regular de exercício físico”; “incentivar uma alimentação saudável”; “orientar para uma suplementação adequada de vitaminas e minerais”; “informar sobre os riscos associados ao consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras substâncias nocivas”; “incentivar uma manipulação segura dos alimentos”; “incentivar uma ingestão hídrica adequada (8-10 copos de água por dia) ” e “incentivar o casal a planear as refeições durante o dia”, optando por uma alimentação variável e repartida em cinco ou seis refeições diárias (DGS, 2015; NICE, 2008; RAM, 2006). Em muitas sociedades, as grávidas acreditam que a sua alimentação deve sofrer alterações durante a gravidez, associando o consumo de certos alimentos a deformações ou a morbilidade fetal (Baião et al., 2006). Também a expressão de desejos alimentares é comum e, apesar de a sua etiologia ser desconhecida, a influência cultural e geográfica na sua manifestação é reconhecida pela

comunidade científica (Lowdermilk et al., 2008). Uma vez que o conhecimento que as grávidas e puérperas adquirem ao longo da assistência pré-natal parece ser fortemente influenciado por crenças e valores socioculturais que, quando não compreendidos pelos profissionais de saúde que as acompanham, se podem tornar numa fonte de conflitos, procurou-se conhecer quais as crenças e mitos associados à alimentação da mulher durante a sua gravidez (Lowdermilk et al., 2008). No caso das grávidas diabéticas, a avaliação do padrão alimentar da grávida/casal associou-se a intervenções como: “fornecer equipamento para realização da monitorização da glicemia capilar”; “ensinar a grávida a realizar monitorização da glicemia capilar”; “ensinar sobre valores de glicemia capilar considerados normais”; “informar o casal sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia”; “informar o casal sobre medidas preventivas da hipoglicemia” e, nos casos em que a grávida necessitava de administrar insulina, procedeu-se à instrução sobre a sua técnica de administração (Consensos sobre diabetes na gravidez, 2011). Sempre que necessário, procedeu-se ainda a: “incentivar a mudança de hábitos de vida sedentários” e “incentivar a realização de exercício físico”. Quando se diagnosticaram padrões alimentares inadequados, procedeu-se à referenciação da grávida para a equipa de nutricionistas.

A atividade de diagnóstico “avaliar conhecimento sobre o consumo de sal” foi muitas vezes implementada. No entanto, após a pesquisa de evidência científica sobre esta prática, concluiu-se que, apesar de durante muitos anos se ter aconselhado a diminuição do consumo de sal a todas as grávidas por se acreditar que esta medida reduzia a probabilidade de virem a desenvolver pré-eclâmpsia na gravidez, a evidência científica existente é insuficiente para suportar as alterações na dieta recomendadas (Duley et al., 2012). Considerando que a restrição de sal na dieta pode levar as mulheres a considerarem a sua alimentação intolerável e aumentar a ocorrência de náuseas e vômitos, esta política não deve ser adotada sem evidências razoáveis do seu benefício para a saúde materno-fetal (Duley et al., 2012). Esta preocupação dos profissionais de saúde, face ao aumento tensional verificado durante a gravidez, justifica-se quando os dados estatísticos concluem que esta é uma das principais complicações médicas associadas a este período (Graça et

al., 2010). Estima-se que cerca de 10% das mulheres venham a apresentar algum tipo de aumento da TA até ao momento do parto (Duley et al., 2012). Assim, quando era realizado o acompanhamento de mulheres com diagnóstico de HTA, as atividades de diagnóstico: “monitorizar TA”; “monitorizar peso corporal”; “avaliar características da urina” e “avaliar presença de edema” eram realizadas no âmbito do foco de atenção “Gestão do regime terapêutico”. A intervenção “ensinar sobre presença de sinais como: cefaleia; alterações de visão; dor epigástrica; edema súbito da face, mãos e pés; sensação de náusea ou vômito” foi também realizada (NICE, 2008).

O consumo de cafeína, inerente ao foco de atenção “uso de substâncias” também levou à reflexão sobre as práticas, uma vez que sendo uma substância presente em vários alimentos, desde o chá, a refrigerantes e chocolates, é difícil estimar a quantidade que cada grávida consome. Também as opiniões sobre esta temática são contraditórias. Bech (2005), por exemplo, refere o consumo de cafeína como nocivo para o bem-estar fetal, podendo ainda levar à ocorrência de TP estacionário. Consequências como RCIU, baixo peso à nascença e partos prematuros encontram-se também descritos na literatura (Jahanfar et al., 2013). Por sua vez, Browne (2007) defende o consumo de cafeína como benéfico no risco de desenvolvimento de diabetes gestacional. Uma revisão realizada pela *Cochrane* em 2013 não encontrou, contudo, evidências suficientes que permitissem avaliar o efeito da cafeína nos desfechos materno-fetais (Jahanfar et al., 2013). Assim, foram seguidas as orientações da ACOG (2013) que apontam um consumo inferior a 200 mg de cafeína por dia como seguros para a grávida e para o feto.

Ainda associado ao uso de substâncias, foram abordadas a ingestão de álcool, medicação e o tabagismo quando adequado. Apesar de não termos conhecimento de nenhuma grávida com hábitos de alcoolismo, muitas colocaram questões quanto às quantidades de álcool consideradas seguras durante a gravidez. Uma vez que não se conhece nenhum limite de segurança para o consumo de álcool durante a gravidez, procedeu-se às intervenções: “incentivar abstinência de álcool durante a gravidez” e “ensinar sobre efeito do álcool no desenvolvimento fetal”, nomeadamente atraso mental, restrições de

crescimento e síndrome de alcoolismo fetal (Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines, 2010).

O “processo sexual” do casal (ICN, 2001), apesar de ser um tema sensível para muitos dos casais contactados, deve ser abordado pelos EESMO, devendo todos os casais ter conhecimento de que as relações sexuais não se encontram contraindicadas durante a gravidez (NICE, 2008). Apesar de nem todos os casais se sentirem à vontade para expor as suas dúvidas durante as consultas, alguns referiam as alterações percebidas ao longo da gravidez, procurando esclarecer algumas crenças ou preconceitos associados à sexualidade durante o processo gravídico. Martins (2007), refere que existem várias crenças e tabus associados à sexualidade durante a gravidez, não envolvendo estes apenas a grávida, mas também o seu companheiro, a sua família e a sua própria comunidade. Portelinha (2003) salienta que as relações sexuais contribuem para o equilíbrio psicológico e emocional, sendo assim uma forma de expressar amor, promover sensações de prazer e diminuir as tensões acumuladas.

Sendo uma fase, como já vimos, repleta de mudanças e transformações, a vivência da sexualidade do casal pode, segundo Silva e Figueiredo (2005), aprofundar-se entre a díade ou, pelo contrário, despoletar algumas dificuldades com efeitos nefastos para a saúde física e psicológica da grávida e do seu companheiro. Como forma de avaliar algum tipo de alteração no processo sexual dos casais contactados, foram implementadas atividades diagnósticas como: “avaliar a perceção de alterações no padrão sexual do casal”; “avaliar conhecimento do casal sobre a sexualidade durante a gravidez”; “avaliar a presença de desconforto/dor associada às relações sexuais do casal”; “avaliar presença de mitos associados à sexualidade durante a gravidez”; “incentivar o casal a falar sobre dúvidas ou alterações que tenham sentido na sua relação desde a gravidez”; “avaliar conhecimento do casal sobre técnicas que minimizem o desconforto sentido durante as relações sexuais”.

De modo a potenciar a satisfação do casal face à sua vivência, foram ainda implementadas intervenções como: “facilitar a comunicação entre o casal”, dotando-os de conhecimento que esclareça dúvidas e anseios relativos ao seu processo sexual; “informar o casal sobre as alterações físicas e emocionais que

decorrem ao longo da gravidez que podem influenciar a sua sexualidade”, nomeadamente as alterações a nível da tensão mamária e vaginal; a presença de náuseas e vômitos; as alterações hormonais; os sentimentos de ambivalência face à gravidez e o cansaço percebido; “informar o casal de que existem muitas manifestações da sexualidade que não apenas a penetração”, uma vez que a intimidade e união pode manifestar-se de diversas maneiras; “informar o casal de que as relações sexuais durante a gravidez não estão contraindicadas”, referindo quais as situações que podem levar ao desaconselhamento das mesmas, como por exemplo a perceção de contrações uterinas ou hemorragia vaginal após as relações sexuais, rutura de membranas e em casos de risco de parto prematuro; “desmistificar conceitos sobre a sexualidade e gravidez”; “informar o casal sobre alterações da libido da grávida durante a gravidez”, uma vez que apesar de esta poder diminuir durante o primeiro trimestre da gravidez, geralmente aumenta durante o segundo e terceiro trimestres; “informar o casal sobre comportamentos alternativos e sobre as várias posições sexuais que podem adotar” de modo a diminuir os desconfortos sentidos durante a gravidez e “incentivar a prática de sexo seguro durante a gravidez” devido ao risco de transmissão das IST’s (Graça et al., 2010; Lowdermilk et al., 2008; DGS, 2005; Bobak et al., 1999).

A saúde mental do casal deve ser alvo de atenção dos profissionais de saúde, sendo a sua promoção uma forma de potenciar o equilíbrio da pessoa, ajudando-a a compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que a rodeia (DGS, 2005). Sendo a gravidez um período crítico e de grande vulnerabilidade na vida do casal, a existência de fatores de risco como experiências traumáticas durante a infância, depressão materna, história de violência doméstica, uso de substâncias e a gravidez na adolescência podem comprometer não apenas as capacidades parentais, mas o próprio desenvolvimento adequado da criança (Dennis et al., 2013; DGS, 2005).

Estima-se que cerca de 10% das mulheres sofram de depressão ao longo da gravidez, existindo uma elevada probabilidade da mesma persistir após o parto se não for diagnosticada e tratada durante a gravidez (DGS, 2005). O tratamento nesta fase é, contudo, limitado, uma vez que muitos dos

psicofármacos utilizados nestas situações se encontram associados a riscos, quer durante a gravidez, quer durante o aleitamento materno (AM) no pós-parto (NICE, 2014). Os problemas mentais mais frequentes durante a gravidez associam-se a casos de depressão e/ou ansiedade. As alterações corporais que decorrem da gravidez, como o aumento de peso, podem ser um fator de preocupação para mulheres como, por exemplo, os antecedentes de distúrbios alimentares (NICE, 2014).

Existem alguns sinais de alerta a que o EESMO deve estar atento para o diagnóstico de patologias mentais, tais com a perceção e verbalização de fadiga, as insónias, as alterações a nível do apetite e uma maior labilidade emocional (NICE, 2014; DGS, 2005). Durante as consultas e acompanhamento do casal, foram ainda implementadas atividades de diagnóstico como: “questionar o casal sobre sentimentos face à gravidez”; “questionar a grávida sobre sinais de depressão como a tristeza invasiva; sensação de desespero e crises de choro”; “questionar o casal sobre perceção de sentimentos de ansiedade ou descontrolo das suas próprias emoções” e “questionar o casal sobre sentimentos de desapego ou diminuição de sensações de prazer e bem-estar durante as atividades diárias”. O facto de as mulheres que possuem algum tipo de problema mental ou que suspeitam estar a desenvolvê-lo poderem ter dificuldades em discutir esta temática com os profissionais de saúde, devido ao receio de serem estigmatizadas e caracterizadas como mães incompetentes foi tido em consideração durante a abordagem realizada (NICE, 2014). Em todas as situações, as intervenções: “ensinar o casal sobre sinais de alerta de depressão”; “ensinar os casais sobre prevalência de alterações mentais durante a gravidez” e “incentivar o casal a partilhar anseios e angústias face à perceção de sinais que indiquem alterações na saúde mental do casal” foram sempre implementadas como parte integrante dos cuidados gerais prestados (NICE, 2014; DGS, 2005).

Ao longo do módulo do estágio realizado foram acompanhadas algumas grávidas com diagnóstico de ansiedade ou depressão durante a gravidez, sendo muitos dos casos já diagnosticados no período antenatal. A instrução e o incentivo da utilização de técnicas de relaxamento não farmacológicas, como

por exemplo: a massagem, a musicoterapia, a aromaterapia, a acupuntura e a TIG foi realizada ao longo dos contactos, uma vez que contribuem para a diminuição dos níveis de ansiedade e promovem o bem-estar (Bjorn et al., 2013). A verificação de um padrão de sono e repouso adequados (ICN, 2011) também foi realizada, uma vez que este contribui para a promoção do bem-estar, físico e mental, da grávida (Lopes et al., 2004). O sono e repouso são ainda essenciais para dar resposta ao aumento das necessidades metabólicas verificadas durante a gravidez, pelo que quando se verifica um défice no mesmo, podem surgir alterações na sua capacidade de dar resposta a atividades do dia-a-dia e a perceção de sono e cansaço excessivo durante o dia (Lopes et al., 2004; Kryger et al., 2000).

Estima-se que mais de metade das grávidas apresentem queixas sobre o seu padrão de sono, sendo este afetado não apenas pelas mudanças que decorrem a nível emocional, mas também às diferenças anatómicas e corporais que decorrem no seu corpo e que dificultam a adoção de posições confortáveis durante o sono (Lopes et al., 2004). Após a atividade de diagnóstico “avaliar padrões de sono atuais” (número de horas interrompidas de sono; realização de sesta ao longo do dia; dificuldades em adormecer; divisão de tarefas; sensação de sonolência ao longo do dia; sensação de fadiga; consumo de substâncias como a cafeína), quando necessário procedeu-se à implementação de intervenções como “explicar que o padrão de sono pode ser afetado por fatores emocionais, como a ansiedade e expectativas face ao novo papel de grávida/mãe, e fatores físicos inerentes à gravidez (sensação de fadiga associada ao aumento dos níveis de progesterona no organismo; possibilidade de ter desenvolvido anemia; desconfortos associados à gravidez como aumento do volume abdominal; nictúria e náuseas)”; “incentivar a realização de técnicas de relaxamento para ajudar a adormecer”, tais como: a leitura, TIG e musicoterapia; “incentivar a diminuição de atividades antes de se deitar” para diminuir a ansiedade e desconforto físico; “diminuir a ingestão de líquidos ao final do dia” para evitar nictúria e “evitar ingestão de substâncias com cafeína” (NICE, 2014; Lowdermilk et al., 2008; Lopes et al., 2004). A realização de

exercício físico diário também deve ser considerado, ajudando a gerir a fadiga e a promover um sono e repouso adequados (Lowdermilk et al., 2008).

Muitos dos casais acompanhados demonstraram ter um padrão de exercício físico não adequado, pelo que a intervenção “motivar para fazer exercício físico durante a gravidez” foi implementada ao longo das consultas devido às suas inúmeras vantagens para a saúde materno-fetal. Desconfortos músculo-esqueléticos, como por exemplo: a lombalgia (muitas vezes decorrente das alterações do centro de gravidade da mulher, da rotação anterior da pelve e do aumento da elasticidade lombar que decorre durante a gravidez), parecem ser diminuídos com uma prática de exercício físico adequado, verificando-se ainda melhorias a nível da flexibilidade da coluna da mulher (Garshasbi et al., 2005; Bennell, 2001). Ao promover ainda um maior controlo do aumento ponderal ao longo da gestação, a prática de exercício físico melhora a saúde materno-fetal e diminui a probabilidade de desenvolvimento de patologias durante e após a gravidez, tais como: a diabetes e a HTA, prevenindo ainda o desenvolvimento de complicações na saúde mental da mulher (Lowdermilk et al., 2008; Gouveia et al., 2007; Haas et al., 2005). Torna-se ainda numa ferramenta útil na gestão e prevenção de varizes, obstipação, edema, sensação de fadiga, ansiedade, *stress* e insónia (Lowdermilk et al., 2008; Gouveia et al., 2007; RCOG, 2006; Haas et al., 2005). Assim, procedeu-se a: “ensinar sobre exercícios adequados durante a gravidez” e “incentivar a prática de exercício físico de intensidade moderada” tais como a caminhada, os exercícios aquáticos, a ioga e a aeróbica (ACOG, 2011; Lowdermilk et al., 2008; Gouveia et al., 2007; RCOG, 2006; Haas et al., 2005). Os exercícios físicos de intensidade moderada foram aconselhados, uma vez que as alterações músculo-esqueléticas decorrentes das alterações físicas e hormonais da gravidez podem aumentar o risco de lesão (RCOG, 2006). Exercícios de contacto foram desaconselhados, bem como exercícios que levem a hipertermia por aumento do metabolismo, sendo temperaturas corporais superiores a 39,2 °C consideradas teratogénicas no primeiro trimestre (ACOG, 2011; RCOG, 2006). O SMA (2002), refere que não existe nenhum tipo de exercício físico específico a recomendar durante a gravidez, pelo que as grávidas que já realizavam exercício regularmente foram

incentivadas a mantê-lo, desde que cumprissem cuidados como: evitar FC superiores a 140 bpm; realizar exercício três a quatro vezes por semana, durante 20 ou 30 minutos; evitar exercícios na posição de supina devido à compressão da veia cava; evitar realizar exercício físico em ambientes quentes e piscinas muito aquecidas; manter uma hidratação e alimentação adequada e interromper o exercício físico se surgirem sintomas como: dor abdominal; sangramento vaginal; tonturas, náuseas ou vômitos; alterações visuais e palpitações (Lowdermilk et al., 2008; RCOG, 2006; Lima et al., 2005). Grávidas que não realizavam exercício físico com regularidade foram aconselhadas a iniciá-lo de forma progressiva, começando por cinco minutos de exercício físico por dia e adicionando cinco minutos a cada semana até suportar a sua prática durante 30 minutos por dia (ACOG, 2011). Grávidas com diagnóstico de patologia cardíaca; alterações hemodinâmicas marcadas (como taquicardia ou bradicardia e hipo ou hipertensão); pré-eclâmpsia; bronquite crônica; RCIU; anemia com valores hemoglobina inferiores a 10 g/dl; presença de placenta prévia após as 26 semanas de IG ou grávidas que apresentassem risco de parto prematuro não foram aconselhadas a realizar exercício físico sem a orientação e aconselhamento dos profissionais de saúde (ACOG, 2011; RCOG, 2006).

As intervenções “ensinar sobre exercícios de *Kegel*” (incentivar a realização dos exercícios pelo menos três vezes por dia, durante pelo menos cinco minutos; realizar os exercícios na posição de deitada, sentada e de pé para melhor fortalecimento da musculatura; iniciar exercícios em ciclos de 12 segundos -6 de contração e 6 de relaxamento-, aumentando o tempo dos ciclos ao longo das semanas) e “incentivar a realização de exercícios para fortalecimento pélvico” foram também realizadas, uma vez que diminuem o risco de incontinência urinária, quer na gravidez, quer no pós-parto (NKUDIC, 2002).

Apesar de a segurança da grávida e do feto ser abordada ao longo dos outros diagnósticos de atenção mencionados, ao longo das consultas, foi implementada a atividade de diagnóstico: “determinar conhecimento sobre medidas de segurança” na gravidez (ICN, 2011). Neste âmbito, foram averiguadas situações como a forma de utilizar o cinto de segurança; se tinha

contacto com produtos químicos ou tóxicos (inseticidas, pesticidas, solventes, produtos de limpeza); temperatura da água do banho e cuidados com os alimentos e confeção dos mesmos. As medidas de segurança durante as viagens de automóvel levantaram algumas questões, sendo diagnosticado um défice de conhecimento sobre como utilizar o cinto de segurança numa parte significativa dos casais abordados. Como medidas de segurança no automóvel, os casais foram informados de que a grávida deve manter a utilização do cinto de segurança em todas as viagens, sendo instruídos sobre a sua utilização correta (com a porção horizontal do cinto ao nível da bacia e a porção oblíqua sobre o ombro e entre as mamas, não devendo ficar sobre o pescoço ou deslizar para fora dos ombros) e sendo facultadas imagens sobre a mesma (DGS, 2011; NICE, 2008). De modo a diminuir os desconfortos das viagens, independentemente do meio de transporte escolhido, as grávidas foram aconselhadas a não permanecer sentadas mais de uma hora sem intervalos, sendo incentivadas a fazer caminhadas ou mobilizar os membros superiores e inferiores de modo a melhorar a circulação sanguínea (DGS, 2011). A utilização de malas com muito peso ou sem rodas foi desaconselhada (DGS, 2011).

No âmbito da segurança materno-fetal, foram ainda implementadas intervenções como “informar a grávida de que não deve tomar banho/duche ou frequentar saunas com temperaturas elevadas”, devido ao risco de hipotensão e ao já referido risco de subida da temperatura corporal da grávida; “informar a grávida sobre medidas de prevenção de infeções alimentares”, nomeadamente consumir apenas leite pasteurizado; evitar alimentos crus ou mal cozinhados, especialmente carnes e ovos; evitar patés; lavar bem os alimentos antes de os confeccionar; lavar sempre bem as mãos após o contacto com carne crua; manter os cuidados relativamente à prevenção da toxoplasmose (evitar o contacto com fezes de gato; desinfetar os utensílios dos gatos com água ferver e evitar o contacto com os mesmos, quer através de luvas, quer solicitando a outra pessoa que o faça) e recomendar a utilização de luvas quando em contacto com o solo, areia ou durante as limpezas (NICE, 2014; Lowdermilk et al., 2008).

O “conhecimento sobre a saúde” (ICN, 2011) é essencial para que o casal se envolva no processo de cuidados. Permite ainda ao casal compreender as alterações que surgem durante a gravidez, diminuindo a ansiedade, aumentando a sensação de controlo, e promovendo a identificação de sinais de alerta. Nos casos em que foi diagnosticado um conhecimento não adequado sobre estes sinais, procedeu-se à intervenção “ensinar sobre sinais de alerta”, sendo estes adequados à situação de cada casal, à IG e aos fatores de risco que estes apresentavam face à patologia diagnosticada. Em todas as situações, sinais como: hemorragia vaginal; perda de líquido pela vagina; corrimento vaginal com prurido, ardor ou odor não habitual associado; dor abdominal; febre; dor ou ardor ao urinar; vômitos persistentes; cefaleias fortes ou contínuas com perturbações de visão associadas e diminuição da perceção dos movimentos fetais foram sinais de alerta abordados com todos os casais, sendo dada a indicação de que se deveriam dirigir ao centro de saúde ou hospital caso identificassem este tipo de sintomas (DGS, 2005). A intervenção “ensinar sobre sinais de TP”, nomeadamente: rotura espontânea da bolsa amniótica; perceção de contrações uterinas regulares, dolorosas e de intensidade e duração crescente e expulsão do rolhão mucoso também foi realizada (Fraser et al., 2010; Lowdermilk et al., 2008).

Os efeitos colaterais da gravidez encontram-se associados a desconfortos e mudanças que afetam a vida do casal. Desse modo, a sua capacidade na gestão dos mesmos é fundamental. Apesar de alguns dos efeitos colaterais da gravidez descritos na literatura serem mais característicos de determinados trimestres da gravidez, é importante perceber se, para o casal, a presença do mesmo é considerada um desconforto. Ao longo do módulo realizado, os desconfortos mais referidos pelos casais foram as náuseas e vômitos, o edema e a obstipação, sendo por isso esses os efeitos colaterais abordados neste capítulo. As intervenções implementadas após a determinação da presença destes desconfortos foram divididas em duas áreas: ensinar o casal sobre a etiologia do desconforto percecionado e dotar o casal de conhecimento e estratégias que lhe permitam lidar com o mesmo.

Assim, quando a mulher/casal referia náuseas e vômitos, foi realizada a intervenção: “ensinar sobre náuseas e vômitos”, nomeadamente que são mais frequentes durante o primeiro trimestre da gravidez, cessando entre as 16 e as 20 semanas de gestação; que se encontram relacionadas com o aumento do tempo de esvaziamento gástrico, associado ao efeito da progesterona; à diminuição das secreções gástricas; à ingestão insuficiente de nutrientes e de líquidos; à alteração do metabolismo dos hidratos de carbono e de ferro e vitaminas; à diminuição dos níveis de glicose no sangue da grávida e à fadiga (Lowdermilk et al., 2008; Silva, 2008). De modo a promover o bem-estar do casal, foi implementada a intervenção “ensinar sobre como gerir náuseas e vômitos”, sendo o casal informado sobre estratégias como: evitar ambientes com odores fortes, associados a um aumento da sensação de náusea; utilizar ventilador na cozinha de modo a diminuir a presença de odores fortes e evitar alimentos com muitos condimentos ou ricos em gordura. Foram ainda incentivados a manter uma alimentação equilibrada, realizando seis refeições ao longo do dia, dando preferência a alimentos ricos em hidratos de carbono (mais fáceis de digerir), e proteínas como as nozes e os ovos; manter uma hidratação adequada, devendo a sua ingestão ser realizada durante o intervalo das refeições e em pequenas quantidades; e beber chá de gengibre (250 mg, quatro vezes ao dia). De modo a lidar com as náuseas matinais, muito referidas pelas grávidas acompanhadas, foi aconselhada a ingestão de alimentos ao acordar durante a noite (como os iogurtes) e a ingerir bolachas ou biscoitos secos antes de se levantar durante a manhã. Foi ainda reforçada a importância de uma postura corporal adequada ao longo do dia, uma vez que, para além de prevenir as lombalgias, diminui a pressão exercida sobre o estômago. A utilização do ponto de acupressão *Neiguan* (P6) ou de pulseiras que facilitassem a utilização do mesmo, atualmente disponíveis em farmácias e parafarmácias, foi também incentivada (Lowdermilk et al., 2008; NICE, 2008).

Nos casos em que o diagnóstico de hiperemese gravídica levou ao internamento da grávida, foram planeadas atividades de vigilância como: “monitorizar o peso corporal da grávida”; “avaliar hidratação da grávida”, nomeadamente estado da pele, mucosas e cabelo; “avaliar episódio de náuseas

e vômitos”, quanto à sua frequência, duração e fatores que despoletaram os mesmos; “avaliar padrão alimentar da grávida/casal”; “avaliar sinais vitais” da grávida e “avaliar FCF”. As intervenções: “avaliar conhecimento do casal sobre náuseas e vômitos” e “avaliar conhecimento do casal sobre estratégias para gerir as náuseas e os vômitos” também foram realizadas.

A presença de edema foi muitas vezes referida como um desconforto para as grávidas, sendo o edema dos MI o mais verbalizado e observado ao longo do módulo. Com a intervenção “ensinar a grávida/ casal sobre a presença de edema durante a gravidez”, procurou-se explicar que o aumento da retenção de água e sódio, associada ao aumento da permeabilidade capilar e ao aumento da pressão venosa durante a gravidez, são fatores que levam ao desenvolvimento de edema durante a gravidez. Uma dieta pobre em proteínas e rica em sódio, associada a uma hidratação desadequada também aumenta este risco. Assim, de modo a gerir o desconforto associado à presença de edema foram realizadas intervenções como: “incentivar a grávida a realizar períodos de repouso”, e, se possível, a manter os MI elevados durante o mesmo ou, se deitada, dar preferência a deitar-se de lado; “incentivar a grávida a utilizar meias de contenção”; “incentivar o casal a diminuir o consumo de alimentos salgados da dieta”; “incentivar a ingestão de proteínas nas refeições”, de modo a diminuir a retenção de líquidos ao nível tecidual; “diminuir a ingestão de hidratos de carbono e de gorduras”; “manter uma hidratação adequada”, para promover diurese natural e “incentivar a realização de exercício físico” (Ricci et al., 2009; Lowdermilk et al., 2008).

A obstipação afeta muitas mulheres durante a gravidez, tendo origem no relaxamento do tónus muscular e diminuição do peristaltismo intestinal (por ação da progesterona), associado a um aumento da pressão exercida pelo útero no cólon e reto (Lowdermilk et al., 2008; Berghella, 2007; Jewell et al., 2001). De modo a promover a capacidade do casal para gerir os efeitos colaterais associados à obstipação, foram implementadas intervenções como: “incentivar a realização de exercício físico”; “incentivar uma ingestão de líquidos adequada”; “incentivar a ingestão de líquidos tépidos pela manhã”; “incentivar a ingestão de alimentos ricos em fibras”; “incentivar a realização de massagem

abdominal, no sentido do ponteiro dos relógios” para promover a evacuação; “incentivar a grávida a evacuar sempre que sentir vontade” e “incentivar a grávida a tentar evacuar sempre à mesma hora, sentando-se na sanita durante algum tempo mesmo que não sinta vontade de evacuar” de modo a criar hábitos de eliminação intestinal (CISION, 2015; NICE, 2008; Jewell et al., 2001). De modo a facilitar a eliminação intestinal e diminuir o impacto dos esforços a ela associados, a grávida foi ainda aconselhada a utilizar um banco ou caixa que permitisse elevar os pés aquando da defecação, inclinando-se para a frente (CISION, 2015).

Como já foi referido, quando se verificavam situações que exigiam um acompanhamento constante e cuidados específicos à grávida, esta era internada no hospital. Ao longo do módulo, foram acompanhadas grávidas com diagnóstico de RCIU; APPT; hemorragias vaginais; alterações tensionais; hiperemese gravídica; síndromes de transfusão feto-fetal e situações de oligoâmnios ou hidrâmnios foram alguns dos casos acompanhados. Apesar de cada situação específica ter levado à elaboração de um plano de cuidados adequado às necessidades detetadas, algumas intervenções destacaram-se pelo número de vezes em que foram realizadas e pelo impacto que tiveram no bem-estar do casal. Uma delas foi a intervenção “manter repouso no leito”. Apesar de ser uma intervenção frequentemente aconselhada a grávidas com APPT, pré-eclâmpsia ou risco de abortamento, a evidência científica atual questiona esta atitude terapêutica. A ACOG (2012) refere que não existem evidências que comprovem a eficácia do repouso no leito na prevenção do parto pré-termo, pelo que esta intervenção não deveria ser implementada por rotina. Existem ainda estudos que indicam que a evidência científica existente é insuficiente para concluir que esta prática seja útil na prevenção da perda fetal, realçando que o repouso no leito se encontra associado a consequências como o risco aumentado de tromboembolismo, atrofia muscular, *stress* e depressão, pelo que a sua recomendação deve ser fruto de reflexão dos profissionais de saúde (Aleman et al., 2002).

De modo a facilitar a adaptação da grávida ao repouso no leito e minimizar os efeitos nefastos a ele associados, foram implementadas intervenções como:

“alargar o horário de visitas”, facilitando as mesmas de modo a promover a interação social da grávida com pessoas significativas; “incentivar/apoiar a grávida na gestão da sua rotina”, flexibilizando o horário do banho, das suas refeições, do tipo de atividades desenvolvidas (dentro das possíveis); “gerir com a grávida o horário das intervenções de vigilância/prescritas”, tais como a monitorização cardiotocográfica; “fornecer livros, revistas, jogos e outros materiais” que permitissem ocupar o seu tempo e que lhe proporcionassem prazer e bem-estar e “instruir a grávida sobre técnicas de relaxamento”, como por exemplo a TIG, a musicoterapia e a respiração (Rubarth et al., 2012).

Um dos receios mais referidos pelos casais que experienciavam uma gravidez com complicações era o de que algo acontecesse ao feto ou à grávida ao longo da gravidez. O receio do abortamento ou do nascimento de um filho com sequelas associadas às complicações inerentes à gravidez era muitas vezes verbalizado pelo casal, sendo um motivo despoletador de grande ansiedade. Infelizmente, ao longo do módulo foram várias as situações em que a gravidez terminou em perda ou morte fetal, encontrando-se os cuidados implementados inerentes ao processo de luto descritos no capítulo “A chegada do recém-nascido: prestação de cuidados durante o trabalho de parto”.

3.1. Gerir a Ansiedade do Casal Durante a Gravidez

A gravidez e a maternidade implicam, como já foi mencionado, uma série de alterações na vida da mulher e do casal, exigindo aprendizagens e habilidades específicas que permitem o desenvolvimento de uma transição para a parentalidade saudável (Guerra et al., 2014). Este período sensível na vida dos casais e, particularmente, nas mulheres, pode levar ao aumento dos níveis de ansiedade, relacionados com preocupações consigo e com o bem-estar fetal, desconfortos fisiológicos e perturbações no seu relacionamento social, ou mesmo ao desenvolvimento de patologias do foro da saúde mental (Guerra et

al., 2014; Austin et al., 2014). O impacto deste tipo de patologias pode afetar não apenas a mulher e o seu companheiro, mas também os seus filhos e restante família (Alder et al., 2011; Stewart-Brown et al., 2011; Austin et al., 2014).

A ansiedade (ICN, 2011) pode manifestar-se de diferentes formas, podendo levar a pessoa a experienciar sentimentos como: uma preocupação constante, cansaço, dificuldades de concentração, irritabilidade ou desânimo. O aumento da FC, da transpiração, a presença de dor e tensão muscular, tremores, aumento da FR, tonturas, indigestão ou até aumento da frequência urinária são algumas das manifestações físicas que a pessoa com ansiedade pode vivenciar. Apesar de a ansiedade ser uma resposta natural ao *stress* e situações consideradas novas ou ameaçadoras, esta pode tornar-se um problema quando percebida constantemente ou sem motivo aparente, levando a alterações na qualidade de vida da pessoa (RCP, 2011; MHF, 2007). Podendo a gravidez, por si só, ser um fator desencadeador deste tipo de sentimentos, a presença de outros fatores de risco deve ser avaliada. A experiência de abortamentos anteriores, a percepção de poucos recursos disponíveis ou de elevadas responsabilidades laborais podem acrescer o risco de desenvolvimento de ansiedade durante a gravidez (Ryan, 2013). Também o internamento hospitalar devido a situações de risco podem levar a grávida a permanecer no hospital, muitas vezes durante semanas ou meses (Poplar, 2014). O facto de ficarem subitamente afastadas das suas casas e famílias, bem como a interrupção da sua vida social e laboral, pode fazer com que estas desenvolvam sentimentos de frustração, ansiedade, aborrecimento, solidão e uma maior vulnerabilidade e impotência. A estes sentimentos associam-se os receios inerentes à sua própria condição e ao bem-estar fetal (Poplar, 2014; Rubarth et al., 2012). A já referida prescrição do repouso no leito pode contribuir para o agravamento de sentimentos negativos (Poplar, 2014).

Os estudos existentes apontam para que mulheres que apresentem níveis elevados de ansiedade ou *stress* durante a gravidez e que experienciem situações como uma gravidez ou parto com complicações; falta de apoio familiar e social; dificuldades no relacionamento com o parceiro; classe social

baixa; antecedentes de psicopatologia; história de abuso sexual; má relação com a própria mãe; níveis de autoconfiança reduzidos; gravidez não planeada e se encontrem desempregadas, apresentem maiores riscos de desenvolvimento de uma depressão pós-parto. A estes, acresce ainda o próprio temperamento da criança após o nascimento (associado à percepção de um bom ou mau desempenho parental), e o uso de substâncias aditivas (Guerra et al., 2014; Wylie et al., 2011). O aumento dos níveis de ansiedade durante o período antenatal parece ainda influenciar o desfecho materno-fetal, tendo a evidência científica apontado para o impacto negativo da ansiedade na saúde e bem-estar materno-fetal. Níveis elevados de ansiedade parecem afetar o desenvolvimento infantil in útero, existindo estudos que demonstram uma relação entre o *stress* e ansiedade materna e o aumento da TA, bem como a diminuição da perfusão sanguínea uterina (Alder et al., 2011). Estudos recentes apontam ainda para uma relação entre o diagnóstico de ansiedade durante a gravidez e desfechos materno-fetais adversos, tais como: a ocorrência de parto prematuro, sofrimento fetal e o nascimento de RN com baixo peso à nascença (Miquelutti et al., 2013). Quando verificada na gravidez tardia, a ansiedade encontra-se associada, por exemplo, a situações de hiperatividade e de distúrbios emocionais infantis (Miquelutti et al., 2013; O’Conner et al., 2002). A longo prazo, o desenvolvimento de patologias mentais durante a gravidez e pós-parto parecem afetar o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e comportamental das crianças. O facto de muitas das relações conjugais terminarem após a mulher ter entrado num quadro de doença mental leva ainda a que muitas mulheres tenham de lidar, em simultâneo, com as suas tarefas enquanto mães/ cuidadoras dos seus filhos, e com a luta contra a sua doença, aumentando os riscos para a saúde de ambos. Este tipo de situações leva a que, atualmente, a saúde mental durante o período perinatal seja considerada um problema de saúde pública, sendo a depressão, os problemas de ansiedade, o *stress* pós-traumático, a bipolaridade, a esquizofrenia e as psicoses puerperais consideradas as situações mais frequentes (Austin et al., 2014).

Conhecendo os riscos associados ao aumento dos níveis de ansiedade durante a gravidez, urge a necessidade de os profissionais de saúde se encontrarem preparados para intervir eficazmente nesta patologia, diminuindo o risco da sua incidência e promovendo a recuperação das mulheres afetadas. As intervenções utilizadas no tratamento e prevenção da ansiedade na gravidez variam entre métodos farmacológicos e não farmacológicos. Existem diversas técnicas não farmacológicas que parecem promover a diminuição e/ou prevenção dos níveis de *stress* e de ansiedade durante a gravidez, tais como os exercícios respiratórios; a massagem; a TIG; a reflexologia e o *yoga* (Khianman et al., 2012). Este tipo de intervenções tem despertado o interesse da comunidade científica, uma vez que, na sua maioria, se tratam de métodos que podem reduzir a necessidade de recorrer a fármacos; não têm efeitos colaterais associados; são simples de implementar e, geralmente, os custos associados são muito reduzidos (McGrady et al., 1995).

Sendo os EESMO responsáveis por prestar cuidados à mulher, de modo a promover a sua saúde e a sua adaptação à parentalidade (OE, 2010), é fundamental que estes tenham conhecimento sobre os métodos com maior eficácia na prevenção ou tratamento da ansiedade. Uma das técnicas que tem sido estudada neste âmbito é a TIG que, como o próprio nome indica, recorre à imaginação, ou seja, à capacidade inata que todos os seres humanos parecem possuir, de evocar e utilizar os sentidos. Assim, esta traduz uma técnica cognitiva, utilizada com um objetivo clínico, procurando encorajar a pessoa a lidar com a dor ou situações de *stress* através da imaginação de um local ou experiência agradável (Uman, 2006). A atenção da pessoa que recorre a este método é, assim, desviada para algo que induz o relaxamento, aumentando a sensação de calma que, ao desencadear uma reação psicofisiológica, parece promover uma diminuição da FC e TA. A sua eficácia na saúde obstétrica tem ainda sido estudada na diminuição do risco de partos pré-termo; aumento da produção de leite materno; diminuição da depressão pós-parto e aumento da autoestima (White et al., 2000; Jank, 1999; Rees, 1995; Stephens, 1992; Esplen, 1991; Feher et al., 1989).

No CHPV-VC, a integração de técnicas que promovam o bem-estar das mulheres e dos casais é alvo da atenção da equipa de EESMO do serviço. A inclusão da massagem, do rebozo, da hidroterapia e da musicoterapia nos cuidados prestados reflete essa preocupação crescente com a prestação de cuidados holísticos, não sendo a TIG parte dos métodos instruídos. Apesar de muitas mulheres grávidas demonstrarem interesse na realização deste tipo de técnicas, existem ainda poucos estudos que comprovem a eficácia da TIG e que suportem a sua utilização pelos profissionais de saúde. De modo a perceber se este método é, de facto, eficaz na prevenção e recuperação da ansiedade nas mulheres durante a gravidez, surgiu a questão orientadora: “A implementação da TIG pelo EESMO é pertinente para o controlo dos níveis de ansiedade na gravidez?”. Assim, com o objetivo de identificar a evidência científica mais recente em relação à eficácia da TIG no controlo dos níveis de ansiedade na gravidez, recorreu-se à realização de uma revisão da literatura. Com o objetivo de suportar uma prática baseada na evidência, a pesquisa foi desenvolvida através da utilização da base de dados *The Cochrane Library* e das bases de dados disponíveis na plataforma *EBSCO host: Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; ERIC; MedicLatina e SPORTDiscus with Full text*. De modo a tornar a pesquisa mais eficaz, foram definidos os descritores: *anxiety; stress; pregnancy; imagery e visualization*. Esses descritores foram utilizados nas bases de dados disponíveis na plataforma *EBSCO host* da Escola Superior de Enfermagem do Porto (*Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; ERIC; MedicLatina e SPORTDiscus with Full text*) e na base de dados *The Cochrane Library* entre os meses de outubro de 2014 e julho de 2015, através da frase: *(anxiety OR stress) AND pregnancy AND (imagery OR visualization)*. Como critérios de inclusão para a seleção de artigos, foi estipulado que só seriam tidos em consideração os artigos realizados entre 2009 e 2015, com acesso ao texto integral e cujo idioma de publicação fosse em inglês, português ou espanhol. Definiu-se ainda que os artigos que constituíssem revisões sistemáticas, e dentro destes, aqueles que fossem meta-análises, seriam

privilegiados, devido ao elevado nível de evidência e rigor desses estudos. Artigos que não abordassem a TIG e a gestão da ansiedade no seu título ou resumo seriam excluídos. Caso necessário, proceder-se-ia ainda à leitura integral do estudo encontrado, de modo a perceber se este satisfazia os critérios estipulados.

A pesquisa realizada originou um total de 36 artigos, dos quais três foram fruto da pesquisa realizada na *The Cochrane Library* e 33 através da pesquisa realizada através da plataforma *EBSCO host*. Dos três artigos encontrados na *The Cochrane Library*, um foi excluído por o seu título e resumo não ir ao encontro da temática abordada. Dos 36 artigos encontrados através da pesquisa realizada na *EBSCO host*, sete foram automaticamente excluídos por serem cópias integrais; 14 foram excluídos após a leitura do título/resumo por não se enquadrarem na temática abordada; dois artigos foram excluídos por se encontrarem repetidos após leitura do seu título e resumo; dois artigos foram excluídos por o seu conteúdo ser de acesso vinculado; dois foram excluídos por não se tratarem de artigos e sim de resumos; três artigos foram excluídos após a sua leitura integral por não se adequarem à temática. No total, apenas seis artigos foram selecionados após a aplicação dos critérios estipulados, encontrando-se um resumo dos mesmos no Anexo I- Tabela de análise dos artigos, com respetivo N.E. de acordo com a Pirâmide 5 S' de Haynes (Haynes, 2007).

Através da análise dos artigos selecionados, foi possível perceber que existem dados pertinentes para a resposta norteadora desta pesquisa. Em todos os artigos analisados, a utilização de métodos não farmacológicos para a indução do relaxamento e diminuição dos níveis de ansiedade, *stress* e depressão é considerada pertinente, uma vez que existe uma notória morbilidade materno-fetal associada a estes fatores (Bjorn et al., 2013; Khianman et al., 2012; Marc et al., 2011; Gedde-Dahl et al., 2011; Moffatt et al., 2010; Shennan et al., 2010). Um dos estudos debruça-se especificamente sobre o efeito da TIG na diminuição dos valores de TA em grávidas com diagnóstico de HTA (Moffatt et al., 2010).

Relativamente à eficácia da TIG face a outros métodos, a revisão realizada por Marc et al. (2011) verifica que esta parece ser mais eficaz que a prestação de cuidados de rotina no controlo da ansiedade, quer durante a gravidez, quer durante o início do TP. Nessa mesma revisão, os grupos que utilizavam a TIG apresentavam maior conhecimento sobre o TP e parto, bem como maior controlo da dor durante o início do mesmo (Marc et al., 2011). A inclusão de técnicas de relaxamento, entre as quais a TIG, nos cuidados prestados e realizada de forma regular durante a gravidez, parece diminuir os níveis de *stress*, ansiedade e depressão, assim como a FC e TA (Bjorn et al., 2013; Moffatt et al., 2010). A utilização da TIG parece ser uma intervenção eficaz, simples e não invasiva, tendo ainda a vantagem de ser bem aceite pela maioria das mulheres grávidas e não afetar negativamente o feto (Moffatt et al., 2010; Shennan et al., 2010). A realização da TIG parece, assim, ser uma intervenção capaz de promover a saúde e bem-estar materno-fetal, bem como melhorar a experiência de parto (Bjorn et al., 2013; Gedde- Dahl et al., 2011).

Uma das revisões sistemáticas publicadas pela *Cochrane* compara a eficácia da TIG face a outras técnicas de relaxamento como a musicoterapia e os exercícios de relaxamento progressivo e passivo (Marc et al., 2011). Comparativamente à musicoterapia, a realização da TIG parece diminuir os níveis de ansiedade, de depressão e ainda promover a autoestima das mulheres que realizaram esta técnica durante quatro semanas após o parto, não tendo no entanto sido analisada a sua eficácia durante a gravidez (Marc et al., 2011). Os autores da revisão concluem ainda que os grupos de controlo que realizaram exercícios de relaxamento progressivo e passivo apresentam resultados mais favoráveis no que toca à redução dos níveis de ansiedade do que os grupos que realizaram a TIG, no período imediato após a realização dos mesmos. Contudo, o nível de relaxamento avaliado através da perceção das mulheres incluídas no estudo foi significativamente superior no grupo que realizava a TIG (Marc et al., 2011).

Através da análise dos artigos encontrados, pode concluir-se que a TIG parece ter um efeito positivo sobre a ansiedade durante a gravidez e TP, diminuindo os níveis de ansiedade e depressão no período do pós-parto

imediate (Bjorn et al., 2013; Marc et al., 2011; Gedde- Dahl et al., 2011; Moffatt et al., 2010). Esta técnica não deve, contudo, ser considerada como uma substituição dos cuidados usuais, mas sim vista como um acréscimo aos mesmos (Bjorn et al., 2013; Khianman et al., 2012; Marc et al., 2011; Moffat et al., 2010; Gedde- Dahl et al., 2011). A realização da TIG parece, assim, ser um método eficaz na diminuição da prevalência de ansiedade e *stress* durante a gravidez, TP e pós-parto, pelo que a sua implementação nos cuidados prestados é pertinente. No entanto, os dados encontrados resultam maioritariamente de estudos que não esclareciam qual o procedimento seguido na sua implementação; que não apresentavam qual a frequência com que esta era realizada pelas mulheres ou qual a melhor altura para iniciar a instrução e implementação dos mesmos, o que pode inviabilizar os resultados. A evidência encontrada aponta, contudo, para que a sua realização, independentemente da altura de vida da mulher, continue a ser favorável, uma vez que induz o relaxamento e bem-estar.

O tipo de visualização e a duração da mesma, no momento da realização e ao longo da gravidez, também não foi descrito pelos autores. Os estudos realizados por Guedde-Dahl e Fors (2011), Alder et al. (2011) e Moffat et al. (2010), referem a utilização de um CD para a realização da TIG, mas não existem dados que justifiquem esta prática em detrimento de outro tipo de procedimento.

Uma particularidade que sobressaiu aquando da análise dos artigos foi o facto de poucos estudos abordarem a realização destes exercícios pelos EESMO. Mais estudos seriam necessários para perceber o contexto e a prática de cuidados em Portugal, de modo a perceber se este tipo de técnicas de relaxamento é de facto implementada pelos EESMO durante o acompanhamento da mulher e do casal ao longo da gestação e pós-parto e, caso o seja, perceber se a TIG é percebida como útil ou eficaz, quer para os EESMO, quer para os casais que usufruem desta intervenção. Sabendo que o contacto com os profissionais de saúde tem impacto na adesão e motivação das mulheres/casais, seria pertinente perceber quantos e que tipo de contactos são estabelecidos ao longo do ensino e instrução da TIG. Os níveis de ansiedade sentidos variam ao

longo da gestação, TP e pós-parto, pelo que seria interessante perceber de que forma são monitorizados e avaliados estes valores no nosso contexto prático e de que forma damos resposta às necessidades levantadas. Caso a TIG não esteja a ser utilizada pelos EESMO, seria relevante perceber que dados apoiaram esta decisão e quais as alternativas desenvolvidas para dar resposta a esta problemática. A inclusão de outros métodos, tais como a massagem, as técnicas de respiração, o relaxamento progressivo, o yoga, entre outros, associados à implementação da TIG poderá ser uma hipótese a considerar para obter mais e melhores ganhos em saúde.

Sendo a gravidez um período de preparação física e psicológica para o parto e maternidade, é também um momento em que o envolvimento da mulher para com a gravidez se encontra no seu auge, sendo por isso um momento ideal para a aprendizagem. Neste sentido, a inclusão de intervenções que promovam a autonomia de cada casal, dotando-o de competências para enfrentar situações de *stress* e que permitam uma vivência satisfatória da gravidez, TP e parentalidade, são uma mais-valia tida em consideração pelos profissionais de saúde. A inclusão deste tipo de intervenções nas aulas de preparação para o parto e parentalidade faz, assim, todo o sentido. Couto (2006) salienta que a inclusão de técnicas respiratórias e outras, ajudam a reduzir e controlar a dor e o desconforto percebidos ao longo da gravidez e parto. A perceção da importância da inclusão deste tipo de técnicas reflete-se nas orientações dadas pela Administração Regional de Saúde do Norte, que incentiva a partilha de métodos não-farmacológicos para a diminuição dos desconfortos percebidos durante o TP, indo ao encontro das orientações da DGS (2001). Assim, são incentivadas não apenas estratégias comportamentais, mas também cognitivas, tais como técnicas de distração do desconforto/dor; estratégias de *coping*, entre outras. Assim, a TIG parece ser uma opção a introduzir nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, surgindo como hipótese promotora do relaxamento e bem-estar da mulher/casal, assim como uma estratégia que poderá ser útil na diminuição dos níveis de ansiedade e desconfortos percebidos.

Contudo, ao longo da realização da pesquisa destacou-se ainda a ausência de estudos que abordassem o impacto destas técnicas no casal, e não apenas na mulher e feto, apesar de muitos abordarem o impacto que o aumento dos níveis de ansiedade e *stress* pode ter em ambos os elementos do casal. Apesar de vários estudos refletirem sobre a inclusão deste tipo de técnica nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, estudos específicos sobre a sua utilização e instrução seriam pertinentes para suportar uma prática baseada na evidência.

Considerando a ansiedade um problema de saúde perturbador da qualidade de vida das mulheres e do casal, podendo inclusivamente levar a alterações no âmbito da sua autoestima; relação social; intimidade do casal; vida social e, possivelmente, prejudicar a própria relação e prestação de cuidados à criança, a investigação nesta área torna-se fundamental. As repercussões que a ansiedade durante a gravidez, TP e pós-parto pode ter no desfecho materno-fetal e na vivência e experiência da gravidez, do parto e da parentalidade, justificam esta necessidade de investigar objetivamente o impacto desta técnica de relaxamento. Seria ainda importante o desenvolvimento de mais estudos sobre o impacto da TIG no controlo da HTA e da APPT, uma vez que escasseiam ainda estudos que deem resposta às questões levantadas pelos autores que abordaram estas temáticas. Considerando ainda a ansiedade percecionada por muitas grávidas de risco durante o internamento hospitalar, a inclusão deste tipo de técnica nos cuidados prestados pelos EESMO poderá ter um impacto significativo no bem-estar da grávida. Mais estudos sobre esta possibilidade seriam fundamentais e poderiam apresentar uma nova perspetiva de cuidados. A investigação relativa ao papel do EESMO na prevenção e tratamento da ansiedade é fundamental para assegurar a prestação de cuidados significativos e eficazes, uma vez que a pesquisa efetuada parece apontar a carência de estudos neste âmbito.

4. A CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO: PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O nascimento de um filho é um momento que pode despoletar sentimentos e emoções muito ambivalentes na mulher e no casal. Apesar das diferentes expectativas e perceções dos casais face ao parto e nascimento, este acontecimento é apontado como um marco na vida do casal.

O EESMO, dotado de competências e conhecimentos específicos torna-se, como foi referido ao longo do relatório, um profissional que pode interferir, pelo seu comportamento e pela prestação de cuidados, na forma como o parto decorre e nas vivências inerentes ao mesmo. O EESMO tem, assim, competências reconhecidas quanto à prestação de cuidados à mulher, considerando o seu contexto sociocultural, durante o TP e parto, assegurando ainda um ambiente seguro para parturiente e para o RN na sua adaptação à vida extrauterina. O estabelecimento de um espaço onde a mulher se sinta segura, compreendida e onde sinta que tem o direito de intervir nas decisões que medeiam o seu TP é, aliás, um dos aspetos considerados essenciais para uma prestação de cuidados de excelência (APEO, 2009). O padrão de rotatividade dos enfermeiros pelos diferentes serviços de apoio ao casal durante a gravidez, TP e puerpério foi implementado com o objetivo de promover o contacto e a empatia dos futuros pais com a equipa de EESMO. Estes ao serem acompanhados por profissionais com quem possivelmente já contactaram, quer nas aulas de preparação para o parto, quer nas próprias consultas, a integração dos casais durante a admissão no bloco de partos é facilitada. O facto de alguns casais terem tido já a oportunidade de visitar o

Serviço de Obstetrícia do CHPV-VC, quer por frequentarem as aulas de preparação para o parto, quer por iniciativa própria, torna-se também num fator promotor da adaptação ao internamento. No entanto, nem todas as mulheres/casais que foram admitidas ao serviço tinham sido acompanhadas no hospital, pelo que, nesses casos, ao longo da admissão procurava-se realizar o acolhimento, apresentando a equipa de saúde presente, o serviço do Bloco de Partos e Internamento, assim como os recursos disponíveis durante o mesmo.

Aquando do acolhimento procedeu-se também à avaliação inicial da mulher/casal. Esta consistia na análise do BSG e na colheita de dados que permitissem compreender o decorrer da gravidez, as expectativas face ao trabalho de parto e conhecer melhor o casal. Assim, os casais eram questionados quanto ao nome pelo qual desejavam ser tratados, do nome, se escolhido, do filho ou filha, se possuíam algum plano de parto que gostariam de nos facultar, se gostariam que alguém estivesse presente ao longo do TP e parto, as expectativas e emoções ao longo da gravidez e em relação ao TP e parto e a frequência de algum curso de preparação para o parto e parentalidade. No BSG, foram consultados e validados dados relativos à vigilância da gravidez, tais como o local, a frequência e o número de consultas realizadas, a realização e os resultados dos exames e análises clínicas da gravidez, a idade do casal, os antecedentes clínicos e cirúrgicos relevantes, o grupo sanguíneo e fator Rh do casal, alergias e preferências alimentares. Nestes casos, os casais eram ainda informados das políticas do hospital, nomeadamente da promoção do contacto pele a pele com o RN, após o nascimento e da promoção da amamentação na primeira hora de vida, assim como sobre a possibilidade de escolherem o acompanhante da mulher durante o trabalho de parto e parto e a pessoa que iria cortar o cordão umbilical, caso desejassem.

Após a admissão e o acolhimento dos casais, o processo de enfermagem era iniciado, sendo identificados os diagnósticos de enfermagem adequados a cada casal. O preenchimento do partograma era também realizado, sendo um instrumento utilizado em todas as parturientes. Sendo um recurso considerado de baixo custo e de fácil utilização e intervenção, o partograma permite o

acompanhamento do TP, de forma a melhorar a assistência prestada à parturiente, reduzindo ainda os riscos de morbidade e mortalidade materno-fetal e evitando intervenções obstétricas consideradas desnecessárias (Rocha et al., 2009; OMS, 1994). No entanto, uma meta-análise realizada pela *Cochrane* conclui que mais estudos seriam necessários para se poderem retirar indicações concretas sobre a sua utilização ou mesmo sobre as suas vantagens no desfecho do TP, uma vez que não se verificou qualquer tipo de vantagem quando comparadas as percentagens de partos eutócicos⁴ e distócicos⁵; score de índice *Apgar* obtido ao 5º minuto de vida do RN ou mesmo nos cuidados prestados ao longo do TP (Lavender et al., 2013). Contudo, a mesma meta-análise admite que existem profissionais e estudos que referem potenciais benefícios decorrentes desta prática que não devem ser desvalorizados. O facto de a utilização do partograma se encontrar presente na maioria dos hospitais sendo geralmente bem aceite pelos profissionais, leva a que se conclua que, até à existência de evidência científica mais relevante, a decisão sobre a sua utilização seja determinada pela instituição em si.

Considerando que a admissão no serviço ocorre, essencialmente, pelo início do TP espontâneo da mulher, necessidade de indução de TP, pela transferência da grávida após o atendimento do serviço de urgência ou do internamento hospitalar de grávidas de risco, ou pela marcação de cesariana eletiva, os diagnósticos de enfermagem trabalhados mais frequentemente foram: Trabalho de Parto presente (ICN, 2011) ou de Oportunidade de Trabalho de Parto.

Pode definir-se TP como um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação e extinção do colo uterino, assim como à progressão do feto através do canal de parto e ao nascimento. A identificação do início do TP é realizada através da presença de contrações uterinas espontâneas, regulares e progressivas, com frequência e intensidade crescente, associadas à presença

⁴ Parto eutócico ou normal é aquele que decorre fisiologicamente, com ou sem episiotomia e sem intervenção instrumental. A expulsão do feto decorre apenas da pressão exercida sobre o mesmo pelas paredes uterinas (Rezende, 2005).

⁵ Parto distócico é aquele que é perturbado por condições anómalas ou patológicas (Rezende, 2005).

de dois outros sinais de TP: verificação de início de extinção do colo uterino, dilatação do colo uterino igual ou superior a três centímetros ou rotura espontânea de membranas da bolsa amniótica (Fraser et al., 2010).

O TP é usualmente dividido em três estádios. O primeiro estádio decorre desde o início das contrações uterinas até à dilatação completa do colo uterino, podendo ainda dividir-se em três fases distintas. A primeira, a fase latente, é caracterizada pela perceção de contrações, ainda irregulares, extinção do colo uterino e dilatação até aos três centímetros (NICE, 2014). É uma fase que ocorre de forma lenta, nem sempre contínua, podendo durar até vinte horas. A fase ativa, por sua vez, já é caracterizada pela ocorrência de contrações regulares e ocorre entre os quatro e os oito centímetros de dilatação. Por último, a fase de transição, ocorre dos oito centímetros aos dez centímetros de dilatação. O segundo estádio do TP ocorre, assim, desde a dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto, ou seja, o nascimento, dependendo a sua duração do facto de a parturiente ser uma mulher nulípara ou múltipara. Estima-se que, na primeira, tenha uma duração de cerca de 45 a 60 minutos, enquanto nas múltiparas dure entre 15 a 20 minutos. O último estádio do TP compreende, por sua vez, o período que ocorre desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta e membranas, podendo ter uma duração de até 30 minutos (Graça, 2010; Lowdermilk et al., 2008).

O reconhecimento do início do TP e do período em que a parturiente se encontrava foi fundamental na conceção, planeamento e execução de intervenções adequadas e individualizadas a cada casal. Esta preocupação com a realização de um diagnóstico preciso justifica-se, por exemplo, pela necessidade e interesse em efetivar o internamento da mulher apenas em casos cujo TP se encontrasse numa fase ativa, de modo a promover um maior controlo do TP pelas parturientes, assim como uma maior eficácia na gestão da dor do TP e consequente diminuição do número de intervenções obstétricas consideradas desnecessárias (Soares, 2014; Cunningham et al., 2013; Porto et al., 2010).

Muitas das mulheres admitidas nos hospitais e maternidades, referem nunca ter tido contacto com o ambiente hospitalar ou experienciado algum tipo de

internamento, associando-o a algo negativo e relacionado com situações patológicas (APEO, 2009). Esta imagem negativa associada ao ambiente físico onde a parturiente se encontra, juntamente com as rotinas e os protocolos hospitalares em vigor, podem ter impacto na própria dilatação e evolução do TP, pelo que um internamento prolongado e desnecessário deve ser evitado pelos profissionais de saúde (APEO, 2009; Look et al., 2003; Steele, 1998). A libertação aumentada de betaendorfinas devido ao *stress*, medo e ansiedade que as mulheres podem experienciar num contexto desconhecido e percecionado como ameaçador, tem efeitos fisiológicos e psicológicos que podem bloquear o músculo liso, diminuindo a contratilidade uterina e levando a um prolongamento do TP (APEO, 2009; Lederman et al., 1985). No caso das nulíparas, nas quais a fase latente do primeiro período do TP pode ter uma duração de cerca de 20 horas, um internamento realizado numa fase ativa do TP apresenta como vantagens um menor tempo de internamento, acrescido de uma maior sensação de controlo do TP e da dor, bem como um melhor desfecho perinatal (Graça et al., 2010; Lauzon et al., 2009).

De modo a promover o conforto e diminuir os níveis de ansiedade das parturientes e respetivos acompanhantes, foram estabelecidas, quando adequadas, várias intervenções de enfermagem. Primeiramente, através da intervenção “promover a empatia com o casal”, os profissionais presentes no bloco de partos apresentavam-se e procuravam tranquilizar os casais quanto ao internamento, informando-os sobre as rotinas do serviço e explicando sempre todas as intervenções a realizar, aguardando a confirmação do seu consentimento informado. Ao “facilitar o internamento hospitalar” através da já referida apresentação do serviço, adequação da luz ambiente e permissão de colocação de objetos pessoais no quarto hospitalar procurou-se promover um ambiente seguro e confortável. Ao implementar intervenções como: “permitir e encorajar a presença de uma pessoa significativa” e “promover a privacidade da parturiente/casal”, pretendeu-se melhorar a experiência do parto pelo casal (APEO, 2009).

A presença de uma pessoa para suporte contínuo durante o TP, tem sido estudada ao longo dos últimos anos, uma vez que levanta alguma controvérsia

junto dos profissionais de saúde e das próprias normas hospitalares. A institucionalização do parto após o século XX levou a um afastamento da família e do suporte social da parturiente durante o processo de nascimento, uma vez que as estruturas físicas dos hospitais e maternidades, assim como os protocolos existentes nos mesmos, foram delineados de modo a responder às necessidades dos profissionais, e não das mulheres e da sua família (Diniz; 2001; Kitzinger, 1996). Atualmente, o respeito relativamente à escolha da mulher quanto à presença ou não de uma pessoa significativa durante o seu TP é considerada uma boa prática, com utilidade comprovada e que deve ser incentivada (Brüggemann et al., 2007; Hodnett, 2003; OMS, 1996; Lei 14/85 de, 6 de Julho). Os estudos desenvolvidos até à data comprovam a importância que a presença de alguém significativo para a parturiente tem no desenvolvimento do TP, nomeadamente devido a uma maior sensação de apoio e confiança, o que leva a uma maior sensação de controlo sobre o seu TP e a uma menor incidência de sentimentos de angústia, medo e tensão, associados a uma maior necessidade de intervenções obstétricas. Estudos têm ainda comprovado que o apoio contínuo durante o TP promove uma diminuição da incidência de partos distócicos e da duração do mesmo; aumenta a eficácia do AM e leva a uma maior satisfação da experiência de parto pelos casais (Hodnett et al., 2013; Hodnett, 2003; Lieberman, 1992). No contexto de estágio, a escolha da ou das pessoas que iriam assistir foi sempre realizada pela parturiente.

Apesar das indicações para a admissão da mulher numa fase já avançada do TP, existem algumas situações em que a indução⁶ do TP é a opção mais favorável e segura para um desfecho perinatal positivo (NICE, 2008; Campos et al., 2008). Esta indução artificial do início do TP é realizada por várias indicações, recorrendo a diversos métodos: farmacológicos, mecânicos e não farmacológicos (Dowswell et al., 2010). Estima-se que 20% a 30% dos partos analisados em diversos estudos da *Cochrane* tenham ocorrido após indução do TP, o que demonstra o quão comum esta intervenção obstétrica se tornou, apesar dos motivos que levaram à sua prática não serem claros (Jozwiak et al.,

⁶ Define-se como trabalho de parto induzido aquele que é provocado por medicamento ou manobra (Rezende, 2005).

2013; Dowswell et al., 2010; NICE, 2007; Kirby, 2004; Glantz, 2003). Sendo uma intervenção que tem impacto na experiência de parto das mulheres, uma vez que pode apresentar menor eficácia e ser uma experiência mais dolorosa que o parto espontâneo, acarreta ainda uma maior necessidade de assistência e intervenção dos profissionais de saúde (NICE, 2008). As restrições de mobilidade da grávida devido à necessidade de monitorização cardiotocográfica prolongada são também associadas a esta técnica (DGS, 2015).

Segundo a NICE (2008), quando o parto foi induzido através de métodos farmacológicos, menos de dois terços das mulheres tiveram um parto sem necessitar de qualquer tipo de intervenção, sendo que cerca de 15% teve um parto instrumentado e 22% teve de ser submetida a uma cesariana de emergência. Situações como a hemorragia peri-parto, a hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e a rotura uterina apresentam um maior risco de ocorrer após a indução do TP (DGS, 2015; OMS, 2011). Atendendo a estes dados, a DGS (2015) menciona, nas suas diretrizes, que a necessidade de maturação cervical ou de indução de TP deve ser avaliada caso a caso, tendo em consideração o estado de saúde materno-fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez podem acarretar para ambos, a IG, a avaliação do colo uterino e da pelve materna, a estimativa do peso fetal e a sua apresentação. Esta técnica não deve ser considerada em gravidezes consideradas de baixo risco, seja por desejo de abreviar a duração da gestação, seja por vontade de agendar a data do parto (DGS, 2015).

Assim, como indicações para induzir o TP, constam complicações de saúde maternas e/ou fetais que beneficiariam com o término da gravidez, mas nas quais não se verifica urgência no nascimento; oligoâmnios em gestação de termo; RCIU com alterações fluxométricas; morte fetal e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas (DGS, 2015; OMS, 2011; ACOG, 2009). A avaliação do grau de maturação cervical realizada através do Índice de *Bishop*⁷ é essencial, uma vez que este tem uma elevada correlação com a eficácia da terapêutica (ACOG, 2009). É através da avaliação dos cinco itens

⁷ O Índice de Bishop reflete a avaliação realizada com o toque vaginal, ou seja, a extinção e a dilatação, a consistência e a localização do colo uterino, assim como a descida da apresentação (Campos et al., 2008).

que o constituem que é possível perceber qual das duas atitudes terapêuticas é a mais adequada: a maturação cervical (com recurso a prostaglandinas E2 ou misoprostol no caso de grávidas com antecedentes de asma) ou indução do TP com recurso a ocitocina. Em todos os casos, foi sempre considerado o risco de se verificar uma estimulação excessiva da contratilidade uterina, que por vezes pode culminar numa taquissistolia⁸ ou hipertonia uterina⁹ que compromete a perfusão sanguínea e conseqüente oxigenação fetal. Apesar de existir evidência científica que investiga as vantagens de realizar induções do TP no horário da noite, devido à preferência circadiana humana e animal para iniciar o TP ao anoitecer, bem como ao menor número de intervenções obstétricas desnecessárias, ainda não existem consensos que justifiquem a alteração horária desta prática (Bakker et al., 2013). Apesar de as *guidelines* da NICE (2014) indicarem que a indução do TP deve ocorrer 24 horas após a rotura da bolsa amniótica, esta foi muitas vezes iniciada previamente, desde que não existissem sinais que indicassem alterações no bem-estar materno-fetal.

Ao longo do estágio, as maturações ou induções realizadas decorreram essencialmente em gestações que tinham ultrapassado as 41 semanas de gestação, devido ao risco aumentado de morte ou morbidade fetal, e em casos de grávidas com diagnóstico de diabetes prévia ou diabetes gestacional. Os filhos de grávidas com diabetes prévia ou gestacional podem apresentar maior peso fetal ao nascimento que, por sua vez, pode levar a algumas complicações tais como lesão do plexo braquial, associada a distócia de ombros, ou mesmo a morte fetal. O Relatório de Consenso Diabetes e Gravidez (2011) aborda a problemática da IG do parto nestas grávidas. Assim, assume-se que nos casos em que não se verifiquem complicações materno-fetais, nas quais se verifique um bom controlo metabólico apenas com recurso a algum ajustamento do plano alimentar e de exercício físico, o parto pode decorrer entre as 40 e as 41 semanas de gestação. Nos casos em que o controlo metabólico esteja associado

⁸ Define-se por taquissistolia a presença de mais de cinco contrações em cada 10 minutos, num período de 20 minutos ou mais (Campos et al., 2008; Lowdermilk et al., 2008).

⁹ Define-se por hipertonia uterina a presença de contrações com mais de dois minutos de duração, tendo como valores máximos de referência: 45 segundos na fase latente, 70 segundos na fase ativa e 90 minutos na fase de transição (Campos et al., 2008; Lowdermilk et al., 2008).

a intervenção farmacológica (terapêutica oral ou insulínica), o parto deve decorrer ou ser induzido às 39 semanas de gestação. Nos casos em que se verifiquem complicações materno-fetais, a avaliação deve ser realizada de forma rigorosa e atentar à patologia em causa. Riscos associados à indução do TP como a taquissístolia, a prematuridade iatrogénica e induções falhadas devem ser sempre considerados.

Sempre que a decisão final reverteu no internamento para maturação cervical ou indução do TP, os casais foram acompanhados, de modo a perceber se existia alguma dúvida sobre a atitude terapêutica estabelecida e prestar todas as informações necessárias. O foco de atenção de enfermagem “consciencialização” (ICN, 2011) foi assim identificado, tendo como principal atividade de diagnóstico: “avaliar consciencialização do casal sobre a situação atual”. O foco “conhecimento sobre maturação/ indução de TP” (ICN, 2011) foi também alvo de atenção, uma vez que sem este conhecimento o casal não poderia ter uma consciencialização facilitadora da intervenção. Apesar de nos termos deparado com casais maioritariamente informados sobre o processo de maturação ou indução de TP estabelecido, especialmente nos casos em que este foi discutido ao longo da gravidez por risco inerente à gestação, também fomos questionados quanto a riscos associados aos fármacos utilizados e consequências dos mesmos para o bem-estar fetal. Muitos dos casais apresentavam também défice de conhecimento sobre as intervenções associadas à indução do TP, nomeadamente uma maior necessidade de monitorização cardiotocográfica e o repouso no leito após a aplicação de alguns dos fármacos prescritos para maturação do colo.

No caso da monitorização cardiotocográfica, muitas vezes desagradável para a grávida devido à limitação dos seus movimentos, tão importante no alívio da dor e promoção do conforto, esta foi mantida de forma intermitente para avaliar o bem-estar fetal nas gravidezes consideradas de baixo risco, seguindo-se assim as recomendações da NICE (2014). A monitorização contínua intraparto pode ser considerada vantajosa por facilitar a vigilância de várias parturientes e fetos por cada EESMO, permitindo ainda a avaliação simultânea e contínua da variabilidade fetal; da FCF e ainda da contratilidade uterina. No entanto, a já

referida diminuição da mobilidade da parturiente e a subjetividade inerente à análise dos registos obtidos (com consequente aumento do número de intervenções obstétricas), são desvantagens a ter em consideração (Soares, 2014; Graça et al., 2008). Estas contradições sobre a eficácia e a segurança da utilização da monitorização contínua e sobre o seu papel na redução da mortalidade e morbidade neonatal levaram a diversos estudos aos longos dos anos, no sentido de perceber qual seria a melhor forma de aproveitar este recurso. Na meta-análise realizada por Alfirevic et al. (2013), os autores concluem que não se verificaram diferenças significativas no desfecho fetal entre mulheres monitorizadas de forma contínua e mulheres monitorizadas de forma intermitente no que toca aos desfechos neonatais de morte e de paralisia cerebral. Os resultados parecem ainda apontar para um aumento do número de partos instrumentados ou cesarianas nas mulheres em que se optou por monitorização contínua. No entanto, os autores também referem que parece haver uma menor morbidade em mulheres monitorizadas de forma contínua. Numa outra meta-análise da *Cochrane*, realizada em 2012, a monitorização contínua é apontada como um fator que acresce em 20% o risco de cesariana quando realizada em mulheres com uma gravidez considerada de baixo risco, sem qualquer evidência de benefícios, indo ao encontro de outras recomendações já publicadas (Devane et al., 2012). Os autores refletem ainda sobre o facto de, possivelmente, nenhuma revisão ou meta-análise ser capaz de detetar diferenças significativas no que toca à mortalidade perinatal. Apesar da falta de evidência científica que suporte este tipo de intervenção, os autores reconhecem que esta é frequentemente utilizada, pelo que mais estudos seriam necessários para mudar esta prática e oferecer cuidados de saúde diferenciados.

Suportando a nossa prática na evidência científica, optou-se por seguir as normas da NICE (2014), que também incentiva a monitorização intermitente nas parturientes de baixo risco e aconselha a monitorização contínua em casos nos quais se verifica suspeita de *sépsis* ou corioamnionite; temperatura corporal igual ou superior a 38°C; HTA severa (igual ou superior a 160/110 mmHg);

administração de ocitocina; sangramento vaginal que decorra durante o TP ou presença significativa de mecónio no LA.

Ainda dentro do diagnóstico Trabalho de Parto, foi realizada a intervenção “avaliar o traçado cardiotocográfico (CTG)”. O traçado CTG pode ser considerado normal, suspeito ou patológico, de acordo com os dados obtidos através do mesmo (NICE, 2014; Campos et al., 2008). Um traçado é considerado normal quando apresenta uma variabilidade longa (entre 5-25 bpm), maior do que 5 bpm na maior parte do traçado; uma FCF basal entre os 110 e os 160 bpm; pelo menos duas acelerações em 50 minutos de traçado e sem desacelerações (exceto se esporádicas, duas ou menos em 50 minutos e de duração inferior a dois minutos). Quando um traçado é considerado suspeito, estamos perante um ou mais indicadores que não se encontram dentro dos critérios de normalidade referidos. Um traçado patológico, por sua vez, refere-se à presença de uma variabilidade curta (inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos na ausência de medicação que possa alterar a FCF); uma variabilidade curta diminuída, muitas vezes identificada através de padrões sinusoidais ou pseudo-sinusoidais; ou ainda de desacelerações repetitivas, que ocupam mais de metade do traçado com variabilidade longa reduzida ou desacelerações prolongadas (Campos et al., 2010). A avaliação tocográfica obtida, apesar de considerada na perceção da frequência e duração das contrações uterinas, não permite avaliar a intensidade das contrações, obtida apenas com recurso a uma monitorização interna. Deste modo, a decisão de iniciar ou suspender perfusões com ocitocina não deve ser realizada com base na análise da intensidade obtida externamente (Soares, 2014; Montenegro et al., 2013). Também os registos obtidos através da monitorização cardiotocográfica não devem, por si só, levar a decisões que impliquem alterações nos cuidados prestados à parturiente (NICE, 2014).

De modo a promover a adesão dos casais nos períodos em que a monitorização, contínua ou descontínua, era considerada necessária, os casais foram informados da sua funcionalidade e de que um traçado considerado normal ser tranquilizante, significando que o feto está a reagir bem ao TP. Por outro lado, no caso de se verificarem situações que levantassem suspeitas sobre

essa adaptação, essa monitorização poderia ser continuada de modo a fornecer dados que, juntamente com outros fatores, permitissem intervir de modo a garantir a segurança e bem-estar da grávida e do feto (NICE, 2014). Quando disponível, deu-se preferência ao sistema de monitorização cardiográfica por telemetria existente no serviço, de modo a promover a deambulação e movimentos da mulher.

Dando continuidade às intervenções desenvolvidas ao longo dos diferentes módulos para promover a “ligação mãe/pai - filho” (ICN, 2011), os diagnósticos realizados através deste foco de atenção foram sempre revestidos de uma grande relevância para os cuidados prestados. Deste modo, procurou-se integrar intervenções que potenciasses a ligação com o feto/ RN com outras atividades realizadas. Enquanto se procedia à monitorização, e sempre referindo-nos ao feto pelo nome escolhido pelos pais, procurámos associar o tipo de registo a comportamentos fetais (como por exemplo estar mais alerta ou num período de sono), transmitindo mais confiança ao casal. Nos casos em que os traçados obtidos através da monitorização cardiotocográfica suscitaram preocupação, foram implementadas intervenções como alterar o decúbito da parturiente e incentivar uma respiração lenta e profunda para promover uma perfusão placentária e fetal adequada. Todas as intervenções foram justificadas aos pais, de forma tranquila, de modo a evitar a ansiedade e *stress* da parturiente, que poderia comprometer ainda mais a oxigenação fetal.

A avaliação através do toque por via vaginal é outra intervenção que pode dar acesso a dados pertinentes no que toca à vigilância da evolução do TP, sendo no entanto uma prática cada vez mais suscitadora de questões quanto à sua periodicidade ou mesmo necessidade. Através do toque vaginal é possível obter informações relativas a vários aspetos distintos mas igualmente importantes na compreensão do decorrer do TP, podendo ainda comparar os resultados obtidos ao longo do tempo. Assim, quanto ao colo uterino, podemos perceber qual a sua posição, dilatação e extinção. Relativamente ao feto, podemos observar a sua progressão pelos planos de *Hodge*, a sua apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), a sua variedade (anterior, posterior ou transversa), a sua posição (esquerda ou direita), a sua situação (longitudinal,

transversa ou oblíqua) e ainda a sua atitude através da flexão fetal. Após a rotura da bolsa amniótica, aquando do toque torna-se possível observar as características do LA, nomeadamente coloração, odor e quantidade. A avaliação das características da bacia materna também se torna possível através desta intervenção. Contudo, a ausência de estudos com elevada evidência científica que comprovem os benefícios do toque vaginal têm levado a que vários profissionais e até casais se questionem sobre a sua realização por rotina (Downe et al., 2013).

Apesar de o objetivo da sua implementação consistir em perceber se o TP está a evoluir dentro da normalidade e ser uma ferramenta útil na tomada de decisão, um diagnóstico incorreto pode levar a intervenções desnecessárias, tais como a administração de fármacos indutores do TP ou mesmo a realização de um parto distócico (Downe et al., 2013). Na revisão da *Cochrane* realizada por Downe et al. (2013), os autores questionam-se sobre a implementação internacional desta intervenção de forma rotineira, sem que exista evidência científica suficiente que justifique ou contraindique a sua prática. Sendo muitas vezes percebida como um evento *stressante*, doloroso ou mesmo agressivo para as mulheres avaliadas, é importante perceber até que ponto esta intervenção é de facto a mais adequada. Ao longo do estágio, deparámo-nos com casais cada vez mais informados e que desejavam um parto o mais natural possível. Dentro das questões abordadas nos seus planos de parto, o exame através do toque vaginal foi muitas vezes referido como algo que os casais não desejavam ou que gostariam que fosse realizado o menor número de vezes possível. A avaliação através da chamada linha púrpura foi proposta por alguns desses casais. Este método de avaliação baseia-se na congestão provocada nas veias que circulam o sacro devido ao aumento da pressão intrapélvica e que, juntamente com a falta de tecido subcutâneo dessa mesma zona, leva ao aparecimento de uma linha de coloração púrpura (Shepherd et al., 2010; Byrne, 1990). Apesar deste método não invasivo de avaliação já ser mencionado nos anos 90 e existirem estudos que comprovam a existência da mesma, não existem evidências que comprovem que o seu aparecimento seja visível em todas as mulheres, nem que permitam uma avaliação eficaz da evolução do TP

(Downe et al., 2013; Shepherd et al., 2010; Hobbs, 1998). Também a avaliação através das alterações comportamentais das mulheres, tais como as vocalizações, alterações a nível do posicionamento, energia e humor foram sugeridas por alguns dos casais como alternativas aos toques vaginais. Este tipo de avaliação através da observação foi estudado ao longo dos anos, existindo evidências que associam determinados tipos de comportamentos a fases específicas do TP (Downe et al., 2013; Winter et al., 2009; Duff, 2005; Baker et al., 1993; Gaskin, 1980). No entanto, a eficácia deste método não se encontra validada cientificamente (Downe et al., 2013), pelo que foi explicado aos casais que, atualmente, o exame através do toque vaginal é aquele que permite aos profissionais de saúde obter mais informações pertinentes que podem contribuir para o planeamento e implementação de cuidados diferenciados a cada casal. De modo a promover o conhecimento do casal e facilitar a sua compreensão e tomada de decisão informada, dentro do diagnóstico de enfermagem “Potencialidade para o desenvolvimento de conhecimento sobre TP”, foram implementadas intervenções e atividades que concretizam intervenções como: “explicar à mulher/casal que o exame por via vaginal permite perceber em que fase se encontra o TP”, sendo muito útil para perceber se este já teve início aquando da admissão; “informar a mulher/casal de que a realização do exame vaginal é realizada apenas quando é considerado necessário para a tomada de decisão”; “informar a mulher/casal sobre os motivos que justificam a realização do toque vaginal antes da realização do mesmo”; “solicitar o consentimento informado para a realização do exame por via vaginal”; “assegurar a privacidade, dignidade e conforto da mulher/casal aquando da realização do toque vaginal”; “informar a mulher/ casal sobre os dados obtidos através da realização do exame vaginal” e possíveis alterações que estes possam implicar no decorrer do TP (NICE, 2014).

Também a necessidade da realização da amniotomia, ou seja, da rotura artificial da bolsa amniótica foi questionada nos planos de parto de alguns casais. Este procedimento asséptico é realizado com o objetivo de induzir e/ou encurtar a duração do TP. No entanto, num TP que esteja a evoluir sem qualquer complicação, a sua realização por rotina não é aconselhada (NICE,

2014). Existem vários estudos que abordam a realização da amniotomia, quer como intervenção única para induzir e/ou encurtar o TP, quer como método complementado com a utilização de fármacos como a ocitocina. Bricker e Lucas (2012), referem na revisão realizada pela *Cochrane* que a realização da amniotomia por si só consiste numa intervenção útil e económica, apesar de não existirem resultados suficientes para incentivar a sua prática. Realçam, contudo, que esta intervenção pode ser vantajosa quando a mulher/casal não deseja intervenções farmacológicas ou em mulheres com antecedentes de cesariana. Smyth et al. (2013) referem a amniotomia como uma das práticas mais realizadas pelos profissionais em todo o mundo, apesar de não recomendarem esta prática como um procedimento a realizar por rotina, uma vez que existem riscos associados à sua execução, nomeadamente o risco de prolapso de cordão e alterações a nível da FCF. Concluem ainda que os estudos analisados não comprovam diferenças significativas no que toca à percentagem de cesarianas realizadas, satisfação materna face à experiência do parto e índice de *Apgar* inferior a 7 ao 5º minuto de vida (Smyth et al., 2013). Por outro lado, Wei et al. (2013) apontam a realização de amniotomia associada à administração de ocitocina como uma forma de reduzir a percentagem de partos distócicos por cesariana em casos de TP prolongado, sendo estimada uma redução de cerca de 70 minutos na duração do TP. Os autores refletem ainda sobre a escassez de informação sobre a perceção das mulheres quanto a esta intervenção e as consequências da amniotomia na gestão dos desconfortos associados ao TP. Outra revisão aponta para que, apesar de se verificar uma redução do tempo de TP e a diminuição de índices de *Apgar* baixos ao 5º minuto de vida, exista uma relação entre a rotura precoce de membranas e uma maior incidência da taxa de cesarianas, assim como das alterações no bem-estar do feto, pelo que a realização deste procedimento deveria ser realizada apenas em casos cujo TP apresentasse uma progressão anormal (Fraser et al., 2006). Também a NICE (2014) considera a realização da amniotomia como uma prática útil mas que não deve ser realizada em todas as mulheres indiferenciadamente, assim como a sua utilização combinada com ocitocina não deve ser considerada um procedimento de rotina.

De modo a assegurar as condições de segurança, sempre que esta intervenção foi realizada, foi previamente realizada uma avaliação da evolução do TP e das condições fetais. Assim, o feto deveria encontrar-se ao nível do III plano de *Hodge*, reduzindo o já referido risco de laterocidência ou procidência do cordão umbilical. Pelo mesmo motivo, foi exercida simultaneamente, pressão no fundo uterino e promovida uma saída gradual do LA. Após a rotura, procedeu-se à intervenção “avaliar características do LA”, sendo as mesmas registadas. A presença de mecónio no LA ocorreu em algumas situações, pelo que se procedeu à avaliação cardiotocográfica contínua para uma avaliação sistemática do bem-estar fetal devido ao risco acrescido de mortalidade e morbilidade neonatal (Hofmeyr et al., 2014). A presença de mecónio foi sempre comunicada à equipe profissional presente e responsável pelo TP em questão.

O papel do pai na sala de partos, não foi desvalorizado ou esquecido aquando dos cuidados prestados. Apesar de a figura paterna ter sido desvalorizada durante muitos anos, a partir dos anos oitenta o interesse pela dinâmica pai-filho e a sua relevância no bem-estar e desenvolvimento da criança começou a assumir uma importância cada vez maior (Silverstein et al., 1999). Genesoni e Tallandini (2009) apontam a ligação emocional entre um pai e um filho como determinante para a transição do pai para a paternidade e para o próprio desenvolvimento do bebé, pelo que intervenções que promovam uma parentalidade eficaz e positiva devem ser implementadas, como já foi referido ao longo do relatório (Nogueira et al., 2012). No entanto, apesar das evidências disponíveis atualmente apontarem para as vantagens da presença do pai durante o TP, e a maioria deles desejar estar presente e apoiar a mulher durante o mesmo, a experiência dos pais é muitas vezes descrita como repleta de sentimentos como ansiedade, inutilidade ou mesmo desamparo, sentindo-se muitas vezes deslocados e mal preparados para o seu papel num momento tão exigente (Nogueira et al., 2012; Martin, 2008; Wockel et al., 2007). Urge, assim, a necessidade de que os profissionais consigam proporcionar ao pai uma experiência positiva e gratificante, com sentimentos de segurança no seu papel (Genesoni et al., 2009). A preparação para a parentalidade e para o parto, realizada ao longo da gravidez, tem um grande valor nesta questão, uma vez

que os pais se sentem mais integrados face ao que está a acontecer, encontrando-se ainda dotados de conhecimentos e estratégias que lhes permitem ajudar a mulher e compreender melhor as intervenções realizadas. Na maioria dos casos, verificámos que os pais que participaram ativamente nas consultas da gravidez, envolvendo-se nas aulas de preparação para a parentalidade e parto, se mostravam mais ativos, tinham mais iniciativa e colocavam mais dúvidas do que os pais que relatavam não ter acompanhado a gravidez. Sempre que os pais se encontravam presentes no momento do parto, foi propiciada a oportunidade de cortarem o cordão umbilical e de participarem nos primeiros cuidados ao RN, dois fatores apontados como promotores da ligação ao RN e de grande valor nas expectativas do pai face à sua presença na sala de partos (Nogueira et al., 2012; Brandão et al., 2012).

A discussão do plano de parto, se existente, foi, como mencionado ao longo do relatório, uma intervenção implementada junto de todos os casais, procurando perceber quais as expectativas e desejos face ao TP e parto. Quando este não se encontrava elaborado de forma formal, procurou-se perceber que respostas podiam ser dadas a cada casal que melhorassem a sua experiência de parto. Questões como a realização de tricotomia ou enema de limpeza estiveram presentes na maioria dos planos de parto, apesar de serem intervenções que, no serviço em questão, já não são realizadas por rotina devido à inexistência de estudos que comprovem a sua eficácia na diminuição do risco de infeção materno-infantil (APEO, 2009). Basevi e Lavender (2009) referem que a realização da tricotomia é ainda protocolo em muitos países, por se considerar que diminui o risco de infeção em casos de laceração ou episiotomia e por facilitar a sutura e realização de partos instrumentados. Contudo, concluem que não existem diferenças significativas que justifiquem esta prática.

A intervenção “promover o *empowerment* da mulher/casal” foi implementada em todos os planos de cuidados elaborados. Estudos existentes apontam para que a sensação de controlo seja o fator chave para a perceção da mulher sobre o seu parto. Gibson (1995) aponta para os diversos aspetos que esse empoderamento abrange, traduzindo um processo que promove a sensação

de controlo da mulher/casal sobre fatores que podem afetar a sua saúde, nomeadamente: o controlo da perceção da dor, de emoções como o medo e a ansiedade, assim como o controlo sobre o ambiente, das pessoas envolvidas e dos procedimentos realizados. As intervenções foram, assim, remetidas para medidas que potenciaram o empoderamento do casal sobre o seu próprio parto. Mesquita (2007), define a pessoa com *empowerment* como aquela que é capaz, aquela que é dotada de competência participativa e responsável, sendo capaz de manter compromissos face aos processos de tomada de decisão. Assim, um casal que tenha *empowerment* é capaz de controlar e participar nas suas decisões em saúde, tendo influência no decorrer das mesmas. É, também, um importante fator na avaliação do processo de transição para a parentalidade, pelo que a promoção de competências que permitam ao casal desenvolver o seu *empowerment* são cada vez mais defendidas pelos EESMO, no sentido de os dotar de um papel cada vez mais ativo.

Através da discussão das expectativas e desejos das grávidas e respetivos acompanhantes, foi possível perceber que a maioria dos casais gostaria que o parto fosse realizado sem que fosse necessário realizar episiotomia; desejavam poder ter liberdade de movimentos e realizar exercícios na bola de pilates; tomar banho e poder adotar a posição que lhes fosse mais confortável durante o TP e/ou parto. Quanto aos acompanhantes, desejavam na sua maioria estar presentes durante o TP e parto, com a possibilidade de permanecerem no serviço 24 horas e cortar o cordão umbilical. A maioria das mulheres desejava iniciar o contacto pele a pele e a amamentação, assim que possível, e não desejava ver a placenta. Foram raros os casos em que a mulher solicitou ao acompanhante que saísse da sala durante o TP. Verificou-se ainda uma grande percentagem de casais que referiu que a possibilidade de a parturiente ingerir líquidos ou alimentos durante o TP era importante para eles.

As políticas relativas à ingestão de alimentos e bebidas durante o trabalho de parto têm mudado ao longo do tempo, havendo, no entanto, uma grande controvérsia no que respeita à ingestão de alimentos sólidos (Hunt, 2013; López et al., 2010). A morte por pneumonia de aspiração era, nos anos 40, a principal causa de morte materna nos EUA, tendo Mendelson, um médico obstetra e

cardiologista, verificado uma alta mortalidade e morbidade em mulheres submetidas a cesariana com anestesia geral, quer por inalação de líquidos, quer de partículas alimentares do estômago (Hunt, 2013). Esta situação passou assim a ser denominada de síndrome de Mendelson, levando à adoção de políticas de jejum prolongado durante o TP, apesar de nunca ter sido comprovada a sua influência na incidência de aspiração pulmonar (O'Sullivan et al., 2009). As intervenções para reduzir o conteúdo do estômago ou a acidez do mesmo, quer por via farmacológica, quer por restrição de ingestão oral não têm, aliás, apresentado êxito (Singata et al., 2013).

A evidência científica atual não identifica benefícios ou danos associados à restrição de líquidos e alimentos durante o TP nas mulheres com baixo risco, existindo diversos estudos que apontam a autonomia e liberdade das mulheres para decidirem sobre a alimentação e a ingestão de líquidos durante o seu TP como a decisão mais favorável ao desfecho do mesmo. Também não foram encontradas evidências significativas quanto à incidência de cesariana, partos instrumentados, duração do TP, náuseas e vômitos, scores do índice de Apgar do RN, internamento do RN na neonatologia que sustentem o jejum nas parturientes (Singata et al., 2013). A OMS, por sua vez, recomenda a não restrição de líquidos durante o TP que evolui sem complicações e a permissão de ingestão de alimentos leves se as mulheres assim o desejarem (López, et al, 2010). Alguns estudos mencionam ainda os efeitos nocivos associados à restrição de alimentos, que pode favorecer a desidratação e a cetoacidose, que parecem contribuir para TP mais longos e maior *stress* materno (Hunt, 2013; Foulkes 1985 cit. in Singata et al., 2013; Smith et al., 2011; López et al., 2010). Questões como a interpretação do jejum como uma atitude de autoritarismo, levam também à necessidade de refletir sobre estas práticas (O'Sullivan et al., 2009). Os escassos estudos realizados sobre as consequências que a não ingestão de alimentos e bebidas possa ter nos RN também tem gerado discussão nos profissionais de saúde, pondo em causa esta medida tão frequente no nosso serviço de saúde (NCT, 2007, cit. in Hunt, 2013). Alternativas como a utilização de fluidos endovenosos como a glicose e soluções isotónicas, implementadas face ao jejum, têm sido associadas a um aumento da incidência de

hipoglicemia neonatal, assim como a uma maior predisposição das mulheres à imobilização, aumentando o *stress* e o risco de sobrecarga hídrica, não assegurando um equilíbrio de nutrientes e líquidos (Singata et al., 2013). Assim, a maioria dos estudos realizados corrobora com a já referida recomendação da OMS, referindo que se deve permitir que as parturientes de baixo risco ingiram bebidas isotónicas e alimentos ligeiros, não lácteos, em intervalos frequentes, sem que isso implique um aumento das distocias e das complicações maternas ou fetais (Singata et al., 2013; Smith et al., 2011; López et al., 2010; O’Sullivan et al., 2009). Também a Sociedade Europeia de Anestesia, nas mais recentes *guidelines* elaboradas em 2011, recomenda que deve ser permitido que as mulheres em TP ingiram líquidos claros sempre que o desejarem, apesar de desencorajar os alimentos sólidos na fase ativa de TP, uma vez que não parecem conferir nenhum benefício para os resultados obstétricos. No entanto, tendo em conta a incidência reduzida de mortes por aspiração nas parturientes de baixo risco, estudos apoiam o consumo de alimentos com baixo teor de resíduos (NICE, 2014; Smith et al, 2011).

A alimentação e a ingestão de líquidos podem ser consideradas medidas de conforto, na maioria das vezes associada ao diagnóstico “conforto alterado” (ICN, 2011). No serviço de obstetrícia do CHPV-VC, após uma reunião entre todos os profissionais de saúde, chegou-se a um consenso face a esta controvérsia. A ingestão de líquidos claros (como água e chás), assim como alimentos leves (como gelatinas) já são possíveis se estas assim o desejarem. Outra medida de conforto implementada sempre que possível foi a escolha da sala de parto onde iria ficar, assim como a oportunidade de levar para o local objetos significativos, desde que estes não afetassem a prestação de cuidados. Destes, os mais escolhidos foram a presença de um candeeiro de luz suave e objetos simbólicos, como pedras associadas a crenças espirituais. Os casais foram ainda informados sobre todos os recursos existentes no serviço, tais como: a bola de pilates, rádio com leitor de CD, banco de parto e sala com duche. Foi sempre dado a escolher o tipo de iluminação na unidade de cuidados. Como já foi referido, a escolha do acompanhante e da presença de

mais do que uma pessoa significativa durante o TP foi sempre negociada com a grávida/casal.

Os focos de atenção “dor de período de dilatação cervical” e “dor de período expulsivo” (ICN, 2011) estiveram presentes na maioria dos processos de enfermagem desenvolvidos. A dor associada ao TP é ainda alvo de estudo, uma vez que a forma como esta é percebida e manifestada é muito variável e deve ser entendida atendendo aos vários fatores que influenciam a sua presença.

Lowdermilk e Perry (2008), abordam a existência de duas origens para a dor no trabalho de parto, a de origem somática e a de origem visceral. Assim, a dor percebida durante o primeiro estagio do TP estaria associada às alterações do colo uterino, assim como à distensão do segmento inferior e isquemia do útero. Teria, então, uma origem visceral, localizando-se sobretudo sobre a parte inferior do abdómen, tendo irradiação para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, glúteos e coxas. Por outro lado, durante o segundo estagio do trabalho de parto, a dor teria uma origem somática, geralmente descrita como aguda, intensa e bem localizada. Esta dor seria então resultado do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico, que permitem a passagem fetal, assim como da distensão e tração do peritoneu e ligamentos útero-cervicais (Lowdermilk et al., 2008). Os esforços expulsivos e a pressão exercida pelo feto sobre as estruturas pélvicas, bexiga e intestino podem ainda aumentar a sensação de dor. No terceiro período do TP e no pós-parto imediato a dor percebida assemelha-se à dor do primeiro estagio do trabalho de parto e às alterações uterinas decorrentes. No entanto, a explicação da dor sentida durante o TP vai para além dos fatores físicos intrínsecos ao mesmo. O próprio parto, enquanto fenómeno natural ou médico, varia de cultura para cultura e a forma como é vivenciado e considerado circunscreve-se a muitas outras diferenças, quer nas sociedades orientais, quer nas ocidentais. O tipo de preparação que a mulher experienciou durante a gravidez, o local onde o parto ocorre (domicílio ou hospital), as pessoas que têm permissão para assistir ao parto ou que estão envolvidos no mesmo (profissionais ou pessoas significativas), os recursos tecnológicos disponíveis, a medicação administrada

e o *empowerment* da mulher no processo de decisão, são alguns dos fatores culturais que podem influenciar a experiência do TP e parto (Lozoff et al., 1988). Se é verdade que em algumas sociedades a dor é tão valorizada quanto os recursos existentes para a reduzir ou eliminar, outras sociedades consideram a dor como um fenômeno natural, pelo que técnicas que a minimizem são consideradas desnecessárias (Figueiredo et al., 2002; Lozoff et al., 1988;). O facto de as mulheres ocidentais parecerem associar o TP a uma dor quase insuportável desde crianças, leva a sentimentos de medo e, conseqüentemente, tensão psíquica quando pensam neste evento, o que pode levar ao aumento da dor real aquando do nascimento devido à tensão dos órgãos e tecidos, formando um ciclo vicioso. Dick-Read, na década de 70, estudou e apontou o ciclo de tensão-medo como os principais fatores que levam à percepção de dor de TP (Macedo et al., 2005).

Para algumas mulheres, a dor vivenciada durante o TP é considerada uma situação traumática, impedindo ou condicionando a vontade de voltar a engravidar devido ao receio de voltar a passar pela mesma experiência (Figueiredo et al., 2002). No imaginário feminino ocidental, o parto parece assim encontrar-se muito associado ao sofrimento inevitável (Oliveira et al., 2010). Sentimentos como o medo e insegurança face ao desconhecido, sensação de abandono e solidão, ansiedade, má experiência obstétrica anterior, falta de preparação para o parto, ambiente desfavorável e o prolongamento do TP, em especial do período expulsivo, parecem aumentar esta percepção de dor e sofrimento pelo que, conhecendo a influência que a dor e a tensão a ela associada podem implicar no decorrer do TP, estes fatores foram abordados junto das parturientes (Lowdermilk et al., 2008). Assim, para além de intervenções como promover a liberdade de movimentos da parturiente, promover a deambulação, facilitar a integração da parturiente no serviço e permitir a ingestão de líquidos claros (como a água ou chá açucarado) e de gelatina, foram ainda explicadas e incentivadas as intervenções não farmacológicas para gestão alívio da dor. A permanência de uma figura de suporte foi também encorajada. As intervenções farmacológicas foram também explicadas e executadas de acordo com as preferências de cada parturiente.

Ao longo do estágio, foi possível contactar com diversos casais que, conscientes das vantagens de serem admitidos no serviço já numa fase ativa do TP, preferiram desenvolver a maior parte do seu TP em casa, onde tinham maior controlo sobre o meio ambiente e onde podiam recorrer a várias técnicas para alívio e gestão do desconforto e dor sem terem de solicitar permissão aos profissionais de saúde e sem terem de experienciar algumas intervenções protocoladas no meio hospitalar. De acordo com a equipa de enfermagem que constitui o serviço, o número de casais que procura o serviço numa fase mais tardia do TP e que solicita um menor nível de intervenções durante o TP e parto tem vindo a aumentar, o que levou à necessidade dos profissionais do serviço reverem alguns protocolos de modo a dar resposta às necessidades e expectativas dos casais que procuram o serviço. A implementação de técnicas no serviço como o rebozo, a utilização da bola de pilates, a deambulação, a musicoterapia, a hidroterapia, a TIG e os exercícios respiratórios, demonstra a valorização deste tipo de métodos, com eficácia demonstrada, no bloco de partos (NICE, 2014; Khianmann et al. 2012; Marc et al., 2011; Sescato et al., 2008; Davim et al., 2007; Cabete et al., 2003). As parturientes foram ainda encorajadas a mobilizarem-se e a adotar posicionamentos antiálgicos ao longo de todo o TP (NICE, 2014). As condições do bloco de partos permitem ainda a utilização do banho de chuveiro para alívio dos desconfortos durante a fase de dilatação do TP, não existindo contudo condições físicas que permitam o banho de imersão (NICE, 2014; APEO, 2009).

Durante a permanência no CHPV-VC, foram vários os casais informados e interessados em perceber que tipo de condições o serviço lhes podia oferecer. Estes procuravam um local onde pudessem experienciar um TP sem que fossem pressionados para a utilização de terapêuticas farmacológicas para o alívio da dor ou em que as suas opiniões fossem desvalorizadas ou desrespeitadas. Os casais compreendiam as contrações uterinas como partes fundamentais para o decorrer do TP e nascimento, não as considerando nocivas ou insuportáveis, pelo que desejavam gerir, à medida que este avançava, o seu próprio TP. Em todos os casos, foi sempre esclarecido com os casais de que podiam sempre escolher a administração de terapêutica caso considerassem que iria melhorar a

sua experiência, sem que se procedesse a qualquer tipo de julgamento sobre a sua mudança de decisão. Assim, verificaram-se vários casos em que os casais experienciaram um TP sem que se recorresse a qualquer tipo de analgesia farmacológica e, quando questionados sobre a sua experiência, verbalizavam agrado e satisfação. A maioria destes casais referia que tinham tido uma experiência plena do TP e, uma grande parte destes, referiu-se a uma gestão do desconforto em vez de dor. Também verificámos que algumas das parturientes acabaram por optar por intervenções farmacológicas quando a dor se tornava impeditiva de uma experiência gratificante do TP, mas manifestavam o seu agrado por lhes ter sido dada a opção de adiar e ter poder sobre o momento em que essa intervenção era realizada. Foram também muitas as parturientes que, ainda numa fase latente do primeiro estadio do TP ou mesmo durante a admissão, verbalizaram a sua preferência pela utilização de técnicas farmacológicas para alívio da dor, nomeadamente da analgesia por via epidural.

Assim, considerando esta diversidade cultural e mesmo de crenças e tolerância à dor, é esperado que o EESMO tenha uma atitude de compreensão para com as diferenças culturais de cada casal e de cada parturiente, devendo ter uma intervenção diferenciada que promova uma experiência de TP positiva e gratificante para os seus clientes (Macedo et al., 2005).

A analgesia por via epidural, já mencionada no presente relatório, foi administrada sempre que as parturientes manifestavam esse desejo. Apesar de o papel do EESMO durante a colocação do cateter epidural e administração dos fármacos pelo anestesista ser de colaboração, é da sua responsabilidade vigiar o bem-estar materno e fetal. Assim, foi sempre garantido que existia um acesso venoso disponível antes da colocação do cateter epidural e posterior analgesia (NICE, 2014). Considerando que a administração destes fármacos pode levar a hipotensão materna e a alterações a nível cardíaco fetal, procedeu-se à monitorização da TA de cinco em cinco minutos durante quinze minutos e a avaliação cardiotocográfica durante 30 minutos após a administração de cada bólus dos fármacos para detetar qualquer sinal de alteração no bem-estar fetal (NICE, 2014). A perfusão de Lactato de Ringer para prevenir a hipotensão

materna foi gerida de acordo com a reação da parturiente aos fármacos, seguindo as orientações das *guidelines* da NICE (2014), que não recomendam a sua administração prévia por rotina antes do início da analgesia. A escolha da analgesia por via epidural não foi considerada impedimento da mobilização ou adoção de posições verticais durante o TP e parto, desde que não se verificasse qualquer compromisso na mobilização dos membros inferiores ou hipotensão materna, pelo que se mantiveram intervenções como “promover a deambulação” e “incentivar a adoção de posição antiálgicas pela parturiente” (NICE, 2014).

Uma vez que a administração de analgesia por via epidural pode levar a uma diminuição da percepção da sensação de esforços expulsivos, quando se verificava que a parturiente tinha uma dilatação completa seguiam-se duas atitudes: encorajava-se os esforços expulsivos quando esta tinha vontade de os exercer ou a cabeça do feto já se encontrava visível, ou então adiavam-se os mesmos durante uma hora ou mais, até a parturiente sentir vontade de puxar (NICE, 2014). Em ambos os casos, a NICE (2014) aconselha a que não se excedam as quatro horas após a dilatação completa, independentemente de estarmos perante uma primípara ou uma múltipara (NICE, 2014).

Considerando os efeitos secundários associados à analgesia por via epidural, foi também mantida a vigilância no que toca à manifestação de náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos, sensação de peso corporal ou de diminuição da força nos membros inferiores, complicações hemorrágicas (como hematoma epidural, subdural ou angiomas), encontrando-se ainda descrito o risco de aumento da temperatura corporal (Graça et al., 2010). O risco de retenção urinária, já de si vigiado ao longo do TP, uma vez que pode levar a intercorrências na progressão da apresentação fetal, encontra-se agravado após a administração desta analgesia devido à diminuição da percepção relativa à eliminação urinária (Graça et al., 2010). Considerando que a formação de globo vesical pode comprometer a progressão da apresentação fetal no canal de parto, estabeleceu-se como intervenções de enfermagem: “vigiar a eliminação urinária” e “vigiar sinais de retenção urinária”, sendo as parturientes incentivadas a urinar de duas em duas horas. A estimulação urinária através da

audição do som da água a correr, a imaginação de uma queda de água ou colocar as mãos em água fria foi também implementada em SOS, tendo sempre como hipótese a necessidade de realizar drenagem vesical através de cateter urinário, caso nenhuma das intervenções anteriores surtisse efeito.

O diagnóstico “risco de infeção” (ICN, 2011) foi identificado por diversas vezes no plano de cuidados estipulado para cada utente. Na maioria das vezes, este encontrava-se associado à presença de cateter venoso periférico e/ou de cateter epidural, assim como ao próprio meio hospitalar. No entanto, fenómenos como a laceração perineal ou a presença de episiotomia e episiorrafia foram também associados a este risco. Nos casos em que as utentes apresentavam um diagnóstico de *Streptococcus B* positivo ou desconheciam o resultado do mesmo, era iniciada antibioterapia profilática no sentido de diminuir o risco de infeção (Campos et al., 2008). A antibioterapia profilática com penicilina sódica e potássica, intervalada de quatro em quatro horas até ao parto era realizada, sendo utilizada eritromicina, de seis em seis horas, quando as utentes referiam alergia à penicilina. Apesar de as novas *guidelines* da NICE (2007) recomendarem a administração de antibioterapia apenas quando se verificam sinais de infeção (devendo para isso monitorizar-se a temperatura corporal de quatro em quatro horas e proceder-se à avaliação das características do LA), no serviço de obstetrícia esta encontra-se protocolada perante história de rotura da bolsa amniótica superior a 18 horas, independentemente do tipo de rotura ser espontânea ou artificial.

Com o evoluir do TP, os focos de atenção “cansaço” e “autocontrolo” (ICN, 2011) foram elaborados de acordo com as especificidades de cada casal. O já mencionado internamento, por vezes precoce, e as intervenções obstétricas que decorrem ao longo do mesmo levam a que algumas mulheres evidenciem sentimentos que não são promotores do TP. Na maioria dos casos em que a indução do TP foi realizada através da aplicação de dinoprostona através de um sistema de libertação vaginal, a dilatação completa só era atingida após as 24 horas de internamento, propiciando sentimentos e emoções negativas. De modo a reduzir ou diminuir este tipo de situações, os casais internados foram incentivados a realizar atividades promotoras do seu bem-

estar durante o internamento, tais como a leitura, musicoterapia e deambulação. As intervenções “promover a expressão de sentimentos e emoções da mulher/casal” e “informar a mulher/casal sobre o decorrer do TP” foram sempre implementadas. De modo a diminuir o risco de fadiga, intervenções relacionadas com o segundo período do trabalho de parto, ou seja, da dilatação completa até ao nascimento, foram também abordadas no plano de cuidados elaborado para cada casal. Dentro destas, podemos mencionar: “informar o casal sobre a altura ideal para iniciar esforços expulsivos”; “promover o bem-estar materno durante os esforços expulsivos”; “incentivar a mulher a realizar esforços expulsivos aquando da perceção da vontade de puxo” e “incentivar a mulher a realizar esforços expulsivos na posição mais confortável para si”.

A gestão dos níveis de fadiga associada a um maior controlo dos esforços expulsivos tem vindo a ser questionada pela comunidade científica, levando a alterações no papel dos profissionais de saúde no que toca à abordagem deste período tão importante para o nascimento. As normas elaboradas pela NICE (2014), incentivam intervenções que promovam o *empowerment* da mulher no segundo estadio do TP, nomeadamente informá-las de que esse estadio deve ser guiado pela sua vontade de puxar, e não pelas orientações dos profissionais de saúde. Nos casos em que o puxo não era efetivo, foram implementadas intervenções como “informar a mulher sobre a importância de ter a bexiga o mais vazia possível para promover a progressão da apresentação fetal” e “informar a mulher sobre estratégias que facilitam o período expulsivo”, podendo ser exemplificadas atividades que concretizam a intervenção tais como: “informar a mulher de que a posição de deitada ou semi-sentada não são promotoras da eficácia do puxo”; “informar/encorajar a mulher a adotar a posição que considere mais favorável e confortável no período expulsivo”; “disponibilizar banco de parto” caso a mulher demonstre vontade de puxar ou ter o seu parto em posição de sentada; e “assistir a mulher no puxo em posição lateral” (NICE, 2014). O puxo dirigido, por sua vez, não foi implementado, uma vez que a evidência científica atual incentiva o puxo espontâneo, contrariando

a utilização da manobra de *Valsalva*¹⁰, uma técnica ainda muito instruída e incentivada às parturientes.

Num estudo quâsi-experimental realizado em 2014 que abordava os efeitos entre o puxo através da manobra de *Valsalva* e o puxo espontâneo na fadiga pós-parto e no índice de *Apgar* dos RN, os autores concluem que o puxo espontâneo é mais vantajoso nas duas componentes analisadas (Yasmeen et al., 2014). Yildirim e Beiji (2008) reforçam que os esforços expulsivos devem ser iniciados apenas a partir do momento em que a dilatação do colo uterino se encontra completa, de modo a que estes sejam mais eficazes, tendo ainda associados melhores resultados neonatais. Assim, implementaram-se as intervenções “incentivar a parturiente a puxar aquando do reflexo do *Ferguson*”; “promover o puxo livre” e “explicar à parturiente que deve iniciar os esforços expulsivos após a dilatação completa”, seguindo as *guidelines* da NICE (2014) e as evidências científicas mais atuais. Em todos os casos, foi dada a liberdade à parturiente de escolher a posição mais confortável para si para realizar os esforços expulsivos.

No caso das mulheres que realizavam os cursos de preparação para a parentalidade e para o parto no CHPV-VC, a introdução dos vários posicionamentos que poderiam ser assumidos durante o TP e parto já tinha sido abordada ao longo das aulas. No entanto, quer para estas, quer para as mulheres que desconheciam ter esta possibilidade de escolha ou que não possuíam conhecimento sobre que posições poderiam adotar aquando dos esforços expulsivos, foram demonstrados vários posicionamentos e recursos (como o banco de parto, as barras laterais e o arco) que poderiam utilizar, de forma a tornar o puxo mais eficaz e diminuir os níveis de fadiga. A posição de cócoras, quer no banco de partos, quer na cama articulada (com o apoio do arco ou das barras laterais) foi escolhida por um número considerável de mulheres de modo a tornar o puxo mais eficaz e facilitar a descida da apresentação. Nenhuma mulher considerou a posição de deitada como forma ideal de realizar os esforços expulsivos, sendo aliás esta posição

¹⁰ Manobra em que, numa primeira fase, as parturientes eram instruídas a realizar uma inspiração profunda, devendo depois suster a respiração, encostar o queixo ao peito e puxar durante cerca de 30 segundos (Lowdermilk et al., 2008).

desaconselhada pela evidência científica atual (NICE, 2014). A escolha de posições verticais, por outro lado, têm benefícios cada vez mais abordados pela literatura científica atual, nomeadamente o encurtamento do segundo período de TP por favorecimento da ampliação dos diâmetros pélvicos (especialmente as posições de cócoras e de quatro apoios) e pela utilização da força gravítica, quer em primíparas, quer em múltíparas; melhor controlo da dor devido à escolha de uma posição cómoda para a parturiente, aumentando a produção de endorfinas e diminuindo a perceção de dor; aumento da dinâmica uterina, uma vez que a pressão exercida pelo feto no colo uterino aumenta, levando a uma maior produção de ocitocina; diminuição do número de partos instrumentados, devido ao já referido aumento dos diâmetros pélvicos e diminuição de posições anómalas da cabeça fetal; diminuição do risco de alterações da FCF, uma vez que reduzem o risco de compressão dos grandes vasos da pelve e promovem a oxigenação fetal; menor risco de ser necessário realizar episiotomia (Gupta et al., 2012; APEO, 2009; Jong et al., 1997).

Apesar de a realização da episiotomia ter sido realizada quase de forma rotineira durante muitos anos, a evolução do conhecimento científico relativo à sua prática veio a contestar esta prática, considerando-se que o seu uso indiscriminado tem efeitos prejudiciais (Carroli et al., 2012; APEO, 2009; OMS, 1996). Assim, atualmente considera-se que a realização da episiotomia pode levar a uma maior incidência de lacerações de grau III ou IV; não previne a debilidade da musculatura pélvica; aumenta o risco de lesão do esfíncter anal; aumenta os problemas de cicatrização e dor nos primeiros dias do pós-parto; aumenta o risco de dispareunia e não protege o feto do risco de asfíxia no intraparto (APEO, 2009). Durante o ensino clínico, a realização da episiotomia médio-lateral, por apresentar menor risco de lesão do esfíncter anal comparativamente com a episiotomia mediana, foi implementada quando presentes as seguintes situações: tecido perineal com reduzida distensibilidade durante o coroamento fetal, com risco evidente de rotura tecidual; distócia de ombros e apresentações fetais occipito-posteriores (Cunningham et al., 2013). Apesar de os estudos existentes apontarem para um maior risco de lacerações de segundo grau e aumento da perda sanguínea em partos realizados em

posições verticais comparativamente com os partos realizados em posições horizontais, o aumento da perda sanguínea no pós-parto imediato, mais associada à posição de cócoras, parece ser contornada quando, imediatamente após o parto, a mulher é aconselhada a adotar a posição de litotomia (Sabatino, 2010).

Devido ao risco de existência de circulares cervicais do cordão umbilical, após a saída da cabeça fetal foi sempre solicitado à parturiente que esta cessasse os esforços expulsivos, de modo a pesquisar a presença das mesmas. Ao longo do estágio, verificaram-se várias situações de presença de circulares cervicais largas e apertadas. Nos casos em que estas eram largas o suficiente para passarem sobre a cabeça fetal, procedeu-se à libertação do ombro anterior e do ombro posterior. Nos casos em que as circulares presentes eram apertadas, foi necessário realizar a laqueação prévia imediata com secção do cordão umbilical, seguindo-se as orientações da literatura existente (Cunningham et al., 2013; Lowdermilk et al. 2008). Em alguns casos verificou-se ainda a ocorrência de distócia de ombros¹¹ fetal, uma situação pouco frequente, mas que reflete uma emergência na obstetrícia devido aos riscos de mortalidade e morbidade a ela associados (NICE, 2012; Campos et al., 2010). Nos casos experienciados, a execução da manobra de *McRoberts* foi eficaz na sua resolução.

Após a expulsão fetal, a hora do nascimento era registada e os pais felicitados. Uma vez que a evidência científica atual refere que a laqueação do cordão umbilical não necessita de ser realizada imediatamente após o nascimento, o RN era mantido ao nível do introito vaginal enquanto era executada estimulação tátil para favorecer os primeiros movimentos respiratórios. A primeira avaliação do índice de *Apgar* do RN (FC, cor do RN, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e tónus muscular), assim como vigilância de sinais que evidenciassem possíveis compromissos respiratórios (como a presença de adejo nasal, retração intra/infracostal, cianose e pieira)

¹¹ Situações de parto vaginal cefálico para as quais é necessário recorrer a manobras obstétricas adicionais para desencravamento da cabeça fetal devido ao insucesso da libertação da mesma após a realização da tração habitualmente utilizada na libertação dos ombros (NICE, 2012; Campos et al., 2010).

foram também realizados neste momento. Uma vez que ainda existe algum debate entre as vantagens da realização de uma clampagem precoce do cordão umbilical, ou seja, nos primeiros 60 segundos de vida, comparativamente com uma clampagem tardia (realizada após o primeiro minuto de vida do RN ou quando este para de pulsar), a *Cochrane* apresentou, em 2013, uma revisão sistemática que aborda a influência destes dois métodos nos resultados materno-fetais. Nesta revisão, realizada por McDonald et al. (2013), conclui-se que uma clampagem precoce do cordão umbilical, ou seja, antes dos primeiros 60 segundos após o nascimento, leva a uma maior probabilidade de os RN apresentarem menor concentração de hemoglobina circulante nos primeiros dias de vida e uma maior probabilidade de virem a desenvolver uma anemia ferropriva entre os primeiros três e seis meses de vida. No entanto, estes RN parecem apresentar menor percentagem de necessidade de tratamento médico por hiperbilirrubinemia. Por outro lado, RN cuja laqueação do cordão tinha sido realizada tardiamente apresentavam uma maior concentração de hemoglobina (superior cerca de 2,2 gramas por dia) em comparação com os RN com laqueação realizada nos primeiros segundos de vida, tendo uma maior necessidade de tratamento médico por hiperbilirrubinemia. Não se verificaram alterações no que toca ao risco de hemorragia materna pós-parto. Assim, os autores aconselham a realização de uma clampagem tardia do cordão umbilical, desde que existam meios que assegurem o tratamento da hiperbilirrubinemia. Rabe et al. (2012), validam os benefícios de uma clampagem tardia no caso de RN prematuros.

Todos os cuidados prestados ao RN foram explicados aos pais e, exceto em casos que exigiram uma intervenção de emergência, ocorreram dentro da sala de partos, sob o olhar dos pais para que estes pudessem assistir e colaborar na prestação dos mesmos. O cordão umbilical, sempre que possível, foi cortado pela pessoa indicada pelo casal, sendo providenciado de imediato o contacto pele a pele com o RN quando os casais assim o desejavam, uma vez que este apresenta inúmeros benefícios fisiológicos e psicossociais para a mãe, para o bebé e para a ligação entre os dois (Matos et al., 2010; Cruz et al., 2007; Almeida et al., 2004). A OMS e a UNICEF recomendam esta prática, defendendo

a sua realização imediatamente após um parto vaginal e o mais cedo possível após um parto por cesariana, desde que a mãe se encontre alerta, procedendo-se apenas a uma secagem prévia do RN de modo a prevenir as perdas de calor por evaporação e a estimular a respiração espontânea, reduzindo assim a necessidade de aspirar secreções (Stevens et al., 2014; OMS, 2007).

Após o nascimento, o RN encontra-se numa fase de alerta e disponibilidade para o mundo, essencial para o reconhecimento e exploração do corpo da mãe (Matos et al., 2010; Cruz et al., 2007; Almeida et al., 2004). Esta fase, com uma duração aproximada de 40-60 minutos, se aproveitada, torna-se numa oportunidade de interação com os pais única e extremamente íntima, sendo a sua promoção uma prática fundamental dos EESMO (Moore et al., 2012). Existem estudos que demonstram que os bebés que se encontram em contacto pele a pele com as suas mães, apresentam uma função cardiorrespiratória mais eficaz e uma temperatura corporal mais elevada que os bebés que não usufruem deste contacto, quando cobertos com campos pré-aquecidos e numa temperatura ambiente de 26°C (Siqueira et al., 2013; Moore et al., 2012). Este contacto precoce promove ainda uma maior estimulação sensorial, devido ao toque, ao calor e odor materno, favorecendo comportamentos inatos, como o chorar, despertar, abrir os olhos e procurar a mama da mãe, de forma a iniciar a primeira mamada (Moore et al., 2012; Widstrom, 2011; Puig et al., 2007). A realização do contacto pele a pele entre a mãe-bebé encontra-se, ainda, intrinsecamente relacionada com o sucesso da amamentação na primeira hora de vida e mesmo na sua manutenção, enquanto método exclusivo de alimentação a longo prazo (Chaparro et al., 2009; Price et al., 2005; Newman, 2005). O próprio toque, um meio de comunicação e de estabelecimento da relação humana, pela sua capacidade de transmitir as diferentes necessidades básicas, como a segurança e o afeto, constitui por si só um motivo para que o contacto precoce seja uma prioridade dos profissionais de saúde presentes no momento do parto (Santos, 2011).

O diagnóstico “risco de hemorragia” (ICN, 2011) foi sempre identificado no terceiro estadio do TP. Atualmente, a evidência científica existente suporta um manuseamento ativo neste estadio, uma vez que, comparativamente ao

fisiológico, reduz o risco de hemorragia pós-parto. Assim, foram implementadas intervenções como: “drenar sangue do cordão umbilical”, desclampando o mesmo após a secção do cordão; “exercer tração controlada do cordão umbilical”, de modo a controlar o descolamento da placenta e diminuir a perda sanguínea associada ao mesmo; “realizar a manobra de *Jacob-Dublin* durante a expulsão da placenta”, para que as membranas sejam expulsas de forma completa; “avaliar mecanismo de dequitação” (*Duncan* ou *Schultze*); “realizar massagem uterina após a dequitação”; “administrar perfusão de ocitocina” antes ou depois da dequitação (FIGO, 2012; Soltani et al., 2010; Jongkolsiri et al. 2009; APEO, 2009; Althabe et al., 2009; Lowdermilk et al. 2008; Campos et al., 2008). A cabeceira da cama foi sempre baixada pelo “risco de hipotensão” (ICN, 2011), tendo ainda sido implementadas intervenções como: “vigiar perda sanguínea” e “monitorizar sinais vitais” a cada 15 minutos nas primeiras duas horas pós-parto (Campos et al., 2008). As intervenções: “avaliar integridade da placenta”; “avaliar características da placenta” (quanto à sua forma, tipo de inserção, presença das membranas âmnion e córion, número de cotilédons e peso placentar) e “avaliar características do cordão umbilical” (tipo de inserção, comprimento e presença dos três vasos sanguíneos: duas artérias e uma veia), também foram realizadas após a dequitação, sendo essa informação posteriormente registada (Lowdermilk et al. 2008). Após a dequitação, foi realizada a intervenção: “avaliar canal de parto”. Caso se verificasse algum tipo de laceração, era tomada a decisão de realizar a episiorrafia, variando a técnica e o tipo de material de sutura de acordo com as características da laceração presente. Quando possível, sua a correção era realizada através de sutura contínua, uma vez que esta apresenta vantagens como a diminuição da dor associada à ferida durante a recuperação pós-parto e maior conforto da mulher (Cunningham et al., 2013).

Relativamente ao RN, foi identificado o foco “desenvolvimento infantil” (ICN, 2011), sendo planeadas e implementadas intervenções de enfermagem como: “monitorizar o peso corporal do RN”; “monitorizar o comprimento do RN” e “monitorizar o perímetro cefálico do RN”. No caso de RN filhos de mães diabéticas ou com peso inferior a 2500 g ou superiores a 4000 g, realizou-se

ainda a intervenção “monitorizar os valores de glicemia capilar” ao nascimento, sendo a intervenção repetida 30 minutos após o nascimento e na primeira e segunda hora de vida. As vigilâncias relativas à ocorrência da primeira micção e primeira dejeção do RN foram associadas a este diagnóstico.

A administração profilática de vitamina K após o nascimento é aconselhada em todos os RN, devido ao risco de hemorragia associado ao défice desta vitamina (NICE, 2014). Apesar de o défice desta vitamina estar associado a hemorragias nas primeiras semanas de vida do bebé, uma condição denominada de Síndrome Hemorrágica do RN (Puckett et al., 2009), fomos questionados por vários pais sobre a necessidade de administrar a mesma à nascença e sobre as possíveis vias de administração da Vitamina K, levando à necessidade de pesquisar mais sobre esta temática. Num estudo levado a cabo por Puckett e Offringa (2009), verificou-se que uma dose única de vitamina K administrada por via IM (0,1 mg) era mais eficaz do que a administração de uma dose placebo ou nenhum tipo de administração, sendo obtidos resultados favoráveis nos estudos de coagulação realizados. Nesse mesmo estudo, ficou demonstrado que uma dose única de vitamina K (0,1 mg) obtinha resultados igualmente favoráveis, apesar de, quando comparada com a dose administrada por via IM, os níveis de vitamina K no volume plasmático serem inferiores nas duas semanas e primeiro mês após o nascimento. Contudo, a administração de três doses por via oral superou os valores de vitamina K no volume plasmático da dose única IM nesse mesmo período de tempo.

No folheto informativo disponibilizado pelo *Infarmed* (2014), pode verificar-se que a vitamina K existente no serviço (*Kanakion*) se encontra preparado para ser administrado por via oral, sendo contempladas as condições recomendadas para a sua administração. Apesar de as normas da NICE (2014) referirem que esta via deve ser considerada nos casos em que os pais rejeitam a administração IM, tal não ocorreu durante o ensino clínico. Apesar de alguns pais inicialmente recusarem este procedimento, nenhum RN teve alta do hospital sem que a mesma fosse administrada.

A administração profilática de um antimicrobiano durante as primeiras horas após o nascimento foi sempre realizada de modo a prevenir a infeção ocular por

transmissão vertical (Save the Children, 2004). Ainda como intervenções relativas ao “risco de infeção”, foram implementadas intervenções como: “executar parto com norma asséptica”; “utilizar lençóis/panos quentes esterilizados na receção do RN”; “incentivar a lavagem/desinfeção das mãos antes de tocar no RN” e “prestar cuidados de higiene ao RN” através do banho em RN que nasceram com LA impregnado de mecónio ou nos casos em que a parturiente era portadora do vírus VIH positivo, Hepatite B ou Hepatite C (Campos et al., 2008; Save the Children, 2004). Relativamente ao “risco de hipotermia”, para além da intervenção “promover contacto pele-a-pele”, foram ainda implementadas intervenções como: “otimizar o ambiente físico”, assegurando uma temperatura da sala de partos de pelo menos 25° C; “evitar correntes de ar”; “vestir o RN” e “ensinar os pais sobre risco de hipotermia do RN”, uma vez que o RN apresenta um sistema regulador da temperatura corporal ainda imaturo, estando suscetível a sofrer alterações térmicas e a perder calor rapidamente, especialmente durante as primeiras seis horas de vida (Save the Children, 2004).

Como foi já referido, nem todas as gravidezes culminaram no nascimento de um RN saudável. A perda de um filho origina, na maioria dos casais, a vivência de um processo de luto muito particular, que exige uma grande adaptação quer a nível pessoal, quer conjugal, assim como na própria família e sociedade (Gesteira et al., 2006). Sendo um acontecimento inesperado tendo em consideração o decorrer natural do ciclo vital, a morte de um filho é marcada por sentimentos de culpa e revolta tendo um efeito devastador nos pais e famílias, sendo estimado que um em cada cinco pais sofre um luto intenso e prolongado após a morte de um filho. No entanto, apesar de se considerar que o apoio às famílias em luto é essencial, existe pouco conhecimento sobre qual o papel e a eficácia das intervenções implementadas pelos profissionais de saúde que as acompanham (Koopmans et al., 2013; Gesteira et al., 2006).

A maioria dos casos com que nos deparámos no bloco de partos referia-se a situações de aborto espontâneo, ou senta, antes das 12 semanas de gravidez (Rolim et al., 2006). Deparámo-nos ainda com alguns casos de morte fetal com IG inferiores às 24 semanas. Em todas as situações foram realizadas atividades

diagnósticas no sentido de perceber se os casais se encontravam a vivenciar o processo de “luto” (ICN, 2011), tais como: “avaliar a ligação pais-filho”; “avaliar significado da gravidez para o casal” e “avaliar aceitação/reacção dos pais face à morte fetal”. Como cuidados de enfermagem, foram implementadas intervenções como: “realizar abordagem imediata, num local com privacidade, de modo a permitir a verbalização de sentimentos e emoções”; “informar o casal sobre o processo de cuidados face à morte fetal”; e “otimizar o ambiente físico”, tendo-se procurado minimizar qualquer tipo de transtorno inerente à dinâmica do serviço. Neste sentido, sempre que disponível, o casal poderia ocupar um quarto mais afastado, de modo a poder vivenciar o luto sem ter de se deparar com outros casais que aguardavam ou celebravam o nascimento dos seus filhos. Para maior eficácia desta intervenção, a restante equipa de profissionais era informada do luto do casal, de modo a evitar perguntas ou comentários que pudessem interferir com o mesmo. Nos casos em que era possível visualizar o feto após a expulsão, foi sempre permitido o contacto com o mesmo, tendo no entanto o casal sido questionado sobre esse desejo. Foram ainda implementadas intervenções como: “permitir a presença de conviventes significativos”; “incentivar a expressão de emoções”; “verbalizar disponibilidade para escutar o casal” e “permitir a recolha de recordações fetais” (como o cabelo e a pulseira de identificação); “providenciar apoio multidisciplinar para o casal/família”, tais como apoio psicológico ou a visita de representantes religiosos. Considerando as diferentes fases de luto descritas na literatura por Kay et al. (1997), procurou-se identificar em qual das fases o casal se encontrava (protesto, desorganização e reorganização) e ajudá-los a compreender os processos inerentes à mesma, procurando ajudá-los nesta transição e facilitar a sua adaptação às fases seguintes. Assim, as intervenções: “informar o casal sobre as principais características do processo de luto”; “valorizar os sentimentos do casal”; “reforçar a aceitação dos sentimentos pelo casal” e “incentivar a partilha de sentimentos entre o casal” foram realizadas. Deste modo, procurou-se facilitar a transição das mulheres/casais que experienciavam este acontecimento, facilitando o seu internamento hospitalar e procurando promover a sua saúde e bem-estar.

5. TORNAR-SE PAIS - O EESMO COMO PROMOTOR DE UMA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE SAUDÁVEL

O período pós-parto, vulgarmente denominado de puerpério, pode ser definido como o período que decorre desde o nascimento do recém-nascido até ao retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado não gravídico, tendo uma duração de, aproximadamente, quatro a seis semanas (Graça et al., 2010). Associado a este período estão três grandes fases, englobando diferentes etapas dessa recuperação: o puerpério imediato, que decorre nas primeiras vinte e quatro horas após o parto; o puerpério precoce, que dura até ao final da primeira semana; e o puerpério tardio, que termina no final da sexta semana (Graça et al., 2010). O período pós-parto engloba, porém, muito mais do que as mudanças que decorrem a nível físico. As alterações psicológicas e as mudanças na própria estrutura familiar devido à assunção de novos papéis tornam esta fase num ponto de viragem na vida do casal traduzindo, tal como outros períodos de desenvolvimento do ciclo de vida, uma necessidade de resolver tarefas específicas ao mesmo (Canavarro, 2006). Assim, ao se identificar precocemente as dificuldades que os novos pais podem sentir na adaptação ao seu papel durante um período tão crítico como é o puerpério, os EESMO devem atuar como elementos facilitadores desta transição através da sua prestação de cuidados e apoio ao casal (Felgueiras et al., 2013).

Ao longo do módulo do puerpério, foi possível acompanhar diversas famílias durante esta fase tão singular na vida da mulher/casal, sendo observadas as mais diferentes emoções, contextos e expectativas. A grande diversidade étnica da população que frequentou o serviço promoveu uma visão mais abrangente sobre os processos de parentalidade. A evidência científica existente realça a resiliência da maioria das mães na adaptação face ao seu

papel, sendo o companheiro uma fonte de suporte que ajuda a diminuir o impacto e a perceção de muitas das adversidades que a mãe enfrenta (Felgueiras et al. 2013). Também o contexto familiar o contexto socioeconómico dos casais, a gravidez ter sido ou não desejada, o tipo de parto e ser ou não ser o primeiro filho foram algumas das variáveis que, ao longo do estágio, demonstraram uma vez mais a necessidade da prestação de cuidados individualizados e direccionados a cada família.

O acolhimento da puérpera e do RN, bem como do pai ou convivente significativo decorreu nas unidades de cuidados, procurando preservar a intimidade e a privacidade do casal e do RN. Caso o casal não tivesse visitado o serviço antes do internamento, este era apresentado e explicado o funcionamento do mesmo. O tempo de visitas diário, quer para o pai, quer para pessoas significativas, costuma ser alvo de preocupação do casal, pelo que à entrada foi esclarecido que o pai podia permanecer no serviço das 9 horas às 19 horas, sendo possível negociar com os profissionais de saúde a possibilidade de entrar mais cedo ou sair mais tarde no serviço. Deste modo, procurou-se assegurar o apoio do pai à puérpera e a observação e participação nos cuidados ao RN. A confirmação da identificação da puérpera e do RN, a verificação da clampagem do coto umbilical e a presença de pulseira de identificação do RN e respetiva pulseira eletrónica realizaram-se na admissão.

Na maioria das vezes, o primeiro contacto com o casal decorreu poucas horas após o parto, ou seja, durante o puerpério imediato. Assim, as puérperas davam entrada cerca de duas horas após o parto, numa fase em que os órgãos maternos se encontravam num processo de reajustamento para o estado não gravídico (Lowdermilk et al., 2008). Nesta fase, em que os sistemas orgânicos começam a estabilizar, foi mantida a vigilância face aos riscos associados a este processo (Lowdermilk et al., 2008). A atenção dividiu-se, assim, em dois aspetos distintos. O primeiro englobava uma componente mais direccionada para a recuperação física da puérpera (incluindo esta a avaliação do bem-estar geral da mulher, a sua coloração, aspeto da pele e das mucosas) e a verificação da contração do útero. Os sinais vitais (TA, FC, temperatura e presença de dor) foram também avaliados e registados segundo o protocolo de serviço. Se a TA

após o parto se encontrasse dentro dos valores de referência e não existissem antecedentes que justificassem particular atenção a este dado, era agendada uma nova monitorização seis horas após a última avaliação (Graça et al., 2010). A avaliação da temperatura foi apenas repetida quando esta apresentava valores anteriores alterados ou se considerava existir risco acrescido de infeção (NICE, 2014). A presença de dor era questionada a cada contacto, tendo sido utilizada a escala numérica da dor como instrumento de avaliação (Graça et al., 2010). Esta avaliação era reforçada no caso das puérperas que tinham sido submetidas a episiorrafia ou que apresentavam lacerações perineais. Assim, sempre que estas puérperas referiram dor ou desconforto, foi avaliada a presença de edema perineal e de sinais inflamatórios. Como intervenções, foi gerida a aplicação de gelo envolto em compressas, evitando o contacto direto com a pele, sendo a puérpera instruída de que não deveria utilizar o gelo mais de 15 minutos seguidos. Quando esta intervenção não surtia efeito, procedia-se à confirmação da terapêutica farmacológica da utente, de modo a verificar se existia algum fármaco analgésico ou anti-inflamatório prescrito. A conjugação das técnicas farmacológicas e não farmacológicas para a gestão da dor revelou ser eficaz na promoção do conforto das puérperas.

Devido ao risco de tromboembolismo, em cada primeiro contacto, foi explicado às puérperas/casais a importância de comunicarem a presença de dor nos músculos gastrocnémios, vulgarmente referida como dor nos gémeos aquando da dorsiflexão do pé, dor essa acompanhada de rubor, calor, sensibilidade excessiva e presença de edema nos MI (Sinal de *Homan* positivo) (NICE, 2014). Foram ainda mencionados quais os sinais e sintomas de alarme associados aos riscos de hemorragia pós-parto, sendo dada a indicação de que deveriam contactar imediatamente os profissionais de saúde caso receassem estar a experienciar alguma destas situações, explicando-lhes onde estava a campanha caso precisassem da presença dos profissionais (NICE, 2014). Assim, foram avaliadas a contratilidade uterina, as características dos lóquios e a palpação do fundo uterino, instruindo-as sobre como proceder à palpação do globo de segurança. Os ensinamentos sobre a massagem para promoção da contratilidade uterina eram geralmente reforçados durante esta intervenção.

Caso o parto tivesse ocorrido por cesariana, realizava-se uma avaliação do penso da ferida cirúrgica. No caso dos partos eutócicos, avaliava-se o períneo, nomeadamente quanto à presença de ferida ou lesão, assim como se verificava a realização de episiotomia e respetiva correção através de episiorrafia. Eram ainda identificados os diagnósticos de enfermagem: “risco de hemorragia”, “risco de hipotensão” e “risco de retenção urinária” (ICN, 2011). Associado a este último, era solicitado à puérpera que comunicasse à equipa quando sentisse vontade de urinar, sendo depois avaliadas as características da micção, nomeadamente se esta tinha sido espontânea; as características da urina e a presença de dor, ardor, ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

De modo a que a puérpera percebesse a importância desta avaliação, foi-lhe explicado que o aumento da diurese pode resultar numa distensão da bexiga, o que pode condicionar a capacidade do útero em manter-se contraído durante as primeiras horas após o parto, levando a um maior risco de hemorragia e a uma maior suscetibilidade às infeções urinárias por distensão da bexiga. A tonicidade da bexiga é, normalmente, restabelecida cinco a sete dias após o parto, retomando a sua normalidade após o primeiro mês, sendo no entanto expectável que a primeira micção ocorresse até seis horas após o parto (Cunninghan et al., 2013; Johnson, 2012; Montenegro et al., 2007). Apesar de não se ter verificado nenhuma situação de retenção urinária durante o estágio, por vezes foi necessário recorrer às já referidas estratégias de estimulação da micção. A colocação de um cateter urinário era programada apenas para situações em que se verificassem sinais de retenção urinária (NICE, 2006).

Reconhecendo a gravidez e o parto como fatores de risco para a incidência de IU, especialmente a de esforço, a instrução de exercícios promotores do fortalecimento pélvico foi novamente implementada durante os cuidados prestados (Lemos et al., 2008; Botelho et al. 2007). As mudanças fisiológicas e corporais que decorrem no corpo da mulher durante a gravidez, assim como o aumento do peso do feto, podem levar a uma maior pressão intra-abdominal e conseqüente pressão nas estruturas do pavimento pélvico (Scott et al., 2011). Apesar de, dentro dos diversos tipos de parto, o vaginal poder parecer aquele com maior risco de desenvolvimento desta patologia, aumentado quando

assistido com fórceps ou ventosa, é importante perceber se a mulher que teve um parto por cesariana está ciente de que também possui risco de desenvolver este tipo de patologia (Memon et al., 2013). Existem estudos que apontam, aliás, que a cesariana planeada apresenta um risco similar ao do parto vaginal quanto ao desenvolvimento de complicações do pavimento pélvico, uma vez que a gravidez e aumento da pressão nessa estrutura ocorrem de modo semelhante (Memon et al. 2013). Os métodos utilizados no tratamento da IU desenvolvida durante a gravidez e pós-parto passam, geralmente, pela implementação de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, sendo estes uma intervenção conservativa de primeira linha e uma mais-valia para os a promoção da qualidade de vida destas mulheres (Bernardes et al., 2012; Dumoulin et al., 2010).

Devido à generalidade de problemas associados a alterações da eliminação intestinal verificados durante o pós-parto, o diagnóstico “risco de obstipação” (ICN, 2011) era identificado, por protocolo do serviço, nas primeiras 24 horas pós-parto. Se, por um lado, uma grande parte das puérperas referiu receio de defecar devido à realização da episiotomia e consequente correção, existem outros fatores que dificultam a eliminação intestinal no período pós-parto. A presença de hemorroidas e respetiva perceção de dor leva a que algumas puérperas procurem adiar a evacuação. O próprio repouso da puérpera; o jejum prolongado; situações de desidratação e a maior sensibilidade perineal são outros fatores que podem dificultar a vontade e capacidade de evacuar da puérpera (Varela, 2007). O já referido relaxamento da musculatura abdominal e perineal e a ação da progesterona, são outros elementos que concorrem para o risco de obstipação no puerpério (Varela, 2007). Assim, é importante identificar o padrão habitual de eliminação das puérperas e detetar possíveis alterações, podendo implementar-se, uma vez mais, intervenções que facilitem a eliminação. Nos casos em que a função intestinal se encontrava alterada, foi avaliada a necessidade de administrar terapêutica farmacológica com efeito laxante de contacto, prescrito em SOS por protocolo do serviço.

Encontrando-se a puérpera numa situação de maior fragilidade após o parto, a indicação de repouso no leito variava de acordo com os resultados obtidos

após esta avaliação. Assim, caso esta ainda não tivesse efetuado o primeiro levante, era dada a indicação de que este se iria realizar de forma progressiva e com o acompanhamento de uma das enfermeiras, após a execução da intervenção: “monitorizar TA” (Jacob, 2012). Se esta se encontrasse normal, a cabeceira da cama era elevada a 45°, continuando a levantá-la gradualmente de acordo com a resposta corporal da puérpera. Posteriormente, a puérpera permanecia sentada, sendo valorizada a presença de sudorese, sensação de desmaio, tonturas ou visão turva, sinais indicadores de hipotensão ortostática. A avaliação da TA era também repetida e comparada com os valores anteriores. Caso não se verificasse qualquer intercorrência, a puérpera era assistida a sentar-se na cama e a colocar os pés no chão, sendo posteriormente acompanhada na deambulação. Caso esta não apresentasse condições favoráveis à realização do levante, como por exemplo níveis de TA alterados, os cuidados de higiene eram prestados no leito, com o objetivo de assegurar o bem-estar e conforto da puérpera e, simultaneamente, avaliar a perda sanguínea. Nos casos em que a puérpera apresentava condições favoráveis à realização do primeiro levante, este era incentivado, uma vez que a deambulação precoce promove não apenas a involução uterina e o funcionamento da bexiga, intestino e circulação sanguínea, mas também previne a acumulação de lóquios dentro da cavidade uterina e a ocorrência de trombose venosa, ajudando ainda a diminuir o edema dos MI muitas vezes verificado. A puérpera era ainda incentivada a realizar movimentos nos MI, de modo a prevenir as complicações tromboembólicas associadas à imobilidade, sendo esta intervenção reforçada no caso das puérperas que tinham indicação de permanecer no leito (Lowdermilk et al., 2008).

Nos casos em que as puérperas expressavam o desejo de tomar banho após o primeiro levante, esta era informada sobre o risco de hipotensão e lipotímia associado a elevadas temperaturas da água (Lowdermilk et al., 2008). A prestação dos primeiros cuidados de higiene demonstrou ser uma boa oportunidade para abordar questões relativas ao autocuidado da puérpera. Assim, foram trabalhados conhecimentos e habilidades inerentes à utilização de penso absorvente, sendo as puérperas instruídas sobre a regularidade da sua

troca, sobre as características dos lóquios e a evolução dos mesmos, a escolha dos produtos de higiene perineais, a frequência dos cuidados ao períneo e a importância da higienização das mãos antes de tocar no mesmo. A cicatrização perineal e sinais de infecção e inflamação foram abordados com as puérperas que tinham sido submetidas a episiorrafia ou apresentavam laceração perineal.

A administração da imunoglobulina Anti-D em puérperas com fator Rh negativo, cujos filhos apresentavam fator Rh positivo procedeu-se até ao período de 72 horas após o parto (DGS, 2007).

Durante o internamento, a questão da satisfação face à experiência de TP e parto foi considerada um aspeto cuja atenção era indispensável. Assim, procurou-se perceber se este tinha ido ao encontro das expectativas e dos desejos do casal e, ao mesmo tempo, avaliar o processo de *bonding*¹² face ao RN (NICE, 2014; Klaus et al., 1993). Apesar de por vezes esta componente da avaliação ter sido mais demorada e exigido mais estratégias que promovessem a comunicação com os casais, estes foram incentivados a falar sobre o seu bem-estar emocional, assim como abordada a questão do suporte familiar e social de que dispunham (NICE, 2014). Esta preocupação surgiu da análise da evidência científica mais atual, que nos diz que as perceções da mulher/casal sobre a vivência do TP e parto podem interferir na saúde e bem-estar da mulher e RN, assim como afetar a própria ligação mãe-filho (Cardoso, 2011; Figueiredo et al., 2002). Esta influência pode ocorrer não só no pós-parto imediato, mas também no futuro, tendo ainda associadas alterações na própria autoestima da mulher (Cardoso, 2011; Figueiredo et al., 2002; Figueiredo, 2001). Sendo o parto considerado um evento marcante na vida da mulher/casal, a forma como este é percecionado pode, inclusive, influenciar o desejo da mulher/casal de repetir esta experiência, podendo condicionar os planos de vida do casal e respetiva família. O significado atribuído ao parto torna-se, assim, num fator facilitador ou inibidor da transição para a parentalidade. Foram vários os casais que, por

¹² O *bonding* traduz um conjunto único de disposições mentais e por um repertório comportamental dirigido à proximidade física e psicológica com a criança, sendo imprescindível à sua sobrevivência. Reflete um processo que se vai intensificando ao longo do tempo, não sendo imediato para todas as mães e sendo suscetível a várias condicionantes (Leal, 2005; Canavarro, 2001).

condicionantes verificadas durante o TP, viram o seu parto idealizado transformar-se num evento completamente diferente. Perante estes casais, procurou-se incentivar o diálogo, não apenas com os profissionais de saúde, mas também entre eles, tendo sido encorajados a colocar dúvidas de modo a compreenderem claramente as razões que tinham condicionado a sua experiência de parto. Os pontos positivos da experiência foram reforçados, enquanto se procurava compreender quais as expectativas dos casais para o internamento no serviço, de modo a proporcionar-lhes uma boa experiência (Lowdermilk et al., 2008).

Um aspeto que também não poderia deixar de ser abordado no presente relatório é a amamentação, pela sua relevância na promoção da saúde e bem-estar da criança. Atualmente, a proteção, a promoção e o suporte do AM são consideradas uma prioridade de saúde pública, uma vez que apesar de o AM exclusivo¹³ ser considerado uma forma natural de alimentar lactentes e crianças promovendo o seu crescimento e saúde (em regime de exclusividade durante os primeiros seis meses e, após os seis meses de idade, em conjunto com uma alimentação complementar), existem ainda aspetos e práticas que podem e devem ser melhoradas pelas instituições (sociais e de saúde) e respetivos profissionais de modo a assegurar o AM (DGS,2012). Tendo a prática do AM sofrido o impacto das alterações sociais e familiares, assim como do surgimento e produção em massa de substitutos do leite materno, começou a verificar-se que, não só em Portugal mas na maioria dos países em desenvolvimento, a prática da amamentação diminuiu de forma assustadora, levando ao aumento da mortalidade e morbidade infantil (UNICEF, 2012).

Apesar de atualmente a incidência do AM a nível global ter aumentado, os EESMO continuam a trabalhar a promoção e sucesso da amamentação nos seus cuidados (NICE, 2014). Estudos portugueses apontam para que, apesar de mais de 90% das mães portuguesas iniciarem o AM, cerca de metade acaba por desistir de amamentar durante o primeiro mês de vida do lactente (UNICEF,

¹³ O conceito de aleitamento materno exclusivo requer que o RN seja alimentado apenas por leite materno (independentemente de este ser retirado por bomba ou ama-de-leite). O RN pode ainda receber soro para reidratação oral, gotas ou xaropes (vitaminas, minerais ou medicamentos) sem que se exclua esta definição. Qualquer outro alimento ou fluido exclui o conceito de AM exclusivo (DGS, 2012).

2012), pelo que os EESMO têm um papel fundamental no apoio e incentivo à continuidade deste projeto de amamentação. A decisão da mulher foi sempre respeitada, tendo sido prestados todos os esclarecimentos para que, caso não desejasse amamentar, fizesse uma escolha informada (UNICEF, 2012). A intervenção “respeitar crenças culturais associadas à lactação e amamentação” foi implementada, de modo a promover uma maior sensibilidade face a tradições e crenças que podem dificultar ou inibir a amamentação, providenciando informações sobre a mesma, sempre que possível, no idioma nativo dos casais. A intervenção: “ensinar sobre sinais de uma boa pega” foi também realizada devido aos défices detetados face à mesma. Assim foi explicado que quando o RN se encontrava a mamar corretamente se podiam observar sinais como: ter a face e o corpo próximo da puérpera; estar de frente para ela; apresentar o queixo e mandíbula encostados à mama; ter a boca bem aberta; apresentar o lábio inferior evertido, ou seja, virado para fora; ter a aréola o máximo possível inserida na boca; ser visível a deglutição lenta e profunda do leite materno e mamar sem que a puérpera sinta dor nos mamilos, apresentando-se relaxado e satisfeito no final da mamada (UNICEF, 2012). O padrão de sucção do RN foi também abordado, uma vez que apesar de nos primeiros segundos o RN sugar com uma frequência mais rápida, enquanto ocorre o reflexo de ocitocina, esse ritmo vai-se tornando mais lento, à medida que o fluxo de leite também aumenta. A intervenção “instruir a puérpera sobre a importância de uma boa pega”, uma vez que esta proporciona uma extração efetiva do leite e o esvaziamento da mama, evitando ainda fissuras nos mamilos e na zona alveolar envolvente; evita a dor durante as mamadas e permite que o RN ingira o leite inicial e final, levando a um aumento de peso adequado e a uma maior autoestima e satisfação materna (UNICEF, 2012; Lowdermilk et al., 2008).

A avaliação da eficácia da amamentação foi realizada através do relato das puérperas (análise subjetiva), dos seus antecedentes pessoais (tais como cirurgia mamária, HIV positivo, entre outros) e, simultaneamente, através da avaliação do RN (quanto ao seu peso, face a IG e tempo decorrido após o nascimento), da avaliação das mamas da mãe, da lactação e da avaliação

completa da mamada (Mulder, 2006). Foram questionadas as expectativas da puérpera em relação à amamentação e se sentiam autoconfiantes para a mesma, uma vez que a evidência científica aponta para que mulheres com menores níveis de confiança em si mesmas são mais influenciáveis a estímulos externos, tais como a utilização de chupeta e de suplementos (Galvão, 2002). Também o companheiro e família da puérpera parecem exercer um papel preponderante no sucesso do AM, uma vez que podem promover a segurança materna, incentivando-a a continuar e aumentando a sua percepção de autoeficácia¹⁴. A participação do pai da criança na promoção do aleitamento parece, assim, aliviar a sobrecarga da mãe inerente a este processo, num ambiente de partilha da parentalidade, pelo que a sua inclusão nos cuidados prestados foi sempre realizada (Lamy et al., 2010; Pinto, 2008).

A avaliação da mama e mamilo da puérpera foi realizada questionando a puérpera quanto à presença de dor durante a amamentação, presença de rubor, ferida ou laceração, assim como observação da mesma. Assim, procedeu-se à identificação da forma do mamilo, da sua consistência, do seu diâmetro, comprimento e elasticidade, bem como avaliada a presença de colostro. Foram também realizados ensinamentos que prevenissem lesões mamilares, acrescentando à realização de uma pega correta na mama intervenções como: a aplicação de colostro após cada mamada; expor os mamilos ao ar; realizar a higiene sem aplicar sabão nos mamilos; deixar o RN interromper a mamada ou, caso não o faça, colocar o dedo mínimo na boca do bebé para interromper a sucção (UNICEF, 2012). Apesar de a amamentação em regime de horário livre ser incentivada (Guía de lactancia materna, 2009), durante o primeiro mês de vida as puérperas foram aconselhadas a não deixar que o intervalo entre as mamadas ultrapassasse as três horas (UNICEF, 2012).

Um dos casos que originou mais discussão entre a equipa no âmbito da amamentação foi o caso de uma puérpera de nacionalidade moçambicana que, apesar de apresentar análises com VIH negativo ao longo de toda a gravidez e pré-parto, era casada com um homem portador do vírus. A transmissão

¹⁴ Bandura (1986) descreve a autoeficácia como a avaliação crítica das suas próprias capacidades para executar cursos de ação exigidos para se atingir um determinado grau de *performance*.

materno-infantil do VIH representa a forma mais comum de transmissão do vírus em crianças, sendo alvo de preocupação global pelos profissionais de saúde (Horvath et al., 2009). Considera-se que mais de 1000 crianças sejam infetadas por dia desta forma em todo o mundo, especialmente nos países em vias de desenvolvimento (Wiysonge et al., 2011). Essa transmissão pode suceder-se de diversas formas, sendo as mais comuns quando o feto ainda se encontra no útero, durante o TP ou através da amamentação. Apesar de atualmente já existirem intervenções eficazes na prevenção da transmissão do vírus, quer no útero, quer durante o TP, a amamentação continua a ser alvo de discussão e estudo entre os profissionais de saúde (Horvath et al., 2010). Valorizando os riscos associados à mesma, na maioria dos países desenvolvidos e que possuem recursos para assegurar uma alimentação segura e nutritiva aos RN, a amamentação é desaconselhada, sendo as puérperas incentivadas a recorrer a leite adaptado ou bancos de leite (Horvath et al., 2010; Vasconcelos et al., 2005). Nos países em vias de desenvolvimento, cujas águas podem não possuir as condições necessárias para a preparação do leite adaptado, é aconselhado um acompanhamento individual de cada mulher de modo a perceber se a melhor solução passará, por exemplo, pela substituição do leite materno por outro alimento; pela suspensão precoce da amamentação, ou pela administração de fármacos antirretrovirais e amamentação exclusiva (Horvath et al., 2010).

Neste caso em concreto, apesar de os resultados apontarem para que a puérpera não fosse portadora do vírus, existia a possibilidade deste ainda se encontrar no período de latência ou que, mais tarde, esta viesse a contrair o vírus enquanto ainda amamentava. A evidência diz-nos que as mulheres que contraem o VIH durante a gravidez ou amamentação possuem um risco muito elevado de transmitir a infeção aos seus RN, pelo que o casal foi informado sobre os riscos da transmissão do VIH através da amamentação (Kak et al., 2006). O facto de muitas mulheres que não amamentam serem alvo de estigma social nalgumas culturas africanas pela suspeita de serem portadoras de VIH foi considerado durante a prestação de cuidados, sendo incentivada a expressão de emoções pelo casal, de modo a compreender se existia o risco de segregação

social (Horvath et al., 2010). Quando a decisão do casal foi continuar a amamentar, estando cientes dos riscos existentes, a sua decisão foi respeitada, tendo sido planeadas e realizadas intervenções para que esta decorresse com o menor risco possível de transmissão da infeção, quer do companheiro para a puérpera quer, mais tarde, desta para o RN. Foram reforçados ensinamentos sobre a saúde reprodutiva, nomeadamente da importância da prática de sexo seguro, procurando envolver o companheiro nos cuidados de prevenção do VIH e outras infeções, bem como abordado o planeamento familiar (Kak et al., 2006). O casal foi também informado sobre a importância de o RN ser seguido, regularmente, pelos profissionais de saúde, de modo a prestar-se um maior apoio nos seus cuidados e avaliar o estado nutricional e crescimento do lactente (Kak et al., 2006). Foi ainda esclarecida a relevância da puérpera avaliar sempre o estado das mamas e mamilos, uma vez que a inflamação ou infeção da mama ou a presença de outro tipo de enfermidade pode aumentar o risco de transmissão materno-fetal do VIH (Kak et al., 2006). O facto de uma amamentação mista acarretar maior risco de morbilidade ou mortalidade infantil, devido a lesões no trato gastrointestinal e, conseqüentemente, maior permeabilidade ao vírus contido no leite materno, foi também abordado (Horvath et al., 2009). Sendo a identificação precoce dos RN expostos ao vírus ou infetados essencial devido ao risco acrescido de infeções, por vezes mortais, que estes apresentam (tais como a tuberculose e as deficiências nutricionais), a situação foi referenciada para uma melhor continuidade de cuidados após a alta (Kak et al., 2006).

Ao longo do estágio desenvolvido, foram várias as situações em que, por patologia ou necessidade de uma maior vigilância, os RN foram internados no serviço de neonatologia, sendo separados das puérperas. Nestes casos, e de modo a promover a produção de leite e sucesso da amamentação, os casais eram informados sobre a possibilidade de se proceder à extração de leite materno, quer para alimentar o RN, quer para estimular a produção do mesmo (UNICEF, 2012). Nestas situações, eram reforçados os ensinamentos sobre a importância da estimulação da produção do leite e sobre a extração e conservação do mesmo, nomeadamente sobre os recipientes a utilizar e sobre o

tempo máximo de conservação do leite (UNICEF, 2012). Uma vez que uma das formas de promover a ejeção do leite da mama passa pelo contacto visual e proximidade ao RN, as puérperas foram aconselhadas a realizar a extração de leite no serviço de Neonatologia, junto dos seus bebés (UNICEF, 2012). Essa extração era depois continuada no serviço, tendo sido sempre explicado que o reflexo de ocitocina é promovido através de sentimentos agradáveis, tais como sentir-se contente, tranquila e confiante (UNICEF, 2012). As puérperas foram incentivadas a ter consigo uma foto do RN ou a pensar nele de modo a facilitar a extração do leite. Uma vez que a bomba extratora de leite se encontrava na sala de trabalho de enfermagem, procurou-se sempre manter um ambiente calmo e propício à extração do mesmo.

Ao longo do internamento, a prestação dos cuidados de higiene ao RN foi das áreas que mais dúvidas suscitou nos casais. As competências parentais inerentes a estes cuidados foram, assim, avaliadas e trabalhadas, no sentido de promover a confiança e segurança dos casais na prestação de cuidados aos seus filhos. Nesta avaliação, procurou-se sempre perceber se se tratava de um primeiro filho ou se os casais tinham experienciado algum contacto ou prestação de cuidados a outros RN ou frequentado algum tipo de curso de preparação para a parentalidade. Contudo, as alterações sociais e familiares que se verificaram ao longo dos últimos anos, com um aumento das famílias do tipo nuclear, dificultaram a interação, em particular das mulheres, com outros RN ao longo do seu ciclo de vida, pelo que muitos casais contactam pela primeira vez com um bebé apenas quando têm o seu próprio filho (Cardoso, 2011). O facto de a maioria dos hospitais terem protocolado um internamento curto, estimado de 48 horas (para as puérperas que tiveram partos eutócicos ou distócicos assistidos por ventosa ou fórceps, sem complicações associadas) a 72 horas (em puérperas que tiveram partos distócicos por cesariana), leva a que um diagnóstico eficaz dos conhecimentos e capacidades parentais seja de grande importância (Costa, 2012; Meara et al., 2004). A promoção da autoconfiança parental, através da aquisição de conhecimentos e habilidades que lhes confere uma sensação de mestria na realização dos cuidados ao RN,

facilita não apenas uma transição saudável para este novo papel, como também potencia cuidados mais eficazes ao novo elemento da família (Cardoso, 2011).

Silva e Carneiro (2014), refletem ainda sobre a necessidade de os EESMO envolverem mais os pais no processo para a parentalidade. Procurando colmatar as dificuldades percebidas, foi negociada com os casais a possibilidade de agendar algumas das intervenções inerentes ao papel parental, tais como a prestação dos cuidados de higiene ao RN. Apesar de o banho ao RN estar protocolado para o turno da manhã devido à gestão do rácio enfermeiro-utente do serviço, numa tentativa de dar resposta às necessidades e prioridades dos casais, sobrepondo-as às rotinas do serviço (Silva et al., 2014). A disponibilidade horária dos pais para, por exemplo, assistirem ao banho do RN e realizarem o mesmo com supervisão foi sempre discutida, salientando-se a importância de apoiarem as puérperas nos cuidados ao bebé, especialmente nos casos em que estes constituíam a principal fonte de suporte para a mãe (Branco et al., 2009). Cardoso (2011) realça o protagonismo crescente da intervenção do pai enquanto recurso promotor da saúde da mãe e da criança, assim como da harmonia na relação familiar. Este papel, que deve ser incentivado e promovido desde a gravidez ou planeamento da mesma assume uma grande importância, especialmente se considerarmos as puérperas que se encontram ativamente envolvidas no mercado de trabalho e muitas vezes não têm a oportunidade de se envolverem tão afincadamente no seu papel de mãe (Cardoso, 2011; Branco et al., 2009). O papel paternal, aliás, tem vindo a demonstrar ser cada vez mais participativo, verificando-se um envolvimento crescente do pai na prestação de cuidados e do seu envolvimento afetivo com os filhos (Martins et al., 2014).

No caso das puérperas que não tinham a disponibilidade ou apoio do companheiro, foi sempre encorajada a presença de um convivente significativo. A avó materna foi uma das maiores referências verbalizada pelas puérperas, indo ao encontro dos dados indicados por Lowdermilk et al. (2008), sendo referida como fonte de apoio e conhecimento. No entanto, por vezes assistimos a contradições das avós, quer maternas, quer paternas, relativas ao bebé face a determinados conhecimentos da puérpera, nomeadamente em áreas como a

amamentação e cuidados de higiene ao RN. Procurando diminuir estas situações de *stress* e prevenir sentimentos de insegurança na puérpera, procurou-se envolver os familiares que verbalizavam crenças ou mitos fomentadores de práticas menos corretas nos cuidados, explicando-lhes os motivos que tinham levado às alterações nos cuidados implementados sem, contudo, desrespeitar ou desvalorizar as suas convicções.

Os conhecimentos e habilidades relativos à troca da fralda e desinfecção do coto umbilical eram igualmente avaliados, sendo realizados os ensinamentos necessários sempre que detetado algum défice de conhecimento. Os cuidados prestados contemplaram sempre a continuidade de cuidados após a alta, pelo que se efetuou uma avaliação das condições existentes no domicílio do casal, procedendo-se a uma gestão dos recursos físicos e económicos que cada um possuía, face às características do próprio RN e rotina familiar. Atualmente, existe uma grande variedade de produtos e recursos disponíveis no mercado, levando a que, por vezes, os casais adquiram ou sejam presenteados com utensílios que mais tarde se mostram inadequados face às suas necessidades e normas de segurança, sendo o internamento durante o puerpério uma oportunidade para clarificarem algumas das suas dúvidas ou encontrarem soluções face aos problemas detetados. Assim, e de modo geral, os casais foram incentivados a manter a temperatura ambiente da casa entre os 24 e os 25°C, podendo no entanto recorrer a aquecedores, caso não possuíssem aquecimento central, 15 minutos antes do banho. As fontes de corrente de ar devem ser evitadas, pelo que os casais foram incentivados a prestar os cuidados longe de janelas, portas ou locais onde a ocorrência das mesmas fosse previsível, devido às perdas de calor por evaporação, radiação, condução ou convecção. De acordo com o tipo de banheira que o casal possuísse, eram realizados ensinamentos sobre a sua utilização, sendo no entanto, regra geral que esta fosse colocada numa superfície estável e plana, de preferência num móvel ou suporte que permitisse uma posição confortável a quem fosse prestar os cuidados. A organização prévia da roupa do RN pela ordem a vestir e a colocação da mesma, juntamente com os materiais necessários para a troca da fralda, num local perto da banheira foi incentivada e treinada com os casais. Apesar de a

maioria referir ter adquirido um termómetro para avaliar a temperatura da água, por ser uma forma objetiva e rápida de perceber se esta se encontrava entre os 36°C e os 37°C indicados como temperaturas ideais, foi treinado com eles a avaliação através do cotovelo ou parte interna do pulso, de modo a que estes pudessem ter uma referência caso não tivessem o termómetro disponível por alguma razão. Por se ter verificado algumas situações em que a roupa do RN ainda se encontrava com etiquetas, foram reforçados os ensinamentos sobre a necessidade desta ser previamente lavada e de as etiquetas existentes serem retiradas. Relativamente à frequência e tempo de duração do banho, a sua realização duas a três vezes por semana, com uma duração de cerca de cinco minutos, seria suficiente para as necessidades do RN durante o primeiro mês de vida, evitando perdas de calor (Bowden et al., 2010). Apesar de a utilização de cremes ou loções durante o primeiro mês de vida não ser necessária, foram avaliados os conhecimentos dos pais sobre as características que os mesmos devem possuir, de modo a evitar reações alérgicas no RN. Assim, sempre que necessário, estes eram instruídos sobre a utilização de produtos de pH neutro para a pele do bebé, isentos de parabenos, álcool e perfumes (Pinheiro et al., 2007; Wong, 2008; Trotter, 2004; Oliva et al., 2003). Sendo o procedimento executado pela ordem céfalo-caudal, procedeu-se em primeiro lugar à higiene e secagem da face e cabeça do RN, de modo a evitar as tão acentuadas perdas de calor através da cabeça. Os pais foram ainda incentivados a observar a reação do RN face ao banho, de modo a perceberem qual o horário que melhor se adaptava às características do mesmo. Assim, os RN que se demonstrassem muito agitados, após o banho, deveriam realizá-lo de manhã ou como forma de o despertar. Pelo contrário, aqueles que ficassem muito sonolentos poderiam usufruir do banho no final do dia, servindo este como forma de o acalmar e promover uma noite mais tranquila (Lowdermilk et al., 2008; Hockenberry et al., 2006).

A desinfeção do coto umbilical e a sua manipulação foi outra intervenção geradora de ansiedade parental, uma vez que muitas vezes os casais referiam ter dificuldades em executar o procedimento, apesar de revelarem conhecimentos sobre o mesmo. Deste modo, procurou-se desmistificar alguns

aspectos relacionados com a sensibilidade do local, uma vez que muitas puérperas verbalizavam que não lhe queriam tocar por receio de provocarem dor no RN. Foram também prestadas informações sobre o intervalo esperado para a queda do coto umbilical, processo de mumificação, produtos a utilizar para a sua desinfeção e treino da mesma, assim como referidos os sinais de alarme que indicassem uma possível infeção no coto umbilical (Zupan et al., 2004). Apesar de a evidência científica mais atual indicar a utilização de água e sabão neutro como produtos promotores de uma boa cicatrização do mesmo, a utilização de compressas e álcool a 70° é ainda muito utilizada, encontrando-se ainda protocolada no serviço no início do módulo realizado. Uma vez que a utilização deste antisséptico ainda é recomendada em muitas das aulas de preparação para a parentalidade e a contradição desta informação poderia despoletar sentimentos de confusão e ansiedade face a outros conhecimentos adquiridos durante o curso. Assim, os casais foram apenas informados de que a utilização de álcool a 70° poderia prolongar a queda do coto umbilical em cerca de um dia, tendo-lhes sido dada a opção de realizar o tratamento de acordo com as orientações com que se sentiam mais confortáveis (Zupan et al., 2004). Em março de 2015, a política do *Dry Care* foi instituída no serviço, passando os cuidados ao coto umbilical a serem prestados de acordo com a evidência científica mais atual.

Ainda no âmbito do papel parental, foi abordada a questão da segurança e prevenção de acidentes do RN. O casal foi assim informado de que o RN só teria alta do serviço sendo transportado numa cadeira apropriada ao seu peso e idade, devendo esta conter uma etiqueta “E”, com código iniciado pelos algarismos 03 e 04, seguindo assim as normas estabelecidas pela APSI (APSI, 2014).

Devendo os cuidados prestados pelo EESMO durante o pós-parto ir ao encontro das necessidades da família, os pais foram ainda incentivados a envolver, se fosse o caso, os outros filhos nos cuidados ao novo elemento da família, de forma a promover a aceitação do RN (Cardoso, 2011; Gonzalez, 2007). Apesar de este trabalho dever ser construído desde a conceção, ou mesmo antes caso seja possível, existem algumas estratégias que podem ser

implementadas de modo a promover uma integração mais harmoniosa do RN no seio familiar. Assim, quando os filhos mais velhos do casal demonstravam vontade de interagir com o RN, estes eram incentivados e elogiados por o fazer, não sendo contudo obrigados a estabelecer contacto caso não fosse a sua vontade. De acordo com a idade do filho mais velho, os pais foram negociados a negociar algumas regalias com o mesmo, bem como a evitar alterações súbitas nas rotinas anteriormente mantidas (Hockenberry, 2006).

Do mesmo modo que a relação com o irmão mais velho deve ser trabalhada, também a relação entre o próprio casal deve ser um foco de atenção em enfermagem. Se é verdade que alguns estudos apontam para que o nascimento de uma criança possa servir como fator de união e cumplicidade entre o casal, também o é que alguns casais vivenciam momentos de grande adaptação, nem sempre fáceis de gerir. As já referidas mudanças que tiveram início durante a gravidez associam-se às do período pós-natal, sendo acrescidas pelos desafios inerentes à reorganização do papel familiar e social do casal, podendo originar dúvidas ou constrangimentos inerentes à sexualidade no pós-parto (Morais, 2012). Baseando-se no facto de a abordagem e expressão de sentimentos e emoções sobre a sexualidade serem essenciais para uma vivência saudável do casal após o parto, procurou-se criar um espaço propício à discussão desta temática, sendo sempre abordada antes de o casal ter alta clínica (Conceição, 2009). No entanto, foram raras as ocasiões em que esta foi diretamente abordada pelos casais durante os contactos com os mesmos. De facto, pudemos perceber que quando eram os profissionais de saúde a questionar a puérpera ou o casal sobre as suas expectativas face à sexualidade e planeamento familiar, estes verbalizavam mais facilmente as suas dúvidas. Dentro destas, as mais referidas pelas mulheres foram o receio de dor após reiniciar a atividade sexual e o receio de infeção ou não cicatrização da ferida perineal, quando presente. O cansaço provocado pelo desgaste físico e emocional, bem como pela exigência do papel de mãe e cuidados a prestar ao RN foi outra das preocupações verbalizada. Já os homens questionaram mais frequentemente quando poderiam retomar, de forma segura, as relações sexuais e se existia alguma contraindicação para a mesma. A escolha do método contraceptivo e o

período em que este deveria ser iniciado foi uma questão também frequentemente colocada. Assim, procedeu-se a uma avaliação dos conhecimentos do casal, sendo posteriormente realizados ensinamentos que se adequassem a cada especificidade do mesmo. Neste sentido, os casais foram informados sobre a necessidade de marcar uma consulta de revisão de puerpério após a alta, devendo esta ocorrer na sexta semana após o parto, altura em que normalmente o corpo da mulher também se encontra preparado para o retomar das relações sexuais e que, à partida, já ocorreu a cicatrização das feridas perineais, se presentes (Menezes et al., 2010). Uma vez que existe o risco de a puérpera apresentar dispareunia devido a uma menor lubrificação vaginal, derivada da diminuição de estrogénios durante a lactação, os casais foram ainda aconselhados a ponderar os benefícios da utilização de lubrificantes para uma maior satisfação conjugal (Lowdermilk et al., 2008; NICE, 2006). Os critérios de escolha dos produtos basearam-se na sua constituição ser à base de água e, caso fosse opção do casal, compatível com a utilização de preservativos durante a relação. Procedeu-se ainda a um reforçar dos conhecimentos sobre a sexualidade, nomeadamente sobre o facto da satisfação do casal implicar muito mais do que a relação física, englobando uma dimensão de afetos que não deve ser esquecida. O toque, as carícias ou mesmo a introdução de novas posições ou práticas sexuais foram aconselhados com o objetivo de tornar esta componente da relação mais gratificante para o casal (Crawford, 2008). A desmistificação da amamentação e o incentivo da verbalização das representações mentais que a puérpera e o companheiro tinham sobre a mesma foi planeado, embora a sua execução nem sempre tenha sido fácil. O receio de que já não sejam atraentes e o evitamento do toque por se encontrarem a amamentar, associados às já referidas alterações hormonais que condicionam a lubrificação vaginal, levam a que a amamentação seja apontada como um dos fatores que pode influenciar a satisfação e o retomar da relação sexual das mulheres durante o puerpério (Menezes et al., 2010; Klein et al., 2009). Por outro lado, os homens parecem associar as mamas ao local de alimentação do seu filho, sendo esta perceção aumentada pela presença e visualização do leite, especialmente se durante a relação sexual ou mesmo

orgasmo (Marques et al., 2010; Mendes, 2009; Silva et al., 2005). No único caso em que uma puérpera expressou o seu desconforto face à saída de leite quando pensava no companheiro e constrangimento quando imaginava o retorno à sua vida conjugal, esta foi incentivada a dialogar com o companheiro sobre os seus receios, assim como a explicar-lhe quais os fatores que promovem a libertação de leite. Foi ainda aconselhada a amamentar antes do início da relação sexual, se possível, de modo a promover o esvaziamento da mama antes do acto sexual. Procedeu-se ainda à instrução sobre a utilização de conchas de amamentação, que a puérpera já possuía, uma vez que estas impedem a passagem de leite para a roupa e permitem o arejamento do mamilo, diminuindo o risco de maceração.

Durante as intervenções no âmbito da sexualidade, foram ainda contemplados os conhecimentos dos casais sobre a contraceção. A utilização do preservativo foi sempre aconselhada, uma vez que se trata de um método seguro na prevenção de uma nova gravidez, bem como acessível, económico e sem contraindicações para a puérpera e RN. O fato de conter lubrificante torna-se ainda num aliado na diminuição do desconforto sexual da mulher. No entanto, ao longo do estágio verificou-se uma predominância na escolha de anticoncepcionais orais como método contraceptivo de eleição, tendo a pílula progestativa sido aconselhada às puérperas que se encontravam e pretendiam continuar amamentar. Devido ao risco de a amamentação ser interrompida ou deixar de ser realizada em regime de exclusividade antes das seis semanas após o parto, foi explicado aos casais que qualquer alteração no AM poderia interferir com a propriedade inibidora da ovulação que este apresenta. Foi ainda referido que os estudos da DGS (2008) ainda não mencionam a total isenção de efeitos colaterais no RN, nomeadamente a nível do desenvolvimento cerebral e do sistema hepático do mesmo, pelo que o casal poderia optar por outros meios anticoncepcionais, como o já referido preservativo.

5.1. Conhecendo o RN

É muito difícil separar a prestação de cuidados ao RN dos cuidados ao casal, uma vez que um dos principais objetivos do EESMO é capacitar os pais de conhecimentos e habilidades que potenciem a sua autonomia enquanto prestadores de cuidados de eleição do RN. Assim, pode-se dizer que ao longo do internamento fomos auxiliando os pais na descoberta do novo filho.

Um dos focos de atenção que gerou maior ansiedade nos casais prende-se com o desenvolvimento do RN. Sendo a maioria dos casais internados pais pela primeira vez, a insegurança relativa à alimentação adequada às necessidades do RN foi frequentemente verbalizada, especialmente quando estávamos perante RN mais chorosos. Assim, foi explicado aos pais que um RN que amamenta eficazmente apresenta cerca de três dejeções e seis micções por dia, sendo este um dado que os pais podem facilmente controlar. Estes foram ainda informados de que um RN que tem uma ingestão alimentar adequada apresenta uma boa coloração e uma boa tonicidade, ganhando peso e crescendo de forma saudável. Uma vez que este fato pode ser mais difícil de avaliar pelos casais, estes foram sempre informados sobre o peso do RN, sendo-lhes explicado que estes podem perder entre 7% a 10% do seu peso à nascença, mas que o recuperam ou ultrapassam aos 14 dias de vida. No caso de continuarem a sentir alguma ansiedade face a este ganho ponderal, foi-lhes explicado que poderiam solicitar nas Unidades de Saúde Familiar (USF) a monitorização do peso do RN. Sendo expectável que este aumente cerca de 25 a 30 gramas por dia após a recuperação do peso à nascença, explicou-se ao pais que a pesagem do bebé nas consultas e uma evolução dentro do se percentil são sinais de que o bebé está a alimentar-se convenientemente (UNICEF, 2012). Os conhecimentos do casal e a existência de mitos ou crenças não fundamentadas sobre o AM foram também avaliadas, reforçando-se que a duração da mamada não define a qualidade da mesma, uma vez que os bebés possuem características e ritmos distintos uns dos outros (UNICEF, 2012). De modo a tranquilizar os casais sobre as medidas que poderiam facilmente

implementar para estimular a produção do leite, informou-se o casal sobre a necessidade de deixar que o bebê esvazie a mama em que começou a amamentar em cada mamada, e sobre o fato de só depois de esvaziar a primeira é que se deve oferecer a segunda mama (UNICEF, 2012). As características do leite ao longo da mamada e a importância de deixar o RN esvaziar a mama em que começou a mamar foram também abordados, assim como incentivada a amamentação em regime livre (UNICEF, 2012).

A gestão do choro do RN foi uma área de atenção igualmente trabalhada. Sendo o temperamento de cada bebê muito variável, as estratégias a utilizar pelos pais podem ser distintas de um filho para outro. As próprias características de cada elemento do casal variam, pelo que se procurou dotá-los de várias alternativas e ajudá-los a optar por aquelas que, para além de mais eficazes no RN, também os fizessem sentir confortáveis aquando da sua utilização. Recorrendo à categorização do choro em três tipos distintos, reconhecidos pela evidência científica mais atual, podemos ajudar os pais a identificar o choro de fome, de desconforto e de dor (Brazelton et al., 2013; Branco et al., 2006). Recorrendo às suas manifestações físicas e sonoras, podemos auxiliar os pais a identificar as necessidades que o RN apresenta, de modo a dar-lhes uma resposta adequada e, simultaneamente, a diminuir os níveis de ansiedade e sentimentos de incompetência parental por vezes verbalizados. A técnica dos cinco “S’s” desenvolvida pelo Dr. Karp (2002), a aplicação da massagem infantil, o toque, o contacto pele a pele e o banho, em banheira tradicional ou *Shantala*, foram apresentadas como opções que promovem o relaxamento do bebê e o estabelecimento da ligação pais-filho, sendo por isso instruídas e treinadas com os pais

Ao longo do internamento do RN, para além da habitual avaliação física efetuada, sendo avaliados parâmetros como o peso, o comprimento, o aspeto da pele, os sinais de icterícia, os reflexos, entre outros, quando os RN completavam 24 horas de vida, procedeu-se também à realização do rastreio auditivo neonatal (RANU) por otoemissões acústicas e ao rastreio de cardiopatias congénitas através de oximetria no membro superior direito e um dos membros inferiores (SPP, 2007; Kemper et al., 2011). As primeiras vacinas,

ou seja, a vacina contra a tuberculose (BCG) e a primeira dose da vacina contra a hepatite B (VHB), foram administradas sempre que possível em RN com peso igual ou superior a dois quilos, sendo os pais informados das possíveis reações das mesmas e sobre o esquema do plano nacional de vacinação (DGS, 2012).

5.2. Preparação do Regresso a Casa

O intervalo de tempo de internamento é, como já foi abordado, um período muito curto, pelo que a preparação da sua alta clínica tem início desde o seu internamento, no sentido em que todas as intervenções implementadas têm como objetivo tornar os pais autónomos e confiantes no desempenho do seu papel.

De modo a promover uma maior segurança no desempenho do papel parental, os casais foram sempre informados sobre os recursos existentes na comunidade, de modo a dar resposta às necessidades que estes pudessem perceber no domicílio. Dentro destes recursos, foi dada especial relevância às Unidades de Saúde Familiar (USF), uma vez que estas integram, na sua maioria, projetos de acompanhamento ao casal e ao RN, não apenas centradas nas consultas de vigilância (tais como a avaliação do desenvolvimento infantil e a avaliação da recuperação da puérpera), mas também de promoção do bem-estar do casal. Assim, e uma vez que a realização do diagnóstico precoce do RN é realizada, por norma, nessas mesmas USF, os casais foram aconselhados a notificar a USF do seu local de residência sobre o nascimento do RN e data provável da alta. Devendo este diagnóstico ser realizado entre o terceiro e o sexto dia após o nascimento, o casal foi incentivado a agendar com o enfermeiro de família a marcação do teste de diagnóstico aquando da alta clínica do hospital. As informações sobre a consulta de revisão de puerpério foram também reforçadas, visto que esta deve ocorrer até à sexta semana pós-parto de modo a avaliar não apenas a recuperação física da mulher, mas

também o seu estado emocional. Questões relacionadas com alterações do humor e do comportamento na puérpera foram, assim, abordadas, não só através de conversa com a mulher/casal, mas também da observação da mesma (NICE, 2014).

O nascimento de um filho pode representar um momento de crise, podendo levar ao desenvolvimento de alterações emocionais nos pais (Robertson et al., 2004). A necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais que implicam uma adaptação biológica, intimamente ligada com as alterações hormonais devido à diminuição do nível de estrogénios e progesterona com aumento dos níveis de prolactina, psicológica, devido à integração do papel de mãe, e conjugal e/ou familiar, podem levar a um desequilíbrio e/ou desenvolvimento de novas competências (Canavarro, 2001). Rubin (1984, cit. in Carreira et al., 2011), refere ainda três fases fundamentais para a transição para a maternidade, devendo estas ocorrer até cerca de seis meses após o parto. Estas traduzir-se-iam na replicação, ou seja, na procura de elementos socialmente valorizados relativamente ao papel parental, muitas vezes através da procura de experiências pessoais no seu contexto de vida; na fantasia, ou seja, numa projeção da relação com o filho e, por último, na diferenciação, em que a mãe é capaz de se avaliar relativamente ao seu papel parental face ao modelo idealizado durante a fase de fantasia. Considerando todas estas exigências e fatores de risco, Lowdermilk e Perry (2008) relembram que as perturbações na saúde mental das puérperas têm implicações não apenas na sua qualidade de vida, mas também na do RN e de toda a sua família. Podendo algumas dessas situações interferir com a vinculação ao RN e com a sua própria segurança, a prestação de cuidados visou sempre esta componente emocional das mulheres, procurando diagnosticar a ocorrência de alterações emocionais como os *Blues* pós-parto (Lowdermilk et al., 2008).

O *Blues* pós-parto é considerado a alteração emocional mais comum, não sendo considerada uma perturbação psicopatológica, mas sim um desequilíbrio emocional (Medina-Sérdan, 2013). Figueiredo (2000), aponta como fatores de risco para o desenvolvimento deste desequilíbrio a idade; a paridade (com maior risco associado nas primíparas); a ocorrência de complicações

obstétricas; história psiquiátrica prévia; antecedentes familiares psiquiátricos; comportamentos sócio emocionais inadequados; a prematuridade e o baixo peso à nascença. Apesar de a sua etiologia ainda não ser totalmente conhecida, as já referidas alterações hormonais, associadas a fatores socioculturais e económicos, parecem ser fatores que apontam para uma maior predisposição a estes eventos (Medina-Sérdan, 2013). De modo a detetar precocemente situações de risco, foram avaliados os fatores de risco presentes em cada puérpera, de modo a identificar sinais ou sintomas que apontassem para este diagnóstico. Os casais foram ainda informados de que o *Blues* pós-parto se traduz em episódios benignos e de curta duração, podendo ocorrer por volta do terceiro ou quarto dia pós-parto e atingindo o seu pico no quinto dia de puerpério, prolongando-se no máximo até ao décimo dia. Apesar de considerarmos que um casal deve estar informado sobre sinais e sintomas de alarme que possam indicar perturbações emocionais na puérpera, verificou-se alguma dificuldade em distinguir o que é normal e quais são os comportamentos e atitudes esperados, especialmente quando falamos do humor dos pais (Fonseca-Machado et al., 2014). Assim, alguns dos sinais indicados para uma identificação precoce do *Blues* pós-parto foram uma maior labilidade emocional, podendo ocorrer episódios de choro, disforia e períodos de maior irritabilidade; insónias ou pesadelos; perda de apetite e pensamentos pessimistas sobre as suas capacidades enquanto mãe e prestadora de cuidados ao RN. A diminuição da libido, sensação de falta de energia, dificuldades de concentração e aumento ou diminuição de apetite foram também referenciados (Medina-Sérdan, 2013). As mulheres submetidas a cesarianas foram ainda informadas sobre a possibilidade de este síndrome poder ocorrer ligeiramente mais tarde. Como medidas preventivas, foram incentivadas atividades promotoras do bem-estar da mulher, e o suporte da família e amigos. Os casais foram ainda informados de que, caso identificassem esta situação após a alta e os sintomas aumentassem ou não desaparecessem até três semanas, deveriam contactar um profissional de saúde.

A realização do plano da parentalidade, incentivada desde o início da gravidez, foi novamente abordada durante o internamento no puerpério.

Apesar do papel do pai ser cada vez mais ativo ao longo da gravidez, trabalho de parto e cuidados no pós-parto, estudos apontam ainda para um maior número de mudanças nas vidas das mães do que na dos pais, associados a maiores níveis de responsabilidade na prestação de cuidados aos filhos (Felgueiras et al., 2013). A visão social da maternidade, associada às próprias representações que as mulheres tendem a apresentar sobre o seu papel de principais cuidadoras parecem desencadear, por outro lado, uma limitação e afastamento dos companheiros durante a prestação desses mesmos cuidados (Johnston et al., 2006). As puérperas e os seus acompanhantes, companheiros ou pessoas significativas, foram ainda questionados sobre o planeamento da divisão de tarefas no domicílio após a alta, bem como dos recursos materiais, económicos e sociais de que dispunham para os ajudar nesta nova fase. Nos casos em que o plano de parentalidade já se encontrava elaborado, foram discutidos os aspetos definidos pelo casal e apresentadas algumas sugestões adequadas ao estilo de vida e recursos de cada família. Algumas das estratégias sugeridas e mais bem aceites pelos casais incluíam o congelamento de refeições a utilizar durante a semana e a inclusão de familiares em tarefas domésticas e na prestação de alguns cuidados aos filhos mais velhos, tais como ir buscar e levar a criança à escola e promover a realização de atividades lúdicas durante alguns períodos de tempo que a puérpera necessitava para gerir o seu autocuidado.

Para facilitar a memorização e compreensão das informações transmitidas, foi sempre fornecido aos casais um documento orientador da alta, elaborado pelo Serviço de Obstetrícia e aprovado pelo CHPV-VC, onde temas como a amamentação, autocuidado da puérpera, planeamento familiar e cuidados ao RN se encontram contemplados (Vianna et al., 2009).

Após a alta, todos os RN foram transportados do serviço na cadeira de transporte, sendo as suas características, modo de utilização e adequação ao RN avaliadas. Durante este último contacto, os ensinamentos sobre a prevenção de acidentes foram novamente abordados, de modo a verificar a existência de dúvidas, que entretanto tivessem surgido, sobre o transporte do RN no carro ou

em transportes públicos, sendo os pais incentivados a verificarem novamente o funcionamento dos *airbags* do carro.

Como pudemos refletir ao longo deste relatório, o EESMO assume um papel privilegiado no que toca ao acompanhamento e contacto com as famílias, iniciando-se este no planeamento da gravidez e prolongando-se ao longo de todo o puerpério. Esta proximidade perante a família, especialmente o casal, permite-lhe a prestação de cuidados individualizados e adequados às necessidades identificadas, promovendo assim uma experiência positiva da parentalidade. O EESMO torna-se, assim, num profissional dotado de todas os conhecimentos e competências necessárias para ajudar os pais na aquisição de uma nova identidade parental, tornando-os mais capazes e confiantes no desempenho do seu papel.

6. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Ao longo do estágio realizado, foi possível o desenvolvimento de conhecimentos e competências promotoras de um desenvolvimento não apenas profissional, mas também pessoal.

Ao acompanhar todo o percurso de gravidez (saudável ou de risco), TP e pós-parto, através da elaboração de um processo de cuidados individualizado para cada casal e respetiva família e que respondesse às necessidades específicas percebidas, foi possível perceber que a atuação do EESMO e a prestação de cuidados significativos para os seus clientes só é possível através de uma prática baseada na evidência. Essa prática contribui para a uniformização e valorização dos cuidados prestados, conduzindo a profissão rumo à excelência e contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica publicado pela OE preconiza e orienta o percurso de formação do EESMO, estipulando que o desenvolvimento de conhecimentos e competências deve decorrer ao longo de dois anos de formação, nos quais se deve atingir um número mínimo de experiências, publicadas em Diário da República (Decreto Lei n.º 9/2009, de 4 de Março). Deste modo, para que seja atribuído o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, o estudante deve realizar: o acompanhamento de 100 grávidas, prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos eutócicos e assistir a mais 20; participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; realizar a prática de

episiotomia e iniciação à sutura; efetuar a vigilância e prestar cuidados a 40 grávidas, durante ou depois do parto, em situação de risco; manter a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis e prestar cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

De modo a facilitar a compreensão dos números de experiências atingidos, as figuras 1, 2 e 3 representam as experiências realizadas ao longo do estágio. Não tendo sido possível a realização de parto com apresentação fetal pélvica, foi realizado o estudo, a simulação e o procedimento do mesmo em sala de aula, no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto, no 1º ano do MESMO.

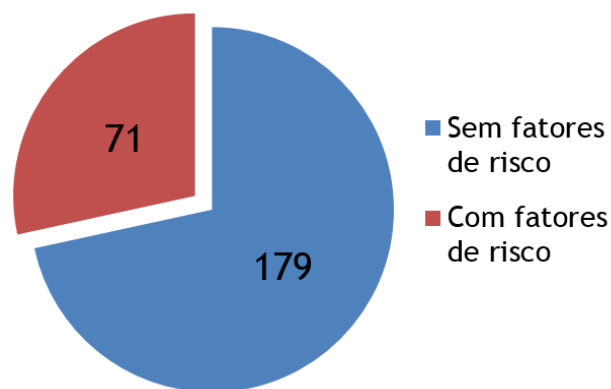


Figura 1 : Nº de Grávidas cuidadas ao longo do estágio.

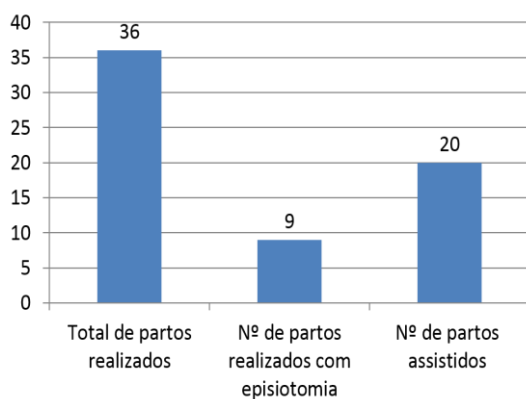


Figura 2 : Nº de Experiências de TP e parto.

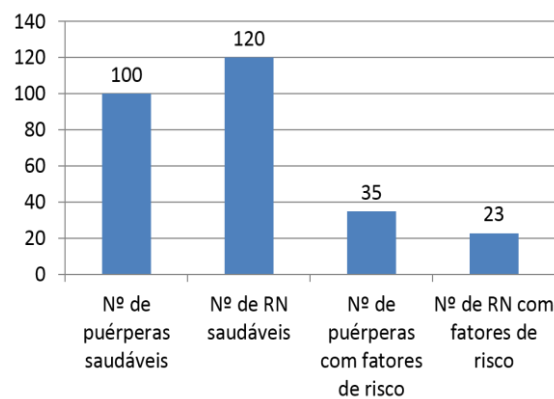


Figura 3 : Nº de Experiências com Puérperas e RN.

CONCLUSÃO

Ao longo de um ano, foi possível a integração na equipa de enfermagem do CHPV-VC para a realização do Estágio: Gravidez, trabalho de parto e pós-parto. No entanto, o presente relatório representa não apenas a descrição dos cuidados prestados ao longo de todo o estágio, mas também todo o processo de investigação e reflexão sobre as práticas do EESMO no seu contexto.

Durante a realização do presente relatório foi possível compreender a necessidade de os EESMO basearem a sua prática nos conhecimentos inerentes à disciplina de enfermagem, baseando as suas intervenções na evidência científica mais pertinente e atual. A problematização das práticas e o desenvolvimento e produção de investigação em enfermagem é essencial para a prestação de cuidados de qualidade em saúde, devendo refletir a preocupação dos mesmos em dar resposta às necessidades dos seus clientes de enfermagem através de intervenções significativas para uma experiência positiva da gravidez, parto e pós-parto. De modo a promover a continuidade de cuidados e a própria visibilidade dos cuidados específicos que o EESMO assume ao longo do seu exercício profissional, o processo de enfermagem elaborado com recurso às normas da CIPE 2.0 foi essencial, uma vez que este traduz uma linguagem universal e objetiva que permite a discussão e reflexão das práticas de enfermagem. Apesar de nem todas as áreas abordadas ao longo do estágio terem sido problematizadas de forma exaustiva, procurou-se explicar o processo que fundamentou a tomada de decisão dos temas que, por gerarem maior discussão ou suscitarem mais dúvidas, se destacaram. A necessidade de investigação constante teve um impacto positivo na evolução dos cuidados prestados, levando por vezes à mudança das práticas. No entanto, foi possível verificar que mais estudos devem ser realizados, uma vez que muitos dos artigos e revisões analisadas apresentam ainda probabilidades e não conclusões,

escasseando artigos realizados em Portugal e que, por isso, reflitam a realidade do nosso país.

Ao longo dos diferentes módulos do estágio abordados no relatório, procurou-se refletir a preocupação pela melhoria e continuidade dos cuidados prestados, individualizando cada mulher e casal, de modo fazer a diferença no seu acompanhamento. Sendo, como foi referido ao longo deste documento, a gravidez e a parentalidade cada vez mais considerada um projeto de vida, as expectativas face ao acompanhamento prestado pelos EESMO são cada vez mais elevadas. O contacto com casais e as suas famílias em diferentes contextos, atendendo às suas diferenças culturais e especificidades fomentou o desenvolvimento de conhecimentos e competências que, mais do que um término, marcam o início de uma nova etapa.

Apesar de considerar que os objetivos iniciais foram atingidos, este relatório apenas demonstra a necessidade constante de aprendizagem e investimento pessoal marcando, assim, um percurso de crescimento e desenvolvimento, profissional e pessoal. Demonstra ainda a necessidade de serem realizados mais estudos, nomeadamente na área do controlo da ansiedade materna, uma vez que o EESMO poderá fazer a diferença na melhoria da qualidade de vida dos casais acompanhados através da implementação de técnicas que promovam a saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDER, J. et al. Response to induced relaxation during pregnancy: Comparison of Women with High Versus Low Levels of Anxiety. *J Clin Psychol Med Settings*. Jan 2011, vol.18, pp.13-21.
- ALDERDICE, F.; MacNEILL, J.; LYNN, F. A systematic review of systematic reviews of interventions to promote maternal mental health and well-being. *Midwifery*. 2014, vol.29, pp. 389-399.
- ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *The Cochrane Library*, 2013, vol.5, n°: CD006066.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). *Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso*. LUSOCIÊNCIA: Loures, 2009.
- ALEMAN, A. et al. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *The Cochrane Library*, 2005, n° 2., art. n°: CD003576.
- ALMEIDA, A. e MARTINS, J. O contacto precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev Ciên Méd*. 2004, vol. 13, n°4, pp. 381-388.
- ALVES, G., VARELLA, T., NOGUEIRA, L. Dermatologia e gestação. *Anais Brasileiros Dermatologia*, 2005, n°2, vol.80, pp. 179-186.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Method for estimating due date. Committee Opinion, Out. 2014, n° 611, pp. 863-866.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Moderate Caffeine Consumption During Pregnancy. Committee Opinion, Ag. 2010- Validado 2013, n° 462, pp. 461-462.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Management of preterm labour. *AHRQ*. Junho 2012, n°127.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Exercise during pregnancy. FAQ0119, Agosto 2011.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY (ACOG). Noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy. Committee Opinion No.545. *Obstet Gynecol*. Dez, 2012, vol. 120, n°6, pp.1532-1534.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY (ACOG). Guidelines on Labor Induction. *Obstet Gynecol*. Julho, 2009.
- ASSOCIACIÓ BALEAR D'ALLETAMENT MATERN (ABAM). *Guía de Lactancia Materna*. 2009.
- ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). *Segurança Rodoviária. Criança Passageiro*. 2014.

- AUSTIN, M.P.; SUSAN, P.; SULLIVAN, E. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev*. Set 2014, nº4: CD005124, pp 1-29.
- AKKERMAN, D. et al..Routine Prenatal Care. *Institute for Clinical Systems Improvement*. Julho, 2012.
- ALBUQUERQUE, A. et al. Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebé. *Revista Referência*, 2009,. II Série, nº9, pp.15-26.
- ALMEIDA, A. *A Reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - Estudo exploratório no contexto domiciliar*. Porto, 2009. Tese de Mestrado.
- ALTHABE, F. et al. A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009, vol. 107, nº 1, pp. 4-7.
- ANTUNES, M. e PATROCÍNIO, C. A malformação do bebé. Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007, vol. 8, nº2, pp 239-252.
- BAIÃO, M. e DESLANDES, S. Alimentação na gestação e puerpério. *Rev. Nutr. Campinas*. março/abril 2006, vol.2, nº19, pp-245-253.
- BAKER, A. e KENNER, N. Communication of pain: vocalisation as an indicator of stage of labour. *New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* . 1993, vol.33, nº385.
- BAKKER, H. et al. Morning versus evening induction of labour for improving outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol.2, nº: CD007707.
- BANDURA, A. *Social Foundations of thought & action- A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
- BASEVI, V. e LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour (Review). *The Cochrane Library*. 2009, vol.4, nº: CD001236..
- BECH, H.; OBEL, C.; HENRIKSEN, B.; OLSEN, J. Effect of reducing caffeine intake on birth weight and length of gestation: randomised controlled trial. *BMJ*. Fev 2007, pp. 334-409.
- BECH, H.; NOHR, A.; VAETH, M.; HENRIKSEN, B.; OLSEN, J.. Coffee and fetal death: a cohort study with prospective data. *American Journal of Epidemiology*. Nov 2005, vol. 162, nº1, pp.983-990.
- BENNEL, K: The female athlete. In: BRUKNER, P. E KHAN, K. *Clinical sports medicine*. 2ª Ed. Austrália: McGraw-Hill, 2001.
- BERGELLA, V. *Obstetric evidence based guidelines*. Londres: Informa, 2007.
- BERNARDES, B. et al. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapsed in women: randomized controlled trial.*São Paulo Medical Journey*. 2012, vol. 130, nº1, pp.5-9.
- BJORN, M. et al. Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clinica y Salud*. 2013, nº24, pp.77-83.
- BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Urologia na Medicina Familiar- Incontinência Urinária Feminina. *Acta Urológica*.2007, vol.4, nº1, pp.79-82.

- BRANCO, V. et al. Unidade de Saúde Parceria dos Pais. *Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil*. 2009.
- BRANCO, A; FEKETE, S.; RUGOLO, L. O choro como forma de comunicação de dor do RN: uma revisão. *Rev Paul Pediatría*. 2006, vol 24, nº3, pp.270-274.
- BRANDÃO, S. E FIGUEIREDO, B. Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*. Fevereiro 2012, vol.00, nº0, doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x.
- BRAZELTON, T. e SPARROW, J. *A Criança e o Choro*. Editorial Presença, 2003.
- BRICKER, L. e LUCKAS, M. Amniotomy alone for induction of labour (Review). *The Cochrane Library*. 2012, vol.8, nº: CD002862.
- BROWNE, L. Maternal exposure to caffeine and risk of congenital anomalies: a systematic review. *Epidemiology*. 2006, vol.17, nº3, pp.324-331.
- BROWNE, L. et al. Maternal caffeine consumption and risk of cardiovascular malformations. Birth Defects Research. Part A. *Clinical and Molecular Teratology*. 2007, vol.79, nº 7, pp.533-543.
- BRÜGGEMANN, O.; OSIS, M.; PARPINELLI, M. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*. 2007, pp. 1-9.
- BOBAK, M. et al. *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Ed. Trad. de Lusociência. Lisboa: Lusociência, 1999.
- BOWDEN, V.; GREENBERG, C. *Children and Their Families: The Continuum of Care*. 2ªEd. Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- BURROUGHS, A. *Uma introdução à Enfermagem Materna*. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BUTT, K. et al. Determination of Gestational Age by Ultrasound. SOGC Clinical Practice Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*, Feb 2014, vol.36, nº2, pp. 171-181.
- BYRNE, D. e EDMONDS, K. Clinical method for evaluating progress in first stage of labour. *Lancet*. 1990, vol. 355, nº 122.
- CABETE, D. et al. Visualização: Uma intervenção possível em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. 2003, vol. 2, nº 21, pp.195-200.
- CALLISTER, C. Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2006, vol. 20, nº3, pp. 227-234.
- CAMPOS, D. e BERNARDES, J. Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring. A time for a more simplified approach?. *J Obstet Gynecol*. 2010.
- CAMPOS, A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2008.
- CANAVARRO, C. Gravidez e maternidade. In: CANAVARRO, C. *Psicologia da gravidez e maternidade*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2006, pp. 17-49.
- CANAVARRO, C. - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.
- CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, Tornar-se pai- Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais*. Porto, 2011. Tese de Doutoramento.

- CARREIRA, M.; FIGUEIREDO, M.; GRAÇA, L. Contributos da Intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. Julho 2011, vol.3,nº4.
- CARROLI,G., MIGNINI, L.Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library*.2012, vol.11, nº CD000081.
- CARSON, G. et al. Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. SOGC Clinical Practice Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*.Ag-Out 2010, vol. 32, nº8, Suplemento 3, pp.01-32.
- CHAPARRO, M. e LUTTER, K. Incorporating nutrition into delivery care: delivery care practices that affect child nutrition and maternal health. *The Cochrane Library*. 2009, vol.5, nº4.
- CHUA-GOCHECO, A., BOZZO, P., EINARSON, A.. Safety of hair products during pregnancy. *Canadian Family Physician- Le Médecin de famille canadien*. Outubro 2008, vol. 54, pp.1386-1388.
- CIPE. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. 2011. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- CISION. O aconselhamento em situação de Obstipação. *Farmácia Distribuição*. Abril 2015, pp. 46-50.
- CONCEIÇÃO, M. *O ajustamento Materno no relacionamento íntimo com o companheiro após o parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.
- COSTA, H. Documento científico: Tempo de permanência hospitalar do recém-nascido a termo saudável. Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. 2012.
- COSTA, G. Conceitualização pelas Enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Mar-Abr 2006, vol.14, nº2, pp.190-198.
- COUTO, A. et al. Brazilian Collaborative Study Group of Infant Acute, Leukemia - Pregnancy, maternal exposure to hair dyes and hair straightening cosmetics, and early age leukemia. *Chem Biol Interact*. Junho 2013, vol. 205, n.º 1, pp. 46-52.
- CRAWFORD, M. *Viver o sexo com prazer*. 2ª Ed. Lisboa: A Esfera dos Livros, 2008.
- CRUZ, S.; SUMAN, S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 2007, vol. 41, nº4.
- CUNHA, M., et al.. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Jan-Mar 2009, vol. 13, nº1, pp-146-153.
- CUNHA, I. e NETO, F.Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. *Texto Contextot Enf*. Julho-Set 2006, vol.15, nº3, pp. 479-482.
- CUNNINGHAM, G. et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ª Ed. McGraw Hill: Brasil, 2013.
- DAVIM, B.; TORRES, V.; MELO, S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: Pré teste de um instrumento. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. Nov/Dez, 2007,vol. 15, nº6.
- DECRETO-LEI nº35. DR. II Série .Nº 35 (2011-02-18), pp.8662- 8666.

- DECRETO-LEI nº9. DR. I Série. Nº44 (04-03-2009).
- DECRETO-LEI nº14/85. DR. I Série .Nº 153 (1985-07-06), pp.1874.
- DENNIS, L. e DOWSWELL, T. *Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression (Review)* [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2013 [consult. : 12 Junho 2015]. Disponível em: www.update-software.com/pdf/CD006795.pdf.
- DEVANE, D et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, Issue 2.
- DINIZ, G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, 2001. Tese de Doutorado.
- DORES, J.; ALMEIDA, C; VICENTE, L; PAIVA, S; SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA; DIABETES E METABOLISMO; SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA; SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRICIA E MEDICINA MATERNO-FETAL; SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. *Relatório de consenso sobre Diabetes e Gravidez*. SPP, 2011.
- DOWNE, S. et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 7, nº CD010088.
- DOWSWELL, T. et al. Different methods for the induction of labour in outpatient settings (Review). *The Cochrane Library*. 2010, vol.8, nº: CD007701.
- DUFF, M. A study of Labour. Sydney: University of Technology, 2005. Tese de Doutorado.
- DULEY, L.; HENDERSON-SMART, J., MEHER, S. *Altered dietary salt for preventing pré-eclampsia, and it's complications (Review)*. [Em linha]. *The Cochrane Collaboration*, 2012 [Consult. 18 maio 2015]. Disponível em: www.update-software.com/pdf/CD005548.pdf.
- DUMOULIN, C. e HAY-SMITH, J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Review). *The Cochrane Library*. 2010, vol.1.
- ESPLEN, J. *A pilot study to explore student musician's self-reports of the experience of guided imagery and its impact on musical performance anxiety*. Universidade de Toronto: Toronto, 1991. Tese de Mestrado.
- FEHER, S., et al. Increasing breast milk production for premature infants with a relaxation/imagery audiotape. *Pediatrics*. 1989, vol. 89, nº1, pp. 57-60.
- FELGUEIRAS, M. e GRAÇA, L. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Rev de Enfermagem Referência*. Dezembro 2013, III série, nº11, pp.77-84.
- FIGO. SHNH COMMITTEE. FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012, vol.117, pp.108-118.

- FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. 2002, vol.2, pp. 13-27.
- FIGUEIREDO, B. *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2001.
- FIGUEIREDO, B. Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In: SOARES. (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias* (in) Adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto, 2000, pp. 349-374.
- FONSECA-MACHADO et al. Mental Health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm*. 2014, vol.32, nº2.
- FONSECA, A. *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: Determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica*. Universidade de Coimbra: Coimbra, 2008. Tese de Mestrado.
- FRASER, D. et al. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Library*. 2006, vol. 3, nº CD000015.pub2.
- FRASER, D. e COOPER, M. *Assistência Obstétrica: Guia Prático para Enfermagem*. Lusociência, 2010.
- GALVÃO, D. *Amamentação bem sucedida: alguns fatores determinantes*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2002. Tese de Doutoramento.
- GARSHASBI, A. e FAGHIH, S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005, Vol. 88, pp.271-275.
- GASKIN, M. *Spiritual Midwifery*. Summertown: The Book Publishing Co, 1980.
- GEDDE-DAHL, M. e FORS, E. Impact of self-administered relaxation and guided imagery techniques during final trimester and birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Fev 2011, pp. 1-6.
- GENESONI, L. e TALLANDINI, A. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*. 2009, Vol. 36, nº 4, pp. 305-317.
- GESTEIRA, A.; BARBOSA, V.; ENDO, P. O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paul Enfermagem*, 2006, vol. 19, nº4, pp.462-467.
- GIAMPINO, S. *Les mères qui travaillent sont-elles coupables?*. Editions Alnin Michel. Paris, France. 2007.
- GIBSON, H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 1995, vol.21, pp. 1201-1210.
- GLANTZ, C. Labor induction rate variation in upstate New York; what is the difference?. *Birth*. 2003, vol. 30, nº3, pp. 168-174.
- GOMES, D. et al. Cuidados à mulher e família no luto por morte fetal ou neonatal. *Informar*, Set-Dez 2003, vol. 31, nº 9, pp. 48-55.
- GONZALEZ, T. O ciúme entre os filhos. In: *Como resolver situações cotidianas de seus filhos de 0 a 6 anos*. 2ª Ed. Palavra, 1998.
- GRAÇA, L., FIGUEIREDO, M., CARREIRA, M. Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a

- maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, Julho 2011, vol.3, nº4, pp 27-35.
- GRAÇA, L. et al. *Medicina Materno-fetal*. 4ª Edição. Lisboa. Lidel, 2010.
 - GRILLO, A. e PEDRO, H. Contributos da Psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças* [Em linha]. 2005, vol.6, nº1 pp.68-69.[consult.2014-11-15].Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862005000100005&script=sci_arttext.
 - GOUVEIA, R. et al. Gravidez e exercício físico: Mitos, evidências e recomendações. *Acta Med Port*. 2007, vol.20, pp. 209-214.
 - GUERRA, M. et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Em linha]. Especial 1 (Abril, 2014), pp 117-124. [consult.: 2014-10-15]. Disponível em:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>.
 - GUPTA, K.; HOFMEYR, J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library*. 2012, vol. 5.
 - HAAS, S. et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *Gen Intern Med*. 2005, vol. 20, pp. 45-51.
 - HAYNES, B. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence Based Nursing*, 2007, vol.1, nº10.
 - HOBBS, L. Assessing cervical dilation without V.E’s. Watching the purple line. *Practising Midwife*.1998, vol. 1, nº11, pp. 34-35.
 - HOCKENBERRY, M. e WINKELSTEIN, W. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
 - HODNETT, D. Caregiver support for women during childbirth. *The Cochrane Library*. 2013, n.º 3.
 - HOFMEYR, J.; XU, H.; EKE, C. Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour (Review). *The Cochrane Library*.2014, vol. 1, nº CD000014.pub4.
 - HORVARTH, T. et al. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV (Review). *The Cochrane Library*. 2009, vol.1, nº CD00673.
 - HUNT, L. Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal Midwifery*. 2013, vol.7, nº21, pp. 499-502.
 - INFARMED.Folheto informativo: Fitometadiona: Kanakion MM pediátrico 2mg/0,2 ml solução injetável.INFARMED. Abril 2014.
 - INFARMED.Folheto informativo:WinRho SDF, 600 UI, pó e solvente para solução injectável ou para perfusão Imunoglobulina humana anti-D..INFARMED. Abril 2008.
 - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN). Combater a desigualdade: da evidência à acção. Ordem dos Enfermeiros, 2012.
 - JACOB, A. *A comprehensive textbook of Midwifery and Gynecological Nursing*. 3ª Ed. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012.
 - JAHANFAR, S. e JAAFAR, H. *Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcome (Review)* [Em linha].

- The Cochrane Collaboration, 2013 [consult. : 12 junho 2015]. Disponível em:[http://www.updatesoftware.com/BCP/WileyPDF/ EN/CD006965.pdf](http://www.updatesoftware.com/BCP/WileyPDF/EN/CD006965.pdf).
- JANKE, J. The effect of relaxation therapy on preterm labor outcomes. *JOGNN*. 1999, vol. 28, pp. 255-263.
 - JENKIS, M. e HEUSTIS, J. *Companionship at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins, CO: Companion Press, 2005.
 - JEWELL, D. e YOUNG, G. Interventions for treating constipation in pregnancy [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2001 [consult.: 19 Junho 2015]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001142/abstract>.
 - JONG, R. et al. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997, vol. 104, n.º 5, pp. 567-571.
 - JONGKOLSIRI, P. e MANOTAYA, S. Placental cord drainage and the effect on the duration of third stage labour, a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*. 2009, vol. 92, n.º 4, pp. 457-60.
 - JONSON, J. *Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado*. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.
 - JOHNSTON, D. e SWANSON, D. Constructing the “good mother”: the experience of mothering ideologies by work status. *Sex Roles*. 2006, vol. 54, n.º 7-8, pp. 509-519.
 - JOZWIAK, M. e DODD, M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 3, n.º: CD009792.
 - KARP, H. *The happiest baby on the block*. Bantam, New York, 2002.
 - KAK, L. et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS programmes. *Opportunities for Africa’s Newborns*. 2006, cap.7, pp. 113-126.
 - KAY, J.; ROMAN, B.; SCHULT, H. Pregnancy loss and the grief process. In: WOODS, J. E WOODS, J. (eds). *Loss during pregnancy or in the newborn period*. NJ: Jannetti Publications, Inc. 1997.
 - KEMPER, A. et al. Strategies for Implementing Screening for Critical Congenital Heart Disease. *Pediatrics*, Nov 2011, vol. 128, n.º 5.
 - KHIANMAN, B., et al. Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *The Cochrane Library*. 2012, vol. 8:CD007426.
 - KIRBY, S. Trends in labor induction in the United States: is it true that what goes up must come down?. *Birth*. 2004, vol. 31, n.º2, pp.148-151.
 - KLEIN, K. et al. Does the Mode of Delivery Influence Sexual Function After Childbirth? *Journal of Women’s Health*. 2009, vol. 18, n.º 8, pp.1227-1231.
 - KITZINGER, S. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 1996.
 - KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bêbe: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
 - KOOPMANS, L. et al. Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 6, n.º CD000452.

- KRYGER, H.; ROTH, T.; DEMENT, C. *Principles and practice of sleep medicine*. 3ª Ed. Philadelphia: Saunders, 2000.
- LAMY, L. e COSTA, A. Aleitamento materno: papel do pai. *Enfermeiro*. Abril 2010.
- LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, D. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 7, nº CD005461.
- LAUZON, L. e HODNETT, E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev*. nº 3, 2001.
- LEAL, I. *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.
- LEDERMAN, P. et al. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol*. 1985, vol. 153, pp. 870-877.
- LEMOS, A., et al. Do perineal exercises during pregnancy prevent the development of urinary incontinence? A systematic review. *International Journal of Urology*. 2008, vol. 15, pp. 875-880.
- LIEBERMAN, B. *Easing labor pain: the complete guide to a more comfortable and rewarding birth*. Boston: Harvard Common Press, 1992.
- LIMA, F. e OLIVEIRA, N. Gravidez e exercício. *Rev Bras Reumatol*. Maio/Junho 2005, vol. 45, nº3, pp. 188-190.
- LONDON, M. et al.. *Maternal & Child Nursing Care*. 4ª Ed. Pearson Education, 2010.
- LOOK, L. e GIBB, H. The power of place. *Midwifery*. 2003, vol. 19, pp. 132-139.
- LOPES, E. et al. Sleep disorders in pregnancy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004, vol. 62, nº 62 (2-A), pp.217-221.
- LÓPEZ, E. et al. La ingesta durante el trabajo de parto de bajo riesgo: una revisión de la literature. *Medicina Naturista*. 2010, vol.2, nº4, pp.74-79.
- LOWDERMILK, D. e PERRY, S. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures, Lusodidacta, 2008.
- LOZOFF, B.; JORDAN, B.; MALONE, S. Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage and Family Review*. 1988, vol. 12, pp. 35-60
- MACEDO P. *Percepção da Dor pela Mulher no Pré-parto: a Influência do Ambiente*. *R Enferm UERI*. 2005, vol.13, pp.306-312.
- MACHADO, B.- *Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.
- MARC, I. e tal. *Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety (Review)* [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2011 [consult. : 12 Junho 2015]. Disponível em:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007559.pub2/pdf>.
- MARQUES, D. e LEMOS, A. Sexuality and breastfeeding: Woman/mother's dilemmas. *Revista enfermagem UFPE*. 2010, nº4, pp.622-630.

- MARTINS, C. ; ABREU, W.; FIGUEIREDO, M. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Rev de Enfermagem Referência*. Maio-Jun 2014, vol.4, nº2, pp. 121-131.
- MARTIN, H. A tool to measure fathers' attitudes and needs in relation to birth. *British Journal of Midwifery*. 2008, vol.16, nº7, pp.432-437.
- MARTINS, M. *Mitos e crenças na gravidez- Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*. Lisboa: Edições Colibri, 2007.
- MATOS, T. et al. Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. Nov.-Dez. 2010, vol. 63, nº6, pp.998-1004.
- McDONALD, J. et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 7, nº CD004074.
- McGRADY, A.; OLSON, P.; KROON, J. Biobehavioral treatment of essential hypertension. In: SCHWARTZ, M. AND ASSOCIATES. *Biofeedback. A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press, 1995, pp. 445-467.
- MEARA, E. et al. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state medicaid population. *Pediatrics*. 2004, vol. 113, pp. 1619-1627.
- MEDINA-SERDÁN, E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. (Spanish). *Perinatologia Y Reproduccion Humana*. 2013, vol. 27, nº3, pp. 185-193.
- MEHTA, M. e PATTANAYAKM D. Follow-up for improving psychological well-being for women after a miscarriage: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. January 2013.
- MELEIS, A. et al. Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 2000, pp.12-28.
- MELEIS, A. *Theoretical nursing - development and progress*. 4ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company. 2007.
- MELEIS, A. *Transitions Theory. Middle*. Springer Publishing Company, 2010.
- MEMON, H. e HANDA, V. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health*. 2013, vol. 9, nº3.
- MENDES, I. Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Coimbra: Mar de Palavra, 2009.
- MENDONÇA, B. *O Luto como questão bioética*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 2011. Tese de Mestrado.
- MENEZES, C. E MARQUES, A. Parto e pós-parto: impacto sobre a sexualidade do pai. *Cadernos de Sexologia*. Jul-Dez 2010, nºº 3, pp.77-92.
- MENTAL HEALTH FOUNDATION (MHF). The fundamental facts: the latest facts and figures on mental health. *Mental Health Foundation*. 2007.
- MERCER, T., FERKETICH, L., DEJOSEPH, F. Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health*.1993, nº1, vol. 16, pp.45-56.

- MESQUITA, N. *Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. 2007.
- MIQUELUTTI, M.; CECATTI, J.; MARKUCH, M. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013, vol.13, nº 154, pp. 1-9.
- MOFFATT, F. et al. Effects of guided imagery on blood pressure in pregnant women with hypertension: a pilot randomized controlled trial. *Birth*. Dez 2010, vol. 37, nº4, pp. 296-306.
- MONGELLI, M., WILCOX, M., GARDOSI, J. Estimating the date of confinement: ultrasonographic biometry versus certain menstrual dates. *Am J Obstet Gynecol*, 1996, nº1, vol. 174, Pt 1, pp. 278-81.
- MOORE, R., et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*. 2012, vol.5, nº: CD003519.
- MONTENEGRO, B. e REZENDE-FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2007.
- MORAIS, S. A satisfação face à sexualidade no casal após o nascimento do primeiro filho. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2012. Tese de Mestrado.
- MULDER, P. A concept Analysis of Effective Breastfeeding. *JOGN*. Maio-Junho 2006, vol. 35, nº3, pp.332-339.
- NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT (NICHD). *What is prenatal care and why is it important?* [Em linha] Washington, Dezembro 2013. [Consult. 2015-02-20] Disponível em :<http://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/Pages/prenatal-care.aspx>.
- NATIONAL KIDNEY AND UROLOGIC DISEASES INFORMATION CLEARINGHOUSE (NKUDIC). *Exercising your pelvic muscles* [Em linha] NIH Publication nº 02-4188, Abril 2002, [Consult. 2015-02-20] Disponível em: http://www.vidya.com/10pdfs/exercise_ez.pdf.
- NATIONAL WOMEN'S HEALTH INFORMATION CENTER (NWHIC). Preconception health. [Em linha]. Setembro 2010. [Consult. 2015-02-20]. Disponível em: <http://www.womenshealth.gov/pregnancy/before-youget-pregnant/preconception-health.cfm>
- NAZARÉ, B. et al. Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Peritia*. 2010, Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional, nº3, pp. 37-46.
- NEWMAN, J. The importance of Skin to Skin Contact. [Em linha]. 2005. [Consult. 17 Out. 2014]. Disponível em: http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17.
- NHS. Is it safe to use hair dye when I'm pregnant or breastfeeding? [Em linha]. Maio 2015. [Consult. 2015-06-20]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/949.aspx#close>.
- NICE. Postnatal care. *Royal College of General Practitioners*. Dez., 2014.

- NICE. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. Nº 190, Dez, 2014.
- NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. *Royal College of General Practitioners*. Green-top Guideline nº42, Dez., 2014.
- NICE. Shoulder dystocia. *Royal College of General Practitioners*. Nº192, março, 2012.
- NICE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman-clinical guideline. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Março, 2008.
- NICE. Induction of labour. *RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Nº 70, julho, 2008.
- NICE. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. Set., 2007.
- NICE. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. *Royal College of General Practitioners*, 2006.
- NOGUEIRA, J. e FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*. Dez 2012, III série, nº8, pp. 57-66.
- O'CONNOR, T., et al. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry*. 2002, vol. 180, pp. 502-508.
- O'SULLIVAN, G. et al. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*. 2009, nº 338, pp. 1-5.
- OLIVA, M. e SALGADO, M. Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido. *Saúde Infantil*. 2003, n.º 25.
- OLIVA, M. e SALGADO, M. Aleitamento materno - aspetos práticos. *Revista Saúde Infantil*. 2005, vol. 27, nº1, pp. 11-20.
- OLIVEIRA, A. et al. Perceção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*. 2010, vol. 11, número especial, pp.32-41.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Prestação de serviços de assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Parecer nº44/2014, 2014.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Recommendations for induction of labour. WQ 440, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 Nov. 2007 in Washington DC, USA, Genève, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Care in normal birth: a practical guide. Geneva, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde. Junho 1946.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organization partograph in management of labour. *The Lancet*. 1994, vol. 343, pp. 1399-1404.
- PEREIRA, R. et al. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. Julho 2012, vol.3, nº7.
- PICCIANO, F. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *J Nutr*. 2003, vol. 133, nº6, pp. 1997-2002.
- PINHEIRO, L. e PINHEIRO, A. A pele da criança. A cosmética infantil será um mito? *Ata Pediátrica Portuguesa*. 2007, vol. 38, nº 5, pp. 200-208.
- PINTO, T. Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na comunidade: Revisão das estratégias no período pré-natal e após a alta. *Arquivos de Medicina*. 2008, vol. 22, pp.57-68.
- POPLAR, J. Holistic Care in High Risk Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. Out 2014, vol. 29, nº4, pp. 68-71.
- PORTELINHA, C. *Sexualidade Durante a Gravidez*. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.
- PORTO, M.; SOUZA, S. Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*. Out 2010, vol. 38, nº 10, pp. 527-537.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Indução do trabalho de parto. Circular Normativa Nº 002/2015. Lisboa, 2015.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável- Alimentação e Nutrição na Gravidez. Lisboa, 2015.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Abordagem, diagnóstico e tratamento da ferropénia no adulto. Circular Normativa Nº 030/2013. 2015.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Prescrição e determinação do hemograma. Circular Normativa Nº 063/2011. 2013.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. Circular Normativa Nº 37/2011. 2013.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Registo do aleitamento materno: Relatório| julho de 2010 a Junho de 2011. Divisão de Saúde Reprodutiva Mama Mater. Associação pró Aleitamento Materno em Portugal. 2012.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde -Plano Nacional de Vacinação- Versão atualizada, 2014. Jan, 2012.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral-Plano B. Circular Normativa Nº 007/2011.2011.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. *Sugestões para viajar grávida* [Em linha] Portal da Saúde, Agosto 2011, [Consult. 2015-02-10] Disponível em:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/harvard/Gravidez/viajar+gravida.htm>.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.Lisboa, 2008.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Profilaxia da Isoimunização Rh. Circular Normativa Nº 2/DSMIA. Janeiro 2007. Lisboa: DSMIA, 2007.

- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Prestação de cuidados pré-concepcionais. Circular Normativa Nº 02/DSMIA. 2006. Lisboa: DSMIA, 2006.
- PORTUGAL. Região Autónoma da Madeira- Comer com saber... na gravidez e no aleitamento. Funchal, 2006.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS, 2006.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes- A gravidez da adolescente-. Lisboa, 2005.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Boletim de saúde da grávida. Circular Normativa Nº 16/DSMIA. 2001.
- PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Plano nacional de luta contra a dor. 2001.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas 11. Doenças Infecciosas e Gravidez. 2000. Lisboa: DSMIA, 2000.
- PRICE, M. e JOHNSON, M. Using action research to facilitate skin-to-skin contact. *British Journal of Midwifery*. 2005, vol. 13, nº3, pp. 154-159.
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *Family-centred maternity and newborn care*. National guidelines. Ottawa:, 2002.
- PUCKETT, M. e OFFRINGA, M. Prophylatic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates (Review). *The Cochrane Library*. 2009, vol.4, nº CD002776.
- PUIG, G. e SGUASSERO, Y. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *RHL- The WHO Reproductive Health Library* . 2007.
- RABE, H.; et al. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2012, vol.8, nº CD003248, pub.3.
- REES, B. Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression and self-esteem in primíparas. *J Holist Nur*. 1995, vol. 13, nº3, pp.255-267.
- RELVAS, P. *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. 3ª ed. Porto, Portugal: Afrontamento, 2004.
- RESENDE, J. *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RICCI, S. e KYLE,T. *Maternity and Pediatric Nursing*. Lippincott Wilkins, 2009.
- ROBERTSON, E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004, vol.26, pp. 289-295.
- ROCHA, I. et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Ver Esc Enferm USP*. 2009, vol. 43, nº4, pp.880-888.
- ROGER, W. e HARMS, D. Is it OK to use hair dye during pregnancy?. [Em linha]. Julho 2014. [Consult. 2015-06-20]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/pregnancy-week-by-week/expert-answers/hair-dye-and-pregnancy/faq-20058484>.

- ROLIM, L. e CANAVARRO, C. Perdas e luto na gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* .2ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2006. pp-255-296.
- ROLIM, L. e CANAVARRO, C. Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* . Coimbra: Quarteto Editora, 2001. pp-255-297.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Exercise in Pregnancy. Janeiro 2006, Norma nº 4, pp. 1-7.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (RCP). Anxiety panic and phobias. [Em linha]. 2011. [Consult. 2015-06-20]. Disponível em: <https://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/problemsdisorders/anxiety,panic,phobias.aspx>.
- RUBARTH, L. et al. Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy. *JOGNN*, 2012, nº41, pp.398-407.
- RUBIN, R. Maternal identity and the maternal experience. New York: *Springer Publishing Company*, 1984.
- RYAN, A. Interventions to reduce anxiety during pregnancy: na overview of research. *Perspetive: NCT'S journal on preparing parents for bith and early parenthood*. Jun, 2013, pp. 16-20.
- SANTOS N.; ZADONADE, E.; EMMERICH, A. Analysis models for variables associated with breastfeeding duration. *Rev Paul Pediatr*. 2013, vol 31, nº3, pp.306-314.
- SANTOS, A. A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé. *CHBA*. Março 2011, pp.01-13.
- SANTOS, A. e CARDOSO, A. A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 2010, nº11, pp. 26-31.
- SAVE THE CHILDREN. *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Save the Children Federation, Washington DC, 2004.
- SCOTT, C. FURO, R. Conservative interventions for the prevention and treatment of urinary incontinence in pré-and postpartum women. *European School of Physiotherapy*. 2011.
- SEBASTINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. Orientações para a prática nos serviços. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010, Vol. 4, n. 4, pp. 143-148.
- SESCATO, A.; SOUZA, S.; WALL, M. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008, vol. 13, n.4, pp. 585-590.
- SHENNAN, A. e VOUSDEN, N. Commentary: Nonpharmacological approaches to hypertension in pregnancy need further evaluation. *Birth*. Dez 2010, vol. 37, nº4, pp. 307-308.
- SHEPHERD et al. The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010, vol. 10, nº 54.
- SILVA, A. e FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*. 2005, vol.25, nº3, pp. 253-264.
- SILVERSTEIN, B. e AUERBACH, F. Deconstructing the essential father. *American Psychologist*. 1999, vol.. 54, nº 6, pp. 397-407.

- SINGATA, M.; TRANMER J.; GYTE L. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 8.
- SIQUEIRA, C. e COLLI, M. Prevalência do contacto precoce entre mãe e recém-nascido em um hospital amigo da criança. *Rev Enferm UFPE on line*. Nov. 2013, vol.7, nº11, pp. 6455-6461.
- SMITH, A. Dustan Baby language: Decoding baby talk. *Grey-Bruce Kids Magazine*. Jun, 2013.
- SMITH, I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur. J. Anaesthesiol*. 2011, nº28, pp. 556-569.
- SMYTH, D.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 6, nº D006167.pub4.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediatr Port*. 2007, vol. 38, nº5, pp.209-214.
- SOLTANI, H.; HUTCHON, R.; POULOSE, A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *The Cochrane Library*. 2010, nº 8.
- STEELE, R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. In: ALEXANDER, J. et al. *Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones*. Barcelona: Boehringer Mannheim, 1998.
- STEPHENS, R. Imagery: A treatment for nursing anxiety. *J Nurs Educ*. 1992, vol.31, nº7, pp. 314-320.
- STEVENS, J. et al. Immediate or early skin-to-skin contact after a caesarean section: a review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*. 2014, vol.10, pp.456-473.
- STEWART-BROWN, S. e SCHRADER-MCMILLAN, A. Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev Project. *Health Promotion International*. 2011, vol. 6, nº1, pp.10-28.
- SILVA, C. e CARNEIRO, M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Rev Enfermagem Referência*. Nov-Dez 2014, vol.4, nº3, pp. 17-27.
- SILVA, R. *Tratamento de náuseas e vômitos na grávida por pressão periódica num ponto de acupuntura*. Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2008. Tese de Mestrado.
- SILVA, A. e FIGUEIREDO, B. Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*. 2005, vol. 25, nº 3, pp. 253-264.
- SPORT MEDICINE AUSTRALIA (SMA). The benefits and risks of exercise during pregnancy. *J Sci Med Sport*. 2002, vol.5, nº 11.
- SOARES, A. *O cuidado de enfermagem baseado em evidência- A influência da introdução da chupeta no primeiro mês de vida na duração da amamentação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2014. Tese de Mestrado.
- THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. Clinical Protocol Number 19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting. 2009, vol.4, nº1.

- TROTTER, S. Care of the newborn: proposed new guidelines. *British Journal of Midwifery*. 2004, vol. 12, nº 3, pp. 152-157.
- UMAN, S., et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006, nº 4: CD005179.pub2.
- UNICEF Portugal. *Manual de aleitamento materno*. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2012.
- URASAKI, M. Alterações fisiológicas da pele percebidas por gestantes assistidas em serviços públicos de saúde. *Acta Paul Enf*, 2010, vol. 23, nº4, pp.519-525.
- VARELA, J. *Assistência de Enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado*. Univ. Federal de Sta Catarina. Centro de Ciências da Saúde: Florianópolis, 2007.
- VASCONCELOS, A. e HAMANN, M. Porque o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV?. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005, vol. 5, nº4, pp. 483-492.
- VIANNA, M. e NAPOLEÃO, A. Reflexões sobre cuidados para a alta de pacientes prostatectomizados. *Cien Cuid Saúde*. Abr-Jun 2009, vol. 8, nº2, pp.269-273.
- WEI, S.; WO, L.; QUI, P.; XU, H.; LUOU, C.; ROY, C.; FRASER, D. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). *The Cochrane Library*. 2013, vol. 8, nº CD006794.pub4.
- WHITE, J. e Porth, M. Physiological measurement of stress. In: RICE, V. *Handbook of stress, coping and health implications for nursing research, theory and practice*. Thousand Oaks, Sage Publications, 2000 pp. 69-96.
- WHITWORTH, M., et al. *Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Review)*. [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2010 [consult.: 2 Junho 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084925/>.
- WIDSTROM, M., et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*. 2011, vol. 100, pp.79-85.
- WINTER, C. e DUFF, M. The progress of labour: orderly chaos? In: McCOURT, C. *Childbirth, Midwifery and Concepts of Time*. London: Berghahn Books, 2009.
- WIYSONGE, C. et al. Vitamin A supplementation for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Review). *The Cochrane Library*. 2011, vol.1.
- WOCKEL, A.; et al. Getting ready for birth: impending fatherhood. *British Journal of Midwifery*. 2007, vol. 15, nº6, pp. 344-348.
- WONG, D. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- WORDEN, W. *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 3ª Ed. Hove: Brunner-Routledge, 2003.
- WYLIE, L., et al. The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011, vol. 18, pp. 48-58.

- YASMEEN, A. The impact of Valsava's versus spontaneous pushing techniques during second stage of labor on postpartum maternal fatigue and neonatal outcome. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*. Maio-Agosto 2014, vol.12, n°2.
- YILDIRIM, G; BEJI, K. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. Mar 2008, vol. 35, n°1, pp.25-30.
- ZUPAN, J.; GARNER, P.; OMARI, A. Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Library*. 2004,vol.3.

ANEXOS

ANEXO I- TABELA DE ANÁLISE DE ARTIGOS

Estudo	KHIANMAN, B.; PATTANITTUM, P.; THINKHAMROP, J.; LUMBIGANON, P.	N.E.
Ano de publicação	2012	IV
Fonte	WILEY; The Cochrane Collaboration.	
Objetivos	Perceber a eficácia das terapias de relaxamento na prevenção de partos pré-termo.	
Metodologia	Revisão sistemática da literatura Revisão de 11 estudos randomizados e quase- randomizados, num total de 833 mulheres incluídas nos estudos analisados, que comparassem as técnicas de relaxamento com os cuidados habituais, não tratamento ou intervenções placebo. As mulheres incluídas nos estudos encontravam-se grávidas, podendo ou não ter história de parto pré-termo ou de ameaça de parto pré-termo.	
Resultados	A presente revisão sistemática incidu apenas na comparação entre a realização de técnicas de relaxamento como: técnica de imaginação guiada (visualização); meditação; <i>biofeedback</i> ; massagem; reflexologia; respiração; aromaterapia; <i>yoga</i> ; hidroterapia e musicoterapia. Os resultados face a cada intervenção não foram discriminados. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas face à comparação da implementação de exercícios de relaxamento com: a prestação de cuidados habituais; não utilização de exercícios de relaxamento; realização de exercícios de relaxamento juntamente com os cuidados habituais face à prevenção de parto pré-termo. Alguns estudos parecem apontar para uma diminuição dos níveis de ansiedade e <i>stress</i> materno.	
Conclusão	A realização de exercícios de relaxamento não parece ter efeito direto na redução do número de partos pré-termo, apesar de os autores considerarem que os resultados obtidos podem não traduzir a realidade devido à qualidade limitada de alguns dos estudos incluídos. No entanto, a implementação deste tipo de técnicas parece diminuir os níveis de <i>stress</i> e ansiedade durante a gravidez.	
Estudo	MARC, I.; TOURECHE, N.; HODNETT, E.D.; BLANCHET, C.; DODIN, S.; NJOYA, M.	N.E.
Ano de publicação	2011	IV
Fonte	WILEY; The Cochrane Collaboration.	
Objetivos	Avaliar os benefícios da implementação de técnicas de relaxamento durante a gravidez na prevenção ou tratamento da ansiedade materna, assim como a sua influência nos resultados perinatais.	
Metodologia	Revisão Sistemática da literatura Utilizados 8 estudos, num total de 556 participantes, sendo avaliados os resultados relativamente às técnicas: hipnoterapia; TIG, auto-sugestão e <i>yoga</i> .	
Resultados	As terapias de relaxamento parecem influenciar positivamente os níveis de ansiedade materna ao longo da gravidez, apesar de alguns dos estudos analisados não esclarecerem adequadamente os métodos utilizados para a sua realização. Comparativamente com os cuidados habituais, a TIG parece afetar positivamente a ansiedade durante o TP, diminuindo os níveis de ansiedade durante o primeiro e segundo estadios do TP e ainda diminuir a incidência de ansiedade e depressão no período de pós-parto imediato.	

	Relativamente à TIG, esta parece ser mais eficaz na redução dos níveis de ansiedade materna durante a gravidez do que a implementação dos cuidados habituais; sendo significativamente mais eficaz na diminuição dos níveis de ansiedade durante o primeiro e segundo estadio de TP, mas não no último. As mulheres que realizavam a TIG parecem apresentar ainda maior conhecimento sobre o TP e parto do que as mulheres que não realizavam esta técnica. O nível de dor percebida durante o TP parece ainda ser menor nas mulheres que recorrem à TIG no primeiro e segundo estadio de TP. Comparativamente com a musicoterapia, quando implementada no pós-parto imediato, a utilização da TIG parece ser mais eficaz na diminuição dos níveis de ansiedade, incidência de depressão pós-parto e aumento da autoestima materna. Não foram observadas vantagens da aplicação da TIG face à realização de exercícios de relaxamento progressivo e passivo.	
Conclusão	Os resultados obtidos apontam para que a realização da TIG tenha um impacto positivo na diminuição e controlo dos níveis de ansiedade durante o TP e na depressão e ansiedade pós-parto. Não foram reportadas contraindicações face à utilização das técnicas de relaxamento não farmacológicas analisadas. Mais estudos seriam necessários para suportar a inclusão destes exercícios na prática clínica.	
Estudo	BJORN, M.; JESUS, S.; MORALES, M.	N.E.
Ano de publicação	2013	V
Fonte	Clínica y Salud.	
Objetivos	Avaliar os efeitos da prática regular de técnicas de relaxamento em mulheres grávidas em variáveis como: o stress, a ansiedade, a depressão, a frequência cardíaca e a tensão arterial.	
Metodologia	Estudo randomizado controlado Amostra composta por 46 mulheres grávidas, de idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, residentes em Portugal. A amostra foi dividida em dois grupos: um de controlo e um experimental, tendo as participantes incluídas no último grupo recebido 25 sessões individuais (35 minutos cada) de técnicas de relaxamento progressivo e TIG, entre o 2º e o 8º mês de gestação. Para avaliar a eficácia da intervenção recorreu-se a instrumentos como a Escala da Ansiedade, Depressão e Stress antes e após a intervenção. Até à 21ª semana as visualizações implementadas focaram-se em cenários relaxantes e, nas posteriores, em visualizações centradas no bebé e no interior do útero.	
Resultados	Os resultados obtidos apontam para que existam diferenças significativas entre os dois grupos, quer na escala da ansiedade, quer na depressão, quer na Escala da Ansiedade, Depressão e Stress. Verificam-se igualmente alterações no que toca aos parâmetros frequência cardíaca e tensão arterial, com uma redução significativa no grupo experimental.	
Conclusão	Os dados obtidos apontam para que a realização deste tipo de relaxamento durante a gravidez leve à diminuição dos níveis de ansiedade, stress e depressão, bem como na diminuição da frequência cardíaca e tensão arterial.	
Estudo	GEDDE-DAHL, M.; FORS, E.	N.E.
Ano de publicação	2011	V
Fonte	ELSEVIER Complementary Therapies in Clinical Practice.	
Objetivos	Determinar se a prática de terapias de relaxamento como a TIG influenciam o nascimento.	
Metodologia	Estudo experimental controlado	

	Foram recrutadas 80 mulheres acompanhadas na Noruega (54 incluídas no estudo), encontrando-se estas: no início do terceiro trimestre da gravidez; com idades compreendidas entre os 22 e os 37 anos de idade; gravidez atual sem complicações associadas e expectativas de parto vaginal.	
Resultados	Os resultados obtidos apontam para que se verifique uma diferença significativa no que toca aos níveis de ansiedade e bem-estar geral no primeiro dia após parto. Os dados obtidos não permitiram tirar outras conclusões.	
Conclusão	Os autores concluem que mais estudos seriam necessários para se perceber o impacto da intervenção. Uma vez que os participantes podiam escolher a faixa do CD fornecido com a instrução da técnica TIG, não é possível perceber quais as mais eficazes, mas os autores referem as vantagens da conjugação da TIG com outras técnicas de relaxamento. O facto de as intervenções implementadas implicarem esforço e dedicação das participantes, a satisfação das mulheres grávidas face à sua prestação durante o estudo podem ter influenciado os resultados. Assim, os autores levantam a hipótese de que a realização da TIG poderá ter um efeito positivo na percepção de autoeficácia e promover o <i>empowerment</i> das grávidas que realizam este tipo de técnica.	
Estudo	ALDER, J.; URECH, C.; FINK, N.; BITZER, J.; HOESLI, I.	N.E.
Ano de publicação	2011	
Objetivos	Examinar as diferenças psicoendócrinas após um período de relaxamento <i>standard</i> em mulheres grávidas com níveis elevados de ansiedade.	
Metodologia	Estudo randomizado controlado Foram recrutadas 39 mulheres grávidas com 18 ou mais anos de idade; que falassem alemão; que se encontrassem grávidas de um único feto saudável e que estivessem entre as 32.34 semanas de gestação. Como critérios de exclusão foram definidos: estar medicada com glucocorticoides ou outra medicação; existir diagnóstico de malformação fetal grave; ter antecedentes de patologia cardiovascular, nefrológica, neurológica ou metabólica. Para análise dos dados, as mulheres foram divididas em dois grupos: com elevados níveis de ansiedade ou com níveis reduzidos de ansiedade, de acordo com os resultados obtidos após a implementação de uma escala de avaliação da ansiedade (STAI). O estudo compara os efeitos de relaxamento muscular progressivo; técnica de imaginação guiada e relaxamento passivo quanto à reatividade psicofisiológica.	V
Resultados	Os resultados obtidos parecem indicar que ambos os grupos obtiveram níveis mais elevados de relaxamento após a realização do procedimento. A avaliação psicológica efetuada pareceu ainda demonstrar que os benefícios detetados foram semelhantes em ambos os grupos. No entanto, a avaliação endócrina parece apontar para que mulheres com menores níveis de ansiedade entram num estado de relaxamento mais facilmente que mulheres mais ansiosas.	
Conclusão	Os autores concluem que mais estudos seriam necessários para se perceber o impacto da intervenção. Salientam ainda a hipótese de mulheres mais ansiosas não responderem da mesma forma a técnicas de indução de relaxamento, algo que deve ser tido em consideração pelos profissionais de saúde.	
Estudo	MOFFATT, F.; HODNETT, E.; ESPLIN, M.; WATT-WATSON, J.	
Ano de publicação	2010	
Fonte	Birth issues in perinatal care.	

Objetivos	Providenciar evidência científica sobre os efeitos da utilização da TIG na redução da TA em grávidas com diagnóstico de hipertensão arterial.	V
Metodologia	<p>Estudo randomizado controlado</p> <p>Amostra composta por 69 mulheres grávidas acompanhadas em dois hospitais no Canadá com diagnóstico de HTA, tendo as mesmas sido submetidas à TIG ou descanso sem controlo, duas vezes ao dia durante 4 semanas ou até ao parto. A avaliação da TA durante o dia, em regime de ambulatório, e a avaliação dos níveis de ansiedade foram efetuados semanalmente durante 4 semanas.</p>	
Resultados	<p>Segundo os resultados obtidos, os valores de TA nas mulheres do grupo de controlo parecem ser mais elevados do que nos grupos submetidos à TIG durante a última semana de avaliação.</p> <p>A prescrição de antihipertensores foi tida em consideração sempre que a sua toma ocorria na semana anterior à monitorização realizada, sendo essas participantes excluídas durante a análise dos dados. Ao longo do estudo, oito participantes receberam este tipo de medicação (6 do grupo de TIG e 2 do grupo de controlo). Após a sua exclusão, a análise dos dados continuou a apontar um acréscimo de cerca de 3,81 mmHg na TA do grupo de controlo comparativamente ao grupo da TIG. Devido ao número reduzido de participantes nesta situação, esta variável não foi analisada mais profundamente pelos autores.</p> <p>Não foram encontradas associações entre o número de repetições da TIG e a diminuição dos valores de TA.</p> <p>A adesão à TIG foi superior a 90%, tendo a maioria das participantes referido que voltaria a utilizar esta técnica numa futura gravidez ou em situações de stress, sendo ainda uma técnica que recomendariam a mulheres na mesma situação.</p>	
Conclusão	Apesar de os valores de pressão arterial das participantes que recorreram à TIG não terem diminuído de forma significativa, o seu aumento ao longo da gravidez foi mais reduzido que os valores obtidos através do grupo de controlo. Apesar de não ser estaticamente significativa, os autores apontam para indícios de diminuição dos valores de TA analisados no grupo experimental. Existem ainda indícios de efeitos positivos da utilização da TIG face à vivência de eventos stressantes ou de maior ansiedade, sendo no entanto necessários mais estudos para comprovar essas hipóteses.	

