

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Influência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce,
no envolvimento emocional que a mãe estabelece
com o bebé no nascimento**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Andrea Susana Monteiro Amaro

Orientadores

Maria José de Oliveira Santos

Anabela Martins Pinto de Figueiredo



Vila Real, 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Influência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce,
no envolvimento emocional que a mãe estabelece
com o bebé no nascimento**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Andrea Susana Monteiro Amaro

Orientadores

Maria José de Oliveira Santos

Doutora em Ciências de Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Anabela Martins Pinto de Figueiredo

Especialista na Área Científica de Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de
Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro



Vila Real, 2020

Amaro, A. (2019)

Influência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com bebé no nascimento

Trabalho expressamente elaborado como Relatório de Natureza Profissional para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Palavras-chave: *Bonding*; Envolvimento emocional; Enfermagem obstétrica; Papel do profissional de enfermagem; Parto.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer às minhas orientadoras, Professora Maria José Santos e Professora Anabela Figueiredo, pela orientação científica, apoio, disponibilidade, oportunos conselhos e ajuda preciosa que me deram, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Expresso também o meu reconhecimento, em especial às minhas orientadoras, Enfermeira Manuela Lázaro, Enfermeira Fátima Sousa e restante equipa, pelo acompanhamento, orientação e ensinamentos ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Ao Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE, pela autorização e possibilidade de realização do estudo.

O meu obrigado a todas as mães que gentilmente aceitaram participar no estudo, com o preenchimento dos questionários e que desta forma, permitiram que o estudo fosse realizado.

Finalmente, mas não em último lugar, agradeço aos meus que estiveram sempre ao meu lado.

Índice Geral

Agradecimentos.....	iii
Índice de Quadros.....	vii
Índice de Tabelas.....	ix
Índice de Apêndices.....	xi
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xv
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xvii
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	21
2.1. Enquadramento do estágio de natureza profissional.....	21
2.2. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em	
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	25
2.2.1. Competências específicas na gravidez.....	26
2.2.2. Competências específicas no trabalho de parto e parto.....	32
2.2.3. Competências específicas no pós-parto.....	45
2.2.4. Competências específicas nos cuidados ao recém-nascido.....	47
2.3. Síntese Conclusiva.....	51
3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: INFLUÊNCIA DE ALGUMAS MEDIDAS FACILITADORAS	
DO CONTACTO PRECOCE, NO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL QUE A MÃE ESTABELECE COM	
O BEBÉ NO NASCIMENTO.....	55
3.1. Enquadramento teórico.....	55
3.2. Objetivos.....	63
3.3. Metodologia.....	64
3.3.1. Problema e hipóteses.....	64
3.3.2. Tipo de estudo.....	65
3.3.3. Amostra.....	65
3.3.4. Variáveis em estudo.....	66
3.3.5. Instrumentos de recolha de dados.....	67
3.3.6. Procedimento de recolha de dados.....	70
3.3.7. Tratamento estatístico dos dados.....	70
3.3.8. Considerações éticas.....	71
3.4. Resultados e discussão.....	71
3.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	71

3.4.2. História da gravidez e parto	72
3.4.3. Medidas facilitadoras do contacto precoce	74
3.4.4. Envolvimento emocional da mãe com o bebé	81
3.4.5. Resultados referentes às hipóteses em estudo.....	82
3.5. Conclusões	87
3.6. Contributos da investigação para a prática dos cuidados	88
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
APÊNDICES.....	105

Índice de Quadros

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão da amostra em estudo	66
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas e valores de consistência interna (<i>Alpha de Cronbach</i>) da escala de <i>Bonding</i> , aplicada às 2 horas após o parto.....	69
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra (n=47).....	72
Tabela 3. Distribuição das mulheres de acordo com a história da gravidez atual (n=47).....	73
Tabela 4. Fontes de informação e motivação das mulheres para as medidas facilitadoras do contacto precoce (n=47).....	75
Tabela 5. Implementação das medidas facilitadoras de contacto precoce no pós-parto (n=47).....	76
Tabela 6. Tempo de duração das medidas facilitadoras de contacto precoce.....	77
Tabela 7. Motivos apontados pelas mães para o término ou não implementação do contacto pele a pele (n=26).....	79
Tabela 8. Motivos apontados pelas mães para a não realização do corte do cordão umbilical pela mãe (n=45).....	80
Tabela 9. Motivos apontados pelas mães para não ter iniciado a amamentação na primeira hora de vida (n=17).....	81
Tabela 10. Estatística descritiva da escala <i>Bonding</i> total e subescalas às 2 e 48 horas após o parto.....	82
Tabela 11. Comparação dos níveis de <i>bonding</i> às 2 e 48 horas após parto (n=47).....	83
Tabela 12. Análise da influência das características sociodemográficas das mães nos valores de <i>bonding</i> , às 2 e 48 horas após o parto.....	83
Tabela 13. Análise da influência do desejo e planeamento da gravidez e a frequência de CPPP no <i>bonding</i> , às 2 e 48 horas após o parto.....	84
Tabela 14. Análise da influência da informação e motivação das mães para as medidas de contacto precoce no <i>bonding</i> , às 2 e 48 horas após o parto.....	85
Tabela 15. Análise da influência das medidas de contacto precoce (contacto pele a pele, corte do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida) no <i>bonding</i> , às 2 e 48 horas após o parto.....	86

Índice de Apêndices

Apêndice A - Instrumento de recolha de dados	cvii
Apêndice B - Pedido de autorização para utilização da versão Portuguesa alargada da <i>Mother-to-Infant Bonding Scale</i> (MIBS, ou escala <i>Bonding</i>) para avaliar o envolvimento emocional de mães com o bebé.	cxix
Apêndice C - Consentimento informado	cxiii
Apêndice D - Pedidos de autorização à instituição hospitalar e Comissão de Ética e respetiva autorização	cxv

Resumo

Introdução: Este relatório, pretende refletir e analisar de forma fundamentada, no conhecimento científico mais atual o desenvolvimento de competências especializadas em contexto da prática clínica, que decorreu no Bloco de Partos de uma instituição do Norte do país. A procura do conhecimento sobre a experiência vivenciada no parto é importante para uma reflexão e adequação dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, desenvolvemos um estudo de investigação sobre a importância das medidas de contacto precoce após o parto, no envolvimento emocional da mãe com o bebé.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivos avaliar o envolvimento emocional das mães com os bebés às 2 e 48 horas após o parto e avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, da história da gravidez e de medidas de contacto precoce (contacto pele a pele, corte do cordão umbilical, amamentação na primeira hora de vida), no envolvimento emocional das mães com os bebés.

Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo-correlacional e longitudinal. Na recolha de dados, foi utilizado um formulário e a Escala de *Bonding* (*New Mother-to-Infant Bonding Scale - MIBS*), aplicada às 2 e 48 horas após o parto. Na análise de dados foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, com recurso a testes não paramétricos.

Resultados: A amostra foi constituída por 47 mães, com idade média de 27,5 anos, na sua maioria casadas e empregadas. O conhecimento das mães sobre medidas facilitadoras do envolvimento emocional é limitado, e a medida mais utilizada foi a amamentação na primeira hora de vida (63,8%). Os valores de *bonding* total às 2 horas foram elevados (2,83; DP=0,20) e mantiveram-se sensivelmente iguais nas 48 horas após o parto (2,84; DP=0,22). Nenhuma das variáveis estudadas, influenciou o nível de *bonding* total nos dois momentos de avaliação, pelo que as hipóteses em estudo não foram confirmadas.

Conclusões: A revisão da literatura realizada e parcialmente os dados obtidos, permitem-nos propor algumas alterações na assistência concebida e implementada pelos Enfermeiros Especialistas, ao longo do período pré e pós-natal. Consideramos que estes enfermeiros podem ter um papel importante na informação das mães/casais e na implementação das medidas de contacto precoce nos partos de baixo risco, tendo em conta o impacto expectável destas medidas na ligação emocional da mãe ao bebé, com benefícios positivos na saúde.

Palavras-chave: *Bonding*; Cuidados de enfermagem; Envolvimento emocional; Enfermagem obstétrica; Parto.

Abstract

Introduction: The report aims to reflect and analyze in a reasoned way, based on the current scientific knowledge, development of specialized skills among the clinical context of the labor room in a hospital in the north of the country. The search for knowledge about the experience of childbirth is important for the reflection and adequacy of nursing care. In this sense, we developed a research study about the importance of early contact measures after childbirth in the mother-to-infant emotional involvement.

Objectives: This study aims to evaluate the levels of bonding between mothers and their babies at 2 and 48 hours after delivery and to evaluate the influence of sociodemographic variables, the history of pregnancy and some measures of early contact (skin-to-skin contact, cord cutting, breastfeeding in the first hour of life) at bonding levels.

Methodology: A descriptive-correlational and longitudinal study has been conducted. For data collection, a questionnaire was used and the Bonding Scale (New Mother-to-Infant Bonding Scale-MIBS), which was applied at 2 and 48 hours after delivery. For data analysis, descriptive and inferential statistics were used, using nonparametric tests.

Results: The sample are composed of 47 mothers, with an average age of 27.5 years, married and employed. Mothers' knowledge about measures facilitating early emotional involvement is limited, and the most used measure was breastfeeding in the first hour of life (63.8%). The score of total bonding at 2 hours was high (2.83; SD = 0.20) and were similar to those evaluated at 48 hours after delivery (2.84; SD = 0.22). None of the studied variables influenced the total bonding level in both evaluation moments, so the hypotheses under study were not confirmed.

Conclusions: The literature review and partially the results on the study allow us to suggest some changes in the care conceived and implemented by the Specialist Nurses, during the prenatal and postnatal period. We believe that Specialist Nurses can play an important role in informing mothers and implementing early contact measures in low-risk births, given the expected impact of these measures on the mother's emotional involvement to the baby, with positive benefits on mother and child health.

Keywords: *Bonding*; Emotional involvement; Obstetric nursing; Nursing care; Delivery.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists
APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
bpm - Batimentos por minuto
BO - Bloco Operatório
BP - Bloco de Partos
BSG - Boletim de Saúde Grávida
CHTS - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
cit. - citado
cm - centímetros
CPPP- Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade
CSA - Cesariana
CTG - Cardiotocografia
DGS - Direção-Geral da Saúde
DL - Decreto-Lei
EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica
ENP - Estágio de Natureza Profissional
EPE - Entidade Pública Empresarial
EV - Endovenosa
FAME - Federação de Associações de Matronas de Espanha
FCF - Frequência Cardíaca Fetal
FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics
GSP - Globo de Segurança de Pinnard
IM - Intramuscular
INE - Instituto Nacional de Estatística
ITU - Infecção do Trato Urinário
LA - Líquido Amniótico
MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence
nº - número
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
p. - página
Prof^a - Professora
RN - Recém-Nascido

RNP - Relatório de Natureza Profissional
ROD - Retenção de Ovo Desvitalizado
RPM - Ruptura Prematura de Membranas
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SGB - *Streptococcus β* hemolítico do grupo B
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SU - Serviço de Urgência
SUOG - Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia
TP - Trabalho de Parto
UHA - Unidade Hospitalar de Amarante
UHPA - Unidade Hospitalar Padre Américo
UNICEF - United Nations Children's Fund
vs - versus
WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), ministrado no âmbito do consórcio constituído pelo Instituto Politécnico de Bragança, Instituto de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pretende assegurar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais nesta área específica da enfermagem. A conclusão deste curso deverá capacitar-nos para um exercício autónomo, como enfermeira especialista nesta área clínica, habilitando-nos à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE), além da obtenção do grau académico de Mestre.

Para a consecução destas finalidades, o plano de estudos (Diário da República, II Série, nº 8 de 11 de janeiro de 2012) deste curso permitiu-nos optar pela realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP). O estágio decorreu num período de 29 semanas (750 horas), no Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS, EPE).

A escolha desta instituição recaiu entre aquelas que ofereceram as condições para a realização de um estágio mais rico em oportunidades de aprendizagem e reconhecida idoneidade na prestação de cuidados na área da saúde materna e obstétrica. O CHTS, com estatuto jurídico de Entidade Pública Empresarial (EPE), unidade hospitalar classificado no Grupo I, abrange uma área de influência de 519 722 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Esta instituição hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade, diferenciados em articulação na rede Serviço Nacional de Saúde (SNS). Dispõe de recursos humanos especializados, serviços clínicos e cirúrgicos variados. No Bloco de Partos (BP) ocorreram, em média, 2 353 partos por ano, nos últimos seis anos (Portal do SNS, 2019), um dado que sugere o leque variado de oportunidades que este contexto nos proporcionou.

As motivações para realização deste estágio na área dos cuidados à mulher durante a gravidez, trabalho de parto (TP) e pós-parto, residiram na necessidade de um maior aprofundamento da capacidade de conceber cuidados de enfermagem especializados nestes contextos e a este grupo alvo. Nomeadamente no âmbito do diagnóstico diferencial relativo aos focos de atenção: autocuidado na gravidez e pós-parto, autocontrolo no TP, ligação mãe/pai-filho,

adaptação à parentalidade, parentalidade, amamentação, luto perinatal e à deteção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente (OE, 2011).

Com o objetivo de desenvolver competências na área da investigação e contribuir para a prática da enfermagem especializada baseada na evidência, consideramos, conjuntamente com a equipa de EESMO, ser essencial no momento do nascimento e que não é privilegiada de forma sistemática - o contacto precoce entre a mãe e o bebé que acabou de nascer. Deste modo, construímos a seguinte questão de partida: *“Qual a influência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé no nascimento?”*. Além das motivações pessoais, a importância desta problemática pode ainda ser fundamentada pelas recomendações de organismos nacionais como a Ordem dos Enfermeiros (OE) e Direção Geral de Saúde (DGS) e internacionais (Organização Mundial de Saúde (OMS), United Nations Children's Fund [UNICEF] e National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]).

Neste sentido, foram preconizados como objetivos gerais do estágio:

- a) Desenvolver competências no domínio da Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica, nos contextos de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica;
- b) Desenvolver investigação no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, contribuindo para a prática da enfermagem especializada baseada na evidência.

A realização deste estágio implicou a elaboração deste relatório, que pretende constituir como um documento que comprove um nível aprofundado de conhecimentos nesta área específica da enfermagem e o desenvolvimento das competências necessárias para a prática profissional. Para facilitar o cumprimento destes pressupostos, o relatório foi dividido em duas partes principais. Na primeira parte, depois de um enquadramento do contexto onde ocorreu o estágio, apresentamos de uma forma sucinta e fundamentada o desenvolvimento das competências específicas do EESMO. Na segunda parte, apresentamos a contextualização teórica sobre a importância de algumas medidas de envolvimento precoce no pós-parto, a metodologia, resultados, discussão e conclusões do estudo de investigação.

2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP preconizado no 2º ano do Curso de MESMO, foi realizado no BP e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do CHTS, EPE. Neste capítulo caracterizamos de uma forma breve este contexto onde decorreu o estágio e, descrevemos de uma forma crítica e reflexiva as competências específicas do EESMO que nos foi possível desenvolver e terminamos com uma síntese conclusiva de todo o processo de aprendizagem.

2.1 Enquadramento do estágio de natureza profissional

O CHTS, EPE iniciou a atividade no dia 01 outubro de 2007 (Decreto-Lei [DL] n.º 326/2007, de 28 de setembro), com estatuto jurídico de EPE. Integra duas unidades hospitalares, a Unidade Hospitalar Padre Américo (UHPA), sede do centro hospitalar, situada em Penafiel, e a Unidade Hospitalar de Amarante (UHA), inaugurada em 2012, localizada em Amarante (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, 2016).

A área de influência engloba a região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, abrangendo os concelhos de Penafiel, Paredes, Castelo de Paiva, Lousada, Felgueiras, Paços de Ferreira, Amarante, Baião, Marco de Canaveses, Celorico de Basto, Cinfães e Resende. De acordo com os últimos dados do INE (2011), a população residente sob a área de influência deste hospital é de 519.722 habitantes.

Os cuidados de saúde da região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega estão assegurados pelo CHTS, EPE, pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, pelas estruturas hospitalares das Misericórdias, pela Rede de Emergência Pré-Hospitalar em articulação com o Instituto Nacional de Emergência Médica e, por fim, pelas unidades protocoladas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da sua área de influência direta, assegurando desta forma a coordenação adequada e a continuidade da prestação de cuidados de saúde à população.

O CHTS, EPE tem por missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade e diferenciados em articulação com as instituições acima referidas. Promove a implementação duma política de atuação com base num modelo de gestão empresarial, através de processos de monitorização interna e avaliação do desempenho. Cumpre os contratos-programa celebrados, levando em conta o direito de livre escolha dos doentes provenientes de outras áreas

geográficas. Desenvolve atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, em articulação com os hospitais e centros de saúde integrados no SNS.

Ao abrigo do artigo 12.º dos estatutos do SNS, aprovado pelo DL n.º 11/93, de 15 de janeiro, os hospitais foram agrupados e classificados de acordo a área de influência, valências médicas e cirúrgicas dos seus cuidados. Neste contexto, o CHTS, EPE foi classificado no Grupo I. Dispõe de recursos humanos especializados, serviços clínicos e cirúrgicos variados. Possui equipamentos médicos, cirúrgicos e de exames especiais, com nível tecnológico avançado que lhe permite dar resposta às necessidades dos utentes, numa grande variedade de patologias clínicas, oferecendo assim uma resposta de qualidade ao utente nas mais diferentes áreas clínicas.

Segundo o relatório de contas de 2015, o CHTS, EPE conta em termos globais com 1.719 profissionais. Encontra-se organizado em quatro grandes grupos: serviços de prestação de cuidados de saúde; serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde; serviços de gestão e logística e outros serviços.

No grupo dos serviços de prestação de cuidados de saúde, incluem-se os serviços onde realizamos o estágio.

Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUOG) - Bloco de Partos (BP)

O SUOG-BP, faz parte do Departamento da Mulher e da Criança, também constituído pelos serviços de pediatria, neonatologia, unidade de cuidados intensivos neonatais, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria da infância e adolescência.

O SUOG é o primeiro acesso para as utentes do foro ginecológico e obstétrico, é dotado de uma sala de triagem e de salas de pré internamento/observação.

As utentes são triadas e encaminhadas de acordo com a sua situação clínica. O encaminhamento faz-se para o BP, Bloco Operatório (BO), serviço de internamento de ginecologia ou da patologia da grávida, o domicílio ou a consulta externa.

As parturientes são internadas no BP em diferentes salas de acordo com o estágio do TP - sala de expectantes nas situações de indução do TP e fase de latência, salas de partos nas restantes

fases do TP. No caso de abortamento no 1º trimestre ou retenção de ovo desvitalizado (ROD) permanecem também no BP, em salas de vigilância até o processo estar completo.

As sete salas de parto existentes no serviço funcionam de modo individualizado, o que possibilita a presença contínua de um acompanhante durante o TP. Possuem ainda uma mesa de cuidados imediatos ao RN, que foi adaptada para funcionar como mesa de reanimação. Todas as salas de parto são espaçosas e amplas, permitiram-nos trabalhar com segurança e mobilidade. Estão organizadas de forma funcional e permitem uma atuação rápida e eficaz em situações de emergência pela disponibilidade de material presente em cada sala. Verifica-se que o equipamento das salas permite também uma triagem rápida dos produtos e resíduos hospitalares.

No que se refere à estrutura física este serviço obedece às regras mínimas, consideradas para uma unidade de atendimento ao parto e nascimento: “quarto ou box individualizada ... arejamento e iluminação natural e exposição direta ao sol ... e simultaneamente permitir o seu completo obscurecimento” (OE, 2008, p.5).

As parturientes quando iniciam o TP ativo, passam da sala de expectantes para a sala de partos. Penso que esta transferência poderia ser revista, pois para um maior conforto a parturiente deveria permanecer sempre na mesma sala.

A sala de trabalho de enfermagem é uma área ampla, contém duas janelas vidradas para o interior do serviço, o que permite a visualização completa do mesmo, concordamos que tem uma localização adequada.

Existe também uma “Sala de partos distócicos”, tem esta designação porque na fase inicial de funcionamento do serviço iria ser usada para as situações em que era necessário aplicar uma ventosa ou fórceps, no entanto, não se mostrou nem eficaz nem funcional. Esta sala poderia ser utilizada como bloco operatório (BO) para a realização de cesarianas (CSA) e curetagens e, desta forma, cumprir-se a recomendação da OE que aponta para a existência de “...uma sala de operações permanentemente disponível, com acesso direto da sala de partos” (OE, 2008, p.10).

O reduzido número de instalações sanitárias no serviço para uso das grávidas ou parturientes é um aspeto negativo. Para além de serem apenas dois, situam-se fora das salas onde as grávidas permanecem, dificultando ainda mais a sua utilização, não se cumprindo assim umas

das premissas da OE (2008): “instalações sanitárias para parturientes, preferencialmente individual e instalações sanitárias para os acompanhantes” (p.5).

Uma das remodelações prevista é a construção de uma sala de estar para os acompanhantes, com sofás, de forma a proporcionar conforto nas horas de espera. Com esta alteração irá ao encontro do preconizado pela OE (2008): “sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes” (p.5).

Os recursos materiais são adequados a uma prestação de cuidados com qualidade, o carro de emergência está facilmente acessível e a sua verificação é realizada diariamente.

O SUOG-BP funciona durante 24 horas, sendo necessário efetuar vários turnos para assegurar a sua funcionalidade, assim o horário praticado pela equipa de enfermagem é baseado no método de “roulement”. A equipa de enfermagem tem um total 25 elementos, todos EESMO. Em cada turno exercem funções quatro enfermeiros, seguindo uma metodologia com equipas fixas. Este serviço cumpre os rácios enfermeira especialista/cliente, tendo em conta as orientações da OE (2014) para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Em situação de intraparto, o rácio deverá ser de 1/2 durante o 1º estágio, 1/1 o 2º estágio e antes/após o parto sem complicações de 1/6. Ainda no mesmo documento, é referido que “de acordo com a legislação aplicável, o BP deverá dispor, em permanência, de 2 EESMO por cada 1000 partos/ano” (OE, 2014, p.23).

O modelo de trabalho da equipa de enfermagem é o método individual, um método centrado na pessoa. Este é mais exigente que o método funcional em termos de competências dos enfermeiros e gestão dos recursos humanos nas organizações, mas favorece a relação enfermeiro/parturiente/acompanhante e permite um maior controlo sobre a evolução das situações, uma vez que a totalidade dos cuidados de enfermagem é prestada pelo enfermeiro afeto à parturiente (Parreira, 2005).

A equipa médica é composta por quatro elementos, dois obstetras graduados e dois internos da especialidade, estando de acordo com o preconizado pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (2006), para os hospitais de apoio perinatal. Os anestesistas que prestam apoio no BP, são os que se encontram de urgência no BO. As assistentes operacionais são oito, distribuídas duas no turno da manhã e tarde e uma no turno da noite.

Toda a equipa está direcionada para o mesmo objetivo, prestar cuidados de qualidade à parturiente e família na sua globalidade. Este objetivo é conseguido pela troca de

experiências, pontos de vista e opiniões entre os diferentes membros da equipa de saúde, formação contínua, profissionalismo e empenhamento pessoal. Para este facto contribui também a existência de vários protocolos construídos pela equipa de enfermagem e equipa médica. No sentido de uniformizar todos os cuidados, existem protocolos específicos de atuação nas áreas da vigilância obstétrica (vigilância da gravidez normal, múltipla e de termo, entre outros), patologia materno-fetal (diabetes gestacional, pré-eclampsia e eclâmpsia, entre outros), TP (indução do TP, indução do TP com ocitocina em CSA anterior, rutura prematura de membranas [RPM], entre outros), do puerpério e nas situações de abortamento (puerpério de parto vaginal, puerpério cirúrgico, resolução da gravidez não viável do 1º trimestre, resolução de abortamento incompleto do 1º e 2º trimestre).

O CHTS, EPE tem levado a cabo um conjunto de ações, com o intuito de tornar mais eficiente o sistema de registos dos enfermeiros, sistematizar os procedimentos e melhorar o processo comunicacional interno e externo. À semelhança do que já acontece noutros serviços, também no BP vão ser instituídos os registos informáticos, através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

No ano 2018, ocorreram neste hospital 2 317 nascimentos, sendo um número inferior ao de 2012, ano em que nasceram 2 863, confirmando o decréscimo da taxa de natalidade que se verifica em Portugal.

Neste contexto, tivemos oportunidade de desenvolver as competências clínicas específicas do EESMO, em diferentes áreas de intervenção.

2.2. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A Enfermagem passou de uma profissão a uma disciplina, desde que se começou a refletir sobre a prática e a aplicar o método científico na prestação dos cuidados de enfermagem (Garcés Benavente, Del Rey & Ferrer Fernandís, 2001). Neste sentido, a descrição de todas as atividades e intervenções de enfermagem, desenvolvidas ao longo do estágio, pretende traduzir as situações consideradas significativas no processo de aprendizagem. A estratégia análise crítico-reflexiva assumindo desta forma a responsabilidade pela aquisição das competências na área da saúde materna e obstétrica.

A OE (2010) considera que todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, nas quais se incluem o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Considera ainda a existência de competências específicas que define como competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Estas são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Foi neste sentido, que as atividades realizadas e os cuidados prestados permitiram o desenvolvimento das competências clínicas: a) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; b) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP; c) cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; d) cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Com o objetivo de desenvolver estas competências, foi essencial mobilizar conhecimentos, refletir criticamente sobre as situações e suportar a tomada de decisão numa prática baseada na evidência.

2.2.1. Competências específicas na gravidez

A gravidez é um processo fisiológico, no qual se desenvolve um produto de conceção e decorre habitualmente ao longo de 40 semanas. Considerado entre o tempo de conceção e o parto é experienciado por milhares de mulheres ao longo da história da humanidade. A gravidez não é considerada um estado de doença, contudo, exige uma adaptação contínua e modificações fisiológicas e emocionais como em nenhuma outra situação biológica (DGS, 2015; Fatia & Tinoco, 2016).

Depois da aquisição de competências no cuidar da grávida e sua família, no âmbito dos cuidados de saúde primários, este estágio permitiu o desenvolvimento de competências na gravidez, sobretudo na prestação de cuidados às grávidas que recorreram espontaneamente ou por referenciação ao SUOG.

No âmbito do estágio tivemos oportunidade de conceber, implementar e avaliar intervenções de enfermagem à grávida com patologia materno-fetal, nomeadamente: RPM, ameaça de parto pré-termo e abortamento. As situações de patologia concomitante com a gravidez mais frequentes foram a infeção do trato urinário (ITU), a obesidade e a hipertensão, ainda que não

tenham sido o principal motivo de ida ao SUOG. Algumas grávidas manifestavam apenas a presença de sinais ou sintomas isolados, tais como: hemorragia vaginal, vômitos, cefaleias e diminuição da percepção dos movimentos fetais.

Dadas as características deste serviço, as atividades que desenvolvemos foram essencialmente interdependentes, colaborando com o médico na observação e realização de exames. Como atividades autónomas destacamos a avaliação inicial, que incluiu a avaliação do estado geral, a avaliação dos sinais vitais, o cálculo da idade gestacional e data provável de parto, a realização e interpretação de cardiocotografia (CTG), bem como a avaliação obstétrica específica através das manobras de Leopold e exame vaginal. Desenvolvemos ainda competências no âmbito dos registos de enfermagem através do sistema ALERT.

Desta forma pudemos diagnosticar precocemente complicações na saúde materna e fetal, tendo o cuidado de referenciar sempre as situações que estavam para além da nossa área de atuação.

Principais patologias na gravidez

No presente relatório iremos dar ênfase às patologias ou situações mais frequentes pelas quais a grávida recorreu ao SUOG do CHTS, EPE, e que mais repercussões podem ter no bem-estar materno e fetal, nomeadamente a RPM, os abortamentos e a ITU.

Cerca de 8% a 10% das grávidas experienciam uma RPM antes do início do TP a partir de 37 semanas (NICE, 2008; Passos, 2017), das quais 60% a 95% entrarão em TP dentro de 24 horas (Middleton, Shepherd, Flenady, McBain & Crowther, 2017; NICE, 2014). Segundo Passos (2017), a etiologia da RPM é de carácter multifatorial, incluído fatores mecânicos, estruturais e infecciosos que provoca a diminuição da resistência das membranas ovulares. A RPM pode ser provocada por protéases bacterianas, outros produtos do metabolismo bacteriano ou pela repetida distensão provocada pelas contrações uterinas.

A confirmação da RPM deve ser realizada pela observação direta da saída de líquido amniótico através do orifício do colo uterino durante o exame vaginal (NICE, 2015) com a utilização de um espécuro (Passos, 2017). De acordo com as recomendações do NICE (2008), deve ser evitado o exame vaginal na ausência de contrações.

A RPM está associada a um risco maior de infeção neonatal, pelo que está recomendada a indução de TP aproximadamente 24 horas após a rotura (NICE, 2008, 2014). O parto

antecipado planejado (Middleton et al., 2017), quando comparado com uma atitude expectante, após a RPM pode ajudar a reduzir a infecção para mulheres sem aumentar a necessidade de uma CSA, o risco de infecção neonatal também pode ser reduzido. No entanto, são necessárias evidências sobre efeitos a longo prazo na saúde das crianças. Até ao início do TP, também é recomendado que os movimentos fetais e a frequência cardíaca fetal (FCF) sejam avaliados a cada 24 horas (NICE, 2014). Segundo Middleton et al. (2017), em mulheres com RPM antes de 37 semanas de gestação (também designada ruptura prematura pré-termo) sem contraindicações para continuar a gravidez, uma conduta expectante com uma monitorização cuidadosa da temperatura corporal e da FCF foi associada a melhores resultados para a mãe e para o bebé.

Nas situações de diagnóstico da RPM à entrada no serviço de urgência (SU), procuramos identificar a hora do início da perda de líquido amniótico e as suas características (quantidade, cor, cheiro e aspeto). Esta informação foi fundamental não só para estabelecer um diagnóstico diferencial, mas também para instituir medidas terapêuticas adequadas, nomeadamente a administração de antibioterapia durante o TP. Mantivemos a grávida com monitorização de sinais vitais e CTG contínuo de forma a despistar precocemente possíveis complicações na saúde materna e fetal. No entanto, as diretrizes do NICE (2015), sobre cuidados intraparto não encontraram evidências sobre o efeito da avaliação da FCF em grávidas após RPM a termo e recomenda que os movimentos fetais e a frequência cardíaca devem ser avaliados no contacto inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura das membranas enquanto a mulher não estiver em TP e a mulher deve ser aconselhada a relatar imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais.

A experiência obtida permitiu o desenvolvimento de competências no diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher em situações de abortamento.

Estima-se que os abortamentos ocorram em 10% de todas as gestações, cerca de 80% ocorre no primeiro trimestre (Committee on Practice Bulletin-Gynecology, 2015), ainda que muitas mulheres experimentem algum sangramento e/ou dor no início da gravidez que não causa aborto espontâneo (NICE, 2015). Como referem Fatia e Tinoco (2016), a hemorragia vaginal na gravidez é sempre um fenómeno de preocupação para a equipa de saúde, que exige investigação clínica, e pensa-se que ocorra em 25% das mulheres no primeiro trimestre de gravidez.

É considerado um aborto sempre que a interrupção da gravidez seja espontânea até às 22 semanas. Pudemos, neste estágio, prestar cuidados a grávidas em situação de abortamento de acordo com o protocolo em vigor na instituição (Resolução médica da gravidez não evolutiva 1º Trimestre).

É prática deste serviço e sempre de acordo com o protocolo que, nestas situações, as mulheres sejam internadas no BP para vigilância quando o diagnóstico é retenção de ovo anembrionado e/ou embrião/feto desvitalizado em gestações com ≤ 12 semanas. Nestas situações, a prestação de cuidados de enfermagem consiste no apoio emocional à mulher e vigilância do seu estado de saúde. O protocolo de atuação inclui a introdução prostaglandina vaginal (misoprostol®) de 3 em 3 horas e manter dieta zero ao longo de todo o processo, estando desta forma sempre prescrita fluidoterapia. Outras intervenções são a monitorização da temperatura axilar e tensão arterial de 3 em 3 horas; vigilância de perda hemática genital; administração de analgesia e antieméticos, quando necessário. O produto da expulsão é enviado para exame anátomo-patológico. É administrada imunoglobulina anti-D às mulheres com grupo sanguíneo Rh negativo. Para completar o protocolo de intervenção é realizada uma ecografia transvaginal no dia seguinte. Se mantiver saco gestacional intra-uterino é de imediato realizado um esvaziamento uterino cirúrgico.

Além dos cuidados de enfermagem que prestamos à mulher, tentamos facilitar a adaptação à situação com dignidade e respeito, incluindo o acompanhante sempre que este estava presente. Tivemos a preocupação de identificar complicações precoces da gravidez, estando cientes que a reação às complicações ou à perda de uma gravidez acontece de forma diferente para cada mulher, companheiro e restante família. Fornecemos informações e apoio de maneira sensível, levando em consideração as suas circunstâncias individuais e as respostas emocionais de cada uma delas (NICE, 2015). Perry (2008), refere que ser progenitor é um marco importante do desenvolvimento pessoal, mas o decurso da gravidez pode estar associado a uma perda. Perante a perda de um bebé, as mulheres e os companheiros podem manifestar diversas reações adaptativas ao processo de luto e sofrimento (NICE, 2015). Os profissionais de saúde têm um papel importante que visa a educação do casal na adoção de comportamentos e atitudes adequadas ao desenvolvimento de respostas adaptativa, tanto nesta fase precoce da perda, como em todo o processo de luto (Sousa & Pereira, 2010).

A alta acontece geralmente no dia seguinte após início do protocolo, se a hemorragia é escassa e há ausência de outros sinais ou sintomas. É recomendado que recorra ao SUOG se

apresentar hemorragia abundante, hemorragia prolongada por mais de 15 dias, dor abdominal intensa ou temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Nesse sentido, incentivamos ainda a exposição de dúvidas, explicamos todos os procedimentos e encaminhamos para consultas de seguimento.

A ITU é descrita como uma patologia comum na gravidez (Ghouri, Hollywood & Ryan, 2018; Gomes, Metello, Freitas & Diogo, 2017; Sampaio, Cunha & Magarinho, 2008). De acordo com Gomes et al. (2017), este tipo de infecções é responsável por cerca de 10% dos internamentos hospitalares. Pode manifestar-se como bacteriúria assintomática (incidência 2% a 10%), cistite aguda (1% a 1,5%) e pielonefrite aguda (0,5% a 2%).

Esta ocorrência justifica-se porque a gravidez é um estado associado a alterações fisiológicas (hormonais e a mudança do pH), estruturais e funcionais do trato urinário, que promovem as infecções ascendentes da uretra (Matuszkiewicz-Rowińska, Małyszko & Wieliczko, 2015), sendo de grande importância o acompanhamento pré-natal e os exames clínicos regulares para a prevenção ou diagnóstico precoce deste problema (Baumgarten, Silva, Mastalir, Klaus & d'Azevedo, 2011).

A DGS (2013), recomenda o rastreio de bacteriúria assintomática “a todas as grávidas, no primeiro trimestre da gravidez, através do teste de urocultura com eventual teste de sensibilidade aos antibióticos” (p.3). A American Academy of Pediatrics e o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2012) recomendam o rastreio da proteinúria para avaliar o estado renal, apenas na presença de fatores de risco ou sintomas de ITU, doença renal e pré-eclâmpsia, hipertensão ou edema incomum. O rastreio de proteinúria e outras alterações renais não está recomendado por rotina, em mulheres de baixo risco, no período pré-natal. Contudo esta avaliação pode ser modificada de acordo com os protocolos específicos de cada serviço.

Da experiência que tivemos na urgência obstétrica, a utilização das tiras de reagentes (Combur®) era uma prática de comum. Esta pesquisa permite um diagnóstico de presunção na presença de glicosúria, cetonúria, proteinúria nitritos, alterações do pH e presença de sangue (Carteiro, 2016). Este teste apresenta uma elevada especificidade, apesar da sua sensibilidade ser apenas 60% a 70%. Sampaio et al. (2008), referem que cerca de 30% das grávidas com bacteriúria assintomática e 20% com pielonefrite apresentam recidivas na gravidez. Cerca de 25% das grávidas pode recidivar no espaço de seis meses (Almeida et al., 2016).

De acordo com Carteiro (2016) e Sampaio et al. (2008), a *Escherichia Cólí* é responsável por 80% a 90% dos casos de ITU na gravidez (dos quais cerca de 90% são estirpes de alta virulência), outros agentes envolvidos são a *Klebsiella Pneumoniae*, o *Proteus Mirabilis* e mais raramente o *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus* do grupo B e o *Enterobacter*.

As grávidas que apresentavam ITU sintomática, referiam frequentemente dor lombar, hipertermia, calafrios, disúria, polaquiúria, hematúria e piúria.

O tratamento da ITU passa pela escolha de um antibiótico que seja sensível ao microrganismo responsável pela infecção, contudo, de acordo com um parecer da American Academy of Pediatrics e o ACOG (2012), as sulfonamidas e nitrofurantoína podem ser prescritas no primeiro trimestre da gravidez somente quando outras terapias antimicrobianas são consideradas clinicamente inapropriadas, pelo risco de efeitos negativos no feto, ainda que os estudos sobre essa questão produzam resultados um pouco contraditórios (Ailes et al., 2018; Matuszkiewicz-Rowińska et al., 2015).

As ITU representam um grande desafio, uma vez que o risco de complicações graves para a mãe e RN é elevado (Delzell & Lefevre, 2000; Sampaio et al., 2008; Szweda & Józwick, 2016). Se não forem tratadas podem estar associadas a diversas complicações, nomeadamente aborto espontâneo, pielonefrite, RPM, parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer e sépsis neonatal. Muitas destas complicações exigem acompanhamento rigoroso, culminando assim num internamento para administração de terapêutica endovenosa. Assim sendo, foi nossa preocupação realizar um diagnóstico do conhecimento da grávida acerca desta patologia. Pudemos sensibilizar a grávida para adotar comportamentos preventivos e de adesão à terapêutica. Foi transmitida informação sobre comportamentos e preventivos da ITU, nomeadamente: o reforço da ingestão hídrica e de alimentos que alteram o pH da urina como os citrinos; a evicção de bebidas alcoólicas, café e refrigerantes; a higiene perineal adequada (utilização de produtos na higiene anogenital preferencialmente, hipoalergénicos, com adstringência suave e pH ácido, variando entre 4,2 a 5,6; o sentido da lavagem vaginal e a importância da água corrente favorecendo, assim, a remoção mecânica das secreções; a evicção de sprays, perfumes, talcos, ou lenços humedecidos); a importância de urinar após as relações sexuais e de evitar a utilização diária de pensos higiénicos e vestuário íntimo sintético (Fatia & Tinoco, 2016; Faustino, 2012).

Desta forma, desenvolvemos também competências que visavam facilitar a sua adaptação nestas situações que exigiam uma maior atenção no autocuidado.

2.2.2. Competências específicas no trabalho de parto e parto

A prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da vigilância da mulher em TP e parto carece da mobilização de um conjunto de competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais. Todas elas importantes, já que este momento da vida da mulher e da família se reveste de particular singularidade e todas as ações e comportamentos influenciam a forma como a mulher e a sua família vivenciam este momento.

Durante o internamento da parturiente, procuramos atuar de acordo com as necessidades individuais identificadas, informando sempre a parturiente sobre os procedimentos a serem realizados e orientando-a sobre o desenvolvimento do TP e o bem-estar fetal. Foi nossa preocupação conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto. Uma comunicação efetiva com a preocupação de uma linguagem adequada ao seu entendimento torna uma grávida mais calma e colaborante (World Health Organization [WHO], 2018).

Não tivemos oportunidade de utilizar o plano de parto, plano pessoal ou plano de nascimento como é comum ser chamado. Consideramos que há um desconhecimento acerca da sua existência por parte das mulheres que recorrem a este serviço, mas tivemos a preocupação de informar, aconselhar e apoiar as parturientes na sua decisão, indo assim ao encontro do que é referido pela OMS desde 1996, e que vêm a ser reforçadas nas suas recomendações mais recentes (WHO, 2018). Estas referem que devemos incentivar a mulher a expressar as suas necessidades e preferências e esclarecer as suas dúvidas.

Na avaliação inicial à parturiente, depois de uma primeira avaliação diagnóstica com base no exame físico e entrevista, integramos nesta avaliação os dados do processo clínico e do Boletim de Saúde Grávida (BSG), que nos permitiu aceder a informação tal como a história familiar e antecedentes pessoais, a gestação atual, os exames laboratoriais, o registo de dados clínicos e analíticos. Pudemos constatar que, muitas vezes, o BSG não está totalmente preenchido, tendo sido identificados dois motivos principais: uma vigilância pré-natal inadequada (inferior a 6 consultas) e o não preenchimento por parte dos profissionais de saúde, havendo nestes casos falta de informação. A DGS (2001) recomenda que os registos

sejam todos realizados nos BSG que “é um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares” (p.1).

Uma das informações que consta no BSG e que foi nossa preocupação verificar prende-se com a pesquisa do *Streptococcus β* hemolítico do grupo B (SGB), que atinge cerca de 10% a 30% das grávidas (L. Pinto & Passos, 2017). Atualmente, o SGB é considerado uma das principais causas de infecção puerperal e neonatal, sendo identificado na flora vaginal e fecal em mulheres em idades fértil, responsável por 20% dos casos de endometrite. A infecção neonatal ocorre em cerca de 1 em cada 2000, segundo Ohlsson e Shah (2014), a infecção neonatal pode acontecer como uma infecção precoce (77%), que se manifesta através de uma pneumonia ou *sepsis* e meningite, normalmente na 1ª semana de vida, e resulta da transmissão vertical durante o TP e o parto. A infecção tardia, entre a 2ª semana de vida e os 3 meses pode incluir meningite, artrite séptica, osteomielite, endocardite e otite média. A mortalidade global dos RN infetados é de 4% (L. Pinto & Passos, 2017). Por esse motivo, o rastreio está recomendado a todas as grávidas entre as 35 e 37 semanas de gravidez, através da colheita de um amostra única do 1/3 externo da vagina e ano-retal (DGS, 2013). Se o resultado for positivo, a profilaxia com terapêutica antibiótica diminui a incidência de endometrite e infecção precoce do RN (L. Pinto & Passos, 2017). Ainda que uma revisão Cochrane mais recente tenha concluído que “falta evidência de estudos bem desenhados e conduzidos para recomendar o uso de antibiótico intraparto para reduzir a doença estreptocócica neonatal precoce” (Ohlsson & Shah, 2014).

Durante o estágio pudemos constatar que foi realizado o rastreio à maioria das parturientes, nos casos em que o resultado foi positivo foi realizada profilaxia intraparto com administração de antibioterapia durante o TP, como recomenda a DGS (2013) e de acordo com protocolo do serviço.

Ainda durante a admissão e como protocolado pelo serviço, oferecemos à parturiente o vestuário institucional. Esta prática tem vantagens como a redução do risco de infecção no BP, facilita o trabalho dos profissionais de saúde e uma fácil substituição, no caso de se sujarem com sangue ou outros fluidos corporais. Outra vantagem que pode ser identificada é o facto de todas as utentes estarem vestidas do mesmo modo, evitando algum tipo de discriminação, nomeadamente pela roupa que usam. No entanto, somos da opinião de que o uso do vestuário

institucional por parte da parturiente pode ser desconfortável porque lhe retira a sua singularidade como pessoa, tornando-a no que podemos considerar «mais uma entre muitas». Num TP que se quer cada vez mais humanizado, talvez o uso de uma roupa escolhida pela própria fosse um contributo positivo para o conforto e a tornasse menos frágil e mais confiante.

No sentido de avaliar o estágio do TP em que a parturiente se encontra, tivemos por hábito proceder sempre à realização do exame físico inicial, que inclui a avaliação geral de todos os sistemas e dos seguintes parâmetros obstétricos: posição e apresentação fetal (através das manobras de Leopold), contrações uterinas, movimentos fetais e FCF (através do registo cardiotocográfico) e, por fim, a avaliação do períneo, dilatação, extinção e posição do colo uterino, confirmação da apresentação, variedade e progressão fetal através do exame vaginal.

Da nossa experiência na admissão, destacamos as situações de admissão para indução do TP por terem sido muito frequentes. A indicação para a indução do TP deve obedecer a determinados requisitos: gestação ≥ 41 semanas, patologia materna ou fetal com indicação para terminar a gravidez e RPM em grávidas com mais de 35 semanas. Os fármacos mais utilizados para a indução do TP foram a ocitocina endovenosa e o Propess®. No que se refere à ocitocina, a sua administração é utilizada de acordo com o índice de Bishop, ≥ 6 , ou para estimulação da contratilidade uterina por uma disfunção contrátil hipotónica. Esta perfusão requer controlo de débito de administração e vigilância cardiotocográfica contínua, pela possibilidade de desencadear uma atividade uterina excessiva, que poderá causar hipoxia fetal (L. Graça, 2017). O serviço possui um protocolo específico para a indução de parto com ocitocina, sendo ele diferente para parturientes com CSA anteriores. O Propess® é utilizado quando o índice de Bishop é <6 , para a maturação do colo durante 24 horas. É um sistema de libertação vaginal controlada que pode ser retirado sempre que se verifique hiperestimulação uterina ou alterações da FCF, pelo que requer monitorização da contratilidade uterina e da FCF em intervalos regulares (Komatsu, 2014). Este método de indução do TP está também protocolado no serviço onde se refere que a parturiente pode deambular após 30 minutos da colocação do fármaco, ingerir líquidos brancos e apenas deve ser realizado CTG de 4 em 4 horas. Não obstante, a maioria dos EESMO não considerou aconselhável que a parturiente deambulasse, optando pela monitorização contínua por CTG.

Independentemente do estágio do TP, realizámos uma série de intervenções de enfermagem, não suportadas cientificamente para uma prática de rotina, como a tricotomia, o enema de

limpeza, a restrição de líquidos claros durante o TP, a fluidoterapia, a CTG contínua e a restrição de movimentos com a manutenção preferencial de uma posição em litotomia.

Relativamente a estas intervenções, sabemos atualmente que:

- a)** a tricotomia deixou de ser recomendada, uma vez que os estudos recentes referem que ela não reduz a infeção, mas, pelo contrário, a pode aumentar. Quando necessária e autorizada pela parturiente, deverá ser realizada apenas parcialmente na região da episiotomia, o mais próximo possível do local e do momento da incisão (Leventhal, 2006). Esta recomendação foi integrada pela WHO (2015) para prevenção e tratamento de infeções periparto maternas. A decisão sobre a tricotomia cabe à mulher e não profissional de saúde, e nas situações em que a mulher escolhe fazer a depilação antes do parto, ela deve ser aconselhada a fazer onde e com quem se sentir mais à vontade (e.g., em casa pouco antes do parto). Não há evidência de qualquer benefício clínico de rotina antes do parto, e embora a qualidade da evidência seja muito baixa, alguns estudos demonstraram que pode potenciar alterações da pele, como irritação e rubor do períneo, prurido e sensação de queimadura que não sendo clinicamente sérios, podem causar desconforto. Resultados não clínicos que são considerados muito importantes para as mulheres, como o constrangimento durante o procedimento e o desconforto durante o crescimento dos pelos não foram relatados por nenhum dos estudos;
- b)** o enema foi durante muito tempo utilizado, acreditando-se que estimulava a contratilidade uterina, evitava a eliminação de fezes no período expulsivo e, conseqüentemente, o risco de infeção neonatal. No entanto, não existe comprovação científica sobre a sua utilização (WHO, 2018);
- c)** a restrição alimentar é uma prática que não vai ao encontro das recomendações da WHO (2018), uma vez que oferecer líquidos orais durante o TP e parto é uma conduta claramente útil e que deveria ser encorajada, considerando-se a sua restrição inapropriada. Em muitos países, o medo da síndrome de aspiração gástrica, durante uma anestesia geral, continua a justificar a restrição alimentar durante o TP, pelo que a controvérsia relativa a este tema é grande. Uma revisão da Cochrane demonstra que as evidências científicas não revelam benefícios ou malefícios na ingestão de alimentos, pelo que não existe justificação para a restrição de líquidos ou alimentos sólidos no TP para as mulheres com baixo risco de complicações (Singata, Tranmer & Gyte, 2013). A WHO (2018) considera ainda que a

administração por rotina de soluções com glicose endovenosa acarreta riscos, entre os quais um aumento dos níveis de insulina, que resultará num aumento de glicose plasmática do feto, uma diminuição do pH no sangue arterial, hiperinsulinismo fetal, com risco de hipoglicemia neonatal. Da nossa experiência, observamos que as parturientes permaneceram em dieta zero, com perfusão de um soro polielectrolítico com glucose, até indicação médica em contrário. No entanto, sempre que consideramos necessário providenciámos água para humedecer a mucosa oral e lábios das parturientes, o que por vezes era suficiente para diminuir o desconforto da sede;

d) a monitorização contínua com o cardiotocógrafo, durante o TP, além de outras desvantagens limita a deambulação. Em todas as parturientes que cuidamos foi utilizada a monitorização contínua que, apesar de desconfortável para as mesmas, nos conferiu segurança sobre a avaliação do bem-estar fetal. “O estado do bem-estar fetal durante o TP pode ser avaliado através da resposta da frequência cardíaca às contrações uterinas” (Lowdermilk & Deitra, 2008, p.389). Note-se que, há mais de 30 anos, é possível o registo em simultâneo e contínuo da FCF e da contratilidade uterina. A CTG é um exame não invasivo que permite analisar fenómenos fisiológicos ou fisiopatológicos, relacionando-os com o estado clínico do feto e interpretar a reação do feto às contrações uterinas (L. Graça & Santo, 2017). A WHO (2018) refere que o método de eleição para a monitorização fetal durante um parto normal numa gravidez de baixo risco é a auscultação intermitente. No primeiro estágio do TP deve ser realizada a cada 15-30 minutos, enquanto no segundo estágio deve ser realizada a cada 5 minutos. A monitorização contínua está indicada apenas na gravidez de alto risco e na indução do TP. Uma revisão da Cochrane (Alfirevic, Devane, Gyte & Cuthbert, 2017), revela que o CTG na admissão pode aumentar o risco de partos instrumentados e CSA, sem necessariamente melhorar os resultados do parto. Desta forma aumenta a probabilidade da mulher e RN serem sujeitos a uma série de outras intervenções, o que aumenta os custos do parto e pode ter um impacto negativo na experiência de parto.

O EESMO deve monitorizar a FCF, a contratilidade uterina e interpretar os resultados, por este motivo recorreremos às orientações das supervisoras e à consulta das recomendações para a monitorização fetal intraparto da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Adquirimos conhecimento sobre o que é um CTG tranquilizador ou um CTG não tranquilizador, como a taquicardia fetal (FCF > 160 bpm durante mais de 10

minutos, com a parturiente apirética) a variabilidade reduzida (< 5 bpm durante > 50 min na linha de base ou > 3 min nas desacelerações) para citar apenas dois exemplos que nos surgiram na prática. A percepção das suas possíveis causas e a intervenção precoce da equipa, é fundamental para minimizar ou reverter as complicações materno-fetais.

e) sobre a restrição de movimentos, existem diversos estudos que revelam que a adoção da posição de decúbito dorsal, durante todo o TP, afeta a perfusão útero-placentar através da pressão do útero sobre a veia cava, podendo ser responsável pela hipotensão materna e bradicardia fetal, bem como pela redução da intensidade das contrações (L. Graça & Santo, 2017). No período expulsivo, o posicionamento “pode ser determinado pela preferência da mulher” (Lowdermilk, 2008a, p.344). Segundo a OMS (1996), a mulher deve optar por aquele, no qual se sente mais confortável, devendo ser incentivada a experimentar posições diferentes. Neste serviço o posicionamento adotado é a posição litotomia, uma vez que existe o entendimento que esta posição oferece mais segurança ao profissional de saúde, na medida em que facilita a realização do exame vaginal, a visualização da vagina, proteção do períneo, a realização da episiotomia e, sobretudo, é a posição mais fácil para a extração do RN. Uma posição vertical durante o TP em mulheres de baixo risco é recomendada pela WHO (2018), por permitir melhor mobilidade no TP o que permite encurtar a primeira fase do TP em nulíparas e reduzir a taxa global de CSA. As práticas elencadas até aqui não são recomendadas pela OMS desde 1996 e no último documento publicado por esta organização (WHO, 2018), estas práticas continuam a não ser recomendadas como procedimentos de rotina. Também a nível nacional, a OE corrobora esta ideia, bem visível na publicação *Documento de consenso “Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada”*, que teve como objetivo construir um consenso sobre conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal (Pinheiro, Catarino, Leite, Freitas & Marques, 2012).

Na nossa experiência continuamos a assistir a uma manipulação e instrumentalização do processo de TP e parto e manutenção destas práticas sem indicações específicas, o que sugere a dificuldade em transpor para a prática as recomendações baseadas na evidência científica.

Acrescentamos ainda que, independentemente do estágio de TP, a presença do acompanhante é hoje uma realidade, além de um direito, começa a ser estimulada a sua presença na sala de partos. Consideramos ser uma forma de suporte emocional muito importante e que facilita a evolução do TP. Pudemos constatar que muitos acompanhantes não sentem essa segurança nem conhecem bem qual o seu papel na sala de partos, não se sentindo capazes de assumir um

papel de parceria com a equipa de saúde. Assim, foi nossa preocupação dar suporte aos pais no apoio à parturiente e ao RN, envolvê-los nos cuidados ao RN e fornecer informação, orientação e segurança.

De seguida faremos uma breve reflexão sobre o desenvolvimento das competências específicas nos três primeiros estádios do TP - dilatação, expulsão e dequitação.

Primeiro estágio – Dilatação

O apagamento ou extinção e dilatação do colo uterino acontecem durante o 1º estágio. Este período encontra-se dividido segundo Friedman em: *a)* fase latente, caracterizada por contrações irregulares até o colo atingir uma dilatação de 4 cm; *b)* fase ativa, caracterizada pelo desenvolvimento das contrações uterinas regulares e uma alteração do colo uterino que vai dos 4 cm até aos 10 cm de dilatação (Fatia & Tinoco, 2016) .

A duração do 1º estágio é variável, sendo em múltiparas geralmente mais rápido em comparação com as primíparas.

Neste contexto é importante a manutenção de uma comunicação ativa e terapêutica com as mulheres, com a certeza de que uma mulher informada é uma mulher mais confiante. As parturientes e acompanhantes devem ser informados de que uma duração padrão da fase latente do período de dilatação podem ter variações individuais significativas. Recentemente, a OMS passou a preconizar apenas 2 fases do TP (latente e ativa), considerando que a duração da fase ativa do período de dilatação (de 5cm até a dilatação total do colo do útero) geralmente não excede as 12 horas nos primeiros nascimentos e, normalmente, não excede 10 horas nos subsequentes (WHO, 2018).

Para a avaliação da evolução do TP foi útil a realização do exame vaginal. Este exame é recomendado na avaliação da progressão do TP, nomeadamente da dilatação e apagamento do colo, avaliação da integridade das membranas, apresentação e variedade fetal e avaliação da progressão do feto no canal de parto. O exame vaginal deve ser realizado apenas em intervalos de quatro horas no primeiro estágio de TP em grávidas de baixo risco (WHO, 2018). Para avaliar a progressão fetal no canal de parto foram utilizados os Planos de Hodge.

Todas estas informações são transcritas para o partograma, instrumento recomendado pela OMS e importante para que toda a equipa possa tomar rápido conhecimento da progressão do TP ao longo do tempo.

Segundo A. Cruz (2006), o parto normal depende de três elementos, que interferem e atuam na dinâmica do parto, entre eles, a bacia obstétrica, de suma importância para o adequado nascimento do feto, a qual tem que ter tamanho e forma compatível com a passagem do feto. Durante o exame vaginal percebemos que não existe uma forma linear e inequívoca de distinguir nas parturientes os diferentes tipos de bacia, classificados com base na forma do estreito superior, nomeadamente a ginecóide, antropóide, andróide e platipelóide (Caldwell & Moloy, cit. por Zugaib, 2008). As dúvidas e dificuldades estenderam-se também à avaliação de toda a restante arquitetura pélvica. Zugaib (2008), refere que esta avaliação é essencial para a elaboração de um real prognóstico do parto. Pode ser realizada através da pelvimetria externa e interna, esta última foi realizada em contexto de estágio sempre com a orientação devida, permitindo diagnosticar precocemente e prevenir complicações. A pelvimetria clínica de rotina na admissão em TP não é recomendada para grávidas de baixo risco, pode ter um papel importante na triagem de mulheres com alto risco de desproporção feto-pélvica, no entanto, atualmente não há evidências de que essa prática traga benefícios. Acrescentamos ainda que o exame vaginal para avaliação da pelve óssea pode ser muito desconfortável e dolorosos para a parturiente, particularmente quando ela está com contrações uterinas (WHO, 2018).

As membranas podem ter uma rutura espontânea, mais frequentemente na fase ativa ou uma rutura artificial, quando indicada. A amniotomia é indicada quando o CTG apresenta padrões anormais da FCF; para colocação de elétrico no escalpe interno e para induzir o TP (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com Oxorn (1989) e Fatia e Tinoco (2016), a amniotomia é frequentemente utilizada para intensificar e/ou “encurtar” o tempo de TP, mas esta prática, além de vantagens como observar o líquido amniótico (LA) e acelerar o TP, apresenta algumas desvantagens e riscos, como é o caso do prolapso do cordão, da infecção uterina e diminuição do fluxo sanguíneo placentário. O uso de amniotomia por rotina para acelerar o TP não é recomendado e também não há qualquer evidência de que um TP mais curto tenha benefícios, podendo até aumentar o risco de uma CSA, perante CTG não tranquilizadores ou prolapso do cordão (Smyth, Markham & Dowswell, 2013). A controvérsia mantém-se, uma vez que alguns estudos comprovam que a intervenção precoce com amniotomia e ocitocina parece estar associada a uma modesta redução na taxa de CSA em relação aos cuidados padrão (Wei et al., 2013). Tivemos oportunidade de realizar este procedimento a parturientes com dilatação adequada, apresentação fetal bem insinuada no colo e de bem-estar fetal presente. Foi explicado o procedimento e objetivos da técnica à parturiente e obtido o

consentimento informado. Posteriormente, usando a técnica asséptica eram identificadas as membranas e posteriormente rompidas com o auxílio de uma pinça descartável existente no serviço. Para permitir que o LA saísse sem risco de prolapso do cordão, era mantida pressão no fundo uterino de forma a ajudar a manter a apresentação apoiada. Tivemos o cuidado de manter a CTG contínua no sentido de observar possíveis complicações como a alteração do padrão da FCF e da dinâmica uterina. Pudemos constatar que, após a amniotomia ou quando se verificava a RPM, as parturientes tinham um aumento considerável da intensidade da dor.

A dor é o desconforto mais vezes referido pela parturiente e um fator gerador de ansiedade. Considerada como o quinto sinal vital, foi nossa preocupação como futura EESMO monitorizar este parâmetro. A sua avaliação deve ser feita e registada (localização, intensidade e eficácia das medidas adotadas) de forma continuada. Esta foi sempre a nossa conduta e constatámos que é na fase latente que a parturiente se encontra com menor intensidade de dor, mostrando-se mais disponível e colaborante. Ao longo da fase ativa a parturiente experiência uma maior intensidade de dor, que deverá ser sempre valorizada. O bem-estar materno-fetal é um foco de atenção do EESMO, assim deverá ser tido em consideração que níveis elevados de dor e ansiedade levam a parturiente a hiperventilar conduzindo à alcalose respiratória que, por sua vez, leva à libertação de cortisol e catecolaminas que afetam a atividade uterina e o fluxo sanguíneo uteroplacentário, comprometendo o transporte de oxigénio para o feto (Hawkins, 2010; Koyyalamudi et al., 2016).

A dor é influenciada por múltiplos fatores, como a cultura, a ansiedade, o medo, a experiência de parto anterior, a preparação para o parto e o apoio (Lowdermilk, 2008b). Um fenómeno complexo, vivido de forma única e individual, subjetivo, de difícil definição, contudo, é nosso dever enquanto EESMO ao longo do acompanhamento da mulher promover ações que visem a sua eliminação ou pelo menos redução.

A OMS (1996, 2018), privilegia os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto. As técnicas de relaxamento (incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, hidroterapia, música, *mindfulness*) e as técnicas manuais (como massagem ou aplicação de compressas quentes), são recomendadas para parturientes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o TP, sempre de acordo com a sua preferência. Apesar do conhecimento destas técnicas, não foram utilizadas em todas as parturientes. Efetuámos ensinamentos sobre técnicas de respiração e posicionamento corporal, incluindo o acompanhante em todo o processo

informativo. As técnicas de relaxamento e respiração mostraram-se eficazes sobretudo no período expulsivo. Outras medidas foram implementadas, como o suporte emocional contínuo, um ambiente calmo e seguro, a privacidade e o humedecer dos lábios, como formas de aumentar o conforto.

Pudemos constatar que ao longo do estágio foram privilegiadas as técnicas farmacológicas de controlo da dor com a utilização de fármacos como a Petidine (IM), a Ropivacaina (via epidural) e o Paracetamol (EV).

O método farmacológico mais utilizado foi a analgesia epidural (administração de analgésicos adequados, no espaço epidural em *bolus* intermitente) de acordo com o protocolado no serviço. A analgesia epidural é recomendada para parturientes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o TP (WHO, 2018). Na ausência de contraindicações médicas, o pedido materno é uma indicação médica suficiente para aliviar a dor durante o TP. Foi usada na parturiente com 3/4 cm de dilatação, de preferência com colo extinto. Como vantagens podemos apontar a boa analgesia durante a fase ativa do TP, que facilita a cooperação da parturiente durante todo o TP, proporciona ainda a analgesia necessária para posteriormente se realizar a episiotomia e o parto instrumentado. A analgesia epidural não altera a incidência de cesarianas nem o prognóstico fetal, e pode ser utilizada através da extensão da anestesia para CSA. Tem outras vantagens como diminuir a depressão respiratória na mãe e no feto, possibilitando à mulher conhecer de imediato o seu filho e desenvolver, desde logo, a vinculação precoce. No entanto, numa revisão realizada por Anim-Somuah, Smyth e Jones (2011), constatou-se que a utilização deste tipo de analgesia prolonga o período expulsivo e aumenta a incidência de parto vaginal instrumentado.

Após este procedimento, apontamos como grande desvantagem o facto de as parturientes não deambularem pela enfermaria, como forma de favorecer a evolução do TP. De acordo com a evidência científica, a deambulação deve ser incentivada, enquanto a dilatação não ultrapassar os 8 cm e a bolsa amniótica se mantiver íntegra (WHO, 2018). Uma vez que a posição vertical ajuda na coordenação das contrações uterinas e na descida do feto no canal de parto, pois a pressão do pólio cefálico pressiona o colo, favorecendo deste modo a dilatação e o apagamento. Os impulsos recebidos pela hipófise, pela pressão sobre o colo uterino, conduzem a uma maior libertação de ocitocina, aumentando a eficácia das contrações (Leventhal, 2006).

Uma das práticas realizadas em BP é o uso de ocitocina para acelerar o TP em parturientes após a colocação do cateter epidural, prática não recomendada pela WHO (2018). A utilização de analgesia epidural implica maior intervenção, além da monitorização do bem-estar materno e fetal e da limitação de movimentos e posições, implica a administração controlada de ocitocina EV, de acordo com os protocolos específicos existentes no serviço.

As complicações e efeitos adversos da analgesia epidural mais frequentes são o prurido, as náuseas e vômitos, a hipotensão, a retenção urinária, a bradicardia fetal, a depressão respiratória materna e as cefaleias após punção da dura-máter. A parturiente foi sempre informada acerca destes, e na sua presença, incentivada a chamar a enfermeira. Nos diferentes momentos do TP instruímo-la acerca da percepção das contrações uterinas e de como deveria atuar, no período expulsivo.

Segundo estágio – Expulsão

O período expulsivo inicia-se após a dilatação completa do colo até à expulsão do feto. O seu início é marcado pela necessidade que a mulher sente em fazer esforços expulsivos, pelo aumento da atividade uterina, pela descida da apresentação e frequentemente pela dilatação completa do colo uterino (OMS, 1996). A duração deste período ainda não está totalmente estabelecida, porém a ACOG define como duração normal, em primíparas, com analgesia epidural três horas, sem analgesia duas horas e em múltiparas com analgesia epidural duas horas e sem analgesia uma hora (Amorim, Porto & Souza, 2010). O que constatamos foi que, de facto, este período de tempo é bastante variável de mulher para mulher, tendo sido evidente que foi mais longo nas mulheres submetidas a analgesia epidural.

A posição que utilizamos foi a de litotomia, posição que é considerada como menos confortável, mais dolorosa e restrita nos movimentos (OMS, 1996), sendo também associada a um aumento de número de lacerações perineais. A adoção da posição de lateral esquerda pelas parturientes aumenta a integridade perineal (Scarabotto & Riesco, 2006). Assim, analisando este item, não se cumprem duas das condutas preconizadas pela OMS (WHO, 2018), que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas como a liberdade de posição e movimento ao longo do trabalho e ainda o encorajamento da posição não supina.

A manobra de valsalva no período expulsivo é, segundo a mesma fonte, uma prática que se usa inadequadamente, tendo sido observada algumas vezes, provavelmente relacionada com o número elevado de parturientes que recorrem à analgesia epidural. O bloqueio epidural

contínuo, com anestésicos locais associados a opióides, é uma boa opção para a analgesia do parto, no entanto, e segundo as próprias parturientes, sentem a “pressão na vagina”, mas não a “vontade de puxar”. A recomendação da OMS relativa aos esforços expulsivos é semelhante, referindo que devemos esperar que estes sejam uma necessidade espontânea (WHO, 2018).

A Manobra de Kristeller, originalmente descrita como a pressão exercida do fundo uterino para manter o feto em posição após uma contração uterina, foi também uma manobra algumas vezes observada, ainda que seja uma prática não recomendada (WHO, 2018). Na preparação para a expulsão, cumprimos igualmente os princípios de assepsia. Reavaliámos a progressão fetal e o estado do períneo durante e após cada contração uterina. A parturiente e o acompanhante, caso estivesse presente, foram informados do decorrer do processo, fazendo-se sempre que possível um elogio às suas participações.

Diversos autores (Fatia & Tinoco, 2016; Iang, Qian, Carroli & Garner, 2017; WHO, 2018) não recomendam “uso liberal ou rotineiro de episiotomia” nos partos eutócicos, estando indicada em partos vaginais instrumentados, macrossomia fetal, prematuridade, cicatrizes prévias na área genital que possam resultar em lacerações graves na passagem do feto, sofrimento fetal agudo, distensibilidade restrita do assoalho pélvico (menos que 5 cm da fúrcula ao ânus), edema da vulva, ameaça de laceração de III grau, apresentação pélvica e distócia de ombros. Tivemos o cuidado de realizar a episiotomia quando o períneo estava bem distendido, no momento do coroamento, durante a contração, com vista a diminuir a sensibilidade da parturiente e abranger menos tecido, pois este encontra-se mais estirado e a perda hemática resultante também é menor. Categorizada como uma conduta frequentemente utilizada de forma inapropriada, a realização de episiotomia continua a ser uma prática corrente e um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em obstetrícia (Henriques, 2017). Embora o mesmo autor referira que “à luz do conhecimento atual não existem critérios bem definidos nem uniformes para a realização de episiotomia” (p.580). A episiotomia é muitas vezes utilizada como justificação da prevenção de lacerações perineais severas. No entanto, de acordo com Borges, Serrano e Pereira (2003), esta prática não previne o risco de lesões perineais severas nem o desenvolvimento de relaxamento pélvico, e não tem impacto sobre a morbidade e mortalidade do RN.

Na maior parte dos partos que realizámos houve necessidade de episiotomia, apesar da proteção do períneo pela manobra de Ritgen. Esta manobra nem sempre é fácil, exige posicionamento correto das mãos, o que, numa fase inicial, se revelou difícil de executar, pela

dificuldade do posicionamento correto das mãos. Algumas das técnicas recomendadas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento são a massagem perineal, a aplicação de compressas mornas e proteção do períneo, utilizadas sempre com base nas preferências de cada mulher (WHO, 2018).

Após a expulsão, foi realizada a limpeza das vias aéreas do RN de forma a extrair as secreções que o impedem de respirar, prevenindo a aspiração de secreções. Nesta fase é importante a avaliação da estabilidade do RN à vida extrauterina, avaliando o Índice de Apgar. O RN era colocado sobre o abdómen da mãe, promovendo assim contacto pele a pele de acordo com a vontade da mãe. Foi também nossa conduta a integrar o pai em todo o processo e dar-lhe a oportunidade de realizar o corte do cordão segundo a sua vontade, promovendo assim a vinculação RN/pai.

Sempre que necessário foi colhido sangue do cordão para determinação de grupo sanguíneo por incompatibilidade de ABO/Rh, criopreservação de células estaminais e pesquisa de pH quando indicado.

Terceiro estágio – Dequitação

O 3º estágio, designado por dequitação, ocorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta, o tempo estimado para este processo é de 5 minutos em 90% das parturientes, e tem a duração de 15 a 30 minutos (L. Graça, 2010a; Zugaib, 2008). A OMS preconiza desde 2012, a utilização do método ativo prevenindo, assim, a ocorrência de uma hemorragia pós-parto (WHO, 2012, 2018). Neste sentido, procedemos à perfusão de ocitocina, clampagem do cordão (como recomendado não o fizemos antes do 1º minuto após o nascimento), tração controlada do cordão com a contração e massagem do fundo uterino, após o descolamento de placenta. Em algumas situações optamos também por uma atitude expectante até aos 30 minutos, respeitando assim o curso fisiológico normal do TP. O importante nesta fase consistiu em observarmos, além do estado geral e sinais vitais da parturiente, os sinais de hemorragia e descolamento da placenta (forma e consistência uterina; comprimento do cordão; perda hemática) e a confirmação do descolamento através das manobras de Krustner e Ferb. Na exteriorização da placenta, tivemos o cuidado de segurar a pinça e elevar (sem tração) o cordão através da Manobra de Brandt-Andrews, completamos a exteriorização com movimentos circulares, mas sem tração através da manobra de Dublin/Jacob (Lowdermilk, 2008a).

Estão descritos dois tipos clássicos no mecanismo de saída da placenta, nomeadamente o mecanismo de Baudelocque Schultze (o descolamento inicia-se no centro da placenta e a parte fetal apresenta-se primeiro) e o mecanismo de Baudelocque Duncan (o descolamento inicia-se na periferia da placenta e a face materna apresenta-se primeiro). Apesar do primeiro ser mais frequente (75%), tivemos oportunidade de observar ambos os casos, o que foi benéfico, pois cremos que é nas situações práticas que se consegue compreender objetivamente a fisiologia de ambos os casos.

Depois da exteriorização, procedemos sempre ao exame da placenta, com a observação cuidadosa da forma e integridade das membranas, dos cotilédones e do cordão umbilical (inclui ainda a identificação do número de vasos, do tipo de inserção e cálculo aproximado do comprimento), para identificação de anomalias. Ao longo deste estágio não observamos nenhuma alteração patológica da placenta. Avaliamos a integridade do canal de parto para despiste de possíveis lacerações e procedemos à correção de lacerações e/ou à realização da episiorrafia, sempre que necessário. Tivemos sempre presente que é importante a referenciação à equipa médica das situações que estariam para além da nossa área de atuação

A episiorrafia foi sempre efetuada no períneo posterior, entre o introito vaginal e o ânus, numa posição média-lateral. Esta localização tem como vantagens a incidência quase nula de lacerações do esfíncter anal e do reto, mas tem como desvantagens ser mais hemorrágica, mais difícil de reparar e provoca maior dor no pós-parto. Foi tido em conta que a perfeita hemóstase e a reconstrução anatómica, com o mínimo de material de sutura, são essenciais para uma boa cicatrização, sem sequelas. A reparação da episiotomia e das lacerações foi efetuada em três planos.

A dor e o desconforto da episiorrafia podem interferir na relação mãe-filho, na amamentação, no restabelecimento das relações sexuais e na recuperação emocional pós-parto. Pelo que enquanto realizamos esta técnica, aproveitamos para fazer ensinamentos à puérpera, principalmente relacionados com higiene genital e cuidados com a episiorrafia. Referimos ainda que a utilização dos exercícios de Kegel no pós-parto melhora e restabelece a tonicidade e a força dos músculos no períneo.

2.2.3. Competências específicas no pós-parto

O período de hemóstase, 4º estágio ou puerpério imediato, tem a duração de 2 horas após a saída da placenta, caracterizado pela recuperação imediata, em que a hemóstase se restabelece, e constitui um período de observação importante no sentido de identificar possíveis complicações, tais como a hemorragia (Fatia & Tinoco, 2016; Lowdermilk, 2008a; Machado, 2010).

É um período de grande importância, pois mãe e RN estão a recuperar do processo fisiológico do nascimento e estão a iniciar o processo de vinculação. Durante estas duas primeiras horas, o organismo materno inicia a readaptação ao estado não gravídico. O RN, durante várias horas, continua a transição para a vida extrauterina.

A atenção sobre a saúde materna implica uma vigilância apertada da perda hemática vaginal e da formação do globo de segurança de Pinnard (GSP) para despiste de atonia uterina, responsável por 75% dos casos de hemorragia, constituindo assim a principal causa de hemorragia no pós-parto (80%). São responsáveis também por este problema o traumatismo do trato genital, a retenção do tecido placentário, a inversão uterina e as alterações da coagulação (Areia, 2017).

Durante este período, de acordo com o protocolo do serviço, a parturiente manteve o jejum, para o caso de surgirem algumas complicações, no entanto, esta prática não está recomendada WHO, 2018).

Após a episiorrafia, depois de prestados os cuidados de higiene e conforto, a puérpera foi colocada numa maca e permaneceu na sala de partos. Mantivemos a monitorização dos sinais vitais, da perda hemática vaginal, da formação do GSP e do local da episiorrafia. Para o controlo da dor aplicamos gelo no local da episiorrafia e para promover a contração uterina eficaz mantivemos a perfusão ocitócica. Foi ainda nossa preocupação o despiste de globo vesical e o restabelecimento da função vesical.

Na nossa perspetiva, desde que o RN nasça bem e sejam tomadas medidas para prevenir o arrefecimento corporal, o bebé deve ser colocado inicialmente em contacto físico com a mãe e com o pai. Assim, a nossa conduta, e desde que fosse vontade da mulher, foi colocar o RN em contacto pele com pele com a mãe. Manning (2008), reforça que através, do contacto visual, do toque, da fala e da exploração atenta para conhecer o filho, no pós-parto imediato se favorece a vinculação. A promoção da vinculação precoce reduz o stresse na adaptação à vida

extrauterina, coloniza o RN com as bactérias da mãe, facilita o estabelecimento e a manutenção da amamentação (WHO, 2018).

A amamentação neste período é muito importante, além de todas as vantagens para mãe e para o RN estimula a produção de ocitocina, favorecendo a manutenção do GSP. Pudemos verificar que os RN começaram a mamar de uma forma espontânea, fazendo pega correta, isto sugere que é muito importante proporcionar estas condições ao bebê e à mãe para aumentar o sucesso do aleitamento materno.

Duas horas após o parto, se tudo decorreu sem intercorrências, efetuamos os registos do estado geral da parturiente, dos sinais vitais, da perda hemática vaginal, da episiorrafia (se presente) e do restabelecimento da função vesical. O cateter epidural foi retirado nos casos em que foi usado este tipo de analgesia, e o cateter venoso foi retirado imediatamente antes da puérpera e do RN serem transferidos para o internamento de obstetrícia.

Os registos foram efetuados não só no partograma, mas também no SAPE, para que possa haver uma continuidade de registos no serviço de puerpério.

2.2.4. Competências específicas nos cuidados ao recém-nascido

O momento do parto também é muito exigente para o RN, uma vez que experiencia um conjunto de alterações fisiológicas complexas para se adaptar ao meio extrauterino.

No decurso deste estágio prestamos cuidados imediatos ao RN de parto eutócico e por ventosa. Não prestamos cuidados imediatos a RN por CSA pois eram cuidados pela equipa de enfermagem do BO e do internamento de obstetrícia. Tivemos a oportunidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações do RN, assegurando a sua avaliação imediata e implementando medidas de suporte na sua adaptação à vida extrauterina.

Antes do nascimento do RN, verificamos a funcionalidade do reanimador, em particular a temperatura, o aspirador de secreções, a fonte de oxigénio, o ambu e o material de reanimação. Preparamos previamente todo o restante material necessário para a prestação dos cuidados imediatos ao RN, nomeadamente, seringa com vitamina K, gotas oftálmicas, lençóis aquecidos e pulseira de identificação.

A prestação de cuidados imediatos ao RN teve início imediatamente após o seu nascimento, destacamos a avaliação inicial, o estabelecimento um padrão respiratório eficaz, a manutenção

de uma temperatura corporal adequada, e a colocação do RN no abdómen materno logo que possível (NICE, 2017; OMS, 1996; WHO, 2018). A avaliação inicial é importante para detetar qualquer anomalia física e identificar problemas que requeiram encaminhamento (NICE, 2017).

Neste sentido, identificamos alterações morfológicas e funcionais do RN como, por exemplo, RN com síndrome de dificuldade respiratória exibindo sintomas como cianose, adejo nasal taquipneia, referenciando as que estavam para além da nossa área de atuação. Cooperamos com outros profissionais no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais. Garantimos que qualquer exame ou tratamento do RN fosse realizado com o consentimento dos pais e na presença deles ou, se isso não fosse possível, com o conhecimento deles, tal como preconizado pelo NICE (2017).

Segundo A. Graça e Moniz (2017), só 1% dos RN necessitam de manobras de reanimação diferenciadas. Ainda que não tenha sido observado nenhum período crítico de adaptação do RN à vida extrauterina, sabemos que, em caso de necessidade de reanimação neonatal, deve atempadamente atuar-se de acordo com as *Guidelines* de Ressuscitação Neonatal, expostas e afixadas num cartaz na mesa de apoio à receção ao RN.

Da experiência obtida nos cuidados ao RN, pudemos observar que, relativamente:

- a) ao estabelecimento de um padrão respiratório eficaz, depois de avaliada a necessidade de intervenção opta-se com frequência pela limpeza das secreções da boca e do nariz com uma compressa, por ser uma prática recomendada (Federação de Associações de Matronas de Espanha [FAME], 2009). A aspiração de secreções das vias aéreas do RN após o nascimento, por rotina, não foi praticada, o que vem ao encontro das recomendações atuais (WHO, 2018). A atenção contínua ao RN foi um dos nossos objetivos, nomeadamente detetar precocemente sinais de dificuldade respiratória, como adejo nasal, tiragem ou gemido expiratório.
- b) à manutenção de uma temperatura corporal adequada, imediatamente após o nascimento secamos o RN e colocamos em contacto pele a pele com a mãe e protegido com um lençol aquecido, por ser uma prática recomendada (FAME, 2009; OMS, 1996; WHO, 2018). A perda de calor leva a um consumo de oxigénio, com conseqüente hipoxia e acidose metabólica; aumento da utilização da glicose, com conseqüente hipoglicemia, redução da

produção de surfactante, com colapso dos alvéolos e reabertura da circulação fetal, utilização da gordura marrom e hiperbilirrubinemia (Kenner, 2001).

- c) ao corte do cordão umbilical, no caso da mãe ou do pai desejarem proceder ao seu corte quando foi possível, foi-lhes dada essa oportunidade. Porém, constatamos que não é um procedimento que os pais peçam para efetuar, sendo o medo e a insegurança dois fatores que atribuímos para a não realização. A WHO (2018) refere-se à clampagem tardia do cordão umbilical (nunca antes do 1º minuto) como uma prática que é claramente útil e deve ser promovida, e neste serviço pudemos observar ser uma prática instituída apenas por alguns EESMO. Fomos incentivadas a fazê-lo na medida em que o adiamento do corte do cordão umbilical conduz a benefícios para a saúde do RN, nomeadamente reduz a frequência de anemia ferropénica na infância. O ACOG (2017) recomenda agora um atraso na clampagem do cordão umbilical em bebés a termo e pré-termo vigorosos por pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento. Acrescenta que há um pequeno aumento na incidência de icterícia que requer fototerapia em RN a termo com a clampagem tardia do cordão umbilical, pelo que obstetras/ginecologistas e outros profissionais que adotam a clampagem tardia do cordão umbilical em bebés a termo devem assegurar que estejam em vigor mecanismos para monitorizar e tratar a icterícia neonatal. De acordo com o ACOG (2017), a clampagem tardia do cordão umbilical não aumenta o risco de hemorragia após o parto.
- d) A avaliação inicial do RN foi realizada através do índice de Apgar, que permite de uma forma rápida a avaliação ao 1º e 5º minutos de vida da frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular, coloração da pele e irritabilidade reflexa. Desta forma permitiu-nos avaliar o período de transição indicando a necessidade de cuidados imediatos (Freitas & Batista, 2016). Tivemos oportunidade de praticar o contacto precoce, que está recomendado pela FAME (2009) e WHO (2012, 2018). Quando o RN respira ou chora, tem bom tónus muscular, a sua cor é rosada, é de termo e o líquido amniótico é claro, coloca-se junto da mãe, assegurando simultaneamente os cuidados imediatos com a manutenção da temperatura e a respiração. Os RN sem complicações devem ser mantidos em contacto pele a pele com mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a amamentação. A WHO (2018) preconiza que a mãe e o RN permaneçam no mesmo quarto e nunca separados, promovendo desta forma comportamentos de vinculação, uma prática que nos foi sempre permitida dado o nosso

interesse especial pela promoção do envolvimento emocional e facilitada pela estrutura e organização do serviço.

e) à amamentação na 1ª hora de vida, Giugliani e Lamounier (2004) e Silva (2008), são de opinião que não é suficiente apenas a mulher ser informada a respeito das vantagens do aleitamento materno e escolher tal opção, necessita também estar inserida num ambiente favorável à amamentação e ter o apoio de profissionais habilitados para ajudá-la. Vários estudos relacionam o tipo de parto e o sucesso da amamentação no pós-parto. A OMS refere que todos os RN, incluindo bebês com baixo peso ao nascer, são capazes de mamar, recomendando que devem ser colocados à mama o mais rápido possível após o nascimento, quando estiverem clinicamente estáveis, e a mãe e o bebê estiverem prontas (WHO, 2018). Por outro lado, Faleiros, Trezza e Carandina (2006) fazem referência a maior facilidade para o estabelecimento da lactação no parto vaginal, uma vez que não há o fator dor incisional ou o efeito pós-anestésico da CSA. No parto normal, o primeiro contacto mãe-filho ocorre mais precocemente, enquanto na CSA, dificilmente a criança vai até à mãe antes das primeiras seis horas após o parto, propiciando a introdução de fórmula láctea ou glicose para o RN já no serviço de puerpério. Foi neste sentido que atuamos ao longo do estágio na adaptação precoce do RN à mama, sempre que foi vontade da mãe. Não tivemos, no entanto, nenhuma mãe que se recusasse a amamentar, o que demonstra que existe na maior parte das mulheres motivação e disponibilidade para o fazer.

Outros cuidados de enfermagem que destacamos incluem a avaliação de parâmetros antropométricos a administração de vitamina K e a profilaxia da infecção ocular com a aplicação do colírio.

No final dos cuidados imediatos ao RN, são realizados os registos de enfermagem no SAPE, sendo estes importantes para traduzir como decorreu a adaptação do RN ao meio extrauterino. Logo após o nascimento é ainda enviada uma notícia de nascimento para o administrativo que elabora um processo que irá acompanhar o RN até à sua alta.

Esta experiência permitiu-nos o desenvolvimento das competências específicas do EESMO, nomeadamente a promoção da saúde da mulher e acompanhante durante o TP e a otimização e adaptação do RN à vida extrauterina.

2.3. Síntese Conclusiva

A descrição crítica das atividades e competências desenvolvidas tornou-se um momento importante de reflexão e procurou ser o reflexo do desempenho demonstrado ao longo de toda a prática clínica. Esta prática permitiu aprofundar os conhecimentos e desenvolver habilidades na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica, suportadas na evidência científica.

A instituição e serviço onde realizamos o estágio revelaram-se adequados a este percurso de aprendizagem, dado que um leque de experiências variado nos permitiu o cumprimento dos objetivos preconizados inicialmente.

Ao longo deste estágio foram tidas em conta as diretrizes dos documentos que regulam as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro) e o documento relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro).

Para a obtenção do título de enfermeiro especialista, são exigidas a aquisição de competências comuns e específicas ao longo da formação. As competências específicas englobam diversas áreas do cuidar, desde o cuidar da mulher no período pré-natal até ao cuidar do grupo alvo (mulher, casal, RN, família) inserido na comunidade. Esta aquisição implicou um processo de análise crítico-reflexiva, com a necessidade contínua de consulta de literatura publicada em bases de dados, de forma a identificar a evidência mais recente e quando possível integra-la na prática, sempre com a orientação e colaboração da equipa orientadora.

Das competências específicas adquiridas destacamos o cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN. Observamos que o momento do nascimento é sem dúvida um momento excecional no que se refere à prática clínica, consideramos desta forma que foi possível o desenvolvimento de competências não só no cuidar da parturiente, puérpera e RN, mas também do acompanhante.

Neste estágio, no âmbito da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, tivemos oportunidade de prestar cuidados a 151 parturientes e RN, realizar 62 partos eutócicos e colaborar em 25 partos distócicos (todos por ventosa). Dos partos eutócicos efetuados foram realizadas 55 episiotomias e a sua correção (episiorrafia). Na prática clínica, esta foi uma das técnicas mais

difíceis de concretizar, mas conseguimos colmatar as dificuldades iniciais com o treino e orientação. Alguns procedimentos não foram efetuados pela ausência de oportunidades no período em que se desenvolveu o estágio, nomeadamente os cuidados de reanimação ao RN, a realização de parto pélvico e parto de gémeos. No entanto, foram temas discutidos com a equipa orientadora.

Sobre os cuidados durante o TP, a OMS alerta continuamente para a necessidade de se mudarem algumas práticas. Estes alertas têm vindo a motivar os EESMO para a mudança de comportamento, incluindo o reconhecimento da autodeterminação da mulher, como protagonista ao longo de todo o TP e a adequação das intervenções às necessidades e desejos do casal. A análise e reflexão sobre algumas intervenções consideradas “desnecessárias” e que habitualmente são “impostas” pelas rotinas hospitalares, permitiu-nos perceber que seria importante no futuro substituí-las por intervenções baseadas na evidência e nas recomendações mais atuais.

De realçar ainda o desenvolvimento de competências transversais, em particular nas relações interpessoais, sentido crítico e tomada de decisão. Consideramos que a existência de equipas fixas no serviço facilitou a nossa integração no estágio, observando-se uma maior proximidade com a equipa e facilidade em conhecer cada um dos seus elementos. O método de trabalho utilizado pela equipa favoreceu a continuidade dos cuidados e da aprendizagem. Percebemos que a colaboração entre a equipa foi fundamental para o atingimento dos objetivos propostos, tornando-nos mais autónoma e de forma mais rápida e segura.

Este percurso formativo permitiu-nos ainda perspetivar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades na área da investigação, conduzindo-nos à problemática da influência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé, no momento do nascimento. Este tema surgiu com a necessidade de responder a algumas inquietudes que foram surgindo ao longo da prática clínica e será apresentado no próximo ponto do relatório. O desenvolvimento do estudo de investigação deverá ainda contribuir para sua aplicação na prática clínica e aumentar as competências e a qualidade assistencial na área de intervenção profissional. Assim, acreditamos que a procura do conhecimento sobre as práticas vivenciadas em TP e parto é importante para a reflexão e adequação dos cuidados de enfermagem prestados, podendo em simultâneo reforçar a confiança na mulher em si mesma e nos EESMO.

Em suma, cremos que o estágio foi muito rico em experiências de aprendizagem, permitindo desta forma a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para a prática profissional no âmbito da EESMO.

3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA: INFLUÊNCIA DE ALGUMAS MEDIDAS FACILITADORAS DO CONTACTO PRECOCE, NO ENVOLVIMENTO EMOCIONAL QUE A MÃE ESTABELECE COM O BEBÉ NO NASCIMENTO

Considerando que o contato pele a pele, o corte do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida, são medidas facilitadoras do contacto precoce entre a mãe e o bebê, estas devem ser encorajadas pelos profissionais de saúde. Desta forma importa realizar um enquadramento teórico da temática em estudo, ajudando a construir um referencial teórico sobre a sua importância do envolvimento emocional mãe-bebê após o nascimento.

3.1. Enquadramento teórico

O encontro mãe-bebê normalmente começa durante a gravidez e estabelece-se de forma mais evidente após o nascimento, é, sem dúvida, um momento de grande envolvimento emocional e compreende sentimentos e comportamentos vários. Assim, diversos autores tentam definir e explicar a relação mãe-filho durante a gravidez e no pós-parto, usando termos como *bonding*, vinculação, *attachement* e ligação.

A este momento de envolvimento emocional entre os dois, alguns autores deram-lhe o nome de *bonding*, termo que traduz a relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebê após o nascimento (Klaus & Kennell, 1976). Esta relação precoce, no momento imediato ao parto, pode ser facilitada pelas alterações hormonais e potenciada pela presença do bebê (Figueiredo, 2003), uma vez que, quanto maior a interação entre eles após o parto, maior será o *bonding* na díade (Altaweli & Roberts, 2010; Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005a).

O termo vínculo materno surge com Burroughs (1995), para descrever uma troca de sentimentos de atração e reciprocidade, um processo gradual “que tem início antes da concepção, e que é fortalecido por eventos significativos durante a gravidez e amadurece através do contato mãe-filho durante o período neonatal” (p.212).

George e Solomon (1999), cit. por Figueiredo (2003), Figueiredo et al. (2005a) e Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco e Pais (2005b), referem que a vinculação materna evolui com

uma interação constante com o bebê, dado que tem como finalidade assegurar a proteção e sobrevivência do bebê. Desta forma, poderemos afirmar que o processo de vinculação materna é um processo dinâmico e que depende dos momentos iniciais de contacto, vivenciados pela díade, considerados por alguns autores importante para a saúde mental e física ao longo da vida do indivíduo (Figueiredo, 2003). Também Sá (2004) considera que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguindo três etapas: vinculação pré-natal (durante a gravidez), vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal (após o nascimento). A vinculação perinatal é influenciada pelo TP mas sobretudo pelo confronto do bebê imaginário com o bebê real, quando a mãe o pode ver, ouvir e sentir (Sá, 2004).

Por sua vez, Robson e Moss, em 1970, introduziram o termo “*Attachement*” para se referirem ao sentimento que a mãe experimenta quando percebe que o bebê é essencial na sua vida. Consideram também que os momentos imediatamente a seguir ao parto, período que designaram de “crítico”, são decisivos para o estabelecimento do envolvimento emocional e qualidade futura dos cuidados maternos, fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar do bebê (Figueiredo, 2003).

Wittkowski, Wieck e Mann (2007), referem que, de acordo com Reber (1985), o termo *bonding* tem sido erradamente usado como sinónimo de *attachement*, para descrever o desenvolvimento de sentimentos da mãe pelo bebê nas primeiras horas após o nascimento. Ao contrário do *bonding* o termo o *attachement*, é utilizado para caracterizar o comportamento do bebê para com a mãe (Benoit, 2004). Por isso, surge o conceito de “*Maternal Attachment*”, que pode ser entendido como a afeição da mãe pelo bebê, um processo de envolvimento emocional progressivo que não está limitado ao parto, ativado por processos biológicos, características maternas e também comportamentos específicos do bebê (Kumar, 1997, cit. por Figueiredo, 2013).

Segundo Altaweli e Roberts (2010), foi Rhone que, em 1980, introduziu o termo *ligação*, definindo-o como uma relação de desdobraimento que começa com o primeiro movimento fetal, durante o qual a mãe se apaixona pelo bebê. Alguns autores verificaram que este processo de ligação da mãe-bebê pode ser facilitado pelo contacto pele a pele, pela amamentação e pelo alojamento conjunto após o nascimento (Altaweli & Roberts, 2010; Souza, Soler, Santos & Sasaki, 2017). Assim como pode ser prejudicado nas situações de

depressão após o parto e nas condições socioeconômicas desfavoráveis (Edwards, Phillips, Esterman, Buisman-Pijlman & Gordon, 2017).

Em síntese, embora existam várias designações para descrever o processo de envolvimento emocional da mãe com o bebê, este processo deve ser entendido como bidirecional, integrando sempre a ligação do bebê à mãe e a ligação da mãe ao bebê, por vezes estes podem ser entendidas como um só processo (Kinsey & Hupcey, 2013; Wittkowski et al., 2007). No presente trabalho e de acordo com os objetivos do estudo, o envolvimento emocional será entendido como o conjunto das emoções que as mães dirigem ao bebê no momento do nascimento. No entanto, de acordo com Figueiredo (2013), é importante estar ciente que a relação parental com a criança não se confina apenas às emoções que lhe são dirigidas, nem aos comportamentos dos pais para com os filhos.

Também a determinação do momento e das condições necessárias para que se estabeleça o *bonding* tem gerado alguma controvérsia. Estudos realizados por Klaus e Kennell (1976) comprovaram que, nos momentos após o parto, quanto maior for a proximidade mãe-bebê, mais rapidamente se irá estabelecer o *bonding* e, conseqüentemente, melhor irá ser o desenvolvimento futuro do bebê (Figueiredo et al., 2005b). Apesar do momento pós-parto ser por excelência um momento de verdadeira aproximação da díade, existem autores que defendem que o *bonding* é um processo de construção gradual, não imediato, e que se vai intensificando com o tempo (J. Pinto & Barbosa, 2007). Em 1982, Klaus e Kennel reconhecendo a adaptabilidade dos pais humanos, consideraram que são necessários mais do que uns minutos ou horas para a construção de um *bonding* com os seus filhos (Figueiredo, 2003). J. Pinto e Barbosa (2007), sugerem que o *bonding* é estabelecido durante os primeiros 24 meses de vida e em resultado das interações constantes entre a mãe e a criança desde o nascimento.

Em concordância com esta perspectiva o estudo de Robson e Kumar (1980), cit. por Figueiredo (2003) e Figueiredo et al. (2005a) revelou que a maior parte das mães sentiu, no primeiro momento após o parto, uma certa indiferença em relação ao RN quando pegou nele ao colo, e que o *bonding* demorou alguns dias a estabelecer-se. Assim como nos estudos realizados por Macfarlane, Smith e Garrow (1978), cit. por Figueiredo (2003) e Figueiredo et al. (2005a), onde os autores observaram que a maior parte das mães referiu que o *bonding* se estabelecia após uma semana. Mais recentemente, Figueiredo, Costa, Pacheco e Pais (2009), observaram que um elevado número de mães (30% a 50%) não se sentia envolvida emocionalmente com

o bebê, demonstrando indiferença ou desapontamento com o bebê durante a primeira semana após o parto.

Para maioria dos autores é consensual que o *bonding* se inicia nos primeiros minutos após o parto e fortalece-se ao longo do primeiro ano de vida, observando-se valores mais elevados de *bonding* em períodos mais tardios (Taylor et al., cit. por Figueiredo, 2003).

Dimensões que interferem no envolvimento emocional da mãe com o bebê

A parentalidade é multideterminada, pelo que o comportamento dos pais é determinado por múltiplos fatores pertencentes a diferentes níveis do ecossistema humano (Figueiredo, 2013).

Para compreender o *bonding* é importante dar ênfase a todas as suas dimensões, dado que no estabelecimento do *bonding* interferem processos de natureza biológica, psicológica, relacionados com a gravidez e o parto, mas também os comportamentos da criança e experiências presentes e do passado (Figueiredo, 2013).

No que se refere às dimensões biológicas e psicológicas, o *bonding* é facilitado pelas alterações hormonais que ocorrem ao longo da gravidez e no pós-parto imediato. O aumento das hormonas, como a ocitocina e a prolactina, torna a mulher mais sensível e permite-lhe responder de forma adequada ao bebê (Carter & Ahnert, 2005, cit. por Marques, 2011; Guyton, 1986; Kohlhoff et al., 2017). A influência da ocitocina no processo de *bonding* tem sido alvo de vários estudos, onde se observou que as mulheres com níveis mais elevados de ocitocina e que se mantêm estável ao longo da gravidez, apresentam uma maior facilidade e propensão para estabelecer mais facilmente uma ligação emocional com o bebê (Feldman, Gordon & Zagoory-Sharon, 2010; Galbally, Lewis, van Ijzendoorn & Permezel, 2011; Kohlhoff et al., 2017; Young, 2013). Os níveis elevados de ocitocina são ainda responsáveis por comportamentos facilitadores do *bonding* (tom de voz mais suave e calmo) e menor ansiedade, o que permite a manutenção de níveis mais elevados de ocitocina (Wittkowski et al., 2007; Young, 2013), uma vez que quanto maior a interação da mãe com o seu bebê no pós-parto, maior é o estímulo e resposta da ocitocina (Feldman et al., 2010; Kim, Fonagyb, Koose, Dorsettb & Strathearna, 2013). A par da elevação dos níveis séricos de ocitocina e prolactina, os valores do cortisol também se encontram aumentados nos pós-parto (Taylor, 1994, cit. por Figueiredo, 2003). Alguns estudos demonstram que mulheres com níveis plasmáticos mais elevados de cortisol no pós-parto são mais afetuosas (Fleming, Steiner & Anderson, 1987; Krpan, Coombs, Zinga, Steiner & Fleming, 2004), sentem uma maior

atração pelo bebê, e são capazes de identificar o seu bebê pelo choro (Fleming, Steiner & Corter, 1997; Stallings, Fleming, Corter & Worthman, 2001). Estes resultados dão conta que o cortisol promove os comportamentos de proteção materna após o parto, uma vez que esta hormona está normalmente relacionada com comportamentos de alerta e aumento da vigilância (Bigelow, Power, MacLellan-Peters, Alex & McDonald, 2012).

Como já mencionado, o tipo de parto pode também interferir com o envolvimento emocional entre a mãe e o bebê, pois as circunstâncias e a qualidade dos cuidados prestados são diferentes, contudo mesmo no parto por CSA o envolvimento emocional da mãe com o bebê deve ser sempre assegurado pelos profissionais de saúde. Os resultados de uma revisão sistemática da literatura realizada por Stevens, Schmied, Burns e Dahlen (2014), apontam para um aumento no bem-estar emocional materno e do RN, um aumento na comunicação entre pais e RN, redução da dor e ansiedade materna, maior estabilidade fisiológica e melhores resultados no aleitamento materno imediato, em mães que realizaram CSA e que realizaram contacto precoce pele com pele com o RN. Os mesmos autores realçam ainda a importância de as maternidades conseguirem reunir condições para assegurar precocemente, o contacto pele a pele entre a mãe e o bebê, em mulheres submetidas a CSA, pelos potenciais benefícios que esta prática comporta. Também foram encontradas diferenças nos valores de *bonding* (Zanardo et al., 2016), num estudo que relaciona a CSA eletiva e CSA emergente, observando-se que a CSA emergente (parto não planeado e realizado de forma abrupta) afeta negativamente o envolvimento emocional, originando na mãe sentimentos de tristeza e decepção relacionados com as expectativas que tinha para o parto. Esta alteração, nas suas expectativas, está relacionada com o aumento de emoções negativas e ansiedade, que podem também comprometer o sucesso da amamentação (Zanardo et al., 2016; Zanardo, Canella, Maone & Straface, 2013). Contrariamente ao expectável no estudo de Figueiredo et al. (2009), sobre o envolvimento emocional mãe-bebê no momento do nascimento, os resultados não confirmaram que qualquer evento relacionado com o parto, o tipo de parto ou o apoio do parceiro durante o parto tenham interferência no *bonding* materno.

No que respeita aos fatores sociodemográficos, os resultados do estudo supracitado mostraram que tanto mães desempregadas como mães com menos de nove anos de escolaridade apresentaram piores resultados de *bonding*. Não encontraram diferenças no total de *bonding* entre as mães com menos ou mais de 20 anos de idade. Observaram ainda uma maior prevalência de emoções não claras em relação ao RN em mães solteiras e em mães com

histórico de problemas psicológicos (Figueiredo et al., 2009). Num outro estudo de C. Cruz, Nelas, Coutinho, Chaves e Amaral (2017), mas dirigido aos pais, os resultados são um pouco diferentes, pois os autores observaram que o *bonding* positivo é maior nos pais com idade igual ou inferior a 30 anos e com menor escolaridade. Pode, assim, afirmar-se que os cuidados de enfermagem prestados já durante a gravidez, e posteriormente no parto e puerpério, devem favorecer o envolvimento emocional materno por meio da identificação dos fatores que podem interferir neste processo (Souza et al., 2017).

Medidas facilitadoras do estabelecimento do envolvimento emocional

O parto em ambiente hospitalar alterou a forma como a relação inicial mãe-filho era realizada. Antes, a mulher aprendia sobre o nascimento da criança participando em outros partos, ao parir recebia e cuidava do bebé imediatamente após o parto, sem nunca ser separada dele. Nas primeiras três décadas do século XX, a preocupação relacionada com as infeções levou à criação dos berçários em ambientes estéreis e isolados. Foram criadas salas de receção ao RN, anexas às salas de parto, longe do olhar materno com o objetivo de prestar os primeiros cuidados ao bebé (Monteiro, 2006). Assim, a prestação de cuidados no parto, centrada num modelo medicalizado, preconizava o corte do cordão umbilical pelo profissional, a criança era mostrada à mãe e levada para o reanimador neonatal aquecido, não havendo qualquer tipo de aproximação e interação entre mãe e bebé, estas práticas impossibilitavam o envolvimento emocional que se estabelece logo após o nascimento (Lacava, Goldman & Vieira, 2002). Atualmente, alguns destes procedimentos ainda se observam nas instituições de saúde, pelo que o ambiente hospitalar e algumas práticas de cuidados no parto podem dificultar o envolvimento emocional da mãe com o bebé (Fucks et al., 2015; Leite, 2005; Moore & Anderson, 2007).

De acordo com as recomendações do NICE (2014), os profissionais devem evitar a separação da mulher e do seu bebé durante a primeira hora após o nascimento para a realização de procedimentos de rotina, por exemplo, avaliar o peso corporal, o comprimento e o perímetro craniano, dar banho, excepto se estas medidas forem solicitadas pela mulher ou sejam necessárias para os cuidados imediatos ao RN. Esta recomendação e o encorajamento da mulher para realizar o contacto pele a pele, o mais breve possível após o parto, são preconizadas por esta organização desde 2007.

Desde 1991 que a OMS e UNICEF, com a iniciativa *Hospitais Amigos dos Bebés* visaram apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, mobilizando os profissionais de saúde de hospitais e maternidades para a mudança das rotinas e condutas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Nesta iniciativa foram estabelecidos os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*, onde salientamos a importância do 4º passo – “ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento”. Simultaneamente já recomendavam também o contato pele a pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato (UNICEF, 1991, cit. por Levy & Bértolo, 2012). O 4º passo tem as suas bases teóricas sustentadas em evidência científica, sendo alguns dos benefícios apontados o estabelecimento da sucção precoce que, estimulando a hipófise na produção de prolactina e ocitocina, estimula a produção láctea favorecendo a involução uterina e uma menor perda hemática (Frizzo & Piccinini, 2007).

Smith e Provikoff (2009), referenciado por Delfino (2012), também estudaram intervenções que visavam a promoção da vinculação após o nascimento, entre elas o contacto pele a pele, a amamentação, o alojamento conjunto, o adiar procedimentos ao RN (como administração vitamina K), o promover um ambiente confortável, o promover a posição face a face, o incentivo à comunicação entre os pais e RN e a participação dos pais nos cuidados ao RN.

Sabe-se que o momento após o parto é repleto de expectativas, pois mãe e filho estão a conhecer-se e a interagir um com o outro, cabe à equipa de saúde estimular e permitir que isso aconteça na primeira hora após o parto. O contacto íntimo e precoce, o aconchego, o toque, o olhar e o aleitamento materno logo após o nascimento são algumas das intervenções que a equipa de saúde deve estimular para o desenvolvimento saudável da relação entre a mãe e o seu bebé ainda na sala de partos (Fucks et al., 2015).

Relativamente ao corte do cordão umbilical, Brandão (2009) e Nogueira e Ferreira (2012), realizaram estudos em maternidades portuguesas, concluindo que o corte do cordão umbilical pelo pai parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai e o bebé. Brandão (2009), salienta a importância do papel dos profissionais de saúde que executam o parto, na medida em que são eles que dão, ou não, a oportunidade aos pais de cortarem o cordão umbilical dos seus filhos. Estes resultados apontam para uma melhoria do envolvimento emocional entre o pai e o RN se os profissionais de saúde permitirem o envolvimento do pai na gravidez e no parto.

A promoção do contacto pele a pele entre a mãe e o bebé tem sido objeto de trabalhos científicos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe como para a do RN (C. Cruz et al., 2017; Safari, Saeed, Hasan & Moghaddam-Banaem, 2018). Os benefícios fisiológicos incluem a manutenção da temperatura corporal, a diminuição do choro, a estabilidade dos níveis de glicemia, um maior conforto e menos dor (Irum, Jabeen, Baloch & Mawani, 2017). Dentro dos benefícios psicossociais foram encontrados o aumento das competências cognitivas, o controlo interno e a empatia das crianças (Prado, Piovanotti & Vieira, 2007). A este respeito, Bystrova et al. (2009) concluíram que o contacto direto com a pele, por 25 a 120 minutos após o nascimento, a amamentação precoce, ou ambos, influenciaram positivamente o envolvimento emocional um ano mais tarde, quando comparados com outras intervenções envolvendo a separação da mãe e do bebé. Também Sharma (2016), observou que o contacto pele a pele precoce melhorou significativamente a taxa de amamentação exclusiva às 6 semanas de vida entre RN de termo saudável.

Um estudo de Souza et al. (2017) revelou que a ausência de contacto pele a pele influenciou de forma negativa o envolvimento emocional, concluindo que as puérperas participantes apresentaram um alto grau de envolvimento emocional com os seus bebés, relacionado principalmente com o contacto pele a pele.

Neste sentido, interromper, atrasar ou limitar o tempo do contacto pele a pele pode ser prejudicial, não só para o relacionamento entre mãe e bebé, como também para a saúde e desenvolvimento do próprio bebé. Pelo que é importante promover este contacto, proporcionando um ambiente tranquilo, de confiança, e permitir-lhe evidenciar os comportamentos de procura da mama, evitando manobras que a obriguem a amamentar (Matos et al., 2010).

Além disso, de acordo com Erlandsson, Dsilna, Fagerberg e Christensson (2007), na impossibilidade do contacto ser realizado com a mãe, pode ser realizado com o pai, pois os bebés que beneficiaram desse contacto precoce acalmam-se mais facilmente e param de chorar mais rapidamente, quando comparado com crianças que não tiveram a oportunidade de estabelecer contacto pele a pele com um dos progenitores. Ainda segundo Frizzo e Piccinini (2007), mesmo em casos de depressão materna, se a criança tiver uma boa relação afetiva com uma das figuras parentais (que neste caso será o pai), o envolvimento emocional positivo pode surgir como fator de proteção para a criança.

O sucesso da amamentação está também indiscutivelmente relacionado com contacto precoce, uma vez que a adaptação precoce à mama irá permitir uma sucção mais eficaz, refletindo-se numa maior prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (Bowlby, 2002; Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016; Raylene, 2013). As recomendações dos organismos internacionais e nacionais reforçam que se deve incentivar a amamentação o mais cedo possível após o nascimento, idealmente dentro da primeira hora de vida (WHO, 2018).

Tendo em conta que as práticas de contacto precoce têm benefícios para a mãe e para o bebé a curto e longo prazo, os profissionais de saúde devem facilitar e promover o processo de envolvimento emocional após o parto. O EESMO pode ser um elemento facilitador da relação entre a mãe e o bebé na primeira hora após o nascimento, período de maior sensibilidade, considerado por vários autores como a “hora de ouro” (Ataweli & Roberts, 2010; D. Sharma, Sharma & Shastri, 2017).

3.2. Objetivos

Perspectivando fundamentar intervenções de enfermagem autónomas que promovam a ligação emocional entre a mãe e o bebé após o parto, foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar as medidas de envolvimento emocional da mãe com o bebé no momento do nascimento;
- Avaliar o nível de envolvimento emocional da mãe com o bebé, às 2 e 48 horas após o parto;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e história da gravidez, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé, às 2 e 48 horas após o parto;
- Analisar a influência de medidas de contacto precoce - contacto pele a pele, corte do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé, às 2 e 48 horas após o parto.

3.3. Metodologia

A investigação é fundamental para estabelecer uma base científica na prática dos cuidados. Em enfermagem o objeto da investigação refere-se ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta dos próprios saberes da disciplina (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Desta forma, vamos ao encontro do preconizado pela OE (2006), “o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (p.1).

Para concretizar a tarefa de investigação, depois da escolha do tema foi delineada a metodologia, nomeadamente, o desenho de investigação, seleção da população/amostra e os procedimentos de recolha e análise de dados.

3.3.1. Problema e hipóteses

Um problema de investigação tem sempre, como ponto de partida, uma situação com a qual se está insatisfeito ou que deseja melhorar (situação real) e, como ponto de chegada, aquela que gostaria que acontecesse (situação desejável) (Sanches, 2005). Assim, no decorrer dos estágios, através da partilha e exploração das preocupações com a equipa de trabalho, conhecedores da realidade da prática, surgiu o problema de partida: “*Qual a influência de algumas medidas facilitadoras do contato precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé, no momento do nascimento?*”. Justificado pelo facto de se verificar que são priorizados os cuidados imediatos ao RN (avaliação de parâmetros antropométricos, administração de vitamina K, entre outros) e não é privilegiado de forma sistemática, o contacto direto entre a mãe e bebé que acabou de nascer. Como referem Rosa et al. (2010), “compreender melhor como ocorre esta relação, já nos primeiros minutos de vida do bebê, assim como estimular o contato precoce, são tarefas que devem fazer parte do quotidiano profissional nas salas de parto das instituições de saúde” (p.111). Contextualizado o problema e definidos os objetivos do estudo, tendo por base a revisão da literatura, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H₁: Existem diferenças no nível de envolvimento emocional das mães, às 2 e 48 horas após o parto;

H₂: As características sociodemográficas das mães influenciam os níveis de envolvimento emocional das mães, às 2 e 48 horas após o parto;

H₃: A história da gravidez atual influencia os níveis de envolvimento emocional das mães, às 2 e 48 horas após o parto;

H₄: As medidas de contacto precoce - contacto pele a pele, corte do cordão umbilical pela mãe e amamentação na primeira hora de vida, influenciam o nível de envolvimento emocional das mães, às 2 e 48 horas após o parto.

3.3.2. Tipo de estudo

As opções metodológicas resultam do tipo de problema, dos objetivos definidos e de todo o contexto em que o estudo se realiza. O presente estudo é de natureza descritivo-correlacional, e longitudinal, uma vez que se pretende estudar a relação entre as variáveis, em dois momentos temporais (às 2 e 48 horas pós-parto). Recorremos a uma metodologia quantitativa, pois é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que procura explicar e prever um fenómeno pela medição das variáveis (Fortin et al., 2009).

3.3.3. Amostra

Foram incluídas as mulheres que tiveram parto eutócico no BP do CHTS e que concordaram participar no estudo. O tipo de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística acidental, na medida em que as mulheres foram selecionadas em função da sua presença num local, num determinado momento (Fortin et al., 2009). Como o objetivo de constituir um grupo homogéneo, que reunisse as condições favoráveis à realização do estudo, foram definidos alguns critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1).

Quadro 1.

Critérios de inclusão e exclusão da amostra em estudo

	Critérios
Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none">• Parto eutócico realizado pela investigadora principal com a colaboração da equipa de EESMO, orientadoras do Estágio de Natureza Profissional;• Aplicação de pelo menos 1 das medidas facilitadoras do contato precoce, das três consideradas (contacto pele a pele, o corte do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida).
Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none">• Mulheres que tiveram partos distócicos;• Mulheres com complicações na gravidez ou parto;• RN pré-termo;• RN com necessidade internamento no serviço de neonatologia logo após o nascimento.

3.3.4. Variáveis em estudo

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin et al., 2009). A variável dependente “é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente ... conhecida como «variável crítica» ou a «variável explicada»”. Por sua vez, a variável independente é aquela que é controlada “ pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente” (Fortin et al., 2009, p.377).

No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- *Variáveis de caracterização da mãe*, incluindo as sociodemográficas (idade, estado civil, profissão e situação face à profissão), as referentes à história obstétrica e da gravidez atual (desejo e planeamento da gravidez, ocorrências durante a gravidez, tipo de vigilância, frequência de CPPP, informação e motivação obtida sobre as medidas de envolvimento emocional e implementação destas medidas no momento do parto);
- *Variáveis de caracterização do RN* (data de nascimento, peso, idade gestacional, Índice de Apgar);
- *Variável dependente*, o envolvimento emocional da mãe com o bebé (*bonding*).

Para medir o envolvimento emocional da mãe com o bebé, constructo que pode ser operacionalizado como conjunto das emoções que a mãe dirige ao bebé (Figueiredo, 2013), será utilizada a escala de *bonding* às 2 e 48 horas após o parto.

- *Variáveis independentes*, as medidas facilitadoras do contacto precoce (o contacto precoce pele a pele entre mãe e bebé, corte do cordão umbilical pela mãe e a amamentação na primeira hora de vida), e algumas das variáveis sociodemográficas (idade, classe etária, estado civil, situação face à profissão) e da história da gravidez atual (desejo e planeamento da gravidez, frequência dos CPPP, informação e motivação para as medidas de envolvimento emocional).

As medidas facilitadoras do contacto precoce após o parto foram operacionalizadas da seguinte forma: realizado contacto pele a pele durante pelo menos 20 minutos, oportunidade para realizar o corte do cordão umbilical pela mãe e a amamentação na primeira hora de vida durante pelo menos 10 minutos.

3.3.5. Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados foi construído tendo em conta os objetivos do estudo, que estão relacionados diretamente com a prática dos cuidados de enfermagem no pós-parto imediato. Elaboramos um formulário (*Apêndice A*) constituído por quatro partes, a primeira (I), referente ao preenchimento de dados sociodemográficos (idade, estado civil, profissão, situação face a profissão), a segunda (II), referente à história obstétrica e gravidez atual (desejo e planeamento da gravidez, ocorrências durante a gravidez, tipo de vigilância, frequência das aulas de preparação para o parto e informação obtida acerca das medidas facilitadoras de contacto precoce), a terceira (III), referente ao impacto da experiência com algumas medidas de envolvimento emocional no momento do parto e dados referentes ao RN (data de nascimento, peso, idade gestacional, Índice de Apgar, necessidade de cuidados neonatais) e, por último, a quarta (IV) parte, correspondente à escala de *Bonding* (*Apêndice B*), que pretende avaliar o nível de envolvimento emocional da mãe com o bebé. Esta escala é a versão Portuguesa alargada da *Mother-to-Infant Bonding Scale* (MIBS, ou escala *Bonding*) (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005), e foi adaptada e validada para a população portuguesa (Figueiredo & Costa, 2005, 2009). No processo de tradução e adaptação, aos oito itens presentes na escala original foram acrescentados quatro (Zangada, Agressiva, Triste e

Medrosa), para que estivessem presentes a totalidade das emoções referidas como básicas. Esta escala pede especificamente à mãe que descreva a forma como se sente em relação ao seu bebê no momento em que lhe é pedido para preencher o questionário. A escala é constituída por 11 itens de autorrelato, referentes à presença da intensidade de diferentes emoções em relação ao bebê e está organizada em três subescalas:

- Subescala “*Bonding* Positivo”, constituída por 3 itens (Afetuosa, Protetora e Alegre), que mede o envolvimento emocional positivo;
- Subescala “*Bonding* Negativo”, constituída por 6 itens (Zangada, Agressiva, Triste, Ressentida, Desgostosa, Desiludida), que avalia o envolvimento emocional negativo;
- Subescala “*Bonding Not Clear*”, constituída por 2 itens (Neutra ou sem sentimentos e Medrosa), que sinaliza a presença de emoções não claramente relacionadas com o envolvimento emocional da mãe com o bebê.

Os itens são cotados numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, que varia entre 0 e 3 pontos (0-Nada; 1- Um pouco; 2-Bastante; 3-Muito) e quanto mais presente a emoção, maior é o envolvimento emocional da mãe/pai com o bebê. O somatório das pontuações obtidas nos itens a dividir pelo número de itens, permite obter a pontuação para cada uma das subescalas. O cálculo do resultado total deve seguir o seguinte procedimento:

- 1) Transpondo para pontuação inversa o total de itens da escala “*Bonding* Negativo” e “*Bonding Not Clear*” (“nada” =3; “um pouco” =2; “Bastante” =1; “muito” =0);
- 2) Somando os resultados obtidos nos itens das subescalas “*Bonding* Negativo” e “*Bonding Not Clear*”, com os resultados do “*Bonding* Positivo”;
- 3) Deve dividir-se o valor obtido pelos 11 itens da escala.

O envolvimento emocional pode ser considerado pobre para um valor entre 0 e 1, moderado para um valor entre 1 e 2 e elevado para valores entre 2 e 3. Para dar valor às subescalas, no sentido da pontuação total da escala total ser tanto mais elevada quanto maior o *bonding*, às cotações das subescalas “*Bonding* Negativo” e “*Bonding Not Clear*” são subtraídas a pontuação da subescala “*Bonding* Positivo” (Figueiredo et al., 2005a; Figueiredo et al., 2009).

Consistência interna da Escala de Bonding

A fiabilidade é a capacidade que uma escala tem de obter os mesmos resultados se for aplicada às mesmas pessoas em condições semelhantes e expressa-se pelo coeficiente de correlação, pois mede a consistência entre dois resultados independentes (Ribeiro, 2010).

A consistência interna de um instrumento pode ser avaliada pelo coeficiente de *Alpha* de *Cronbach*. De acordo com Marôco (2011), valores superiores a 0,90 são considerados muito bons, valores entre 0,80 e 0,90 são considerados bons, entre 0,70 e 0,80 são razoáveis e 0,70 e 0,60 são fracos. Tendo em consideração os valores de referência apresentados, o valor de consistência interna obtido para o total da Escala de *Bonding* ($\alpha=0,731$), pode ser considerado razoável (Tabela 1).

Os coeficientes de correlação, item total corrigido variam entre 0,102 relativo ao item 4 “Desiludida” e o 0,802 relativo ao item 5 “Ressentida”, sugerindo índices de validade interna moderados. Face aos valores obtidos, consideramos que a escala de *Bonding* pode ser utilizada no presente estudo.

Tabela 1.

Estatísticas e valores de consistência interna (*Alpha* de *Cronbach*) da escala de *Bonding*, aplicada às 2 horas após o parto

Nº Item	Questões	Média da escala se o item for excluído	Varição da escala se o item for excluído	Correlação do item total corrigido	Correlação múltipla ao quadrado	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
1	Afetuosas	6,60	5,898	0,137	0,452	0,647
2	Protetora	6,57	5,685	0,259	0,456	0,627
3	Alegre	6,74	5,499	0,110	0,293	0,677
4	Desiludida	9,21	6,345	0,102	0,683	0,700
5	Ressentida	9,28	4,987	0,802	0,945	0,548
6	Desgostosa	9,32	5,439	0,619	0,924	0,587
7	Agressiva	9,30	5,388	0,582	0,879	0,586
8	Zangada	9,30	5,431	0,551	0,815	0,590
9	Triste	9,21	4,606	0,559	0,807	0,556
10	Neutra	9,15	5,347	0,283	0,415	0,623
11	Medrosa	8,94	5,322	0,207	0,195	0,646
Coeficiente Alpha de Cronbach Escala Bonding Total					0,731	

3.3.6. Procedimento de recolha de dados

Durante o desenvolvimento do estudo de investigação para a recolha de dados contamos com a colaboração da equipa de enfermagem e orientadoras da prática clínica do serviço de BP da instituição onde realizamos o estágio.

A colheita de dados foi realizada em três momentos:

- 1) No início do TP, foram preenchidas as partes I e II do formulário, pela investigadora ou pela EESMO responsável pela parturiente;
- 2) Às duas horas após o parto, foi preenchida a parte III do formulário, pela investigadora ou EESMO responsável pela parturiente e foi solicitado o primeiro preenchimento da escala de *Bonding* às puérperas;
- 3) Às 48 horas após o parto, no serviço de puerpério, foi solicitado o segundo preenchimento da escala de *Bonding* (parte IV).

Antes do procedimento de recolha de dados as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo de investigação e foi assegurado o anonimato e confidencialidade.

3.3.7. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 22.00.

Na análise de dados foi usada a estatística descritiva, incluindo medidas de frequência e percentagem relativa bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, máximo e mínimo). Dada a pequena dimensão da amostra (inferior a 50), a avaliação da normalidade de distribuição das variáveis foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk e a avaliação da homogeneidade de variâncias pelo teste de Levene (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2014).

Na análise inferencial, para testar as hipóteses foram utilizados os testes de análise de variância, com testes não paramétricos (Mann-Whitney), dado que a amostra não cumpria os pressupostos da normalidade. Para comparar o nível de envolvimento emocional às 2 e 48 horas após o parto, foi utilizado o teste Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Todos os testes utilizados com valor de prova inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$) foram considerados como indicando significância estatística.

3.3.8. Considerações éticas

No decorrer deste trabalho atendemos aos princípios éticos que regem a investigação, tendo em conta não só os direitos fundamentais determinados pela Declaração de *Helsínquia*, mas também os direitos dos sujeitos investigados, nomeadamente a privacidade e a confidencialidade da informação, a garantia de consentimento informado esclarecido e livre, e o direito dos participantes a mudar de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem necessidade de justificação. Assim sendo, foi elaborado um Consentimento Informado, que foi aplicado a todas as participantes (*Apêndice C*). Asseguramos que a implementação das medidas de contacto precoce não prejudicava a saúde e bem-estar da mãe e do bebé. Asseguramos ainda que qualquer alteração ao estado de saúde da mãe e do bebé seria comunicada à equipa de saúde responsável. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição (*Apêndice D*).

3.4. Resultados e discussão

A apresentação e discussão dos resultados, está organizada em quatro subcapítulos. No primeiro fazemos a caracterização da amostra, no segundo descrevemos os resultados relativos à história obstétrica e da gravidez atual, no terceiro analisamos o impacto das medidas facilitadoras de contacto precoce e por último no quarto subcapítulo apresentamos os dados relativos ao *bonding*.

3.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A caracterização sociodemográfica da amostra será efetuada quanto a classe etária, estado civil, grupo profissional e situação face a profissão (Tabela 2). A amostra foi constituída por 47 mulheres.

A média de idades das participantes situa-se nos 27,5 anos ($M=27,57$; $DP=6,07$), a classe etária predominante é dos 25-34 anos (46,8%).

Em Portugal, a idade média materna tem aumentado nos últimos anos, situando-se em 2017 nos 32 anos, no entanto as mulheres da amostra apresentavam uma idade média ligeiramente inferior (INE, 2019), aproximando-se da idade reprodutiva ideal que deve situar-se nos 29 anos.

Tabela 2.
Caracterização sociodemográfica da amostra (n=47)

Variáveis	n°	%
Classe etária:	17 - 24	34,0
	25-34	46,9
	>35	19,1
Estado civil:	Solteira	10,6
	Casada/União de facto	89,4
Profissão:	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	11,1
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6,7
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	2,2
	Pessoal administrativo	2,2
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	11,1
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	28,9
	Trabalhadores não qualificados	37,8
	Situação face à profissão:	
Empregada	68,1	
Desempregada	17,0	
Doméstica	14,9	

A maioria das participantes são casadas (89,4%) e a categoria das solteiras é menos representativa (10,6%). No que respeita à profissão, o grupo mais representativo é o das trabalhadoras não qualificadas (37,8%), seguido das trabalhadoras qualificadas da indústria, construção e artífices (28,9%). O grupo profissional menos representado é o das técnicas e profissões de nível intermédio e o do pessoal administrativo com igual percentagem (2,2%). A maioria das participantes encontra-se empregada (68,1%), o que reflete a realidade nacional descrita pelos dados publicados pelo INE relativos ao ano 2018 (INE, 2019), onde se observou que nasceram cerca de 60,036 bebés de mães empregadas, contrastando com 8,899 de mães que estariam desempregadas.

3.4.2. História da gravidez e parto

Os resultados relativos à história obstétrica e da gravidez atual (Tabela 3) incluem o índice obstétrico, o planeamento da gravidez atual, a presença de patologia na gravidez atual e o

local de vigilância pré-natal. Foram ainda recolhidos dados sobre a frequência de sessões ou CPPP e em caso afirmativo o local onde frequentou.

No que respeita ao índice obstétrico, quase metade das participantes teve duas gravidezes (42,6%), tem 2 filhos vivos (46,8%) e maioria das gravidezes foram planeadas (61,7%).

Tabela 3.

Distribuição das mulheres de acordo com a história da gravidez atual (n=47)

	Variáveis	n°	%
Número de gestações	1	17	36,2
	2	20	42,6
	3	9	19,1
	4	1	2,1
Número partos/Filhos vivos	1	19	40,4
	2	22	46,8
	3	6	12,8
Gravidez planeada	Sim	29	61,7
	Não	18	38,3
Gravidez desejada	Sim	46	97,9
	Não	1	2,1
Patologia da gravidez presente	Hemorragia	1	2,1
	Hipertensão	4	8,5
	Diabetes gestacional	5	10,6
	Infeções	3	6,4
	Alterações psicoemocionais	12	25,5
Local de vigilância pré-natal	Centro de Saúde	37	78,7
	Hospital Público	27	57,4
	Clínica Privada	8	17,0
Preparação parto e parentalidade	Sim	10	21,3
	Não	37	78,7

Apesar de ser elevada a percentagem de gravidezes não planeadas (38,3%), quase todas as mães referiram que a gravidez foi desejada (97,9%). Não se conhecem dados recentes sobre a taxa de gravidezes não planeadas, contudo, um estudo mundial realizado entre 2010 e 2014 estimou uma percentagem de 44% (Bearak, Popinchalk, Alkema & Sedgh, 2018). Em Portugal, um estudo realizado em 2007, observou uma percentagem mais baixa de gravidezes não planeadas, situada nos 26,6% (Loureiro, Bernardes, Ferreira & Freitas, 2014).

Das participantes que referem patologia da gravidez, as alterações psicoemocionais são a perturbação mais frequente (25,5%), seguindo-se a diabetes gestacional (10,6%) e a hipertensão arterial (8,5%). A vigilância pré-natal foi realizada preferencialmente no centro de saúde da área de residência (78,7%) e as clínicas privadas foram o recurso de saúde menos utilizado (17%). A maioria das participantes não frequentou os CPPP (78,7%) e as que frequentaram, optaram pelo hospital público ou centro de saúde. Consideramos que o número

de mulheres que frequentou os CPPP foi reduzido, ainda que não sejam conhecidas taxas de utilização a nível nacional, a importância destes cursos é reconhecida legalmente desde 1984 (Lei n.º 4/84, de 05 de abril), e desde 2009 que é assumido que incube especialmente ao Estado “Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde” (p.1150).

Os partos foram na sua totalidade eutócicos, tendo resultado o nascimento de 47 RN, 23 do sexo masculino (48,9%) e 24 do sexo feminino (54,1%), com uma média de idade gestacional de 39 semanas (M=39,06; DP=1,09) e um peso médio ao nascimento de 3306 gramas (M=3306; DP=406,780).

O direito da mulher grávida internada em estabelecimento de saúde a ter acompanhamento por qualquer pessoa por si escolhida, em todas as fases do TP está reconhecido na lei (Lei n.º 15/2014, de 21 de março, n.º 2 do artigo 12.º). Na amostra verificamos que durante o TP, 87,2% das participantes estiveram acompanhadas, sendo que destas, 74,5% foram acompanhadas pelo marido e as restantes por outra pessoa significativa (amiga, irmã, mãe ou sogra).

3.4.3. Medidas facilitadoras do contacto precoce

Antes do parto, as mulheres foram questionadas relativamente à informação obtida durante a gravidez sobre medidas facilitadoras de contacto precoce, bem como a motivação para aderirem à sua implementação após o parto (Tabela 4). A maioria afirma que recebeu informação sobre a importância da amamentação precoce (63,8%) e do contacto pele a pele (42,6%), mas apenas 23,4% refere ter recebido informação sobre a possibilidade de poder cortar o cordão umbilical.

As medidas facilitadoras de contacto precoce não estão descritas de forma explícita no documento elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da OE, relativo aos conteúdos a serem abordados nos CPPP. No entanto, no documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal-Uma Visão Partilhada” a OE e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras recomendam “... possibilitar o contacto pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação” (OE & APEO, 2012, p.23).

Deste modo, os EESMO têm competência e autonomia para integrar, não só nas sessões dos CPPP, mas também nas consultas de enfermagem pré-natais as temáticas mais adequadas, tendo em conta as necessidades de intervenção apresentadas pela grávida/casal/família.

As fontes de informação sobre as medidas de contacto precoce, mais utilizadas foram as fontes informais (48,9%), nomeadamente a internet, revistas e livros.

Tabela 4.

Fontes de informação e motivação das mulheres para as medidas facilitadoras do contacto precoce (n=47)

Variáveis		n.º	%
Informação	Obtenção de informação no período pré-natal sobre contacto precoce	Contacto pele a pele	42,6
		Corte do cordão umbilical	23,4
		Amamentação precoce	63,8
	Fontes de informação no período pré-natal sobre contacto precoce	Profissionais de saúde	34
		Revistas, livros e internet	48,9
		Familiares e amigos	29,8
Motivação	Motivação manifestada pelas mães para adesão a medidas de contacto precoce	Contacto pele a pele	91,5
		Corte do cordão umbilical	39,1
		Amamentação precoce	100,0

Apesar do EESMO, pelo seu domínio de competências, ser o profissional mais habilitado para informar as grávidas sobre as medidas de contacto precoce, os dados revelam que tiveram um papel secundário na transmissão de informação. A internet é um dos recursos mais utilizados pelas mulheres para obtenção de informação, mas, é por isso importante que a mãe/casal/família possam escolher a informação mais adequada, se possível sob orientação dos profissionais de saúde.

Quanto à motivação, para adesão às medidas facilitadoras do contacto precoce, os resultados são muito expressivos, verificando-se que 100% das mães manifestou vontade em amamentar e 91,5% a vontade de realizar contato pele a pele com o RN. A medida que menos motivação suscitou foi o corte do cordão umbilical (39,1%).

A importância da amamentação precoce e do contacto pele a pele, são de facto as medidas mais conhecidas pelas participantes, provavelmente como resultado das campanhas de promoção do aleitamento e materno e das orientações para o parto normal da OMS/Unicef (WHO, 1996), implementadas em Portugal a partir da década de 1990. A falta de informação sobre a importância do corte do cordão umbilical para a vinculação mãe/bebé poderá justificar a baixa adesão a esta medida de contacto precoce.

Dos motivos apresentados para justificar a adesão a medidas de contacto precoce após o parto evidenciaram-se aqueles que se relacionam com os estímulos sensoriais e a vivência de uma experiência mais positiva por parte da mãe. Relativamente ao contacto pele com pele, 46,8% das mães referiram a vontade de “*sentir e tocar o bebé*” e 21,2% o querer experienciar “*uma emoção ou sensação boa*”. Outros motivos foram “*ver o bebé*” (8,5%), “*cheirar o bebé*” (2,1%), e numa outra perspetiva, “*o bebé sentir a mãe*” (2,1%). Das mães que manifestaram motivação para realizar o corte do cordão umbilical, 19,1% referiram querer experienciar uma “*sensação nova*”, 4,2% vontade de participar na “*separação do bebé*” e 14,8% não sabiam “*...explicar o motivo*” pelo qual gostavam de aderir a esta medida.

No que respeita à adesão à amamentação precoce, destacaram-se a “*saúde do bebé*” (31,9%), ser “*importante para a mãe e para o bebé*” (25,5%), o “*desejo de ter esta experiência*” (21,2%), e a “*ligação efetiva*” ou “*sensação de segurança*” (12,7%).

Em consonância, os motivos referidos para não quererem aderir às medidas de contacto precoce, incluem sobretudo os que se relacionam com a vivência de uma experiência negativa por parte da mãe. Sobre o contacto pele a pele referiram ser uma “*sensação desagradável*” (6,4%), causada pela presença de líquido amniótico ou de sangue. Sobre o corte do cordão umbilical identificaram a “*dificuldade em gerir a emoção*” (21,2%), o “*ser uma sensação estranha*” (10,6%), o “*querer oferecer a oportunidade ao pai*” (8,5%) e o “*medo de magoar o bebé*” (4,2%).

Os dados relativos à implementação das três medidas facilitadoras do contacto precoce encontram-se na Tabela 5. Podemos observar que as mães aderiram em maior número à amamentação precoce (63,8%) e ao contacto pele a pele (57,44%). O corte do cordão umbilical foi maioritariamente realizado pelos profissionais de saúde (66%), pelo pai (29,8%) e apenas por duas mães (4,25%).

Tabela 5.

Implementação das medidas facilitadoras de contacto precoce no pós-parto (n=47)

Variáveis	nº	%
Contacto pele a pele	27	57,44
Corte do cordão umbilical	2	4,25
Amamentação na 1ª hora de vida	30	63,82

As duas mães que tiveram oportunidade de realizar o corte do cordão umbilical descreveram esta experiência como “*Um momento que nunca vou esquecer*”, mencionando “*Gostei tanto,*

nos anteriores não me deram essa oportunidade, nem sabia que se podia”. Estes dados refletem os dados já apresentados anteriormente sobre a motivação das mães para a implementação das medidas facilitadoras de contacto precoce, onde se observou que a medida menos conhecida é o corte do cordão umbilical.

A elevada adesão à amamentação precoce pode justificar-se não só pela maior motivação apresentada pelas mães, mas também por ser uma prática incentivada nas maternidades que apoiam o aleitamento materno em particular as instituições que aderiram à Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. As bases desta iniciativa estão descritas no documento “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”, onde no 4º passo se preconiza que os profissionais de saúde possam “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento” (Levy & Bértolo, 2012, p.13).

No entanto, o valor obtido nesta amostra é relativamente baixo (63,82%) se compararmos com os dados obtidos do relatório sobre a prevalência do aleitamento materno da DGS, onde se pode verificar que a percentagem de mães que iniciou a amamentação na primeira hora de vida foi 84,1% (n=31 097), (DGS, 2013).

Sobre o contacto pele a pele e o corte do cordão umbilical efetuado pelos pais não encontramos dados de prevalência a nível nacional. Um estudo realizado por Abdala e Cunha (2018), no Brasil, revela que uma percentagem elevada (76%) de mães inicia contacto pele a pele na primeira hora de vida.

O tempo de duração da implementação do contacto pele a pele e amamentação na 1ª hora de vida encontram-se descritos na Tabela 6.

Tabela 6.
Tempo de duração das medidas facilitadoras de contacto precoce

Variáveis	Tempo (minutos)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Contacto pele a pele	Início	0	5	2,33	3,03
	Fim	5	60	33,12	14,20
Amamentação precoce	Início	0	50	19,47	12,30
	Fim	5	45	26,52	11,14

Relativamente ao contacto pele a pele, observou-se que em média teve início aos 2 minutos (M=2,33; DP=3,03) após o parto e o fim do contacto ocorreu em média aos 33 minutos (M=33,12; DP=14,20). O início da amamentação foi em média aos 20 minutos (M=19,47; DP=12,30) e o fim da amamentação ocorreu em média aos 27 minutos (M=26,52; DP=11,14).

Diversos autores referem a importâncias de promover o contacto pele a pele o mais precocemente possível, uma vez que esta prática facilita a transição do RN para o ambiente extrauterino e promove o sucesso no aleitamento materno. Diversos estudos observaram um aumento das taxas de amamentação exclusiva nos primeiros 4 meses de vida e uma melhor interação entre a mãe e bebé (Moore et al., 2016; Morton & Brodsky, 2016; Redshaw, Hennegan & Kruske, 2014).

Contudo, não é consensual o tempo do início do contacto e a sua duração, uma vez que se encontram diversas orientações. Por exemplo, sobre o início do contacto pele a pele, Moore et al. (2016) referem que o contacto deve ser iniciado nos primeiros 10 minutos de vida. Sobre a sua duração, Biro, Yelland e Brown (2015), defendem que os bebés que estabelecem contacto pele a pele durante 30 a 60 minutos ou mais, são mais propensos a prolongar a amamentação até aos 3 meses, do que aqueles que são mantidos pele a pele por apenas 10 a 20 minutos. Crenshaw (2014) propõe que o contacto pele a pele seja realizada pelo menos durante 60 minutos. Numa perspetiva mais alargada, Rufino (2011) menciona que o tempo preconizado para o contacto pele a pele, sem interrupção, pode variar entre 50 e 110 minutos. De uma forma geral, os diversos autores consideram que os primeiros 60 minutos após o nascimento são de facto um momento crítico, período que tem sido denominado de "Hora de Ouro" (D. Sharma et al., 2017).

O benefício do contacto pele a pele entre a mãe e o bebé após o nascimento tem sido documentado, observando-se que esta prática promove uma estabilização fisiológica da mãe e RN, permitindo que estes permaneçam mais tempo em contacto (D'Artbale & Bercini, 2014). No que respeita ao RN, reduz o risco de hipoglicemia neonatal, regula a temperatura corporal, estabiliza a tensão arterial, diminui as hormonas do stresse e promove o desenvolvimento do cérebro neonatal (Phillips, 2013). Relativamente à mãe o contacto imediato pele a pele promove a libertação de ocitocina, facilitando o início da lactação, a vinculação materna e a contração uterina, diminuindo o risco de hemorragia pós-parto (Crenshaw, 2014).

Os enfermeiros especialistas devem encorajar esta prática, assim como identificar precocemente as mulheres que têm menor probabilidade de realizar contacto pele a pele na primeira hora de vida (Biro et al., 2015), uma vez que a ausência de contato pele a pele pode influenciar de forma negativa o envolvimento emocional da díade (Souza et al., 2017).

No que respeita ao início e duração da amamentação, um estudo realizado numa instituição hospitalar brasileira que pretendia avaliar a interação entre a mãe e o bebé na primeira hora de vida, os autores verificaram que o tempo médio para iniciar a amamentação foi de 11 minutos, 45% dos RN mamaram durante 15 minutos, 41% mamaram entre 15 e 30 minutos e apenas 12% mamaram mais do que 30 minutos (Abdala & Cunha, 2018).

Num outro estudo realizado na Austrália, os autores observaram que 68% dos RN (n=76) iniciaram a mamada aos 14,5 minutos, mamando em média 37 minutos (Cantrill, Creedy, Cooke & Dykes, 2014). Pudemos constatar que no nosso estudo, o início da amamentação foi mais tardio, com uma duração de cerca de 10 minutos.

Face aos resultados dos diversos estudos apresentados, consideramos fundamental que o RN não seja separado da mãe na primeira hora após o nascimento. Esta é a chamada “hora mágica” ou “hora de ouro”, em que o RN mantém um estado alerta, calmo, olhos abertos e com pouca atividade motora, tornando-o capaz de responder ao ambiente à sua volta e dar início à interação com a mãe (Phillips, 2013).

No presente estudo recolhemos ainda informação relativa aos motivos para o término ou não implementação das medidas contacto precoce.

Tabela 7.

Motivos apontados pelas mães para o término ou não implementação do contacto pele a pele (n=26)

Variáveis	n.	%
Rotinas do serviço	22	84,62
Contacto com o pai	2	7,69
Observação do RN pelo pediatra	2	7,69

A maioria das mulheres (84,62%) referiu como motivo para terminar o contacto pele a pele (Tabela 7) as rotinas de serviço (e.g., a prestação de cuidados imediatos ao RN e transferência da mãe para a maca), o contacto com o pai e a observação do RN pelo médico pediatra, (7,69%). Contudo, de acordo com várias orientações internacionais, as rotinas do serviço não são motivos que justifiquem a interrupção do contacto pele a pele, decorrente dos inúmeros benefícios que esta prática evidencia, quer para a saúde do bebé, quer da mãe (D. Sharma et al., 2017).

De acordo com as últimas recomendações do NICE (2014), os profissionais devem evitar separar a mãe do bebé durante a primeira hora de vida para a realizar procedimentos de rotina,

exceto se estas medidas forem solicitadas pela mulher ou sejam necessárias para assegurar cuidados imediatos de reanimação ao RN. Constatamos, mais uma vez, que os cuidados de rotina são ainda hoje um impedimento à realização das medidas de contacto precoce.

Ainda que a maioria das mulheres deseje o contacto pele a pele, principalmente as que desejam amamentar, alguns autores, relembram que a decisão da mulher deve ser respeitada pois algumas preferem que os RN sejam vestidos antes de serem colocados à mama (Ferrarello & Hatfield, 2014; Mercer, Erickson-Owens, Graves & Haley, 2007). Vale a pena lembrar que estas mulheres podem beneficiar de aconselhamento e educação pré-natal sobre a importância das medidas facilitadoras de contacto precoce na primeira hora de vida, uma vez que os pais são mais propensos a apoiar estas medidas, quando informados durante as consultas pré-natais e nos CPPP (D. Sharma et al., 2017)

Vários autores defendem que nos casos em que não seja possível estabelecer o contacto precoce entre a mãe e o bebé após o parto, as crianças podem beneficiar do contacto precoce com o pai (Erlandsson et al., 2007).

Tabela 8.

Motivos apontados pelas mães para a não realização do corte do cordão umbilical pela mãe (n=45)

Variáveis	n.º	%
Mãe não se sente preparada	21	46,70
Vontade do pai em fazer corte cordão umbilical	4	8,88
Cordão umbilical curto ou laqueação prévia	8	17,77
Necessidade de cuidados ao RN	4	8,88
Não apresentou motivo	8	17,77

O principal motivo apresentado para a não realização do corte do cordão umbilical, foi a “*mãe não se sentir preparada*” (46,7%), mencionando ainda o cordão umbilical curto ou necessidade de realizada laqueação prévia (17,77%).

Vários estudos sugerem que o corte do cordão umbilical pelo pai pode ter benefícios no envolvimento emocional do pai com o bebé (Brandão, 2009; Nogueira, Farias & Ferreira, 2012). Embora não existam estudos que relacionem esta prática com o envolvimento emocional da mãe com o bebé consideramos que os benefícios serão similares.

O desconhecimento das mães sobre a importância do corte do cordão umbilical como medida de envolvimento emocional, pode estar relacionado com o facto dos profissionais que executam o parto também não estarem conscientes da importância desta medida de contacto precoce.

Os principais motivos apresentados para a não ter iniciado a amamentação (Tabela 9) foram a realização da episiorrafia (53,0%) e a dor (16,64%). Ainda que se recomende que a amamentação deve ser promovida logo após o parto e se possível mantida durante a realização da episiorrafia.

Tabela 9.

Motivos apontados pelas mães para não ter iniciado a amamentação na primeira hora de vida (n=17)

Variáveis	n.º	%
Dificuldade na adaptação do RN	1	5,88
Episiorrafia	9	52,96
Dor	3	17,64
Dequitação prolongada	1	5,88
Não apresentou motivo	3	17,64

Ao longo do estágio pudemos observar que existem vários obstáculos para a concretização das medidas facilitadoras de contacto precoce, dificuldades que não dizem respeito apenas ao trabalho dos profissionais de saúde, mas também a questões estruturais e de organização dos cuidados. Luna et al. (2009), recomendam que, no acompanhamento da mulher/casal durante o TP, o ambiente seja silencioso, com pouca luz, portas fechadas, com o número de profissionais estritamente necessário e a presença do acompanhante escolhido pela mulher. Por sua vez, Ferrarello e Hatfield (2014), referem ainda que todos os acompanhantes deveriam ser informados da importância destas medidas no estabelecimento do envolvimento emocional mãe bebê.

Consideramos que, pelos benefícios descritos, sobretudo a influência positiva na relação mãe-bebé (More et al., 2016; Raylene, 2013), a implementação de medidas facilitadoras de contacto precoce deve ser promovida pelos profissionais de saúde, até porque são medidas de baixo custo, que podem contribuir para uma redução de gastos com a de saúde a longo prazo, associados aos cuidados maternos e pediátricos.

3.4.4. Envolvimento emocional da mãe com o bebê

A escala de *Bonding* utilizada no presente estudo permitiu avaliar o envolvimento da mãe com o bebê (Figueiredo & Costa, 2005, 2009; Figueiredo, 2013). A escala está organizada em três subescalas: “*Bonding Positivo*”, “*Bonding Negativo*” e “*Bonding not Clear*”. A análise das três subescalas nas duas avaliações (Tabela 10) realizadas, permitiu observar que os

valores médios do “*Bonding* Positivo” às 2 horas após o parto situam-se nos 2,72 (DP=0,38) e às 48 horas nos 2,76 (DP=0,38), valores que de acordo com os autores da escala podem ser considerados elevados. Por sua vez, os valores médios do *Bonding* Negativo situam-se nos 0,09 (DP=0,28) e 0,08 (DP=0,27) às 2 e 48 horas após o parto, respetivamente, revelando que as emoções negativas estavam pouco presentes. Os valores médios de *Bonding Not Clear* às 2 horas situaram-se nos 0,32 (DP=0,47) e às 48 horas nos 0,34 (DP=0,46). Os valores médios de *Bonding* total também foram considerados elevados às 2 horas (2,83; DP=0,20) e aumentaram ligeiramente às 48 horas após o parto (2,84; DP=0,22).

Tabela 10.

Estatística descritiva da escala *Bonding* total e subescalas, às 2 e 48 horas após o parto

ESCALA DE BONDING	2 HORAS APÓS O PARTO				48 HORAS APÓS O PARTO			
	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo
<i>Bonding</i> Positivo	2,72	0,38	2,0	3,0	2,76	0,38	2,0	3,0
<i>Bonding</i> Negativo	0,09	0,28	0	1,5	0,08	0,27	0	1,67
<i>Bonding Not Clear</i>	0,32	0,47	0	1,5	0,30	0,46	0	2,0
<i>Bonding</i> Total	2,83	0,20	1,91	3,0	2,84	0,22	2,09	3,0

3.4.5. Resultados referentes às hipóteses em estudo

Neste capítulo e através da análise inferencial, vamos testar as hipóteses em estudo. Os resultados obtidos serão apresentados pela sequência usada na formulação das hipóteses apresentadas no capítulo da metodologia.

Nível de envolvimento emocional das mães após o parto

A evolução do nível de envolvimento emocional da mãe com o bebé (*bonding*) entre as 2 e as 48 horas após o parto foi realizada pelo teste de Wilcoxon (Tabela 11). As participantes tiveram uma diminuição, um aumento ou mantiveram os níveis de *bonding* entre os dois momentos de avaliação. Embora fosse expectável uma melhora dos níveis de *bonding* entre as 2 e as 48 horas após o parto (Figueiredo, 2013), não se verificaram alterações estatisticamente significativas nos níveis de *bonding*, nem para as subescalas nem para o *bonding* total.

Tabela 11.

Comparação dos níveis de *bonding*, às 2 e 48 horas após parto (n=47). Resultados expressos em n (ordem média)

Nível de <i>Bonding</i>	Diminuem	Aumentam	Mantem	Z; p
Bonding Positivo	6 (6,67)	8 (8,13)	33	-0,804; 0,422
Bonding Negativo	7 (8,43)	7 (6,57)	33	-0,417; 0,646
Bonding Not Clear	14 (11,25)	10 (14,25)	23	-0,226; 0,821
Bonding Total	10 (17,95)	18 (12,58)	19	-0,544; 0,586

Influência de aspetos sociodemográficos nos níveis de envolvimento emocional

Os dados referentes à influência das variáveis sociodemográficas nos valores de *bonding* total às 2 e 48 horas após o parto encontram-se na Tabela 12. É possível observar que nenhuma das variáveis estudadas, influência de forma significativa os valores de *bonding* total, com exceção do estado civil, que se encontra no limite de significância ($p=0,05$), com as mães casadas ou a viver em união de facto a apresentar valores de *bonding* às 2 horas após o parto superiores ao das solteiras.

Tabela 12.

Análise da influência das características sociodemográficas das mães nos valores de *bonding*, às 2 e 48 horas após o parto

ESCALA DE BONDING	BONDING 2 HORAS APÓS O PARTO			BONDING 48 HORAS APÓS O PARTO		
	Média Ordens	Valor Teste	<i>p</i>	Média Ordens	Valor Teste	<i>p</i>
Classe etária:						
17-24	24,22	3,29	0,193	25,69	1,20	0,549
25-34	21,14			21,80		
>35	30,61			26,39		
Estado civil:						
Solteira	13,40	52,0	0,050	17,80	74,0	0,261
Casada/União de facto	25,26			24,74		
Situação face à profissão:						
Empregada	23,47	0,558	0,757	24,19	3,401	0,183
Desempregada	23,13			17,81		
Outra situação	27,43			30,21		

Figueiredo et al. (2009) também estudaram a influência das variáveis sociodemográficas nos valores de *Bonding* e observaram que as mães desempregadas e com menos de 9 anos de escolaridade apresentavam valores inferiores. Contudo, naquele estudo, a idade das mães não determinou diferenças significativas nos valores de *bonding*. Os mesmos autores observaram ainda uma maior prevalência de emoções não claras em relação ao RN em mães solteiras ou com antecedentes de problemas psicológicos. Analisando ainda a influência da idade materna na ligação emocional da mãe com o bebé, Martins (2012) observou que as mães que

integravam a classe etária dos 26 aos 35 anos tinham mais dificuldade em estabelecer ligação emocional com o bebé. Num outro estudo dirigido aos pais, C. Cruz et al. (2017), observaram que o *bonding* positivo é maior nos pais com idade igual ou inferior a 30 anos e com menor escolaridade, enquanto o estado civil não influenciou os valores de *Bonding*.

Influência da história da gravidez atual nos níveis de envolvimento emocional

O envolvimento emocional dos pais com o bebé durante a gravidez é um elemento fundamental do processo de transição para a parentalidade, uma vez que facilita a aceitação do bebé após o nascimento e a qualidade dos cuidados que prestam ao bebé (Figueiredo, 2013). Nesta perspetiva, outros autores referem que o desejo e a planificação da gravidez pode facilitar a vinculação dos pais com o bebé (Lopes, 2009; Martins, 2012). No presente estudo o desejo e planeamento da gravidez e a frequência de CPPP (Tabela 13), não influenciaram de forma significativa os valores de *bonding* total às 2 e 48 horas após o parto.

Tabela 13.

Análise da influência do desejo e planeamento da gravidez e a frequência de CPPP no *bonding*, às 2 e 48 horas após o parto

ESCALA DE <i>BONDING</i>	<i>BONDING</i> 2 HORAS APÓS O PARTO			<i>BONDING</i> 48 HORAS APÓS O PARTO		
	Média Ordens	Valor Teste	<i>P</i>	Média Ordens	Valor Teste	<i>P</i>
Planeou a gravidez:						
Sim	23,16	236,5	0,578	22,97	231,0	0,490
Não	25,36			25,67		
Desejou a gravidez:						
Sim	24,10	18,5	0,731	23,72	19,00	0,750
Não,	19,50			37,00		
Frequentou CPPP:						
Sim	22,20	167,0	0,627	20,65	151,5	0,360
Não	24,49			24,91		

A informação e motivação para adesão a medidas de contacto precoce (Tabela 14) também não determinaram diferenças significativas nos valores de *bonding* total às 2 e 48 horas após o parto, embora vários estudos apontem para a importância dos pais terem informação sobre estas medidas, sobretudo quando fornecida por profissionais de saúde no período pré-natal.

Tabela 14.

Análise da influência da informação e motivação das mães para as medidas de contacto precoce no nível *bonding*, às 2 e 48 horas após o parto

ESCALA DE <i>BONDING</i>	<i>BONDING</i> 2 HORAS APÓS O PARTO			<i>BONDING</i> 48 HORAS APÓS O PARTO		
	Média Ordens	Valor Teste	<i>p</i>	Média Ordens	Valor Teste	<i>p</i>
Informação sobre contacto pele a pele:						
Sim	24,80	254,0	0,721	23,20	254,0	0,717
Não	23,41			24,59		
Informação sobre corte do cordão umbilical:						
Sim	25,36	183,0	0,696	21,73	173,0	0,509
Não	23,58			24,69		
Informação sobre amamentação 1º hora de vida						
Sim	24,20	249,0	0,890	22,57	233,5	0,607
Não	23,65			26,53		
Gostava de realizar contacto pele a pele:						
Sim	23,72	74,0	0,635	23,60	69,0	0,495
Não	27,00			28,25		
Gostava de realizar corte do cordão umbilical:						
Sim	21,39	14,0	0,376	21,58	216,5	0,416
Não	24,86			24,73		
Gostava de amamentar na 1ª hora de vida:						
Sim	24,0	24,0				
Não	-	-				

Influência das medidas de contacto precoce no nível de envolvimento emocional

No sentido de avaliar a influência das medidas de contacto precoce da mãe com o bebé consideradas no presente estudo - contacto pele com pele, corte do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida, procedeu-se à comparação da pontuação total da escala de *Bonding* em ambos os grupos, através do teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

Tabela 15.

Análise da influência das medidas de contacto precoce (contacto pele a pele, corte do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida) no *bonding*, às 2 e 48 horas após o parto

ESCALA DE <i>BONDING</i>	<i>BONDING</i> 2 HORAS APÓS O PARTO			<i>BONDING</i> 48 HORAS APÓS O PARTO		
	Média Ordens	Valor Teste	<i>p</i>	Média Ordens	Valor Teste	<i>p</i>
Contacto pele a pele						
Sim (n=27)	23,26	250,0	0,655	22,28	223,5	0,293
Não (n=20)	25,00			26,33		
Corte do cordão umbilical						
Sim (n=2)	15,50	28,0	0,353	10,00	17,00	0,121
Não (n=45)	24,38			24,62		
Amamentação na primeira hora de vida						
Sim (n=30)	23,38	236,5	0,671	22,95	223,5	0,463
Não (n=17)	25,09			25,85		

Os resultados não permitem confirmar as hipóteses em estudo, dado que nenhuma das medidas de contacto precoce estudadas determinou diferenças significativas no nível de *bonding* total, avaliado às 2 e 48 horas após o parto.

Os estudos sobre o envolvimento emocional da mãe com o bebé têm concluído que este é progressivamente construído, desde o início da gravidez, pelo que normalmente se encontra estabelecido ao nascimento do bebé e pode ser observado na maioria dos pais (J. Pinto & Barbosa, 2007). Observou-se que os valores de *bonding* total às 2 e 48 horas após o parto são elevados o que pode ter dificultado o estabelecimento de relação entre o nível de *bonding* e as medidas de contacto precoce. Acresce o facto de a ligação emocional dos pais ao bebé no pós-parto poder variar significativamente, como resultado da interferência de fatores biológicos, psicológicos, socioculturais (Figueiredo, 2003) e mesmo contextuais dependentes da prática de cuidados na sala de partos (Fucks et al., 2015). No que respeita ao corte do cordão umbilical, apenas duas mães tiveram esta experiência o que dificultou avaliar o real impacto desta medida nos níveis de *bonding* materno. Alguns estudos que avaliaram a influência positiva desta medida quando realizada pelo pai (Brandão 2009; Nogueira & Ferreira, 2012), acreditamos que os benefícios desta prática quando realizada pela mãe podem ser similares.

Embora os presentes resultados não apoiem alguns dos estudos realizados por outros autores, a influência positiva de duas das medidas de contacto precoce estudadas (contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida), no envolvimento emocional da mãe com o bebé estão bem documentadas na literatura (A. Sharma, 2016; Bystrova et al., 2009; Safari et al.,

2018; Souza et al., 2017), pelo que consideramos que estas medidas devem continuar a ser promovidas pelos profissionais de saúde no momento do nascimento.

Limitações do estudo

Relativamente às limitações do estudo, a principal prende-se com o tamanho da amostra e o tipo de amostragem, na medida em que a amostra é de pequena dimensão e o tipo de amostragem, não probabilística por conveniência, não permite a generalização dos resultados para a população. Uma amostra de maior dimensão poderia permitir a utilização de uma análise estatística mais robusta, possibilitando a deteção de alguma associação significativa entre variáveis.

3.5. Conclusões

A amostra do presente estudo foi constituída por 47 mães, com uma média de idades de 27,5 anos, sendo a classe etária predominante a dos 25-34 anos. Quanto ao estado civil a grande maioria era casada, encontravam-se empregadas e pertenciam ao grupo classificado como “trabalhadoras não qualificadas”.

Os dados relativos à história obstétrica e da gravidez atual demonstram que quase metade das mães experienciava a segunda gravidez, sendo a maioria planeada. A vigilância pré-natal foi realizada preferencialmente no centro de saúde da área de residência e menos de um terço frequentou os CPPP (21,3%).

O conhecimento das mães sobre medidas facilitadoras do envolvimento emocional precoce é ainda limitado, menos de metade revelou não ter informação sobre o tema. As medidas mais conhecidas são a amamentação precoce e o contacto pele a pele, informação obtida principalmente por fontes informais, nomeadamente a internet, revistas e livros.

Antes do parto, a totalidade das mães referiu estar motivada para a amamentação na primeira hora de vida, 91,5% referiu a vontade de realizar contacto pele a pele e apenas 39,1% referiu estar motivada para o corte do cordão umbilical.

Após o parto, observamos que as mães experienciaram em maior número a amamentação precoce (63,8%) e o contacto pele a pele (57%), o corte do cordão umbilical foi realizado

apenas por duas mães (4,4%). O tempo de início foi em média de 2 minutos para o contacto pele a pele e 20 minutos para a amamentação.

O principal motivo referido para o término ou não realização do contacto pele a pele, foi as rotinas de serviço (47,8%). Para a não realização do corte do cordão umbilical foi a mãe não se sentir preparada (56,8%) e para não amamentar na primeira hora de vida foi a necessidade de realização de episiorrafia (64,3%) ou a dor (21,4%). Todos estes motivos apresentados para a não implementação das medidas facilitadoras de contacto precoce são passíveis de serem alteradas pela intervenção do EESMO.

A aplicação da escala de *bonding* revelou valores médios de *bonding* total elevados nos dois momentos de avaliação, verificando-se um aumento discreto dos valores de *bonding* total entre as 2 e as 48 horas após o parto. Observamos ainda que os valores médios do *bonding* positivo nos dois momentos de avaliação foram elevados e os valores médios do *Bonding* negativo e *bonding Not Clear* foram baixos, revelando que as emoções negativas estavam pouco presentes.

Nenhuma das variáveis estudadas, relacionadas com as características sociodemográficas, história da gravidez e medidas de envolvimento emocional após o parto -contacto pele a pele, corte do cordão umbilical pela mãe e amamentação na primeira hora de vida- tiveram influência no nível de *bonding* total às 2 e 48 horas após o parto, pelo que as hipóteses em estudo não foram confirmadas.

3.6. Contributos da investigação para a prática dos cuidados

Os cuidados pré e pós-natais são importantes para otimizar resultados em saúde, principalmente quando suportados numa prática baseada na evidência. Deste modo, parece fulcral o papel dos profissionais de saúde, nomeadamente do EESMO para minimizar os sentimentos negativos vivenciados pelo casal e contribuir para uma experiência de parto mais positiva. Nas últimas recomendações para uma experiência de parto positiva, a OMS (OMS, 2016, 2018), afirma que se devem manter os RN sem complicações em contacto pele a pele com as suas mães durante a primeira hora de vida, como medida importante de prevenção da hipotermia e promoção do aleitamento materno. Neste sentido, a revisão da literatura realizada e os dados obtidos, permitem-nos propor algumas alterações na assistência

concebida e implementada pelos enfermeiros, em particular pelos EESMO, ao longo do período pré e pós-natal.

Durante a gravidez, na consulta pré-natal e CPPP, sugerimos que os enfermeiros procedam a uma avaliação e planeamento sistematizados sobre as necessidades de aprendizagem das mães e dos casais relativas à importância do envolvimento emocional precoce. Estas intervenções, individuais ou em grupo, podem contribuir para a participação mais informada do casal no momento do nascimento, dando resposta às suas expectativas.

Ainda durante a gravidez, um outro instrumento pode sustentar esta prática - o Plano de Parto, pois constitui um plano detalhado das preferências e expectativas da mulher/casal relacionadas com o parto, nomeadamente a referência ao período após o nascimento, onde estes podem manifestar de forma expressa, a vontade de experienciar algumas ou todas as medidas de contacto precoce (Aragon et al., 2013). É importante que os profissionais de saúde, em particular o EESMO, reconheçam a importância do plano de parto como um direito e um elemento regulador da autodeterminação da mulher. Embora exista uma crescente sensibilização das equipas de EESMO para a importância do plano de parto, e este esteja já preconizado na legislação, a sua divulgação deve ser melhorada. Constatamos que a sua utilização ainda é reduzida e exige que muitos profissionais de saúde tenham de contornar as rotinas de serviço para conseguirem responder às expectativas das mulheres.

Os resultados obtidos sobre os motivos da não realização das medidas de contacto precoce remetem-nos novamente para a importância da abordagem deste assunto nas intervenções durante o período pré-natal, uma vez que as mães revelaram alguma desinformação, mas também para a necessidade de se reverem as prioridades institucionais na assistência imediatamente após o nascimento do bebé. Não obstante o conhecimento científico que aponta para os inúmeros benefícios que decorrem do contacto direto e imediato entre a mãe e o bebé, as rotinas hospitalares instituídas continuam a prejudicar este envolvimento emocional precoce. Neste sentido, no parto de baixo risco, as intervenções necessárias para garantir o bem-estar materno e do bebé devem ser seletivas, permitindo que a mãe e o bebé estejam em contacto direto, com mínima interferência dos profissionais de saúde. Sempre que este contacto não seja possível com a mãe, deve ser dada essa oportunidade ao pai.

O EESMO encontra-se numa posição privilegiada para implementar medidas de envolvimento emocional entre a mãe e o bebé, respeitando e promovendo a participação ativa

dos pais no parto. O momento do parto é o momento ideal para o desenvolvimento desta relação, e a forma como cuidamos da mulher pode inibir ou promover esta ligação entre os pais e o bebê. Sensibilizar os profissionais de saúde para implementarem medidas de envolvimento dos pais na gravidez, parto e pós-parto, é de extrema importância pelas repercussões positivas no bem-estar psicoemocional e saúde da mãe, da criança, da família e sociedade a curto e a longo prazo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, L., & da Cunha, M. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical & Biomedical Research*, 38(4). Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/82178>
- Ailes, E. C., Summers, A. D., Tran, E. L., Gilboa, S. M., Arnold, K. E., Meaney-Delman, D., & Reefhuis, J. (2018). Antibiotics dispensed to privately insured pregnant women with urinary tract infections - United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67, 18-22. Disponível em https://www.cdc.gov/MMWR/VOLUMES/67/WR/MM6701A4.HTM?S_CID=MM6701A4_W#suggestedcitation
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3
- Almeida, A. P., Jesus, L. M., Dias, I. C., Fernandes, M. N., Mourão, I. S., & Ferreira, A. G. (2016). Hospitalização por infecção do trato urinário recorrente: Percepção das gestantes. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(5), 4233-4239. doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201609
- Altaweli, R., & Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: A concept analysis. *British Journal of Midwifery September*, 18(9), 552-559. doi:10.12968/bjom.2010.18.9.78062
- American Academy of Pediatrics, & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). *Guidelines for perinatal care* (7th ed.). Washington, DC: Autor. Disponível em <http://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Delayed umbilical cord clamping after birth*. Washington: Autor. Disponível em <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth?IsMobileSet=false>
- Amorim, M. M., Porto, A. M., & Souza, A. S. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos de trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*, 38(11), 583-591. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985. doi:10.1016/S1701-2163(15)30785-4

- Areia, A. L. (2017). Hemorragias segundo e terceiro trimestre da gravidez. In L. M. Graça, *Medicina materno fetal* (5a ed, cap, 34, pp. 315-325). Lisboa: Lidel.
- Baumgarten, M. C., Silva, V. G., Mastalir, F. P., Klaus, F., & d'Azevedo, P. A. (2011). Infecção urinária na gestação: Uma revisão da literatura. *UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde*, 13(Esp.), 333-342.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Global Health*, 6(4), e380-e389. doi:10.1016/S2214-109X(18)30029
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 541-545. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724160/>
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(3), 369-382. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x
- Biro, M. A., Yelland, J. S., & Brown, S. J. (2015). Who is holding the baby? Women's experiences of contact with their baby immediately after birth: An Australian population-based survey. *Women and Birth*, 28(4), 317-322. doi:10.1016/j.wombi.2015.05.001
- Borges, B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia, uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447-454. Disponível em https://run.unl.pt/bitstream/10362/21881/1/1214_1788_1_PB.pdf
- Bowlby, J. (2002). *Apego: A natureza do vínculo* (3a ed., vol. 1). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Brandão, S. M. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R. ...Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 36(2), 97-109. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- Cantrill, R. M., Creedy, D. K., Cooke, M., & Dykes, F. (2014). Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: An observation study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1),14-20. doi:10.1186/1471-2393-14-20

- Carteiro, D. (2016). Complicações induzidas pela gravidez: Infecção genituriária. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista, *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 206-210). Lisboa: Lidel.
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2016). *Relatório de gestão e documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2015*. Penafiel: Autor. Disponível em http://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2017/07/RC_CHTS_2015.pdf
- Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. (2006). *Requalificação dos serviços de urgência perinatal*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology. (2015). The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin no. 150. Early pregnancy loss. *Obstetrics & Gynecology*, 125(5), 1258-1267. doi:10.1097/01.AOG.0000465191.27155.25
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy birth practice #6: Keep mother and baby together: It's best for mother, baby, and breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211-217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.21
- Cruz, A. P. (2006). Fatores do parto: Bacia, feto e contração. In S. M. O. Barros (Org.), *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal* (pp. 125-145). Barueri, SP: Manole.
- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., & Amaral, O. (2017). A influência do suporte social na vinculação pai/bebé. *Revista INFAD de Psicologia.*, 3(1), 481-488.
- D'Artibale, E. F., & Bercini, L. O. (2014). Early contact and breastfeeding: Meanings and experiences. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 109-117. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100013>
- Decreto-Lei n.º 11/93*, de 15 de janeiro. Aprova o estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 12. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 326/2007*, de 28 de setembro. Cria o Centro Hospitalar do Porto, EPE, e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, e aprova os respetivos estatutos. Diário da República, 188. Série I.
- Delfino, C. I. (2012). *Ligação pais/filho: Contributo para o processo de vinculação. Intervenções do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica promotoras do processo de vinculação entre pais/filho* (Dissertação do mestrado). Escola Superior de Saúde de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/16005>
- Delzell, J. E. Jr, & Lefevre, M. L. (2000). Urinary tract infections during pregnancy. *American Family Physician*, 61(3), 713-721.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Circular informativa n.º 16: Boletim de saúde da grávida*. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil.

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 37/2011: Exames laboratoriais na gravidez de baixo risco*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Registo do aleitamento materno: Relatório janeiro a dezembro 2013*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Autor.
- Edwards, H., Phillips, C., Esterman, A., Buisman-Pijlman, F., & Gordon, A. (2017). Risk factors and assessment tools for mother-infant bonding: A scoping review to assist future research. *Evidence Based Midwifery* 15(4), 128-134.
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105-114. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17542814>
- Faleiros, F. T., Trezza, E. M., & Carandina, L. (2006). Aleitamento materno: Fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista Nutrição*, 19(5), 623-630. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista, *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308-319). Lisboa: Lidel.
- Faustino, F. (Coord.). (2012). Higiene genital feminina: Guia Prático de condutas. In F. Águas & D. P. Silva (Coords.), *Revisão dos consensos em infecções vulvovaginais 2012* (Cap. 1, pp. 5-19). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Federação de Associações de Matronas de Espanha. (2009). *Iniciativa do parto natural: Documento de consenso*. Loures: Lusociência
- Feldman, R., Gordon, I., & Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 1133-1141.
- Ferrarello, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 39(1), 56-61. doi:10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/55604958.pdf>
- Figueiredo, B. (2013). *Mães e pais: Envolvimento emocional com o bebé*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(2), 203-217.
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005b). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(2/3), 121-131.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 539-549. doi: 10.1007/s10995-008-0312-x
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005a). Bonding: Escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psicologica*, 40, 133-154. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4717>
- Fleming, A., Steiner, M., & Anderson, V. N. (1987). Hormonal and attitudinal correlates of maternal behavior during the early postpartum period in first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 5(4), 193-205. doi:10.1080/02646838708403495
- Fleming, A., Steiner, M., & Corter, C. (1997). Cortisol, hedonics, and maternal responsiveness in human mothers. *Hormones and Behavior* 32(2), 85-98. doi:10.1006/hbeh.1997.1407
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M. J., & Batista, M. C. (2016). Avaliação e estabilização do recém nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista, *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 487-491). Lisboa: Lidel.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 351-360. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300002>
- Fucks, I. S., Soares, M. C., Kerber, N. P., Meincke, S. M., Escobal, A. P., & Bordignon, S. A. (2015). A sala de parto: O contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Avances en Enfermería*, 33(1), 29-37. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a04.pdf>
- Galbally, M., Lewis, A., van Ijzendoorn, M., & Permezel, M. (2011). The role of oxytocin in mother-infant relations: A systematic review of human studies. *Harvard Review of Psychiatry* 19(1), 1-14. doi:10.3109/10673229.2011.549771
- Garcés Benavente, A., Del Rey, C. F., & Ferrer Fernandis, E. (2001). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Edições DAE.
- Ghouri, F., Hollywood, A., & Ryan, K. (2018). A systematic review of non-antibiotic measures for the prevention of urinary tract infections in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 99. doi:10.1186/s12884-018-1732-2

- Giugliani, E. R., & Lamounier, J. A. (2004). Aleitamento materno: Uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl.), S117-S118. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n5s0/v80n5s0a01.pdf>
- Gomes, I., Metello, J., Freitas, B., & Diogo, J. (2017). Infecções urinárias na gravidez. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 11(4), 248-254.
- Graça, A. M., & Moniz, C. (2017). Reanimação do RN na sala de partos, conceitos e atitudes. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (5a ed., cap. 30, pp. 272-278). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. (2010a). Síndromes hemorrágicas da gravidez avançada e do pós parto. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed., pp. 413-425). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. (2010c). Monitorização fetal intra-parto. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed., pp. 339-355). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2017). Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (5a ed., cap. 40, pp. 382-388). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M., & Santo, S. (2017). Monitorização fetal intra parto. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (5a ed., cap. 28, pp. 241-259). Lisboa: Lidel.
- Guyton, A. C. (1986). *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hawkins, J. L. (2010). Epidural analgesia for labor and delivery. *New England Journal of Medicine*, 362 (216), 1503-1510. doi:10.1056/NEJMct0909254
- Henriques, A. (2017). Episiotomia e lacerações perineais. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (5a ed., cap. 63, pp. 580-584). Lisboa: Lidel.
- Iang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub3
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011*. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Idade média da mãe ao nascimento de um filho*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- Irum, S., Jabeen, N., Baloch, R., & Mawani, K. (2017). Newborn body temperature: Comparative study to see the impact on newborn body temperature after skin contact of mother and newborn v/s conventional method. *Professional Medical Journal*, 24(4), 574-579. Disponível em <https://doi.org/10.17957/TPMJ/17.3748>
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal* (2a ed.). Rio de Janeiro: Reichemann & Affonso.

- Kim, S., Fonagyb, P., Koose, O., Dorsettb, K., & Strathearna, L. (2013). Maternal oxytocin response predicts mother-to-infant gaze. *Brain Research*, 1580, 133-142. doi: 10.1016/j.brainres.2013.10.050.
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314-1320. doi:10.1016/j.midw.2012.12.019
- Klaus, M. H., & John, H. (1982). *Infant bonding* (2nd ed.). Londres: Mosby Company.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Parent-to-infant attachment*, 115-121.
- Kohlhoff, J., Eapen, V., Dadds, M., Khan, F., Silove, D., & Barnett, B. (2017). Oxytocin in the postnatal period: Associations with attachment and maternal caregiving. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 56-68. doi:10.1016/j.comppsy.2017.03.010.
- Komatsu, H. S. (2014). *Propess® 10mg*. Laboratórios Fering. Disponível em www.ferring.com.br/bulas/produtos_bula_Propess.pdf
- Koyyalamudi, V., Sidhu, G., Cornett, E. M., Nguyen, V., Labrie-Brown, C., Fox, C. J., & Kaye. A. D. (2016). New labor pain treatment options. *Current Pain and Headache Reports*, 20(2), 11. doi:10.1007/s11916-016-0543-2
- Krpan, K. M., Coombs, R., Zinga, D., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2004). Experiential and hormonal correlates of maternal behavior in teen and adult mothers. *Hormones and Behavior* 47(1), 112-122. doi:10.1016/j.yhbeh.2004.08.006
- Lacava, R. M., Goldman, R. E., & Vieira, E. S. (2002). Cuidados imediatos ao recém-nascido. In S. M. Barros, H. F. Marin & A. C. (Orgs.), *Enfermagem obstétrica e ginecológica: Guia para a prática assistencial* (pp. 231-241). São Paulo: Roca.
- Lei n.º 15/2014*, de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 57. Série I.
- Lei n.º 4/84*, de 05 de abril. Proteção da maternidade e da paternidade. Diário da República, 81. Série I.
- Leite, A. M. (2005). *Efeitos da amamentação materna sobre as respostas de estresse relacionados à dor durante a coleta de sangue para o teste do pezinho ao recém nascido* (Tese de doutoramento). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Leventhal, L. C. (2006). Períodos clínicos do parto. In S. M. Barros (Org.), *Enfermagem no ciclo puerperal* (pp. 161-175). São Paulo: Manole.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Disponível em <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

- Lopes, S. R. (2009). *Genealogia do desejo: A influência da satisfação conjugal no estabelecimento da relação precoce entre mãe-bebê* (Dissertação de mestrado integrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Loureiro, R., Bernardes, J., Ferreira, M., & Freitas, P. (2014). Nascer em Portugal: Estudo nacional descritivo. *Arquivos de Medicina*, 28(6), 167-171.
- Lowdermilk, D. L. (2008a). Trabalho de parto e nascimento. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 11, pp. 333-353). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L. (2008b). *Controlo do desconforto*. In L. D. Lowdermilk & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 12., pp. 354-387). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. L., & Deitra, L. (2008). Avaliação do feto durante o trabalho de parto In L. D. Lowdermilk & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 13, p. 388-413). Loures: Lusodidacta.
- Luna, M. S., Alonso, C. R., Mussons, F. B., Urcelay, I. E., Conde, J. R., & Narbona, E. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Asociación Española de Pediatría*, 71(4), 349-361. Disponível em <http://www.llevadores.cat>
- Machado, M. (2010). Trabalho de parto: Fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. Graça, *Medicina materno-fetal* (4a ed., pp. 320-328). Lisboa: Lidel.
- Manning, B. (2008). Transição para a parentalidade. In L. D. Lowdermilk & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 17, pp. 521-556). Loures: Lusodidacta.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: Report Number.
- Marques, A. C. (2011). *Bonding. Experiência da gravidez, trabalho de parto e parto na vinculação pai-filho* (Relatório de estágio). Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- Martins, C. (2012). *Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé* (Dissertação de mestrado integrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Matos, T., Souza, M. S., Santos, E. K., Velho, M. B., Seibert, E. R., & Martins, N. M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>
- Matuszkiewicz-Rowińska, J., Małyszko, J., & Wieliczko, M. (2015). Urinary tract infections in pregnancy: Old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Archives of Medical Science: AMS*, 11(1), 67-77. doi:10.5114/aoms.2013.39202

- Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B., & Haley, M. M. (2007). Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 262-272. doi:10.1016/j.jmwh.2007.01.005
- Middleton, P., Shepherd, E., Flenady, V., McBain, R. D., & Crowther, C. A. (2017). Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art. No: CD005302. doi:10.1002/14651858.CD005302.pub3
- Monteiro, J. C. (2006). *Contato precoce e amamentação na sala de parto na perspectiva da mulher* (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Moore, E. R., & Anderson, G. C. (2007). Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Whomen's Health*, 52(2), 16-25. doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. Art. No.: CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519
- Morton, S. U., & Brodsky, D. (2016). Fetal physiology and the transition to extrauterine life. *Clinics in Perinatology*, 43(3), 395-407. doi:10.1016/j.clp.2016.04.001
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Induction of labour. Clinical guideline 70*. London: Autor.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Intrapartum care. Clinical guideline 190*. London: Autor. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2015). *Preterm labour and birth*. NICE guideline [NG25]. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/chapter/Recommendations#diagnosing-preterm-prelabour-rupture-of-membranes-p-prom>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Clinical guideline [CG190]. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#care-of-the-newborn-baby>
- Nogueira, J. R., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(Série 3), 57-66. Disponível em <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1214>
- Ohlsson, A., & Shah, V. S. (2014). Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Art. No.: CD007467. doi:10.1002/14651858.CD007467.pub4

- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem tomada de posição conselho diretivo*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre condições para o funcionamento das maternidades. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CD-11Jul2008.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Organización Mundial de la Saúde. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra: Autor.
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto* (5a ed.). São Paulo: Roca.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau Editora.
- Passos, F. (2017). Rutura prematura de membranas. In L. M. Graça, *Medicina materno-fetal* (5a ed., cap. 37, pp. 349-358). Lisboa: Lidel.
- Perry, S. (2008). Perda e luto peri-natal. In L. D. Lowdermilk & S. E. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7a ed., cap. 28, pp. 981-1006). Loures: Lusodidacta.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips, R. M. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 13(2), 67-72. doi: 10.1053/j.nainr.2013.04.001
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C., & Marques, R. (2012). *Documento de consenso «Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Partido_Normal.pdf
- Pinto, J. P., & Barbosa, V. L. (2007). Vínculo materno-infantil e participação da mãe durante a realização da punção venosa: A ótica da psicanálise. *Revista Latino-Americana de*

- Enfermagem* 15(1), 150-155. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a22.pdf
- Pinto, L., & Passos, F. (2017). Infecçiology na gravidez. In L. M. Graça, *Medicina materno-fetal* (5a ed., cap. 41, pp. 389-410). Lisboa: Lidel.
- Portal do Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Partos e cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares*. Disponível em <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+Norte&efine.instituicao=Centro+Hospitalar+T%C3>
- Prado, A. B., Piovanotti, M. R., & Vieira, M. L. (2007). Concepções de pais e mães sobre comportamento paterno real e ideal. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 41-50. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100006>
- Raylene, P. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. doi: 10.1053/j.nainr.2013.04.001
- Redshaw, M., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30(5), e177-e187. doi:10.1016/j.midw.2014.02.003
- Regulamento n.º 122/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Diário da República, 35. Série II.
- Regulamento n.º 127/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Diário da República, 35. Série II.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3a ed.). Lisboa: Legis Editora.
- Rosa, R., Martins, F. E., Gaspari, B. L., Monticelli, M., Siebert, E. R., & Martins, N. M. (2010). Mãe e filho: Os primeiros laços de aproximação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 105-112.
- Rufino, A. I. (2011). *O contacto pele com pele e o processo de vinculação mãe-filho, logo após o nascimento* (Dissertação de mestrado). Escola superior de enfermagem de Lisboa.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Safari, K., Saeed, A. A., Hasan, S. S., & Moghaddam-Banaem, L. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn

- temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*, 13, 32. doi:10.1186/s13006-018-0174-9
- Sampaio, M. M., Cunha, A. C., & Magarinho, R. (2008). Infecção do tracto urinário na gravidez. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 2(2), 84-88.
- Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir: Da investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142.
- Scarabotto, L. B., & Riesco, M. L. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), 389-395. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000300011>
- Sharma A. (2016). Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *African Health Sciences*, 16(3), 790-797. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5111985/>
- Sharma, D., Sharma, P., & Shastri, S. (2017). Golden 60 minutes of newborn's life: Part 2: Term neonate. *The Journal of MaternalFetal & Neonatal Medicine*, 30(22), 2728-2733. doi:10.1080/147 67058.2016.1261399
- Silva, R. V. (2008). *A vivência das mães de recém nascidos prematuros no processo de manutenção da lactação e amamentação durante o período de internação dos seus filhos* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, Brasil. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-16052008-112149/pt-br.php>
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.: CD003930. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
- Smyth, R. M., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Art. No.: CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4
- Sousa, L., & Pereira, M. (2010). Interrupção da gravidez por malformação congénita: A perspetiva da mulher. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 229-242.
- Souza, L. H., Soler, Z. A., Santos, M. L., & Sasaki, N. S. (2017). Puerperae bonding with their children and labor experiences. *Investigación y Educación En Enfermería*, 35(3), 364-361. doi:10.17533/udea.iee.v35n3a13
- Stallings, J., Fleming, A., Corter, C., & Worthman, C. (2001). The effects of infant cries and odors on sympathy, cortisol, and autonomic responses in new mothers and nonpostpartum women. *Parenting* 1(1), 71-100. doi:10.1207/S15327922PAR011&2_5
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456-473. doi:10.1111/mcn.12128

- Szweda, H., & Józwiak, M. (2016). Urinary tract infections during pregnancy: An updated overview. *Developmental Period Medicine*, 20(4), 263-272.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51. doi:10.1007/s00737-005-0074-z
- Wei, S., Wo, B., Qi, H., Xu, H., Luo, Z., Roy, C., & Fraser, W. D. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.: CD006794. doi:10.1002/14651858.CD006794.pub4
- Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives Women's Mental Health*, 10, 171-175. doi:10.1007/s00737-007-0191-y
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2012). *Recommendations for management of common childhood conditions: Evidence for technical update of pocket book recommendations*. Geneva: Autor. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44774/9789241502825_eng.pdf
- World Health Organization. (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*. Geneva: Autor. Disponível em
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: Autor. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Young, R. (2013). The importance of bonding. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 11.
- Zanardo V., Soldara, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*, 99, 17-20. doi:10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006
- Zanardo, V., Canella, A., Maone, R., & Straface, G. (2013). Bonding and breastfeeding after a cesarean delivery. *Early Human Development*, 89, S56-S57. doi:10.1016/S0378-3782(13)70100-2
- Zugaib, M. (2008). *Anatomia da pelve feminina*. In *Zugaib obstetrícia* (Cap. 4). Barueri: Manole.

APÊNDICES

Apêndice A

Instrumento de recolha de dados

ID:

--	--	--	--

FORMULÁRIO

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional, do I Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pretendemos realizar um estudo de investigação sobre o envolvimento emocional da mãe com o bebé no nascimento. Para isso, será necessário responder a este formulário, que será aplicado em dois momentos: nas primeiras 2 horas e 48 horas, após o parto.

Os dados colhidos são **anónimos** e **confidenciais**.

Agradecemos a sua colaboração

I. Caracterização Sociodemográfica

1. Idade: _____ (anos)

2. Estado Civil: Solteira Casada União de facto Divorciada/Separada Viúva

3. Profissão: _____

4. Situação face à profissão

Empregada Desempregada Estudante Doméstica

II. História Obstétrica e da Gravidez Atual

1. Índice Obstétrico: N° de Gestações _____ N° de Partos _____ N° Filhos vivos _____

2. A gravidez foi planeada? Sim Não

3. A gravidez foi desejada? Sim Não

4. Patologia da gravidez:

Hemorragia Sim Não

Hipertensão Sim Não

Diabetes Sim Não

Infeções Sim Não

Alterações Emocionais Sim Não

Outras/especificar _____

5. Onde realizou a vigilância pré natal?

Centro de Saúde Sim Não

Hospital Público Sim Não

Hospital Privado Sim Não

Clínica Privada Sim Não

Outra: _____

ID:

--	--	--	--

6. Frequentou as sessões de preparação para o parto:

Sim Não

6.1. Se sim, quantas? _____

6.2. Se sim, onde realizou:

Centro de Saúde Sim Não

Hospital Público Sim Não

Hospital Privado Sim Não

Clínica Privada Sim Não

7. Teve alguma informação antes do parto acerca da importância de:

Contacto pele com pele mãe/bebé Sim Não

Corte do cordão umbilical pela mãe Sim Não

Amamentação na primeira meia hora após o parto Sim Não

7.1. Se sim, quais as fontes de informação:

Sessões de preparação para o parto Sim Não

Profissionais de saúde Sim Não

Revistas /Livros/Internet Sim Não

Familiares/Amigos Sim Não

Outras _____

8. Gostava de ter contacto precoce pele com pele com o seu bebé após o parto? Sim Não

Porquê? _____

9. Gostava de realizar o corte do cordão umbilical? Sim Não

Porquê? _____

10. Gostava de amamentar o seu bebé na primeira meia hora após o parto? Sim Não

Porquê? _____

III - Impacto da experiência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Idade gestacional _____ semanas

3. Sexo: F M

4. Peso do RN: _____

5. Índice de APGAR: 1º min. _____ 5º min. _____ 10º min _____

6. Necessidade de cuidados neonatais: Sim Não

7. Acompanhamento por pessoa significativa durante o trabalho de parto? Sim Não

Quem? _____

ID:

--	--	--	--

8. Contacto pele a pele: Sim Não

8.1 Início do contacto: _____ min

8.2. Fim do contacto: _____ min

8.3. Motivos para o término do contacto: _____

8.4. Se sim, descreva o que sentiu no momento em que lhe colocaram o seu bebé no peito?

9. O corte do cordão umbilical, foi realizado: mãe pai profissional de saúde

9.1. Se indicado, motivo para a não realização do corte do cordão pela mãe.

9.2. Se indicado, descreva o que sentiu no momento em que cortou o cordão umbilical do seu bebé.

10. Amamentação na primeira meia hora após o parto: Sim Não

10.1. Tempo para início: _____ min.

10.2. Duração: _____ min.

10.3. Motivos para não ter amamentado na primeira meia hora: _____

10.4. Se sim, descreva o que sentiu no momento em que amamentou pela primeira vez o seu bebé?

IV – Escala de *Bonding*

Apresentam-se alguns adjetivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu bebé. Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento. **(2 horas após o parto)**

ESCALA DE BONDING

Versão Portuguesa alargada da *Mother-to-infant Bonding Scale -MIBS* ou escala *Bonding*,
(Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005; Figueiredo & Costa, 2009)

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	NADA
Afetuosa				
Desiludida				
Neutra, sem sentimentos				
Ressentida				
Desgostosa				
Protetor				
Alegre				
Agressiva				
Medrosa				
Zangada				
Triste				

ID:

Apresentam-se alguns adjetivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu bebé. Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento.

(48 horas após o parto)

ESCALA DE BONDING

Versão Portuguesa alargada da *Mother-to-infant Bonding Scale -MIBS* ou escala *Bonding*.
(Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005; Figueiredo & Costa, 2009)

	MUITO	BASTANTE	UM POUCO	NADA
Afetuosos				
Desiludida				
Neutra, sem sentimentos				
Ressentida				
Desgostosa				
Protetor				
Alegre				
Agressiva				
Medrosa				
Zangada				
Triste				

Apêndice B

Pedido de autorização para utilização da versão Portuguesa alargada da *Mother-to-Infant Bonding Scale* (MIBS, ou escala *Bonding*) para avaliar o envolvimento emocional de mães com o bebé.

RE: Pedido de Autorização para a utilização da Escala de Bonding

Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo (bbfi@psi.uminho.pt)

[Adicionar aos contactos](#)

17-10-2013

Para: Andrea Amaro



Boa noite, Andrea

Muito obrigada pelo seu interesse pela Escala de Bonding.
A versão portuguesa da "Mother-to-infant bonding scale", bem como os trabalhos entretanto realizados com a escala foram publicados num livro, "Mães e pais: envolvimento emocional com o bebé", editado pela psiquilíbrios e disponível em <http://www.psiquilibrios.pt/>

Atenciosamente

Barbara Figueiredo
Professora Associada com Agregação

Escola de Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga
Portugal
e-mail: bbfi@psi.uminho.pt

-----Mensagem original-----

De: Andrea Amaro [<mailto:andrea.sma@hotmail.com>]

Enviada: qui 17-10-2013 15:55

Para: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

Assunto: Pedido de Autorização para a utilização da Escala de Bonding

O meu nome é Andrea Amaro, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade Trás dos Montes e Alto Douro - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, é neste âmbito que estou a realizar

o Relatório de Estágio de Natureza

Profissional, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema "A influência de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé no momento do nascimento", que tem como objetivo avaliar a influência do contato pele a pele, do corte do cordão umbilical e amamentação precoce, no envolvimento emocional da mãe com o bebé no momento do nascimento. Considero assim, que a utilização da escala de Bonding destinada a avaliar o desenvolvimento emocional dos pais com o bebé, versão portuguesa alargada do Mother -Baby, Bonding-Questionnaire, um instrumento de colheita de dados fundamental, permitindo desta forma enriquecer o meu estudo no âmbito do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, pelo que solicito autorização a si e aos seus restantes autores para a utilizar.

As orientadoras do meu estudo são a Prof^a Anabela Pinto de Figueiredo e a Prof^a Maria José de Oliveira Santos, ambas professoras na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Atenciosamente

Aguardando por uma resposta Andrea Amaro

Apêndice C

Consentimento informado

Consentimento Informado

(Conforme a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Veneza 1938; Tóquio 1975).

Andrea Susana Monteiro Amaro, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, vem por este meio solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, que tem como objetivo avaliar a influência do contato pele a pele entre a mãe e o bebé, do corte do cordão umbilical pela mãe e amamentação precoce, no envolvimento emocional da mãe com o bebé no momento do nascimento. A sua colaboração consiste na resposta a questões relacionadas com a área dos afetos. O questionário é anónimo e confidencial.

Reconheço que os procedimentos e objetivos da investigação sobre este estudo me foram explicados, e me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo.

Foi-me assegurado que os dados que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, assim como me foi assegurado o anonimato.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento poder desistir do estudo, e que se tal acontecer, a qualidade dos cuidados de que posso beneficiar em nada será afetada.

Consinto em participar de livre vontade neste estudo.

Assinatura:

Data: ____/____/____

Apêndice D

Pedidos de autorização à instituição hospitalar e Comissão de Ética
e respetiva autorização

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa, EPE.

Lugar do Tapadinho, Guilhufe

4564-007 Penafiel

O Secretariado

2013/06/05
Conselho de Administração
do CHTS, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização de realização de estudo de investigação (recolha de dados) no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

Fui, Andrea Susana Monteiro Amaro, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, no âmbito do Relatório de Estágio de Natureza Profissional, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema **“A Influencia de algumas medidas facilitadoras do contacto precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé no momento do nascimento”**.

A Organização Mundial da Saúde (1996), considera que existem medidas facilitadoras do contacto precoce, tais como o contato pele com pele entre a mãe e o bebé, corte do cordão umbilical pelos pais e amamentação na primeira meia hora de vida, que devem ser encorajadas pelos profissionais de saúde. Assim, constitui objetivo principal deste estudo: **“Avaliar a influência do contato pele a pele entre a mãe e o bebé, corte do cordão umbilical pela mãe e amamentação precoce, no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé no momento do nascimento”**. A amostra em estudo deverá incluir todas as mulheres que tiverem parto eutócico, no Bloco de Partos desta instituição, e que aceitem participar no estudo, no período previsto para a sua concretização.

Gostaria de informar que estabeleci um contato prévio com o Enf^o Chefe João Ferreira - Chefe do Serviço de Bloco de Partos - que se mostrou disponível para colaborar, referindo que os objetivos do estudo vão de encontro aos objetivos institucionais, nomeadamente no que diz respeito à iniciativa **“Hospital Amigo dos Bebés”**.

Neste sentido, solicitamos à Vossa Exa. autorização para a realização do estudo de investigação.

De acordo com o solicitado pela instituição, envio em anexo o protocolo de investigação.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados a Vossa disposição, caso seja do vosso interesse.

Certa que este pedido merecerá a Vossa melhor atenção, agradeço desde já a valiosa colaboração.

Vila Real, 08 abril 2013

A Estudante:

Andrea Amaro

(Andrea Susana Monteiro Amaro)

As Orientadoras:

Anabela Pinto de Figueiredo

(Anabela Pinto de Figueiredo)

Maria José Oliveira Santos

(Maria José de Oliveira Santos)

•

Contactos: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD (Tel. 259309510)
Anabela Pinto de Figueiredo (afigueired@utad.pt; TM: 967807924)
Maria José de Oliveira Santos (mjsantos@utad.pt; TM: 919136696)
Andrea Susana Monteiro Amaro (andrea.sma@hotmail.com; TM: 933590697)



Ex. ma Senhora
Doutora Maria José Santos
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Lugar do Tojal
5000-232 Lordelo- Vila Real

Correio Normal

Sua Referência

Sua Comunicação de
08-04-2013

Nossa Referência
N.º
Proc.
o

Data
29-05-2013

ASSUNTO: V/pedido para a investigação

03. JUN. 2013 6186

Ex.ma Senhora,

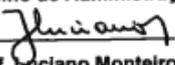
Acusamos a recepção do seu pedido para investigação da v/ aluna Andrea Susana Monteiro Amaro, sobre o tema "Influência de algumas medidas facilitadoras de contacto precoce no envolvimento emocional que a mãe estabelece com o bebé no momento do parto.

Após apreciação pela Comissão de Ética deste Centro Hospitalar, temos o prazer de informar a autorização do seu pedido, que contará com a disponibilidade das senhoras enfermeiras do Serviço de Obstetria/Bloco de Partos.

Pela sua condição, informamos ainda que deve assegurar especial cuidado na abordagem das parturientes.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo do
Conselho de Administração,


Enf. Luciano Monteiro
(Enfermeiro - Diretor)

FP

