

GUIA

ORIENTADOR
DE BOAS
PRÁTICAS

ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

Alexandrina Cardoso
Andreia Soares
Bárbara Sousa
Madalena Oliveira
Sandra Chaves
Júlia Carvalho

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023.

AUTORAS

Alexandrina Cardoso, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Integra o CINTESIS, Universidade do Porto. Coordena o CIDESI-ESEP. Secretária da MCEESMO, mandato 2020-2023. Coordenadora do grupo de trabalho. Presidente da MCEESMO mandato 2024-2027.

Andreia Soares, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no serviço de obstetria do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Pós-graduada em Enfermagem Avançada. Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Enfermagem do Porto

Bárbara Sousa, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Conselheira em aleitamento materno, Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Madalena Oliveira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Investigadora no CIDNUR (ESEL). Mestre em Estudos sobre Mulheres.

Sandra Chaves, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na UCC Leça da Palmeira da Unidade Local de Matosinhos.

Júlia Carvalho, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Doutorada em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Investigadora da UICISA: E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

REVISÃO TÉCNICA

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
– Mandato 2020-2023

REFERENCIAÇÃO

Cardoso A., Soares A., Sousa B., Oliveira M., Chaves, S., Carvalho J. (2024). **Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade**. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

PRÓXIMA REVISÃO: 2027

EDITOR Ordem dos Enfermeiros

EDIÇÃO Papa-Letras (www.papa-lettras.pt)

CAPA Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros

GRAFISMO E PAGINAÇÃO Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

ISBN 978-989-8444-72-1

1.ª edição digital: Setembro de 2024

© 2024, Ordem dos Enfermeiros

Todos os direitos reservados por: ORDEM DOS ENFERMEIROS



Sede
Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 75
1700-028 Lisboa
T: 218455230
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Esta publicação, em todo ou em parte, não pode ser reproduzida ou transmitida por toda e qualquer forma ou processo, sem autorização prévia escrita da Ordem dos Enfermeiros.

ÍNDICE

MENSAGEM DO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS E DO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM	12
MENSAGEM DA PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE.....	13
MENSAGEM DA ANTIGA PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE.....	14
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: MODELO DE CUIDADOS	20
1. A PESSOA, ALVO DOS CUIDADOS: AS MÃES, OS PAIS, OS RECÉM-NASCIDOS	22
2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA CONCEÇÃO DOS CUIDADOS.....	24
3. MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA...	28
CAPÍTULO 2 – PROCESSO DE CUIDADOS CENTRADO NA PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	33
1. LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO	34
1.1. Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho	36
1.1.1. Intervenções que contribuem para fortalecer a ligação mãe/pai-feto.....	38
1.1.1.1. Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho	38
1.1.1.2. Ensinar sobre desenvolvimento fetal	40
1.1.1.3. Ensinar sobre estratégias de interação com o feto	41
1.1.1.4. Ensinar sobre contacto pele com pele.....	45
1.1.1.5. Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido	48
1.1.1.6. Ensinar sobre temperamento.....	50
2. COMPETÊNCIA PARENTAL: INTEGRAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA FAMÍLIA...	52
2.1. Conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval.....	53
2.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria na preparação da casa para receber o recém-nascido	57
2.1.1.1. Ensinar sobre preparação do quarto para o recém-nascido.....	57
2.1.1.2. Ensinar sobre dispositivos para o recém-nascido	60
2.1.1.3. Ensinar sobre preparação do enxoval	62
2.2. Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido	65
2.2.1. Intervenções promotoras da compreensão do que muda e fica diferente com a chegada do recém-nascido.....	67
2.2.1.1. Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido.....	68
2.2.1.2. Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto	69
2.2.1.3. Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família.....	70

2.2.1.4.	Ensinar sobre papel de irmã/irmão (intervenção que inclui a presença irmã/irmão mais velha(o))	77
2.2.1.5.	Ensinar sobre licença parental	77
2.3.	Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família	79
2.3.1.	Intervenções promotoras da experiencição da necessidade de ajustamento da gestão das rotinas/tarefas após a chegada do recém-nascido	80
2.3.1.1.	Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização Analisar com a/o cliente a relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família	81
2.4.	Significado atribuído à chegada do recém-nascido	82
2.4.1.	Intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos à chegada do recém-nascido	84
2.4.1.1.	Assistir cliente a analisar o significado dificultador	84
3.	COMPETÊNCIA PARENTAL: ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	85
3.1.	Conhecimento sobre amamentação	85
3.1.1.	Intervenções promotoras da mestria nas decisão e ações inerentes ao amamentar	92
3.1.1.1.	Ensinar sobre amamentação	93
3.1.1.2.	Ensinar sobre lactação	97
3.1.1.3.	Ensinar sobre sinais de fome	103
3.1.1.4.	Ensinar sobre sinais de saciedade	104
3.1.1.5.	Ensinar posições para amamentar	104
3.1.1.6.	Ensinar sobre pega adequada	106
3.1.1.7.	Ensinar sobre padrão de sucção	108
3.1.1.8.	Ensinar sobre ingestão nutricional (recém-nascido amamentado)	110
3.1.1.9.	Ensinar sobre dispositivos que facilitam o amamentar	112
3.1.1.10.	Ensinar sobre cuidados à mama	114
3.1.1.11.	Ensinar sobre estratégias para lidar com as complicações da amamentação ..	115
3.2.	Significado atribuído à amamentação	119
3.2.1.	Intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao amamentar	121
3.2.1.1.	Assistir cliente a analisar o significado dificultador	122
3.3.	Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno	122
3.3.1.	Intervenções que contribuem para a mestria na manutenção da lactação e no aleitamento materno do recém-nascido	124
3.3.1.1.	Ensinar sobre extração do leite materno	124
3.3.1.2.	Ensinar sobre conservação e preparação do leite materno	126
3.4.	Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido	127
3.4.1.	Intervenções promotoras da alimentação adequada do recém-nascido	129
3.4.1.1.	Ensinar sobre ingestão nutricional	129
3.4.1.2.	Ensinar sobre alimentar com dispositivo: biberão	130

4. COMPETÊNCIA PARENTAL: SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO	134
4.1. Conhecimento sobre medidas de segurança do recém-nascido.....	134
4.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria no garantir a segurança do recém-nascido ..	138
4.1.1.1. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por acidente rodoviário.....	138
4.1.1.2. Ensinar sobre medidas de segurança: asfixia.....	142
4.1.1.3. Ensinar sobre medidas de segurança: quedas.....	143
4.1.1.4. Ensinar sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita.....	146
4.1.1.5. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por manipulação inadequada....	148
4.1.1.6. Ensinar sobre medidas de segurança: aspiração.....	150
4.1.1.7. Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras.....	151
4.1.1.8. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por brinquedo.....	153
4.1.1.9. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por animal doméstico	155
4.2. Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança.....	156
4.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria no transporte do recém-nascido em segurança.....	158
4.2.1.1. Instruir e treinar a transportar em segurança: uso de dispositivo de retenção infantil.....	158
4.2.1.2. Instruir e treinar a transportar em segurança: uso de dispositivos de transporte ao colo	159
4.3. Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança.....	161
4.3.1. Intervenções contribuem para a autoconfiança no transporte do recém-nascido em segurança.....	163
4.3.1.1. Treinar a transportar em segurança: dispositivo de retenção infantil / transporte ao colo	163
4.3.1.2. Elogiar o desempenho da/o cliente.....	164
4.4. Significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido.....	164
4.4.1. Intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos à segurança no transporte do recém-nascido.....	165
4.4.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador.....	166
5. COMPETÊNCIA PARENTAL: HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO	167
5.1. Conhecimento sobre higiene do recém-nascido.....	167
5.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria para assegurar a higiene do recém-nascido e manter a pele saudável.....	169
5.1.1.1. Ensinar sobre higiene do recém-nascido	169
5.1.1.2. Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido.....	172
5.1.1.3. Ensinar sobre higiene do coto umbilical.....	174
5.1.1.4. Ensinar sobre tratamento do coto umbilical	175
5.1.1.5. Ensinar sobre eritema pela fralda	176
5.1.1.6. Ensinar sobre higiene oral do recém-nascido	178

5.2. Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido.....	179
5.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria para assegurar a higiene e manter a pele saudável.....	180
5.2.1.1. Instruir e treinar a dar banho.....	180
5.2.1.2. Instruir a trocar fralda.....	182
5.2.1.3. Instruir e treinar a tratar do coto umbilical.....	183
5.3. Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido.....	183
5.3.1. Intervenções que contribuem para a autoconfiança no assegurar a higiene do recém-nascido.....	184
5.3.1.1. Treinar a dar banho.....	184
5.3.1.2. Elogiar o desempenho da/o cliente.....	184
5.4. Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical.....	185
5.4.1. Intervenções que contribuem para a reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao tratamento do coto umbilical.....	186
5.4.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador.....	186
6. COMPETÊNCIA PARENTAL: LIDAR COM O CHORO DO RECÉM-NASCIDO.....	187
6.1. Conhecimento sobre choro do recém-nascido.....	187
6.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria no lidar com o choro do recém-nascido.....	188
6.1.1.1. Ensinar sobre choro.....	188
6.1.1.2. Ensinar sobre temperamento.....	194
6.1.1.3. Ensinar sobre estratégias para lidar com o choro.....	195
6.2. Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido.....	199
6.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria no usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido.....	201
6.2.1.1. Instruir e Treinar estratégias para lidar com o choro.....	201
6.3. Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido.....	206
6.3.1. Intervenções que contribuem para a autoconfiança para lidar com o choro do recém-nascido.....	207
6.3.1.1. Treinar a identificar os tipos de choro.....	208
6.3.1.2. Treinar estratégias para lidar com o choro.....	209
6.3.1.3. Elogiar o desempenho da/o cliente.....	209
6.4. Significado atribuído ao choro do recém-nascido.....	209
6.4.1. Intervenções que contribuem para a reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao choro do recém-nascido.....	211
6.4.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador.....	211
7. COMPETÊNCIA PARENTAL: ESTIMULAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO E CRIAR HÁBITOS PARA DORMIR.....	212
7.1. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido.....	212
7.1.1. Intervenções que contribuem para a compreensão das características do recém-nascido.....	213
7.1.1.1. Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido.....	213

7.2. Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido	215
7.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria na estimulação do recém-nascido.....	216
7.2.1.1. Ensinar estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido	216
7.3. Conhecimento sobre sono do recém-nascido	219
7.3.1. Intervenções que contribuem para a mestria no criar hábitos para dormir desde o período de recém-nascido.....	220
7.3.1.1. Ensinar sobre sono.....	220
7.3.1.2. Ensinar sobre promoção de hábitos para dormir	221
8. COMPETÊNCIA PARENTAL:	
PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO.....	222
8.1. Conhecimento sobre promoção e a vigilância da saúde do recém-nascido.....	222
8.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria nos comportamentos promotores da saúde do recém-nascido.....	224
8.1.1.1. Ensinar sobre promoção da saúde e vigilância	224
8.1.1.2. Ensinar sobre vacinação	228
8.1.1.3. Ensinar sobre sinais de alerta.....	229
8.1.1.4. Ensinar sobre como lidar com os problemas comuns no recém-nascido ...	230
8.2. Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido.....	232
8.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria nos comportamentos promotores do crescimento do recém-nascido	233
8.2.1.1. Ensinar sobre crescimento (padrão de perda e aumento do peso).....	233
9. SAÚDE MENTAL E SOCIAL NO ÂMBITO DA ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	234
9.1. Adaptação à Parentalidade: avaliação da saúde mental.....	236
9.1.1. Avaliação da saúde mental: humor depressivo e ansiedade.....	236
9.1.1.1. Referenciar humor depressivo	240
9.2. Adaptação à Parentalidade: avaliação da saúde psicossocial e vulnerabilidade para condições de saúde mental	240
CAPÍTULO 3 – A QUALIDADE DOS CUIDADOS NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE: INDICADORES	247
REFERÊNCIAS.....	252
ANEXOS	275
ANEXO I.....	276

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Comportamentos a considerar na avaliação da ligação mãe/pai-filho	36
Tabela 2.	Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado	37
Tabela 3.	Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	38
Tabela 4.	Conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado	53
Tabela 5.	Conhecimento sobre preparação do enxoval e da casa: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	57
Tabela 6.	Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado	66
Tabela 7.	Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	67
Tabela 8.	Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado	80
Tabela 9.	Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	80
Tabela 10.	Significado atribuído à chegada do recém-nascido: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico	83
Tabela 11.	Significado atribuído à chegada do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	83
Tabela 12.	Conhecimento sobre amamentação: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado	87
Tabela 13.	Conhecimento sobre amamentação: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	92
Tabela 14.	Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico	121
Tabela 15.	Significado atribuído à amamentação: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	121
Tabela 16.	Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado	123
Tabela 17.	Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	124
Tabela 18.	Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	127

Tabela 19.	Conhecimento sobre ingestão nutricional: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	129
Tabela 20.	Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	135
Tabela 21.	Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	138
Tabela 22.	Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	157
Tabela 23.	Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	158
Tabela 24.	Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	162
Tabela 25.	Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	163
Tabela 26.	Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico	165
Tabela 27.	Significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança de transporte do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	165
Tabela 28.	Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	167
Tabela 29.	Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	168
Tabela 30.	Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	179
Tabela 31.	Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	180
Tabela 32.	Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	183
Tabela 33.	Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	184
Tabela 34.	Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico	185
Tabela 35.	Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	185
Tabela 36.	Conhecimento sobre choro do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	187
Tabela 37.	Conhecimento sobre choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	188
Tabela 38.	Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado.....	199
Tabela 39.	Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	201

Tabela 40.	Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respectivos critérios de diagnóstico/resultado.....	207
Tabela 41.	Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	207
Tabela 42.	Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico	210
Tabela 43.	Significado atribuído ao choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	210
Tabela 44.	Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respectivos critérios de diagnóstico/resultado	212
Tabela 45.	Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	213
Tabela 46.	Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respectivos critérios de diagnóstico/resultado.....	215
Tabela 47.	Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	216
Tabela 48.	Conhecimento sobre sono: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respectivos critérios de diagnóstico/resultado.....	219
Tabela 49.	Conhecimento sobre sono: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções	219
Tabela 50.	Conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respectivos critérios de diagnóstico/resultado.....	223
Tabela 51.	Conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	224
Tabela 52.	Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respectivos critérios de diagnóstico/resultado.....	232
Tabela 53.	Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	233
Tabela 54.	Ensaio sobre indicadores de saúde passíveis de caracterizar a assistência pré-natal implementada por EEESMO no âmbito de programas de saúde centrado na promoção da adaptação à parentalidade (PP-AP) sugestões sobre quando os avaliar	249

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Clientes dos cuidados no âmbito da adaptação à parentalidade (adaptado de PQCEESMO, 2021).....	23
Figura 2.	Focos de atenção no domínio da adaptação à parentalidade.....	28
Figura 3.	Modelo de cuidados baseado nos focos de atenção do GOBP – Adaptação à parentalidade...	31
Figura 4.	Modelo de cuidados se programa de promoção da adaptação à parentalidade com intervenções em grupo (adaptado de Cardoso, 2012)	32
Figura 5.	Tipos de aleitamento do recém-nascido	85
Figura 6.	Algoritmo orientador da avaliação do significado atribuído ao filho e à gravidez e saúde mental	238
Figura 7.	Abordagem por níveis para a saúde mental perinatal (WHO, 2022, p. 13)	240
Figura 8.	Fatores psicossociais de risco da saúde mental perinatal (adaptado de WHO, 2022; ACOG, 2018 e NICE, 2021)	241

MENSAGEM DO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS E DO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

Este Manual de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é uma ferramenta valiosa para todos os Enfermeiros, especialmente para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMOS), e resulta de um esforço conjunto na busca pela excelência nos cuidados.

Fica, por isso, o nosso agradecimento muito especial à Mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cujo comprometimento incansável e profundo conhecimento foram determinantes para a sua elaboração. A liderança e experiência demonstradas por esta Mesa têm sido essenciais na elevação dos padrões de prática e na promoção de um cuidado mais seguro e eficaz.

Agradecemos, igualmente, a todos os colegas que partilharam as suas experiências e contribuíram com a sua valiosa intervenção, bem como o apoio das instituições de saúde e educativas que colaboraram, disponibilizando recursos, que foram fundamentais para a realização deste projeto. Este compromisso com a formação e a prática da enfermagem é um exemplo que nos deve inspirar a todos.

E jamais nos podemos esquecer que as famílias que depositam confiança nas nossas intervenções e nos ensinam, diariamente, o verdadeiro valor dos cuidados de saúde humanizados e acolhedores são, afinal, os verdadeiros beneficiários deste trabalho.

Por fim, não podemos deixar de assinalar as recentes conquistas dos EEESMOS, ao nível de uma crescente autonomia nas suas intervenções diferenciadas e nas quais a Ordem sempre esteve, e está, empenhada.

Vivemos tempos de novos desafios, para os quais precisamos encontrar novas respostas. Esta publicação é, seguramente, uma resposta que nos aponta o rumo certo.

Luís Filipe Barreira

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Sérgio Branco

Presidente do Conselho de Enfermagem

MENSAGEM DA PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

A adaptação à parentalidade (*childbearing*) é uma das experiências mais transformadoras e enriquecedoras que uma mulher, e quem ela escolheu para a acompanhar no seu projeto de maternidade, pode vivenciar. As/Os Enfermeiras/os Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) são os profissionais mais bem preparados para responder às necessidades centradas na adaptação à parentalidade: *preparar-se para ser mãe e para ser pai*.

Neste Guia Orientador de Boas práticas, o objetivo é inspirar e empoderar cada EESMO a assegurar práticas baseadas em evidências e centradas na pessoa cliente dos cuidados, que promovam um ambiente seguro e saudável para o desenvolvimento da mulher como mãe, do homem como pai e, com isso, garantir a saúde do feto/recém-nascido.

O nosso compromisso com a excelência dos cuidados é a pedra de toque para fazer a diferença.

Alexandrina Cardoso

*Presidente da MCEESMO, 2024-2027
e coordenadora do grupo de trabalho*

MENSAGEM DA ANTIGA PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

Aos EEESMO que representei, agradeço pela confiança depositada em mim e nesta MCEESMO. Foi uma honra servir-vos, e **cada desafio enfrentado** fortaleceu a nossa determinação: prometemos e cumprimos, aqui está
O VOSSO GOBP: Adaptação à Parentalidade!

Sobre a adaptação à parentalidade sabemos e reconhecemos que o seu objetivo primordial está centrado no desenvolvimento de competências parentais a trabalhar com os casais grávidos, tomando como referência o seu respetivo plano de parentalidade. Neste plano de cuidados é primordial incluir a(s) pessoa(s) significativa(s) para a grávida, incluindo, se essa for a sua escolha, o companheiro, a família, os irmãos, as amigas e/ou os amigos.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) assume, como uma das suas missões, zelar pela dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros, de modo a alcançar o reconhecimento pela excelência dos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Por isso, e de forma determinada, assumimos que o EEESMO é o profissional a quem compete fortalecer este desígnio com o seu alvo de cuidados: a grávida/casal.

Em harmonia com esta determinação, assumimos que preparar o casal grávido para serem pais, individualmente ou em grupo, pertence ao EEESMO e que importa, por esta via, dar visibilidade às competências específicas legalmente definidas e evidenciar que somos EEESMO, porque ser EEESMO é uma maneira diferente de ser enfermeiro, é ser enfermeiro especialista em enfermagem de SMO em Portugal e no Mundo.

Importa registar que os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica são uma estratégia relevante para enquadrar a Missão e a Visão dos cuidados especializados que prestamos. Estes Padrões visam ainda a promoção de uma reflexão crítica sobre o nosso exercício profissional, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados que oferecemos às nossas clientes.

A qualidade destes cuidados especializado em ESMO assentam em três pilares: 1) na competência profissional; 2) na prática baseada na evidência; e, 3) no respeito pela(o) cliente dos cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto(s) de saúde.

Acresce referir que com as intervenções especializadas que implementamos, produzimos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e estes deveriam, **obrigatoriamente**, ser incluídos pela tutela, aquando da contratualização com os serviços do SNS. Importa ainda referir que, para além do financiamento, também contribuímos para a gestão da qualidade e da investigação.

Neste mandato, nós, Mesa do Colégio, sempre nos empenhamos em afirmar que, no cumprimento das nossas intervenções legais e autónomas, de forma segura, também somos a favor do SNS SEMPRE e PARA SEMPRE.

Neste mandato, tomamos como lema:

Todos os EEESMO contam;

Contamos com todos.

E porque queremos contribuir para a valorização da dimensão autónoma dos cuidados oferecidos pelos(as) Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) nos cuidados de saúde do SNS, importa registar que a adaptação à parentalidade é uma das nossas áreas de excelência neste *core*.

Mas ainda queremos mais. Queremos ver reconhecidas as nossas competências legais, queremos ser envolvidos no processo político de tomada de decisão porque queremos fazer ainda mais e melhor...

Para finalizar, quero dizer-vos que neste mandato, tomamos como lema: todos os EEESMO contam, contamos contigo!

Contamos sempre com todos,

Porque ninguém está sozinho...

Irene Cerejeira

*Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade
em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
(Mandato 2020-2023)*

INTRODUÇÃO

*A excelência é o resultado gradual de se esforçar;
sempre, para fazer melhor.*

Pat Riley

A excelência, do latim *excellentia*, refere-se ao *estado ou qualidade de excelente, muito bom e de grandeza*. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, cada Enfermeira(o) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) ajuda as/os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde¹. No alinhamento com esta ideia, a Ordem dos Enfermeiros², e por inerência a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), assume como uma das suas missões zelar pela *dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros*, de modo a granjear o reconhecimento pela excelência dos cuidados de enfermagem. É em harmonia com esta ideia que surge este Guia Orientador de Boas Práticas.

A boa prática, do inglês *best practice*, é definida como o *conjunto das técnicas, processos, procedimentos e atividades identificados, utilizados, comprovados e reconhecidos, em determinada área do saber, como sendo os melhores quanto ao mérito, eficácia e sucesso alcançados pela sua aplicação na realização de uma tarefa*³. Um Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) é, como o próprio nome indica, um “guia” que aponta para os princípios e conteúdos que orientam um exercício profissional de elevado nível de qualidade.

O Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à parentalidade visa apresentar o domínio de conceção e de intervenção de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) no âmbito da promoção da adaptação à parentalidade. Este GOBP constitui a terceira parte da trilogia relativa aos cuidados EESMO a garantir durante a Assistência Pré-natal, conforme estabelecido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO). A MCEESMO tem como desiderato zelar pela observância da qualidade dos cuidados prestados pelos EEESMO. Dentro deste cenário, surge este compêndio de orientações, destinado a enriquecer e formalizar as práticas. Este documento visa não apenas consolidar os cuidados atualmente prestados pelos EEESMO, mas

¹ Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (1.ª Edição, setembro de 2002; Revisão e reimpressão: Agosto de 2012).

² Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

³ Porto Editora – boas-práticas no Dicionário da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora. [consult. 2021-09-17 22:45:59]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/boas-praticas>.

também promover a sua evolução e eficácia, assegurando que os cuidados prestados estejam alinhados com as mais recentes evidências e as expectativas dos clientes. Ao fazê-lo, contribuimos significativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, beneficiando quer as mulheres, quer a sistematização dos cuidados.

Portanto, este GOBP constitui-se como a visão dos EEESMO e é desenvolvido para os orientar na conceção e implementação de cuidados que visam facilitar a transição parental, assumindo-se como um relevante contributo para a qualidade dos cuidados centrados na adaptação à parentalidade (preparar-se para ser mãe ou pai), ainda durante a gravidez e alinhado com os cuidados a um recém-nascido saudável.

A adaptação à parentalidade, do inglês *childbearing* (CIPE™ 2019), constitui um foco de atenção que representa as necessidades relacionadas com o *preparar-se para ser mãe e para ser pai*. A gravidez e os todos os processos inerentes à chegada de um filho desencadeiam um conjunto de transformações próprias, em particular na mãe e no pai. As transformações que ocorrem no corpo da mulher são exclusivas dos processos perinatais e as transformações sociais, psicológicas e afetivas com que a mulher e o homem se confrontam são únicas e irreversíveis (Cardoso, 2014). Talvez por isso se considere que as mães e os pais possuem um papel, dos mais exigentes e complexos, mas essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança e o bem-estar do recém-nascido.

O modelo adotado para estruturar o GOBP foi inspirado na Ontologia de Enfermagem⁴, e assenta em diagnósticos e intervenções a *Nursing Ontos*, desenvolvida pelo Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI, ESEP). A Ordem dos Enfermeiros estabeleceu uma parceria com a ESEP tendo aprovado em 2019 a primeira versão, sob a senda de que *a incorporação da Ontologia de Enfermagem nos sistemas de informação representa um marco histórico para a profissão*⁵.

O desenvolvimento da Ontologia de Enfermagem tem por princípio a ideia de que *é pela linguagem que o conhecimento se representa*. Uma ontologia é um modelo de dados que representa um conjunto de conceitos dentro de um domínio de conhecimento e os relacionamentos entre estes (Beale & Heard, 2007). Neste entendimento, a Ontologia de Enfermagem visa sistematizar os conceitos próprios da disciplina, através da sua identificação, especificação e caracterização das relações entre eles, com base na melhor evidência disponível. Assim, a Ontologia de Enfermagem especifica os dados, os diagnósticos e as intervenções e o modo como se relacionam entre si. Na estrutura da Ontologia de Enfermagem estão patentes as relações hierárquicas, entre os conceitos, ou seja, cada diagnóstico relaciona-se com os dados que o suportam e caracterizam e com as intervenções que permitem responder às necessidades identificadas. Os conceitos estão organizados em torno de um modelo de referência semântico, que se caracteriza por entender a condição da(o) cliente, descrita a partir dos processos corporais e psicológicos, que influenciam a ação (comportamentos) e que exigem que a pessoa integre novos conhecimentos, capacidades, reformule os significados, compreenda o alcance do que mudou e ficou diferente (consciencialização) e promova a autoeficácia, de modo a atingir a mestria, a identidade fluida e um novo equilíbrio no seu bem-estar, face às novas circunstâncias, conseguindo, por essa via, vivenciar uma transição saudável.

Na representação do conhecimento da Enfermagem, os conceitos centrais do exercício profissional garantem o enquadramento do mandato social das(os) EEESMO (PQCEESMO, 2021). Por isso, a conceção de cuidados apresenta como requisito basilar a compreensão dos conceitos da disciplina de Enfermagem. De facto, o *“modo como o mundo é lido depende dos conceitos com que o olhamos”*

⁴ Disponível em: <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

⁵ Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/>

(PQCEESMO, 2021, p. 3). A partir do conhecimento de cada “conceito” a(o) EEESMO consegue desenvolver o julgamento clínico no sentido da identificação das necessidades, a priorização das intervenções e o envolvimento da(o) cliente nos cuidados. O raciocínio clínico requer a aplicação dos conhecimentos e da experiência (conhecimento experiencial pela integração do reconhecimento de padrões) para se chegar a uma conclusão válida (Koharchik et al., 2015). Então, é justo dizer que a aplicação do processo de enfermagem (processo diagnóstico, diagnóstico, identificação de resultados, intervenção e reavaliação contínua) só terá significado e relevância para o mandato social das(os) EEESMO se houver compreensão dos conceitos próprios da disciplina e da profissão.

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida, pela antecipação, avaliação, diagnóstico e ajudar a lidar com as mudanças inerentes a eventos críticos ou processos de vida, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2018). De acordo com estas autoras, as transições constituem domínio de intervenção das(os) enfermeiros quando interferem com a saúde ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades (capacidades) na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar percebido (Meleis et al., 2000).

“Ter um filho muda tudo: um dia, na vida de um homem e de uma mulher, nasce um filho, e nada mais será como antes” (Cardoso, 2012, p.21). Por isso, tornar-se mãe e tornar-se pai⁶ são processos que correspondem a transições que a mulher e o homem, respetivamente, experienciam ao longo da reorganização individual, conjugal e profissional. A experiência da transição exige que cada pessoa – cada mulher e cada homem – incorpore novos conhecimentos, que ajuste/altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social. É fundamental, portanto, dominar os conceitos, para que as(os) EEESMO sejam capazes de reconhecer respostas humanas e promover a adaptação à(s) nova(s) circunstância(s) de saúde e/ou de vida.

O «GOBP: Adaptação à parentalidade» está organizado em três capítulos.

No Capítulo I apresentam-se os conceitos relevantes relacionados com a assistência pré-natal no âmbito da adaptação à parentalidade, nomeadamente as pessoas alvo dos cuidados, os princípios orientadores da conceção de cuidados e uma proposta de modelo de cuidados centrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

No Capítulo II apresentam-se os diversos focos de atenção organizados a partir das competências parentais identificadas por Cardoso (2012). As competências parentais são definidas como *“o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança”* (Cardoso, 2012, p. 51). O modelo de organização dos conteúdos toma por base o processo de cuidados: 1) processo diagnóstico; 2) diagnóstico; e, 3) e, intervenções, especificando as atividades que as concretizam. Em seguida especifica-se um pouco mais qual a visão de cada um destes passos.

⁶ As dinâmicas familiares têm evoluído ao longo dos anos, e hoje temos testemunhado um aumento significativo na formação de novos casais compostos por mães e pais que desafiam as normas tradicionais. Esses novos arranjos familiares refletem a diversidade da sociedade moderna e trazem consigo uma variedade de experiências, desafios e oportunidades. Essas novas configurações desafiam as concepções tradicionais de género e modelos de reprodução (exemplo, casal formado por uma mulher cisgénero e um homem transgénero; casal formado por duas mulheres com filho biologicamente relacionado a ambas, gravidez de substituição, etc.). Neste GOBP será referido “mãe” e “pai” enquanto papéis tradicionais, que poderão ser ajustados a cada situação familiar particular.

O processo diagnóstico, enquanto momento de identificação das necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem, é uma das etapas mais relevantes de todo o processo de cuidados. De facto, quando a identificação da necessidade em cuidados não é realizada com rigor, compromete todo plano de cuidados. Após a identificação do foco de atenção que guia a recolha de dados, procurou-se explorar possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e operacionalizar os critérios que permitem estabelecer o diagnóstico⁷. A especificação do processo diagnóstico foi um dos aspetos mais desafiantes na elaboração deste GOBP. As questões apresentadas como pretextos para “avaliar o conhecimento” são apenas exemplos de como o(s) assunto(s) podem ser abordados. Para a operacionalização das questões, consideraram-se como princípios orientadores: 1) não orientar a resposta (por exemplo, questionar “*como está?*”, em vez de “*está bem?*”); 2) contextualizar a razão de estar a fazer a questão em termos da saúde (por exemplo, questionar “*O ambiente da casa é relevante para saúde e segurança de um recém-nascido. O que considerou/consideraram ou irá/irão considerar na preparação da casa para receber o recém-nascido?*”, em vez de questionar diretamente “*O que considerou/consideraram ou irá/irão considerar na preparação da casa para receber o recém-nascido?*”); e, 3) garantir neutralidade tanto na questão (por exemplo, “*como está a pensar alimentar o seu recém-nascido?*” em vez de “*vai amamentar?*”).

O diagnóstico é possível após a recolha e interpretação dos dados. O processo de diagnóstico em torno das respostas humanas tem subjacente um elevado nível de complexidade. As respostas humanas não são de fácil identificação, pois, por um lado, temos a subjetividade de quem está a recolher os dados e, por outro, os padrões de resposta variam de pessoa para pessoa. Por isso, sem uma fundamentação sólida nos conceitos da disciplina, será difícil identificar, com rigor, os diagnósticos de enfermagem. De todo o modo, para normalizar o diagnóstico torna-se essencial a operacionalização dos critérios de diagnóstico. Os critérios de diagnóstico circunscrevem os valores dos dados que permitem suportar a identificação do diagnóstico de enfermagem. Os critérios de diagnóstico foram definidos tendo por referência a evidência disponível e a opinião de peritos. Ter em conta a opinião e a experiência profissional – opinião de peritos – pode ser uma boa base de informação quando não existem disponíveis no momento níveis mais elevados de evidência⁸. É preciso avançar com o conhecimento atual. A maioria dos enunciados dos diagnósticos tomou por referência os enunciados propostos na Ontologia de Enfermagem. Assim, para ajuizar os diagnósticos do domínio da adaptação à parentalidade foi usado o qualificador “*potencial para melhorar*”. Este qualificador envolve duas condições: a necessidade (falta/dificultador) e disponibilidade para aprender.

As intervenções emergem como resposta aos diagnósticos. As intervenções podem ser direcionadas a indivíduos ou grupos. Podem ser fornecidas face a face ou a distância. Podem ser implementadas num momento único ou corresponder a um conjunto de intervenções complexas (programa). A maioria dos enunciados das intervenções tomou por referência os enunciados propostos na Ontologia de Enfermagem. Na operacionalização das intervenções procurou-se especificar as atividades que as concretizam.

No Capítulo III é apresentada um breve ensaio em torno de possíveis indicadores de qualidade no âmbito da promoção da adaptação à parentalidade face aos cuidados concebidos e implementados por EEESMO.

⁷ Critérios de diagnóstico são definidos como os valores dos dados recolhidos que manifestam a presença do diagnóstico.

⁸ Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

**ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL:
MODELO
DE CUIDADOS**

1

De acordo com os PQCEESMO (2021), a assistência pré-natal de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é entendida com o *continuum* de cuidados concebidos e implementados pela(o) EEESMO, centrados na promoção da adaptação à gravidez, na **promoção da adaptação à parentalidade** e na preparação para o parto, visando contribuir para a saúde e uma experiência positiva. Neste contexto, a da adaptação à parentalidade é entendida como um:

“programa de saúde concebido e implementado por EEESMO, que visa desenvolver as competências parentais da mulher-mãe e do homem-pai/pessoa com quem partilha o projeto de maternidade, tomando por referência o respetivo plano de parentalidade. No plano de cuidados importa, ainda, considerar a(s) pessoa(s) significativas para a mulher e/ou pai, incluindo, por exemplo, os irmãos mais velhos. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência as necessidades específicas, identificadas individualmente, a partir do qual são estabelecidas as intervenções, que poderão ser implementadas individualmente, casal ou em grupo.” (PQCEESMO, 2021, p. 21).

Um programa de saúde corresponde a um conjunto de intervenções implementadas com o objetivo de melhorar a saúde de uma população. Neste contexto, um programa de saúde centrado na promoção da adaptação à parentalidade corresponde ao percurso que a(o) EEESMO percorre com a mulher e a(s) pessoa(s) significativa(s) com quem partilha o projeto de maternidade no sentido de promover o exercício parental positivo e o desenvolvimento saudável do recém-nascido. A manutenção e a promoção da saúde do recém-nascido, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, só são possíveis através da participação ativa da mãe e do pai, devidamente informados e motivados e que assumam, com responsabilidade, os cuidados ao recém-nascido (Cardoso, 2014).

A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades necessárias às decisões e às ações relativas às competências parentais. Este processo é obrigatório para que a mãe e o pai possam desenvolver confiança nas suas próprias capacidades e consigam resolver as situações, alcançando uma perceção de eficácia e de satisfação no desempenho do papel. A preparação antecipada para lidar com a nova situação pode constituir um fator facilitador da transição (Meleis et al., 2000). De facto, se a mãe e o pai conseguirem perceber qual o modo adequado de responderem às necessidades do recém-nascido ajustar-se-ão mais facilmente ao papel de mãe e ao papel de pai, particularmente quando se trata do primeiro filho (Cardoso, 2014).

O processo de reformulação da identidade pela incorporação de um novo papel desenvolve-se em quatro fases sequenciais – antecipatória, formal, informal e pessoal (Rubin, 1967; Mercer, 1981; Mercer, 2004). A fase antecipatória corresponde ao período prévio ao desempenho do papel, isto é, corresponde ao período em que a mãe/pai inicia o ajustamento psicológico e social ao papel, através da incorporação das expectativas, bem como, o envolvimento e a aprendizagem inerentes ao exercício do papel. A mãe e o pai constroem as expectativas, ensaiam e fantasiam acerca do papel e referem-se ao feto já como filho. Nesta fase, são esperados comportamentos, tais como criar imagens do filho (filho imaginado), antecipar as características que gostaria de possuir como mãe/pai e preparar-se para as alterações no estilo de vida. Durante a assistência pré-natal, é nesta fase do tornar-se mãe e do tornar-se pai que as(os) EEESMO investem, no sentido da preparação para a fase seguinte – fase formal. A fase formal corresponde a um período que tem início com o nascimento do filho e com o conseqüente confronto com a necessidade real de cuidar do recém-nascido, habitualmente as primeiras duas semanas (Mercer, 1981). Nesta fase, habitualmente, os comportamentos são guiados por fontes formais, nomeadamente os profissionais de saúde e outros significativos. A mãe e o pai desenvolvem a competência através da prática. A noção desta descrição da realidade permite refletir sobre outras pessoas significativas (mãe, sogra, etc.) que podem ser envolvidas na preparação para a parentalidade e que poderão tornar-se fatores facilitadores da transição, em vez de inibidoras. A fase informal vai emergindo à medida que a mãe e o pai, apesar de ainda seguirem as orientações dos outros, vão desenvolvendo formas próprias de exercer o papel de mãe ou de pai. A procura de um novo equilíbrio continua até que os cuidados ao recém-nascido deixem

de ser desconhecidos ou imprevisíveis, havendo evidências de uma transição saudável quando a mãe e o pai desenvolverem sentimentos de bem-estar, confiança e mestria no desempenho do papel (Cardoso, 2012; Meleis et al., 2000), que emergem na fase pessoal. A fase pessoal corresponde ao período em que mãe e pai criam um estilo próprio no desempenho do papel e assumem-no perante os outros. Nesta fase, assumir o papel parental desencadeia uma sensação de harmonia, de confiança e de competência, correspondendo ao momento da integração da identidade materna e paterna. Atingir este estágio tanto pode demorar um mês, como serem necessários vários meses (Mercer & Ferketich, 1990; Mercer, 1995).

No alinhamento destas ideias, é possível argumentar que a incorporação do papel de mãe e de pai no repertório de papéis daquela mulher e daquele homem, respetivamente, ocorre ao longo do tempo e é influenciado pela preparação prévia e pelo suporte social. A transição para a maternidade e para a paternidade saudáveis tem como ideia chave a noção de que as competências parentais e a saúde do recém-nascido correspondem a faces da mesma moeda, fazendo parte integrante do mesmo processo.

O programa de promoção da adaptação à parentalidade visa promover a mestria nas competências parentais, a confiança no desempenho do papel e o *sentir-se bem* no papel de mãe/pai, centrando-se mais nas potencialidades do que nas vulnerabilidades, visto que ao fortalecer a saúde da mãe e do pai, as(os) EEESMO estão também a fortalecer do recém-nascido. Percebe-se, assim, o especial destaque que têm granjeado como uma forma de apoiar, respeitar e empoderar as mães e os pais, tendo como objetivos terapêuticos:

- Promover o desenvolvimento das competências parentais.
- Promover a autoconfiança no exercício parental.
- Promover o bem-estar emocional e saúde mental da mãe e do pai.
- Promover a saúde pela harmonização entre a parentalidade e a conjugalidade.

O modelo de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é baseado em princípios de cuidados centrados na pessoa, nas melhores práticas e nas melhores evidências.

1. A PESSOA, ALVO DOS CUIDADOS: AS MÃES, OS PAIS, OS RECÉM-NASCIDOS

A pessoa, alvo dos cuidados, é entendida como um “*ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001: 9). Por isso, quando se refere que os cuidados são centrados na pessoa, é este conceito que importa ter em consideração. Até porque, cada pessoa vivencia o seu próprio projeto de saúde, sendo que a pessoa pode “*sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros*” (Ibidem).

A interação cliente-EEESMO é a chave crítica do sucesso da promoção da adaptação à parentalidade. Numa primeira linha de abordagem, a promoção da adaptação à parentalidade é centrada na mulher

grávida. No mesmo patamar de importância para efeitos dos cuidados deveria estar a pessoa com quem a mãe partilha o projeto de maternidade. Na maioria das situações, a pessoa é o pai do filho. Embora as famílias monoparentais, reconstruídas, homossexuais sejam hoje uma realidade proeminente, a grande maioria dos recém-nascidos continua a nascer no contexto de relações íntimas entre um homem e uma mulher, a maioria das quais apresenta uma estabilidade temporal que permite falar em mãe e pai¹. Assim, tanto a mulher-mãe como o homem-pai constituem clientes dos cuidados, considerados individualmente, cada um deles com os seus valores, as suas crenças e os seus desejos, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Figura 1).

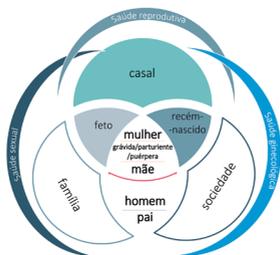


Figura 1. Clientes dos cuidados no âmbito da adaptação à parentalidade (adaptado de PQCEESMO, 2021).

Tanto na prática clínica como na investigação, a adaptação à parentalidade, tem-se centrado maioritariamente na experiência da mãe e muito pouco nas necessidades do pai (Cox, 2021; Allport et al., 2019; Bruno et al., 2020; May & Fletcher, 2013). De facto, quando se faz uma análise mais detalhada dos estudos, verifica-se que se centram predominantemente no contexto da parceria mãe-pai ou na triade mãe-pai-recém-nascido (Allport et al., 2019; Bruno et al., 2020; May e Fletcher, 2013; NASEM, 2016). Os programas de preparação para a parentalidade, em particular, as intervenções implementadas em grupo, são centradas nas necessidades da mãe, mais do que nas do pai – deixando-o sem suporte enquanto “navega ao longo da transição”. Por isso, a assunção do pai como cliente dos cuidados, individualmente considerado, é essencial para a saúde paterna. Importa assim considerar expressamente o “pai”, para além da “mãe”, de modo a evitar sentimentos de exclusão pelo não reconhecimento da perspetiva do preparar-se para ser pai.

Os fetos e os recém-nascidos são os beneficiários indiretos dos programas de promoção da adaptação para a parentalidade. A mestria nas competências parentais muda o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio comportamento e o comportamento do recém-nascido. De facto, quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades do recém-nascido (Cardoso, 2014).

¹ Atualmente, predominam os casais heterossexuais. No estudo de Bailey et al. (2016), cujo objetivo foi fornecer um resumo atual das descobertas científicas acerca da orientação sexual, observou-se que cerca de 93% dos homens e 87% das mulheres se identificam como completamente heterossexuais, 4% dos homens e 10% das mulheres como maioritariamente heterossexuais, 0,5% dos homens e 1% das mulheres como igualmente bissexuais, 0,5% dos homens e 0,5% das mulheres como maioritariamente homossexuais, e 2% dos homens e 0,5% das mulheres como completamente homossexuais. Todavia, é preciso considerar todas as realidades. Assim, apesar de, ao longo do documento, por uma questão de simplicidade, ser referido “mãe e pai” (pela representação da maioria), poderá ser lido “mãe e mãe”, “grávida, mãe e pai”, “mãe e pessoa significativa” ou apenas “mãe”. Neste GOBP, a expressão “pessoa significativa” ou “pessoa com quem partilha o projeto de maternidade” é usada para representar as pessoas que a mulher deseja que a acompanhem na jornada de preparação para a maternidade, representando uma gama de possibilidade de pessoas de apoio (a companheira, a avó, etc.). Assim, importa, logo que oportuno, identificar essa(s) pessoa(s) para uma nomeação adequada e integração no âmbito do processo de cuidados. Para além disso, importa realçar que um nascimento determina a ligação irreversível entre duas famílias e o aparecimento de laços de parentesco (irmãos, avós, tios, primos, sobrinhos, etc.).

2. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA CONCEÇÃO DOS CUIDADOS

Facilitar as transições que cada mulher e cada homem vivencia é um desafio colocado a cada EEESMO (Meleis et al., 2000; Meleis, 2018). O acompanhamento da(o) EEESMO, ao longo do período pré-natal, visa promover a incorporação de conhecimentos, o desenvolvimento de capacidades, melhorar e autoeficácia e reformular os significados que poderão condicionar o envolvimento na preparação para a parentalidade.

Os referenciais que norteiam a prática constituem ferramentas relevantes para a concepção e organização dos cuidados, já que o modo como se apreende a realidade e se concebem os cuidados influenciam fortemente as decisões clínicas. Neste contexto, tendo por referência os PQCEESMO (2021), os princípios que orientam a concepção de cuidados especializados em ESMO incluem:

1) *A mãe e o pai são pessoas diferentes e cada um vive a respetiva transição.*

A transição para a parentalidade corresponde a um processo irreversível, com início durante a gravidez, que acarreta mudanças individuais, que ocorrem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai daquele filho em concreto (Cardoso, 2012). A transição pode ser definida como uma experiência humana, descrita como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções individuais, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas mudanças na percepção individual de bem-estar (Meleis et al., 2000; Meleis, 2018).

O processo de transição é diferente nas mães e nos pais (Cardoso, 2014). Esta ideia é subscrita por vários outros estudos, tendo demonstrado que homens e mulheres vivenciam a transição para a parentalidade de maneiras diferentes (Doss, Rhoades, Stanley & Markman, 2009; Kamp Dush et al., 2014; Roy, Schumm & Britt, 2014). De facto, a transição é um processo pessoal e intransmissível, representando a reformulação cognitiva, psicológica, social e afetiva de cada pessoa no seu contexto social. Nesta linha de pensamento, a mãe e o pai não podem ser entendidos como um “ser único” a viver a “mesma transição”. Cada um deles vive a respetiva transição, ao seu ritmo e ao seu tempo, com as expectativas, o nível de preparação, os significados próprios e que são exclusivamente seus, de mais ninguém.

O tornar-se mãe é um acontecimento significativo na vida de uma mulher, sendo considerado um processo vital e paradoxal. Para muitas mulheres, é interpretado como um evento gerador de mudança, que exige reorganização de valores que faz a vida valer a pena (Prinds et al., 2014). Para outras, ter a responsabilidade primária pelo recém-nascido leva a sentimentos de impotência, insuficiência, culpa, perda, exaustão, ambivalência, raiva e ressentimento (Nystrom & Ohrling, 2004). Assim, a carga física e mental vivenciada pelas mães não pode ser subestimada.

Na revisão realizada por Nystrom & Ohrling (2004), cujo objetivo foi descrever as experiências de mães e de pais durante o primeiro ano de vida da criança, as autoras verificaram pontos positivos e pontos negativos na descrição da experiência parental. Em relação às mães, a experiência foi caracterizada por estar satisfeita e confiante como mãe, mas ser a principal responsável pelo filho foi considerada opressora e causadora de tensão, sentir uma luta com o tempo limitado disponível para si mesma e estar cansada e esgotada. No caso dos pais, a experiência foi relatada como ter confiança como pai e como companheiro, mas viver à altura das novas exigências causou enorme desgaste, nomeadamente ser protetor e provedor da família, para além disso sentir-se impedido de se aproximar do filho foi doloroso.

Outros estudos revelaram que os pais experimentam, muitas vezes, sofrimento psicológico, dificuldades no relacionamento com a companheira e isolamento social ao longo do primeiro ano (Darwin et al., 2017; Rollè et al., 2017). As dificuldades que os pais enfrentam, ao preparar-se para a paternidade, vão muito para além de aprender como apoiar a companheira durante o trabalho de parto (Allport et al., 2019; Lau & Hutchinson, 2020; May & Fletcher, 2013; Shorey e Chan, 2020). Sabe-se que o vínculo que se forma entre um pai e seu filho ainda não nascido tem efeitos duradouros na qualidade do relacionamento muito para além do período pré-natal (de Cock et al., 2016). A qualidade desse vínculo também é conhecida por ter um impacto significativo nos resultados do desenvolvimento infantil (de Cock et al., 2016; Lindstedt et al., 2020). Recém-nascido cujas os pais estão positivamente envolvidos nas suas vidas têm mais probabilidade de se destacar socialmente, emocionalmente e academicamente (Adamsons & Johnson, 2013; Baker, Kainz, & Reynolds, 2018; Doaltabadi & Amiri-Farahani, 2021; May & Fletcher, 2013).

2) A preparação para a parentalidade e o exercício parental representam uma responsabilidade partilhada.

Cada recém-nascido têm direito a crescer e desenvolver num ambiente seguro. Para além disso, *as mães e os pais são responsáveis por educar os seus filhos e devem encontrar as melhores soluções para as crianças*², já que a *instabilidade e a insegurança física ou emocional afetam o seu desenvolvimento, a sua autoconfiança e a sua capacidade de aprender*. Assim, tanto a mãe como o pai necessitam de preparar-se para cuidar do filho para garantir o seu potencial máximo de desenvolvimento (Cardoso, 2014).

A parceria entre a mãe e o pai é elemento central para uma transição para a parentalidade saudável (Cardoso, 2012). No estudo realizado por Cardoso (2012), a autora chamou a atenção para a *“inexistência de uma estratégia conjunta, entre a mãe e o pai, para se prepararem e para assumirem os cuidados ao filho”* (p. 241). Neste contexto, a autora apresenta um modelo de proposta de *plano de parentalidade* baseado em três pressupostos:

- “1) tanto a mãe como o pai importam para a promoção da saúde do filho e ambos têm necessidade de integrar o papel parental no seu repertório de papéis;*
- 2) há um espaço de liberdade no casal em que a mãe e o pai podem negociar e tomar decisões sobre o modelo de integração do filho na vida e nas rotinas da família; e,*
- 3) não existe um único paradigma, mas diferentes entendimentos do modelo de integração do filho no seio familiar (fruto das diferentes realidades em que vivem as mães e os pais atuais)”* (Cardoso, 2012, p. 241).

Assim, as(os) EEESMO são desafiados a criar modelos de cuidados que promovam a negociação sobre o processo de integração do filho no projeto de vida real do casal/família, através da elaboração de um *“plano de parentalidade”* (Cardoso, 2012). A criação de espaços de análise sobre o projeto de ter e criar um filho em conjunto, com um modelo bem estruturado que oriente a definição do plano de parentalidade pode resultar em ganhos em saúde. De facto, esta estratégia pode constituir um pretexto para, por um lado, promover a consciencialização das mudanças e, por outro, para a promoção do envolvimento na preparação para o papel de mãe e papel de pai e disponibilidade para aprender. A elaboração do plano de parentalidade ajuda na definição de um plano organizador da distribuição das

² Disponível em <https://justica.gov.pt/Guias/tenho-uma-crianca>

tarefas e das responsabilidades relativas aos cuidados ao filho, nomeadamente quem vai ser responsável por determinadas tarefas; quem e quando vai usufruir da licença de maternidade/paternidade; quem vai aprender sobre o quê durante a gravidez. O plano de parentalidade poderá constituir, ainda, uma fonte de informação clínica para a decisão sobre os focos de atenção a considerar como relevantes no plano de cuidados individual da mãe e do pai.

3) *Mães e pais confiantes na sua capacidade de cuidar do filho respondem melhor às necessidades do recém-nascido.*

A adaptação à parentalidade começa antes do nascimento do filho. A preparação antecipada para a tomada de decisão e ação relacionada com o exercício parental, mesmo que em simulação, tem efeito positivo na confiança materna e paterna. A autoconfiança refere-se à força da crença na capacidade para realizar uma tarefa, seja ela qual for (Bandura, 1997). A confiança parental refere-se à avaliação que cada mãe e cada pai faz sobre sua capacidade de se envolver efetivamente em comportamentos associados à parentalidade (Vance & Brandon, 2017). A confiança da mãe e do pai é um fator-chave na previsão de uma série de resultados em saúde, tais como depressão parental, estresse parental e da saúde infantil (Pontoppidan et al., 2019).

Admite-se que autoconfiança parental constitua um fator protetor modificável pela ação profissional da(o) EEESMO nos programas de promoção da adaptação à parentalidade. A confiança da mãe e do pai está relacionada com expectativas parentais mais realistas durante a gravidez, mais facilidade em lidar com os desafios do período pós-natal inicial, melhor qualidade do relacionamento do casal e maior satisfação com o filho e com o desempenho do papel, redução da depressão e mais habilidades (capacidades) parentais competentes e positivas (Mihelic, Filus & Morawska, 2016; Mihelic, Morawska & Filus, 2018). A autoconfiança parental também guarda relação com a responsividade e sensibilidade, que se referem a comportamentos positivos interativos das mães e dos pais em relação às necessidades do filho. A resposta pronta e ajustada à situação refletindo a compreensão e correta interpretação dos sinais do recém-nascido, constitui um fator crítico no desenvolvimento da ligação mãe/pai-filho e da vinculação segura.

Assim, se a mãe e o pai se sentirem confiantes e preparados para a tomada de decisão e para iniciar as tarefas parentais, mais tranquilo será o período inicial após o nascimento do filho, com consequências positivas ao nível da saúde de todos os envolvidos.

4) *Uma adaptação para a parentalidade positiva contribui para uma conjugalidade positiva.*

A transição para a parentalidade é conhecida por desafiar os relacionamentos, em particular a relação conjugal (Mihelic, Morawska & Filus, 2018). Os casais, muitas vezes, deparam-se com desafios sem precedentes que podem criar mudanças na dinâmica da relação conjugal (Doss & Rhoades, 2017). O modo como cada casal experiencia e resolve os diversos desafios para integrar um recém-nascido no seio do relacionamento conjugal tem impacto na satisfação e qualidade da relação conjugal. Estudos mostraram uma diminuição na satisfação com o relacionamento conjugal associada a uma diminuição na qualidade do tempo passado juntos, comunicação positiva e atividade sexual. Esta baixa satisfação no relacionamento está associada ao aumento de conflitos, sofrimento psicológico individual, relacionamentos negativos entre mães/pais e filhos e resultados negativos para os filhos (Mihelic, Morawska & Filus, 2018; Doss & Rhoades, 2017; Parfitt, Pike & Ayers, 2014; Carlson et al., 2014). Outros estudos sugerem que as mães e os pais que enfatizam a cooperação, o trabalho em equipa e o compromisso com

o desenvolvimento de uma aliança relatam maior satisfação em suas experiências com a parentalidade ao longo do tempo (Mihelic, Morawska & Filus, 2018).

A conjugalidade remete para uma identidade específica do casal, que é formada pela experiência de relação recíproca entre os seus dois membros, sem que percam, contudo, as respetivas identidades individuais. A conjugalidade permite a cooperação nas semelhanças, nas diferenças, nas complementaridades e nas proximidades. Quando a relação é equilibrada é considerada um dos principais fatores de proteção do indivíduo e um forte contributo para a qualidade de vida.

Tomando esta realidade em consideração, os programas de promoção da adaptação à parentalidade deverão ter como a outra “face da moeda” a promoção de uma conjugalidade saudável; ou seja, para além de promover o tornar-se mãe e o tornar-se pai, importa promover os laços entre os dois indivíduos independentes. A promoção da conjugalidade saudável pode ser conseguida pela melhor preparação da mãe e do pai para o exercício do papel e pelo desenvolvimento de habilidades de comunicação positiva em cada uma das interações que a(o) EEESMO tem com a mulher-mãe e/ou o homem-pai.

5) A comunicação clínica entre EEESMO-cliente(s) é fator crítico de sucesso.

A comunicação é um contínuo, não tem princípio e fim bem definidos, quando se trata de cuidados de enfermagem. A comunicação efetiva é uma atividade essencial quando o que está em causa é a excelência dos cuidados. Efetivamente, o exercício profissional da enfermagem *centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas* (Ordem dos Enfermeiros, 2012; PQCEESMO, 2021). Esta relação desenvolve-se num processo dinâmico, em parceria com a(o) cliente e envolvendo a(s) pessoa(s) significativa(s) para a(o) cliente, tendo em vista a promoção da proatividade na consecução do respetivo projeto de saúde, frequentemente através de processos de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012; PQCEESMO, 2021).

A qualidade da interação EEESMO-mãe e/ou pai é essencial para a efetividade das intervenções (PQCEESMO, 2021). Por um lado, as competências de comunicação clínica suportam a recolha de dados rigorosa e significativa para a apreensão das reais necessidades da mãe e do pai. A consecução das competências de comunicação clínica envolve o questionamento aberto, a consciência da comunicação não-verbal e a escuta atenta, com resumo ou parafraseamento para validação/clarificação da mensagem. Essas habilidades permitem entender o ponto de vista da mãe e do pai e incorporá-lo no processo de cuidados (Suchman et al., 1997; Fortin et al., 2012). Ao longo do processo de cuidados devem ser consideradas as quatro qualidades para uma comunicação eficaz: 1) conforto; 2) aceitação; 3) capacidade de resposta; e 4) empatia. Conforto e aceitação referem-se à capacidade de discutir tópicos difíceis sem demonstrar desconforto e a capacidade de aceitar as atitudes da mãe e do pai sem evidenciar intolerância. A capacidade de resposta e a empatia referem-se à capacidade de reagir positivamente às mensagens indiretas ou expressas.

A natureza terapêutica da informação é a pedra de toque do exercício profissional das(os) EEESMO (Cardoso, 2012). No âmbito da promoção da adaptação à parentalidade, muito do teor da interação entre EEESMO e a pessoa é a troca de informação. De facto, as intervenções mais frequentemente implementadas são caracterizadas por *dar informação alguém sobre alguma coisa* (CIPE™ 2019). Esta ideia está consonante com o predomínio de “conhecimento” como foco de atenção. Transformar a informação em conhecimento útil é uma operação relevante e altamente influenciada pela ação profissional da(o) EEESMO. Definir o que ensinar, quando ensinar e como ensinar é essencial para uma comunicação terapêutica. De facto, conseguir proporcionar a informação certa, para a pessoa certa, na hora certa, na dose certa e baseada na evidência constituem os princípios da informoterapia. A informoterapia – terapia

por via da informação – reside no fundamento de que através do aumento de conhecimentos, o indivíduo consiga perseguir, de forma ativa, níveis mais elevados de saúde e diminuição da utilização desnecessária dos recursos de saúde, alterando os seus comportamentos e assumindo a responsabilidade pela preservação da saúde através de hábitos mais saudáveis (Cardoso, 2012).

3. MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Imaginar-se a cuidar do filho, antes de ter o filho nos braços, é um grande desafio para as mães e para os pais. Todavia, e em conformidade com o estudo realizado por Cardoso (2012), há um conjunto de conhecimentos e capacidades, de crenças de que é capaz (autoeficácia) de necessidades de reformulação de significados que poderão influenciar o envolvimento na transição parental no sentido da mestria e “sentir-se bem na pele” de mãe ou de pai daquele filho. Para além disso, sabe-se que o conhecimento das mães e dos pais sobre as competências parentais e o desenvolvimento infantil está positivamente associado à qualidade das interações mãe/pai-filho e à maior probabilidade de envolvimento em cuidados que promovam o desenvolvimento saudável do filho (NASEM, 2016).

Assim, ao longo do período pré-natal importa promover a afetividade entre mãe/pai e filho que ainda não nasceu (ligação mãe/pai-filho) e contribuir para o desenvolvimento das competências parentais e confiança parental. Os programas de promoção da adaptação à parentalidade implementados por EEESMO correspondem a processos de cuidados dinâmicos que assumem como desiderato contribuir para a saúde das mães, dos pais e das crianças, no período de recém-nascido, através da promoção dos conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização e reformulação dos significados dificultadores face ao exercício do papel de mãe ou de pai (Figura 2).



Figura 2. Focos de atenção no domínio da adaptação à parentalidade.

Neste sentido, os programas centrados na promoção da adaptação à parentalidade visam contribuir para mãe, pai e recém-nascido saudáveis; mãe e pai informados, confiantes e com a prontidão adequada para assumir as exigências e responsabilidades de cuidar de um recém-nascido; e, uma família fortalecida ao integrar um recém-nascido.

É esperado que a(o) EEESMO determine, em parceria com a mãe e o pai, o que “ensinar”, quando “ensinar” e como “ensinar” e garanta uma tonalidade emocional positiva ao longo da transição. E este “ensinar” corresponde a intervenções de enfermagem e não a “aulas”, sejam elas implementadas individualmente ou em grupo. De acordo com o mandato social e a natureza da sua relação terapêutica com as(os) clientes, reportar os cuidados de enfermagem como “aulas” parece soar algo estranho. Para além disso, na promoção dos projetos de saúde através dos processos de aprendizagem importa usar os princípios da aprendizagem de adultos. A orientação de aprendizagem do adulto está centrada na “vida” e não em “disciplinas”. Assim, o “ensinar” é mais do que transmitir informação; envolve a noção própria da necessidade de aprender algo que lhe será útil na decisão e/ou ação, a prontidão para aprender, a análise das suas experiências e significados pois estes delimitam o modelo mental de como cada pessoa vê e lida com a realidade – a compreensão do *mindset* facilita a decisão sobre o “como” os novos conhecimentos poderão ser mais facilmente integrados. Nesta mesma linha de entendimento, a própria ACOG (2018) defende que para potenciar a aprendizagem de adultos, devem ser evitadas “lições didáticas” e facilitar a aprendizagem entre pares e aprendizagem por participação ativa.

Um processo de cuidados que reflita estas preocupações contribuirão para apoiar e fortalecer as competências parentais existentes e promover o desenvolvimento de novas/outras competências para que as mães e os pais tenham o conhecimento e as habilidades necessárias para dar resposta às responsabilidades de cuidar do filho promovendo o desenvolvimento infantil e da sua autoconfiança no desempenho parental. Quando as mães e os pais recebem apoio das(os) EEESMO serão mais propensos a sentirem-se melhor consigo mesmos e com as suas competências parentais e, por sua vez, interagir com seus filhos de forma responsiva e solidária (Trivette & Dunst, 2014). Os estudos mostram que as mães e os pais que conhecem melhor o desenvolvimento do recém-nascido têm competências parentais mais ajustadas. Da mesma forma, quando as mães e os pais possuem convicções inadequadas ou sub/sobre-estimam o desempenho do seu filho, podem, na verdade, minar esse desempenho, provavelmente porque as expectativas podem ter efeito sobre o comportamento e desenvolvimento do recém-nascido (Tremblay, Boivin & Peters, 2015).

As preocupações com o aumento dos custos com saúde, a disponibilidade da(o) profissional e a oportunidade para promover a integração dos novos conceitos no modo de viver a nova circunstância de saúde têm despertado o interesse por modelos alternativos de intervenção (ACOG, 2018). A experiência com as novas tecnologias durante o tempo de pandemia também permitiu perceber novos modelos de funcionamento, quer síncronos, quer assíncronos. Para além disso, novas estratégias têm o potencial de reduzir custos e aumentar o alcance das intervenções (Cunningham et al., 2017).

As consultas têm como propósito acompanhar a mãe e o pai em momentos chave (ACOG, 2018). As intervenções podem ser planeadas para serem implementadas individualmente (mãe ou mãe e pai) ou em grupos³ e podem ser presenciais ou a distância (exemplo, teleconsulta).

As intervenções em grupo são projetadas para promover a aprendizagem em grupo, em particular da autoeficácia, e incluir oportunidades de apoio social (criação de rede de suporte). De facto, reunir um conjunto de pessoas com necessidades semelhantes aumenta o tempo disponível para a intervenção, melhora a eficiência e reduz a repetição (ACOG, 2018). Na avaliação da efetividade das intervenções em

³ A ACOG (2018), com base em alguns estudos, defende que a implementação da intervenção em grupo não é adequada para todas as pessoas, por isso deverá ser sempre proporcionado a opção alternativa de acompanhamento individual. Esta ideia é suportada pela perceção de perda potencial de privacidade, o que não é terapêutico para algumas mães e pais.

grupo, os estudos são escassos e maioritariamente observacionais que apresentam uma mistura de resultados positivos e negativos. Alguns estudos descrevem resultados positivos como: aumento das taxas de início e continuação da amamentação; aumento da satisfação com os cuidados; e, melhor conhecimento sobre depressão pós-parto e cuidados ao filho (Ickovics et al., 2007; Carter et al., 2017; Tanner-Smith et al., 2014; Magriples et al., 2015; Tilden et al., 2016; Felder et al., 2017; Catling et al., 2015). Todavia, igual número de autores refere que são necessários mais estudos sobre modelos de intervenção individual e/ou em grupo com o objetivo de demonstrar diferenças em resultados e identificação das populações que mais se beneficiam de modelos de cuidados específicos (Mazzoni & Carter, 2017; ACOG, 2018).

As consultas poderão iniciar-se no segundo trimestre, a cada 2-4 semanas (num total de 8-10, agendadas ao longo de um período de 6 meses). Cada consulta não deverá ter duração superior a duração de 90 minutos. Se as intervenções forem implementadas em grupo, cada grupo deverá ser constituído por 8-10 pessoas, com as grávidas com idade gestacional semelhante e as mães e pais com necessidades em cuidados semelhantes. A duração da intervenção não deverá ter duração superior a duração de 90-120 minutos. A ACOG (2018) apresenta recomendações similares. Admite-se a abordagem das competências parentais em oito consultas, quando o acompanhamento é tendencialmente individual (o que não excluiu, se oportuno uma ou outra intervenção de grupo), na seguinte sequência:

- **Consulta 1 – 20/22 semanas: Preparar a casa e o enxoval**

A preparação da casa, em especial do quarto, e a aquisição dos dispositivos para dormir e para dar banho e enxoval, seria a primeira temática a abordar, de modo a contribuir para escolhas informadas com base em critérios de segurança, saúde e conforto ainda numa fase precoce da gravidez. Se existirem irmãos mais velhos e/ou animal doméstico, nesta consulta este assunto também poderá ser avaliado/abordado.

- **Consulta 2 – 24/25 semanas: Transportar o recém-nascido em segurança**

Na mesma linha do referido anteriormente, importa explorar numa fase inicial os critérios de escolha dos dispositivos de transporte de modo a contribuir para escolhas informadas com base em critérios de segurança, saúde e conforto e, idealmente, haver oportunidade de treinar a sua utilização. Ao avaliar a necessidade e abordar o transporte do recém-nascido (automóvel, ao colo, ao colo com dispositivo), importa referir como o fazer em segurança.

- **Consulta 3 – 26/27 semanas: Assegurar a higiene e manter a pele saudável**

Cuidar da higiene do recém-nascido é considerado um desafio para as mães e os pais, em particular quando se trata do primeiro filho. Por isso, a abordagem do assunto e o treino, em simulação, do dar banho e manipular o modelo é uma intervenção que desperta interesse e aproxima-os do papel de mãe e papel de pai. Importa aqui salientar, que o banho ao filho não é, para a mãe ou para o pai, um procedimento; é, antes, um “gesto de amor” e é esperado que seja apresentado com esta tonalidade. Ao abordar a higiene/dar banho, importa referir como o fazer em segurança.

- **Consulta 4 – 28/29 semanas: Estimular o recém-nascido e criar hábitos para dormir**

Durante a gravidez, a mãe e o pai vão construindo um filho imaginado. Ter a noção de como é o feto e como é um recém-nascido, nomeadamente o seu potencial de desenvolvimento que depende da interação com a mãe e o pai é um assunto que interessa. Apresentar a estimulação como algo a integrar nas rotinas de cuidados ao recém-nascido é a filosofia subjacente a esta intervenção. Para estimular importa ter a noção de qual o momento próprio e qual o padrão esperado de sono/vigília. Um dos aspetos destas estratégias é ajudar a integrar o recém-nascido nas rotinas da família, e, por isso, importa discutir o tema do sono e como começar a criar hábitos para dormir. Ao abordar a estimulação e o dormir, importa referir como o fazer em segurança.

• Consulta 5 – 30/31 semanas: Lidar com o choro

Analisar com as mães e os pais que o choro é uma das formas de comunicação das necessidades que o recém-nascido usa ajuda na reformulação do significado atribuído ao choro. Nesta intervenção importa ajudar a desenvolver a capacidade para interpretar as necessidades do recém-nascido a partir do som (choro) e linguagem corporal (ver e ouvir recém-nascidos a chorarem em vídeo). Nesta intervenção importa ainda abordar as questões dos quadros de choro excessivo.

• Consulta 6 – 32/33 semanas: Amamentação

A amamentação é abordada depois de já ter sido apresentada informação sobre vários aspetos dos cuidados ao recém-nascido. A ideia é apresentar as decisões e as ações, como uma sequência lógica e coerente, para amamentar, envolvendo as dimensões fisiológicas e emocionais e as componentes maternas, do recém-nascido e das pessoas significativas para o sucesso da amamentação.

• Consulta 7 – 34/35 semanas: Promover e vigiar a saúde do recém-nascido

Aproximando-se o momento do nascimento do filho, importa abordar o que é normal num recém-nascido e como lidar com “problemas” comuns de modo que a mãe e o pai consigam distinguir o que é normal ou não.

• Consulta 8 – 36/37 semanas: Regresso a casa

Depois de abordar todas as competências parentais, torna-se essencial analisar as mudanças esperadas com a chegada de um recém-nascido, criando estratégias que ajudem a ter uma noção aproximada do que muda e fica diferente, nomeadamente na gestão das rotinas diárias (promoção da consciencialização).

Em todas as consultas, importa avaliar e promover a ligação mãe/pai-filho enquanto ponto-chave da transição parental.

Se a consulta for implementada individualmente, a avaliação das necessidades (identificação dos diagnósticos) e prescrição e implementação das intervenções são feitas em cada consulta e a avaliação da efetividade da intervenção poderá ser feita no início da consulta seguinte ou quando a(o) EEESMO considerar oportuno. Na Figura 3 apresenta-se uma representação gráfica do modelo das oito consultas.

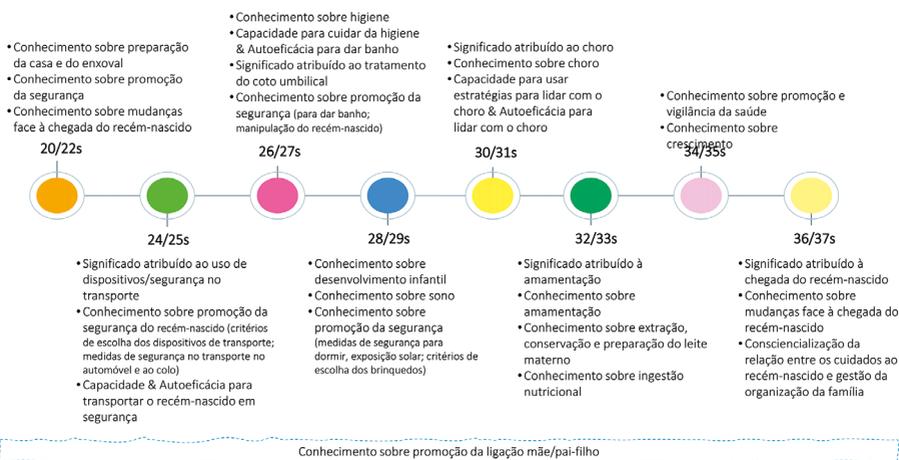


Figura 3. Modelo de cuidados baseado nos focos de atenção do GOBP – Adaptação à parentalidade.

Alguns programas de promoção da adaptação à parentalidade poderão estar organizados em intervenções em grupo. As intervenções podem estar previamente determinadas, mas precisam ser ajustadas às necessidades específicas de cada mãe e de cada pai, com avaliação prévia à sua implementação para resultados mais efetivos e prestação de cuidados significativos. Assim, se o modelo de cuidados contempla intervenção em grupo, importa planejar uma consulta para a avaliação inicial e, em função dessa avaliação, prescrever as intervenções apropriadas numa sequência lógica (Figura 4).



Figura 4. Modelo de cuidados se programa de promoção da adaptação à parentalidade com intervenções em grupo (adaptado de Cardoso, 2012).

O modelo de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica é um paradigma em constante evolução que tem o potencial de transformar significativamente a assistência materno-infantil. Este modelo, se fundamentado em evidências e numa abordagem centrada nas necessidades da mãe e do pai, oferece uma resposta à necessidade de cuidados mais personalizados e humanizados no contexto da parentalidade. O sucesso do modelo não se mede apenas pelos indicadores clínicos, mas também pela capacidade de empoderar as mulheres e os homens a assumirem um papel ativo na transição parental.

**PROCESSO
DE CUIDADOS
CENTRADO
NA PROMOÇÃO
DA ADAPTAÇÃO
À PARENTALIDADE**

2

O processo de cuidados de enfermagem é uma abordagem sistemática e organizada que suporta a oferta de cuidados de enfermagem eficazes e individualizados em diversos cenários de serviços de saúde. A primeira etapa envolve a recolha de dados. A partir desta avaliação, são formulados os diagnósticos de enfermagem, que ajudam a guiar as etapas subsequentes, isto é o planeamento das intervenções. Nesta fase, é estabelecido um plano de cuidados que descreve os objetivos e os critérios de resultado específicos para o cliente e as intervenções que serão usadas para atingir esses critérios. Importa aqui destacar que cada mãe e cada pai tem o direito de autodeterminação e decidir o que lhe faz sentido a cada momento, podendo com isso, haver a cada momento, necessidade de ajuste nos critérios de resultado. Após a implementação da(s) intervenção(ões), importa avaliar a efetividade das intervenções.

Neste capítulo, serão consideradas as competências parentais identificadas por Cardoso (2012) e o foco de atenção Ligação mãe/pai-filho, enquanto componente afetiva essencial para a transição parental.

1. LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO

A transição para a parentalidade é um período crítico de ajustamento, tanto para as mulheres como para os homens. A incorporação do autoconceito de mãe e de pai, desempenha um papel importante no bem-estar da família e no desenvolvimento do recém-nascido (Meleis et al., 2000; Trombetta et al., 2021).

A ligação mãe/pai-filho representa um foco de atenção relevante no âmbito da transição para a maternidade (ligação mãe-filho) e da paternidade (ligação pai-filho). Rubin (1977) afirma que a ligação com (*binding-in*) o recém-nascido é uma componente afetiva essencial no processo de identificação com o papel de mãe/papel de pai, correspondendo a uma das tarefas da transição (Mercer e Ferketich, 1995). Este processo de ligação, de acordo com aquelas autoras, tem início durante a gravidez. O conceito de “*bonding*” ou “*bond*” foi inicialmente definido por Klaus e Kennell, em 1976, como um vínculo mãe/pai-filho baseado no contacto pele com pele durante o período sensível pós-parto, sendo depois acrescentado ao conceito a especificação “vínculo afetivo” (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013). Este conceito representa a Ligação mãe/pai-filho¹.

¹ Ligação mãe/pai-filho (*bonding*) é um conceito diferente de Vinculação (*attachment*). O termo “*attachment*”, proposto por Bowlby (1969), refere-se à relação que a criança desenvolve com um cuidador com o objetivo de obter uma base segura para explorar o mundo, representando proximidade, proteção e um retiro seguro e de conforto em condições de estresse e perigo. Até ao final do primeiro ano de idade, a criança forma o seu estilo de vinculação com os seus cuidadores. Este conceito é designado de Vinculação. Uma das principais características que permitem a distinção entre os dois conceitos, enquanto focos de atenção, é o sentido dos comportamentos de afetividade. Na Ligação mãe/pai-filho, os comportamentos de afetividade têm o sentido da mãe e/ou pai em relação à sua criança; na Vinculação, os comportamentos de afetividade têm o sentido da criança em relação à sua figura de vinculação. Esta clarificação da distinção entre os dois conceitos fica clara na análise dos conceitos chave na Teoria de Bowlby: “*the use of the term “attachment” in this context is contentious and potentially misleading, for it is not consistent with attachment theory’s (Bowlby, 1969) central concept of psychological dependence. That is, infants are attached to their parents because they are dependent upon them; parents are not dependent on their infants and, hence, not strictly attached to their infants*” (Habib & Lancaster, 2006: 239).

A ligação mãe/pai-filho é definida como o estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e o recém-nascido (CIPE™ 2019). Trata-se de um processo emocional interativo e recíproco, que promove o desenvolvimento de laços afetivos que motivam o envolvimento nos cuidados ao filho (Mercer & Ferketich, 1990; Goulet et al., 1998; Mercer, 1995; Rubin, 1984). O investimento afetivo – da mãe e do pai para com o filho – suporta a qualidade dos cuidados parentais e a qualidade da interação, os quais, por sua vez são essenciais ao desenvolvimento e bem-estar feto/recém-nascido (Branjerdporn et al., 2017; Trombetta et al., 2021). O vínculo experienciado pela mãe e pelo pai em relação ao feto promove a disposição e a prontidão para comportamentos de envolvimento e cuidado, como, por exemplo, a procura de informação, a proximidade, a proteção e a sensação de prazer/alegria relacionados com a presença e reações do feto.

A ligação mãe/pai filho pode possuir características específicas para expressar os laços afetivos, conforme se trata da mãe ou do pai. A ligação mãe-filho é definida como as emoções e sentimentos vividos por uma mãe em relação a seu filho (Tichelman et al., 2019). O vínculo mãe-filho é unidirecional e começa a desenvolver-se ainda durante a gravidez (Tichelman et al., 2019; Kennell & Klaus, 1998). As mães que têm um apego forte e saudável com o feto durante a gravidez interagem melhor com seus recém-nascidos, o que, por sua vez, pode ter um impacto significativo no desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Uma ligação afetiva mais fraca está associada a estilos e habilidades parentais maternos menos sensíveis e menos responsivos, possivelmente devido à sensibilidade neural reduzida em relação às necessidades do recém-nascido (por exemplo, menor sensibilidade às expressões faciais) (Dudek et al., 2018). Para além disso, os estudos apontam para que mulheres com um vínculo mãe-filho mais fraco mostram menos interesse pela saúde dos seus filhos e envolvem-se com mais frequência em comportamentos prejudiciais à saúde durante a gravidez. Os estudos demonstram que estes comportamentos estão associados a resultados adversos a longo prazo no desenvolvimento cognitivo e socio-emocional. Tichelman et al. (2019) defendem que, para evitar esses resultados desfavoráveis, são necessárias estratégias para fortalecer a qualidade do vínculo mãe-filho, apresentando, como conclusão do seu estudo, que os profissionais, envolvidos na atenção à saúde materna, devem avaliar sistematicamente a ligação mãe-filho durante a gravidez.

Os estádios de desenvolvimento do apego no pai são semelhantes aos da mãe, mas o tempo em que ocorrem são diferentes dos da mãe. Embora as mães mostrem um rápido aumento no apego no quinto mês de gravidez e tenham uma sensação afetiva especial durante a gravidez, essa sensação ocorre nos pais de forma mais lenta, aumentando acentuadamente após o nascimento e durante os cuidados com o recém-nascido (Verklan, Walden & Forest, 2020). A ligação pai-filho precoce foi associada a um risco reduzido de futuro abuso infantil pelo pai e menor taxas de morte infantil (Salihu et al., 2014). É sabido que quanto maior o envolvimento paterno nesse período, maior a possibilidade de desenvolvimento do vínculo pai-filho depois do nascimento do recém-nascido (Zanatta et al., 2017).

Tomando por referência os estudos desenvolvidos por Cranley (1981), a avaliação da ligação mãe/pai filho durante o período pré-natal envolve cinco dimensões: 1) diferenciação do feto de si; 2) interação com o feto; 3) atribuir características e intenções ao feto; 4) dedicar-se às necessidades do feto; e 5) ensaiar/assumir papel de mãe/pai, que poderão ser evidenciados por alguns comportamentos observados/descritos durante a consulta (Tabela 1).

Tabela 1. Comportamentos a considerar na avaliação da ligação mãe/pai-filho

Comportamento a observar/dados a valorizar	Crítérios de interpretação
Aceitação da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • (A) A presença de alguns destes comportamentos permite inferir Ligação mãe/pai-filho facilitadora. • (B) A ausência de todos os comportamentos exige a avaliação do Significado atribuído ao recém-nascido e/ou Significado atribuído à gravidez.
Atribuição de características positivas ao feto	
Significado facilitador atribuído ao filho e às mudanças que a chegada deste implica	
Interesse na informação sobre saúde, sobre o desenvolvimento fetal e/ou recém-nascido	
Integração no dia a dia das mudanças necessárias no estilo de vida para uma gravidez saudável	
Preparação da casa para a chegada do recém-nascido	
Preparar os outros elementos da família para a chegada do recém-nascido (ex. irmãos mais velhos, animal doméstico)	
Apresenta gestos que revelam afetividade pelo filho/a (acariciar o abdômen, sorrir quando fala dele(a) etc.)	

Fonte: autoras, 2024

Os comportamentos de ligação podem ter maior ou menor expressão em função da idade gestacional (Abasi et al., 2021). No primeiro trimestre, os comportamentos de ligação poderão ser mais ténues. Após a perceção dos movimentos fetais, a intensidade da afetividade e os comportamentos de interação tornam-se mais evidentes. Segundo Rubin (1975), no final do segundo trimestre, a grávida torna-se muito mais consciente da presença de um novo ser dentro de seu corpo e sente-se emocionalmente mais envolvida. No processo de formação de laços afetivos com o feto poderão ser fatores influenciadores: a própria experiência de afetividade da mulher e do homem com a(s) respetivas figuras de vinculação, o impacto de outros papéis e responsabilidades que possam competir com o “papel de mãe” e “papel de pai” e o suporte social disponível durante a gravidez.

As manifestações de compromisso na ligação mãe-filho incluem falta de envolvimento afetivo materno, aumento da irritabilidade, impulsos agressivos, podendo chegar, inclusive, a rejeição total do recém-nascido (Brockington, 2004).

1.1. Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

A afetividade é uma das necessidades essenciais do ser humano. Estudos mostraram que a ligação mãe/pai-filho durante o período pré-natal é um fator relevante na previsão de comportamentos de afetividade no pós-parto e a sua existência é fator protetor da responsividade às necessidades do recém-nascido (Salehi & Kohan, 2017; Abasi et al., 2021).

A intensidade da ligação mãe/pai-filho está associada a maior probabilidade de interagir com um feto, adotar padrão alimentar adequado, manter a abstinência de álcool, ter pensamentos positivos sobre o feto, falar com o feto, prestar atenção aos movimentos fetais e outros comportamentos interativos com o feto que podem levar à promoção da maternidade e da saúde fetal (Yarcheski et al., 2009; Abasi et al., 2021). Para além disso, grávidas com padrão de vinculação insegura com as suas figuras de vinculação e as que são indiferentes ao feto podem beneficiar com as intervenções que melhorem o conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho (Abasi et al., 2021).

Tendo em consideração todos estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho, em função da etapa da gravidez e do desenvolvimento fetal (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado

	Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
CONTEXTUALIZAÇÃO	Muitas mães e muitos pais nesta fase decidem sobre o nome do bebé ainda durante a gravidez. E vós? Pensaram sobre isso? Chegaram a algum acordo? (conhecer o nome do bebé, e a partir deste momento usar o nome escolhido sempre que se referir ao feto)	O terem escolhido o nome pode ser considerado como fator protetor, todavia a sua ausência não poderá ser entendida como sinal de alerta.
	Muitas mães e muitos pais, nesta fase, já imaginam a sua vida com o filho. Quando pensam nisso, o que vos vem à ideia?	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Refere planos que incluem o recém-nascido. • Refere não pensar nisso, nem esses pensamentos lhe interessam – sinal de alerta.
	Muitas mães e muitos pais nesta fase já começaram a preparar as coisas para a chegada do recém-nascido. Como é convosco?	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Iniciou a preparação da chegada do recém-nascido (casa, preparação da família, etc.). • Não iniciou preparação por desinteresse/indiferença – sinal de alerta.
LIGAÇÃO COM O FETO	(Se já refere perceção de movimentos fetais) Como tem sido para si sentir os movimentos da/do “nome”?	• (B) Refere características positivas, associado a comportamentos/expressões que revelam afetividade (sorrir, tocar no abdómen, troca de olhar entre o casal, etc.).
	E como tem sido a sua atividade com a/o “nome”? Quando interage com a/o “nome”, como é ela/ele que reage? Tem ideia o que pode fazer para interagir com o bebé?	• (C) Refere comportamentos de interação (falar, tocar abdómen quando sente os movimentos fetais, estimular movimentos, etc.) e refere reações positivas por parte da/o bebé.
	A mãe neste momento é mediadora da interação entre a/o “nome” e outras pessoas? Como tem sido esta experiência para si?	<ul style="list-style-type: none"> • (B) Fica satisfeita e proporciona contacto com o abdómen e partilha a perceção que tem dos comportamentos do feto. • Não aprecia que lhe toquem na barriga (incluindo a pessoa com quem partilha o projeto de maternidade) [= > explorar o motivo]. • Não aprecia porque não valoriza a presença do feto – sinal de alerta.
EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO	Muitas mães e muitos pais nesta fase começam a imaginar como será o recém-nascido. Quando pensa no recém-nascido, como o imagina? Tem ideia de como é a/o “recém-nascido” e do que é capaz nesta sua fase de desenvolvimento? Tem ideia de como é um bebé recém-nascido? Qual a sua aparência?	• (D) Refere elementos-chave das competências do feto e revela expectativas realistas em relação a um recém-nascido.
	Logo a seguir ao nascimento, há estratégias que ajudam o recém-nascido a adaptar-se à vida extrauterina e que proporcionam um momento extraordinário para os três. Chama-se contacto pele com pele. Tem ideia em que consiste?	• (E) Refere os 9 estádios do contacto pele com pele. Em especial que o recém-nascido poderá demorar cerca de uma hora para realizar a primeira mamada.
	Uma das características que nos distingue é o temperamento, que é um traço da personalidade com que já nascemos. Essa forma de ser do recém-nascido pode influenciar o modo como o adulto se relaciona com ele. Tem ideia de como poderá distinguir o temperamento do seu/vosso bebé?	• (F) Refere o temperamento fácil como o que caracteriza por de fácil adaptação a novos estímulos, o temperamento difícil como tendente a reagir de forma intensa, negativa e com choro e agitação a novos estímulos, com padrão de respostas irregulares e imprevisíveis, e o temperamento intermédio (<i>aquecimento lento</i>) que possui um pouco dos dois.
	Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	• Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos critérios de diagnóstico é possível identificar: **Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho:

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere B e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho	Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho
Se não refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre desenvolvimento fetal
Se não refere C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre estratégias de interação com o feto
Se não refere E e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre contacto pele com pele
Se não refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido
Se não refere F e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre temperamento
Se A, B, C, D, E e F	Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho facilitador	----

Fonte: autoras, 2024

1.1.1. Intervenções que contribuem para fortalecer a ligação mãe/pai-feto

Durante a gravidez, a ligação afetiva tem como objetivo proporcionar segurança, emoções e cognições positivas, motivadas pelo sentido de responsabilidade que a mãe e o pai sentem pelo bem-estar do feto (Hairston et al., 2019). O final do primeiro trimestre de gravidez é, geralmente, um marco emocional e, geralmente, é quando levam a notícia do bebé e os papéis parentais para o seu mundo social (Habib & Lancaster, 2006).

A ligação tem por base cinco disposições afetivas: conhecer, estar e interagir, evitar separação ou perda, proteger e satisfazer necessidades. Algumas mulheres e homens poderão achar que no contexto da gravidez, não há oportunidades para interações recíprocas, que isso só acontece depois do recém-nascido nascer; mas, não: a afetividade pode ser observada num *continuum* que uma vez iniciada, não volta atrás. Todavia, a formação do vínculo poderá não ser automática e imediata. Muitas vezes é gradativa e, portanto, necessita de tempo e compreensão. Ao longo deste processo, a mulher e o homem constroem uma ideia do seu recém-nascido e uma ideia de si enquanto mãe e pai. Neste contexto, a implementação das intervenções de enfermagem visa criar as melhores condições para o desenvolvimento de laços afetivos entre a mãe/pai-filho, enquanto etapa relevante no processo de adaptação à parentalidade.

1.1.1.1. Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho

O conhecimento sobre o que os benefícios dos comportamentos de afetividade entre a mãe-feto e pai-feto contribui para a manutenção dos comportamentos que promovem esta afetividade. Para a adoção de comportamentos favorecedores dos laços afetivos, importa fornecer informação à mãe e/ou o pai para que sejam capazes de:

- Compreender as condições psicossociais e hormonais favoráveis à criação de laços afetivos.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a singularidade dos laços afetivos: Para muitos futuras mães e pais, o período da gravidez marca potencialmente a origem de um novo *status* de identidade no processo de tornar-se pai, de um novo papel no seu repertório de papéis (Habib e Lancaster, 2006; Cardoso, 2012). A formação do vínculo materno e paterno não é automática e imediata, pelo contrário, é gradativa e, portanto, necessita de tempo para acontecer. Para alguns, demora mesmo bastante tempo a acontecer, e não é tão incomum quanto isso. Muitas mães e pais não sentem uma ligação imediata com o bebê, e, por isso, experienciam sentimentos de culpa, de vergonha e de inadequação. Quando isso acontece, quer seja durante a gravidez, quer seja após o nascimento, importa tranquilizá-los, mostrando que não estão sozinhos². Durante a gravidez, podem somente dar atenção quando houver manifestações físicas perceptíveis da sua existência, como por exemplo, os movimentos fetais (Habib & Lancaster, 2006; Göbel et al., 2019)³. Estudos revelam que no caso das mulheres, a construção dos laços afetivos durante a gravidez é fundamental. É através dessa relação afetiva que a mulher conseguirá vivenciar a gravidez de forma saudável e favorecer a formação de vínculos afetivos futuros. De facto, o processo de “criar laços” refere-se à conexão emocional entre um pai/mãe e o bebê, sendo conhecido por influenciar a resposta do bebê ao estresse, comportamentos de aprendizagem e competências sociais.

2) Explicar condições psicossociais facilitadoras da afetividade: Comunicar a notícia da gravidez às pessoas significativas e mantê-las por perto, para partilhar a experiência da gravidez, é considerado facilitador da criação de laços afetivos (Ohara et al., 2017). A sensação de se sentir mãe e a criação dos laços afetivos existem desde o início da gravidez; o apoio emocional da pessoa que escolheu para partilhar o projeto de maternidade e da família constitui um fator protetor da ligação (McNamara, Townsend & Herbert, 2019)⁴. Para o pai, estar presente nas consultas (ouvir os batimentos cardíacos do feto) e interagir com o feto através da mãe (ler, cantar, falar, massajar, etc.) podem ser estratégias que facilitam a ligação pelo tempo e dedicação emocional que isso implica.

² Num estudo realizado National Childbirth Trust, uma instituição inglesa que apoia mães e pais desde a gravidez até a primeira infância, realizou uma pesquisa entre março e abril de 2016 que envolveu mais de 1500 mulheres. Uma das conclusões do estudo foi que cerca de um terço (32%) das mães no Reino Unido enfrentava dificuldades em criar laços emocionais com os seus bebês. Adicionalmente, mais de 1 em cada 10 novas mães (12%) afirmaram sentir-se envergonhadas ao falar com um profissional de saúde.

³ No estudo desenvolvido por Göbel et al. (2019), que envolveu 93 casais grávidos e visou investigar as influências do vínculo com o feto por parte da futura mãe e do futuro pai. O estudo analisou a qualidade do vínculo e a quantidade de tempo que o futuro pai estava mentalmente preocupado com isso (“intensidade”). Os preditores medidos foram ansiedade, hostilidade (por exemplo, pensamentos, aborrecimento, raiva, tendências argumentativas) e estilo de vinculação de adulto (vinculação insegura e vinculação evitante). As futuras mães que evidenciaram mais hostilidade e mais vinculação evitante eram mais propensas a mostrar menor qualidade de vínculo com o feto (embora não menos intensidade). Isso está de acordo com a suposição de que uma saúde mental mais precária na futura mãe influencia adversamente o desenvolvimento do relacionamento emocional com a criança. Em contraste, havia muito pouca correlação entre como os futuros pais relataram ansiedade, hostilidade e apego e como relataram vínculo com o feto. A única associação era entre vinculação evitante e menor intensidade de ligação. Talvez a diferença entre mães e pais reflita que os futuros pais estão em uma posição mais distante do feto e, portanto, seu vínculo com a criança é mais abstrato durante a gravidez em comparação com as futuras mães. Os autores verificaram, ainda, uma associação inesperada entre o futuro pai relatar mais hostilidade e a futura mãe relatar uma maior qualidade de vínculo com o feto. Como interpretação para estes achados, os autores consideraram que talvez a futura mãe responda à hostilidade do seu parceiro investindo mais no relacionamento com o feto. Os autores enfatizam a necessidade de mais estudos sobre esta associação em particular.

⁴ A gravidez não desejada, significado dificultador atribuído à chegada do recém-nascido e a depressão materna constituem fatores de risco no estabelecimento da ligação afetiva (McNamara, Townsend & Herbert, 2019). Na revisão sistemática realizada por McNamara, Townsend e Herbert (2019), cujo objetivo foi determinar a natureza da ligação materno-fetal e vínculo pós-parto, foi observado que a depressão e a ansiedade materna têm efeito negativo na ligação materno-fetal. A ligação mãe/pai-filho pouco intensa pode estar relacionado com o suporte social (Ohara et al., 2017). Estes autores verificaram que o número de pessoas disponíveis para fornecer suporte social e o grau de satisfação com o nível de suporte social recebido durante a gravidez têm grande influência no estabelecimento da ligação mãe-filho e depressão no período pós-parto. Esses resultados sugerem que as intervenções psicossociais que se centram nesses dois aspetos do apoio social durante a gravidez são eficazes na prevenção do compromisso na ligação mãe/pai-filho e da depressão no período pós-parto.

3) Explicar as condições hormonais facilitadoras da afetividade materno-fetal: Durante a gravidez existe um perfil hormonal que favorece os comportamentos sociais e de interação em particular pela ação que têm a nível cerebral. Os estrogénios criam um ambiente favorável para a partilha de emoções, aumento da sensibilidade emocional, sonhos com o recém-nascido e falar sobre/imaginar o recém-nascido. A ocitocina é produzida durante a gravidez, amamentação e relações sociais prazerosas, promove a ligação afetiva (*bonding*), ternura em relação ao feto e empatia. A prolactina, “gêmea” da ocitocina, já que são produzidas em conjunto, cria uma tonalidade emocional tendente a despertar comportamentos de cuidar dos outros, promovendo, assim, o comportamento maternal face ao feto, e, depois, ao recém-nascido.

1.1.1.2. Ensinar sobre desenvolvimento fetal

O período de gravidez visa o crescimento e o desenvolvimento fetal (DiPietro, Costigan & Voegtline, 2015). A compreensão sobre as capacidades do feto, em cada fase de desenvolvimento, pode influenciar a disposição da mãe e do pai para interagir com o feto e a interpretação das respostas à estimulação sensorial. Assim, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Compreender marcos do desenvolvimento fetal.
- Reconhecer as competências do feto, ao longo da gravidez.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar marcos do desenvolvimento fetal: O período da gravidez traz inúmeros desafios para a mãe, mas também para o feto, já que este experiencia um período muito relevante de crescimento e desenvolvimento:

- 1.º trimestre: O óvulo fertilizado mudará de um pequeno conjunto de células para um feto que está a começar a ter as características de um feto humano; no final destes primeiros três meses, os braços, mãos, dedos, pés e dedos das mãos estão totalmente formados, o feto começa a abrir e fechar as mãos e a boca; as unhas dos pés e das mãos estão a desenvolver-se e as orelhas estão formadas; os órgãos reprodutivos também se desenvolvem, mas ainda é difícil de distinguir o sexo do feto na ecografia.
- 2.º semestre: A partir das 16-20 semanas, os movimentos do feto já poderão ser percebidos pela mãe e à medida que o feto vai crescendo os movimentos tornam-se cada vez mais perceptíveis. Durante este trimestre, já se consegue ver o sexo do feto. Por volta das 24-28 semanas consegue ouvir e reage aos sons com movimentos ou aumentar/diminuir os batimentos cardíacos. É também nessa fase que o feto aprende os primeiros “reflexos” de sucção e deglutição. Por volta das 21 semanas, os reflexos naturais de deglutição permitem que o líquido amniótico seja deglutido, começando aqui a ter uma noção de paladar. Por volta de 28 semanas, devido à maturidade do SNC, apresenta ciclos de sono, incluindo o sono REM.
- 3.º trimestre: Os órgãos fetais continuam a desenvolver-se; ao longo deste trimestre vai acumulando reservas de gordura corporal; os movimentos fetais poderão ser mais intensos, já que tem mais força nos membros. O cérebro desenvolve-se rapidamente nesta fase. O feto pode ouvir,

tem reflexos coordenados e pode abrir e fechar os olhos, virar a cabeça, agarrar com firmeza e responder a sons, à luz e ao toque⁵.

1.1.1.3. Ensinar sobre estratégias de interação com o feto

O conhecimento sobre as competências do feto em cada fase do seu desenvolvimento contribuirá para uma adequada interação (Salehi et al., 2017). Durante a gravidez, o feto passa por um desenvolvimento motor e sensorial que lhe permite perceber e ser percebido, criar as primeiras memórias somáticas e estabelecer uma comunicação psicossomática precoce (Borsani et al., 2019). Assim, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Identificar momentos indicados para interagir(em) com o feto.
- Adotar atividades promotoras da interação, que simultaneamente promove, a estimulação sensorial do feto.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar benefícios da estimulação do feto: A estimulação pré-natal pode ser entendida como uma oportunidade de potenciar o processo de aprendizagem do recém-nascido e fortalecer o vínculo afetivo com a mãe e com o pai. Pelo conhecimento atual das neurociências, sabe-se hoje que as crianças começam a aprender antes mesmo de nascerem se tiverem uma adequada estimulação (Antonets & Kazakov, 2014). Os estímulos, além de promover o desenvolvimento fetal, potenciam o vínculo afetivo com quem a estimula. Um recém-nascido que recebeu estímulos enquanto feto dorme melhor, chora menos, é mais ativo, curioso e ao nascer tem uma melhor adaptação ao ambiente extrauterino. Estudos têm demonstrado que as mães e os pais envolvidos na estimulação pré-natal têm um vínculo afetivo mais intenso no pós-natal. Por isso, vale a pena o tempo dedicado à estimulação. Para além da promoção da afetividade, a estimulação fetal tem sido associada a vantagem para o desenvolvimento fetal, nomeadamente: maior probabilidade de temperamento fácil (Wang, Hua & Xu, 2015);

2) Explicar estratégias de estimulação sensorial do feto: Os estímulos devem ser executados de forma organizada e repetitiva, preferencialmente integrados nas rotinas diárias. As estratégias podem centrar-se na:

- a) Estimulação auditiva: O feto é capaz de ouvir os sons graves desde as semanas 19-20 e por volta das semanas 23-25, o feto desenvolve a capacidade de escuta ativa e mostra preferências sonoras (Partanen et al., 2016; Valiani & HadiAlijanvand, 2021). A estimulação intencional pode ser

⁵ Todas estas respostas guardam relação estreita como desenvolvimento do sistema nervoso. O desenvolvimento do sistema nervoso humano é um processo complexo que define a estrutura para a cognição, o comportamento e as emoções para o resto da vida. A arquitetura geral do cérebro humano é alcançada durante os primeiros seis meses de vida fetal, impulsionada por fortes influências genéticas (Vasung et al., 2019). Essas influências genéticas são silenciadas durante o terceiro trimestre, deixando os fatores ambientais influenciar as últimas fases do desenvolvimento cerebral pré-natal e pós-natal inicial. Para compreender o desenvolvimento do cérebro do feto, é importante compreender as diferentes partes do cérebro do recém-nascido. No geral, existem cinco regiões diferentes do cérebro: o cérebro, cerebelo, tronco encefálico, glândula pituitária e hipotálamo. O cérebro é responsável por pensamentos, sentimentos e memórias. Inclui o córtex cerebral, os lobos frontal e temporal. O cerebelo é responsável pelo controlo motor, enquanto o tronco cerebral é a parte que controla as funções vitais do recém-nascido, incluindo frequência cardíaca, respiração e pressão arterial. A hipófise é a glândula do tamanho de uma "ervilha" que liberta hormonas no corpo do recém-nascido. Essas hormonas são responsáveis pelo crescimento e metabolismo. E o hipotálamo é responsável pela temperatura corporal, fome, sede, sono e emoções. Embora essas partes do cérebro se desenvolvam a um ritmo rápido *in utero*, ainda há desenvolvimento substancial que decorrerá após o nascimento.

feita a partir das 24 semanas de gestação, pois é a partir desta fase que o feto começa a ouvir/reagir aos sons. Poder-se-ão usar estratégias como:

- Voz humana: Falar com o feto, contando-lhe todas as atividades que estão a acontecer; contar histórias; ou ler um livro ou poesia em voz alta (Salehi et al., 2017)⁶. Os recém-nascidos que ouviram a mãe contar uma história nas últimas seis semanas de gravidez reconheceram a mesma história e tinham preferência pela história que já conheciam (DeCasper & Spence, 1986). Os recém-nascidos também preferem a língua da sua mãe em comparação com outra língua (Moon, Cooper & Fifer, 1993). Por isso, poder-se-á falar e ler nas duas, ou mais, línguas que o recém-nascido irá aprender quando crescer, para que ele seja exposto a diferentes línguas antes do nascimento. Escolher livros que utilizem rimas e ler os mesmos livros indefinidamente, porque a repetição pode estimular o desenvolvimento cognitivo e as habilidades de linguagem (Moon, Cooper & Fifer, 1993). Ler, falar e cantar para o feto permitirá que ele conheça a voz de quem o faz ainda antes de nascer (Fifer & Moon, 1994). Os recém-nascidos acham a voz da mãe e do pai agradável de ouvir e todas as conversas com o feto durante o último trimestre são benéficas para o desenvolvimento da linguagem e ajudam a reduzir os níveis de estresse (Fifer & Moon, 1994). O pai (e os irmãos) também pode falar com o feto, permitindo que reconheça os padrões e a entonação das suas vozes. A voz da mãe soará mais alta para o feto.
- Música: Poderá acompanhar qualquer atividade que seja realizada; será mais adequada uma música suave, clássica⁷ ou instrumental pela similitude com o bater do coração da mãe (os sons de baixa frequência atravessam o líquido amniótico melhor do que os sons de alta frequência); a exposição precoce à música é benéfica para os estados comportamentais do feto podendo ser usada no período de recém-nascido para o acalmar⁸;

⁶ O estudo de Marx & Nagy (2015) objetivou medir as respostas comportamentais fetais em reação à voz materna e ao toque do abdômen materno em comparação a uma condição controlo, utilizando ultrassonografia 3D em tempo real (4D). Como resultados, os autores verificaram que os fetos exibiam mais movimentos dos braços, cabeça e boca quando a mãe tocava o seu próprio abdômen (estimulava) e diminuíam os movimentos dos braços e da cabeça com a voz materna (acalmava).

⁷ Orientação para estimulação pré-natal táctil e auditiva (Valiani & HadiAlijanvand, 2021):

1. Duas vezes por dia, durante 10 minutos, de manhã e à noite.
2. De manhã, com música de Mozart:
 - a. Ajustar o volume do altifalante para a faixa média e colocassem o leitor de música a uma distância de 20 cm do útero;
 - b. Ligar o leitor de música e colocar as mãos no útero em uma posição relaxada;
 - c. Mover suavemente as mãos sobre o abdômen e tocar a área onde o feto começava a mexer.
3. De noite, conversar ou ler:
 - a. Sentar-se confortavelmente, na posição Fowler ou lateral;
 - b. Conversar com ele/ler em voz alta e calma por 10 minutos;
 tocar o útero e o feto e, sempre que começar a mexer, acariciar o abdômen suavemente.

⁸ Wulff et al. (2021) desenvolveram um estudo experimental prospetivo com o objetivo de investigar se uma intervenção pré-natal centrada no uso de música e canto poderia melhorar o bem-estar materno e a ligação mãe-filho, no qual participaram um total de 172 mulheres grávidas, organizadas em três grupos – música, canto e grupo de controlo. Os autores verificaram que ambas as intervenções mostraram efeitos positivos no estado emocional, estresse (cortisol) e vínculo (ocitocina). Além disso, o grupo de canto apresentou uma redução maior no cortisol do que o grupo de música. Observando os efeitos mais prolongados, foram encontrados efeitos significativos sobre a autoeficácia geral e a percepção de proximidade com o feto (medido com uma escala visual analógica). Face aos resultados, os autores concluíram que surgiram efeitos crescentes da música e, em particular, do canto sobre o bem-estar materno e a percepção de proximidade afetiva com o feto. O uso de música e o canto podem ser uma ação fácil de implementar e eficaz para melhorar o humor e o bem-estar da grávida e promover o vínculo afetivo mãe-filho.

b) Estimulação tátil: Tocar o abdômen ao longo do dia é uma forma de “tocar”⁹ no feto. A partir da 24.^a semana de gestação até o parto, a estimulação tátil deverá ser realizada durante 5 a 10 minutos, uma ou duas vezes ao dia, em horário fixo (Wang, Hua & Xu, 2015)¹⁰. Poder-se-ão usar estratégias como¹¹:

- acariciar suavemente a barriga ou ao ritmo da música com batidas suaves, com diferentes intensidades e em movimentos circulares;
- aproveitar a rotina de hidratação da pele para estimular o feto com movimentos circulares sobre o abdômen para espalhar o creme; tocar com a ponta dos dedos em diferentes pontos do abdômen;
- fazer ligeira pressão na zona do abdômen em que se sente o movimento do feto, sempre que se mover;
- usar diferentes estratégias para tocar no abdômen, como dar palmadinhas, acariciar, esfregar ou aplicar água do chuveiro.

⁹ As células que dão origem à pele provêm da mesma camada embrionária da qual se forma o sistema nervoso central, ou seja, da ectoderme. A pele é um órgão complexo que tem como principais funções a proteção dos órgãos internos, facilitação da regulação térmica, tendo propriedades de bloqueio e equilíbrio hidrolítico. Para além disso, esta é constituída por terminações nervosas conectadas ao sistema nervoso central, o qual transmite informação e do qual recebe ordens, estando sensível a estímulos tácteis. Verifica-se a presença desta sensibilidade cutânea por volta da 7.^a semana de gravidez, na fase embrionária, quando os primeiros nociceptores surgem ao redor da boca, sendo que na 20.^a semana de gravidez estes já estão presentes em toda a superfície corporal. A difusão da sensação cutânea precede e é coincidente com o desenvolvimento das sinapses entre as fibras sensitivas aferentes e os neurónios receptores do corno posterior da medula espinal. Concomitantemente, com o desenvolvimento das sinapses surge, então, o início do movimento dos membros, tronco e coluna vertebral, e o primeiro reflexo motor (inclinação da cabeça após o toque na região perioral). Na 9.^a semana de gravidez, o queixo, as pálpebras e os braços estão sensíveis ao toque, e na 12.^a semana, quase toda a superfície corporal adquire esta sensibilidade, com exceção da zona parietal e occipital do crânio. Nesta fase, o feto apresenta sensibilidade nas palmas das mãos, na planta dos pés e em todo o rosto. As sensações tácteis são geradas em toda a superfície corporal do feto, geralmente, através do movimento do lanugo e em contacto com o ambiente em que está inserido, nomeadamente com o líquido amniótico, a placenta, o cordão umbilical e até a própria superfície uterina.

¹⁰ Wang, Hua & Xu (2015) desenvolveram um estudo de coorte retrospectivo cujo objetivo foi avaliar o efeito da estimulação tátil suave no feto no seu temperamento, aos 3 meses após o nascimento. Participaram no estudo 302 díades mãe-recém-nascido, sendo que 76 realizaram estimulação tátil suave regularmente no feto durante a gravidez. Dos resultados, os autores verificaram uma diferença significativa no tipo de temperamento aos 3 meses de idade, sendo que no grupo que realizou a estimulação tátil regularmente observou-se que os recém-nascidos com temperamento do tipo fácil representaram 73,7%, o que foi maior do que no grupo de estimulação irregular (53,2%, $p = 0,012$) e que no grupo de controlo (42,1%, $p < 0,001$). A conclusão apresentada pelos autores foi que a estimulação tátil suave e regular no feto pode promover a formação de um temperamento do tipo fácil.

¹¹ A estimulação da criança através do toque tem efeito sobre as suas capacidades de percepção e cognição, podendo influenciar parâmetros fisiológicos, como a respiração e a circulação. O toque no abdômen materno é uma forma de estímulo indireto sobre a criança pois, ao aplicar pressão ocorre movimentação do líquido amniótico, resultando na estimulação cutânea do feto. O estudo desenvolvido por Marx e Nagy, no Reino Unido, em 2015, teve como objetivo perceber as respostas comportamentais do feto a estímulos externos, nomeadamente à voz e toque abdominal realizada pela mãe, tendo em conta a idade gestacional. Os autores definiram como critérios de inclusão: mulheres grávidas, de apenas uma criança, com ausência de problemas de saúde e obstétricos, que não consumissem bebidas alcoólicas, tabaco ou outras drogas durante a gravidez e que tivessem feito o exame ecográfico às 20 semanas para assegurar a saúde do feto. Tendo em conta estes critérios, selecionaram 23 mulheres, entre os 18 e os 35 anos, que se encontravam entre a 21.^a e a 33.^a semana de gravidez. A experiência consistia em avaliar, através de ecografia, contabilizando os movimentos fetais – dos braços, cabeça e boca – em resposta à voz materna, ao toque abdominal e, como grupo de controlo, à ausência de estímulo. Os resultados apresentados mostram que o feto tem mais movimentos de mãos, cabeça e boca quando a mãe toca no abdômen do que quando escuta a voz materna ou não é estimulado e que, à medida que o feto se desenvolve, estas respostas tornam-se mais evidentes, sugerindo assim, que o toque da mãe é um estímulo poderoso. Também se observou uma mudança comportamental no feto, associado ao seu desenvolvimento: independentemente da condição experimental em que se inseriam, isto é, os fetos, no 3.^o trimestre, demonstravam mais *autotouque*, ou seja, as suas mãos tocavam mais no seu próprio corpo, comparativamente aos fetos no 2.^o trimestre. Este aumento do toque no próprio corpo pode dever-se ao aumento da sensibilidade tátil da pele, associada ao desenvolvimento, traduzindo que, assim como os recém-nascidos, os fetos também procuram estimulação propriocetiva. Outro estudo, realizado pelos mesmos autores, em 2017, que teve como objetivo examinar as diferentes respostas do feto ao toque no abdômen materno, tendo em conta a familiaridade e a fonte do mesmo. A amostra do estudo inclui 28 mulheres, dos 18 aos 35 anos, grávidas apenas de uma criança, com IMC dentro do padrão recomendado, sem historial de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco ou outras drogas durante a gravidez e sem complicações na gravidez ou no desenvolvimento fetal. Avaliou-se, através da ecografia, o comportamento fetal ao toque abdominal feito pela mãe, pelo pai e por um desconhecido. O grupo de controlo não recebeu qualquer estímulo. Com isto, verificou-se que os fetos, principalmente os que se encontravam no 3.^o trimestre, se comportavam de forma diferente aquando do toque abdominal, comparativamente à ausência de toque. Os fetos sujeitos ao estímulo tendiam a tocar na parede uterina e que este toque foi mais frequente e mais prolongado quando o toque abdominal era feito pela mãe.

- c) Estimulação cinestésica: Ajuda a desenvolver a percepção do espaço e do movimento usando diferentes posições e movimentos corporais da mãe. Esta estimulação pode ser conseguida através de: 1) sentar-se em uma cadeira de balanço e balançar suavemente com um ritmo definido (enquanto canta ou lê uma história); 2) na piscina, flutuar na água, enquanto se move suavemente sem ficar submersa; e/ou, 3) dançar todos os dias (ao som de uma música – dependendo do tipo de música, do ritmo e da velocidade, o feto pode-se sentir mais relaxado ou mais estimulado).
- d) Estimulação visual: Poder-se-á estimular a visão do feto através de: 1) brincar com luzes, por exemplo, com uma lanterna e um papel colorido, movendo a luz da esquerda para a direita, e vice-versa, sobre o abdômen; e/ou, 2) expor o abdômen diretamente à luz solar por 5 minutos, no 3.º trimestre.
- e) Estimulação do olfato e do paladar: Às 28 semanas, o sistema olfativo e gustativo está bem desenvolvido e os fetos têm a capacidade de cheirar e saborear. Os cheiros e sabores são transportados pelo líquido amniótico, que os fetos percebem através dos movimentos da boca e deglutição (Schaal, Marlier & Soussignan, 2000). Ingerir alimentos com diferentes paladares durante a gravidez, especialmente no 3.º trimestre, é uma forma de estimular os diferentes tipos de sabores no líquido amniótico (como por exemplo, alho, cenoura, anis, etc.).

3) Explicar a importância do tempo dedicado a sentir os movimentos fetais¹²: Os movimentos do feto constituem uma forma de interação determinada pelo próprio feto. Muitas grávidas sentem-se mais motivadas e envolvidas na gravidez (vivência psicológica mais positiva e saudável) perante o aumento dos movimentos fetais e da própria “barriga”. Aliás, muitas grávidas atribuem uma personalidade ao feto, a partir do significado atribuído ao padrão de movimentos, acariciando-o e estimulando-o, tentando assim obter alguma resposta às suas ações (Masera, Martín & Pavón, 2011)¹³.

¹² O padrão de comportamento fetal modifica-se à medida que o seu sistema nervoso amadurece, refletindo-se na complexidade do desenvolvimento sensorial-motor, cognitivo, afetivo e comportamental (Filho et al., 2013). De acordo com a revisão de vários estudos, Filho et al. (2013) apresentam uma síntese da evolução dos primeiros movimentos fetais ao longo da gravidez, relacionando-os com a maturação do sistema nervoso. Os autores referem que os primeiros movimentos espontâneos ocorrem entre a 7.ª/8.ª semana coincidindo com a formação das primeiras sinapses e atividade elétrica cerebral. Os primeiros movimentos são reflexos e indicam um número de sinapses ainda muito limitado nessa fase. As mãos iniciam sua atividade reflexa por volta da 10.ª semana, enquanto os membros inferiores iniciam sua participação nesses reflexos por volta da 14.ª semana. O número de sinapses aumenta significativamente entre a 13.ª/15.ª semana, e em torno da 15.ª semana, cerca de 15 diferentes movimentos fetais podem ser observados. Apenas no final desse período, um número considerável de sinapses aparece precedendo o córtex cerebral, criando a base para o início da atividade elétrica cortical, observada na 19.ª semana. Na 29.ª semana, é estabelecida a conexão funcional entre sistema nervoso periférico e o córtex. O número de movimentos espontâneos tende a aumentar até a 32.ª semana de gravidez. Uma redução a partir desta altura é considerada resultado do processo de maturação cerebral, bem como uma consequência da redução fisiológica do volume de líquido amniótico. Simultaneamente à redução do número de movimentos generalizados, pode ser observado um aumento no número de movimentos faciais, incluindo abertura/fechamento da mandíbula e mastigar e deglutir. Esse padrão é considerado um reflexo do desenvolvimento neurológico normal do feto. O sono REM e o sono não REM começam a manifestar-se entre a 33.ª/35.ª semanas de gravidez, indicando que a conexão dos neurónios da área córtico-talâmica e do tronco cerebral começa a funcionar neste período.

¹³ Na meta-análise desenvolvida por Abasi et al. (2021), cujo objetivo foi avaliar o efeito de intervenções pré-natais na promoção da ligação mãe/pai-filho, foi verificado que a contagem dos movimentos fetais não parece ser eficaz em aumentar a intensidade da ligação mãe/pai-filho por si só. Porém, quando associada a outros comportamentos afetivos, como tocar a barriga, falar com o feto imaginar a aparência fetal tem efeitos positivos na intensidade do vínculo materno-fetal. Todavia, as melhores intervenções para melhorar o vínculo materno-fetal podem ser combinações implementadas na forma de informação sobre temáticas relacionadas com o feto/recém-nascido.

4) Explicar padrão de sono/atividade fetal: O que se sabe sobre os primeiros hábitos de sono no feto resulta da observação dos movimentos oculares, corporais e respiratórios (ecografia) e ritmo cardíaco¹⁴. Até às 30-32 semanas é difícil estabelecer comportamentos de sono/atividade específicos, mas parece que o feto dorme 90 a 95% do tempo (Mirmiran et al., 2003; Poblano, Haro & Arteaga, 2007). Por volta das 30-32 semanas, o feto começa a desenvolver padrões organizados de sono e vigília, compostos por quatro estados distintos de sono profundo a vigília (Bennet, Walker & Horne, 2018)¹⁵. A posição da mãe para dormir interfere no sono do feto, sendo que um comportamento de vigília ativa (FC elevada e irregular, movimentos corporais contínuos, com movimentos oculares) é característico quando a mãe está em uma posição lateral. Também a hora do dia influencia o comportamento fetal, sendo que o comportamento de vigília ativa é mais comum entre as 21h e a 1h do que entre a 1h e as 7h (Stone et al., 2017).

1.1.1.4. Ensinar sobre contacto pele com pele

Mudanças na prática clínica encorajam o contacto pele com pele contínuo e ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido, começando imediatamente após o nascimento e continuando até à primeira mamada. Durante este tempo, o recém-nascido coordena os cinco sentidos – visão, audição, olfato, paladar e tacto. Recém-nascidos de termo colocados em contacto pele com pele com a mãe têm um comportamento inato que se desenvolve ao longo da primeira hora, ou mais, após o nascimento. Este comportamento instintivo pode ser visto como um processo que ocorre ao longo de 9 estádios, progredindo desde um choro de nascimento (estádio 1), passando por relaxamento (estádio 2), despertar (estádio 3), atividade (estádio 4), descanso (estádio 5), rastejar (estádio 6), familiarização com o mamilo (estádio 7), até sugar (mamada) (estádio 8) e dormir (estádio 9) (Widström et al., 2020). Os comportamentos do recém-nascido durante esta primeira hora seguem um caminho semelhante ao repertório motor pré-natal do feto

¹⁴ O feto a partir das 8-12 semanas tem um amplo repertório de movimentos espontâneos. Os movimentos fetais são episódicos, ou seja, os ciclos de atividade são intercalados com períodos de quietude. Os estados de sono-vigília são reconhecidos quando as estruturas do sistema nervoso apresentam a maturidade necessária para a sincronização da atividade motora com mudanças na frequência cardíaca e nos movimentos dos olhos. Esta capacidade é considerada um marco no desenvolvimento do sistema nervoso central do feto (Peirano, Algarín & Uauy, 2003). De acordo com Mirmiran, Maas e Ariagno (2003), a origem do sono e do desenvolvimento dos ritmos circadianos é encontrada durante o período fetal. Tanto o sono quieto (NREM) quanto o ativo (REM) são distinguíveis durante as últimas 10 semanas de gravidez. O ritmo circadiano da frequência cardíaca fetal sincronizada com a atividade de repouso materna, frequência cardíaca, cortisol, melatonina e ritmos da temperatura corporal estão presentes durante as últimas 10 semanas de gravidez. Embora influenciado pela mãe, o ritmo circadiano no pré-natal torna-se ultradiano ao nascimento. Um feto passa a maior parte do tempo a dormir, com a função provavelmente semelhante à do adulto, onde se pensa que desempenha um papel na consolidação de memórias e experiências. No estudo de desenvolvido por Suwanrath e Suntharasaj (2010), cujo objetivo foi estudar os intervalos normais dos ciclos de sono-vigília em fetos normais, os autores analisaram 600 traçados de frequência cardíaca fetal (FCF) de gestações únicas sem complicações, com idade gestacional entre 30 e 40 semanas com registo de uma hora. Dos resultados, verificou-se que a FCF média da linha de base foi de 141,6 ($\pm 7,6$) batimentos/min. A duração média do tempo gasto num estado sem atividade foi de 15,7 min ($\pm 0,53,2$) na hora de traçado analisada. Os estados sem atividade e ativo foram estabelecidos em 84% dos casos. O número de acelerações da FCF por hora num estado ativo aumentou com o avanço da idade gestacional, enquanto o FCF basal diminuiu gradualmente.

¹⁵ De acordo com Bennet, Walker e Horne (2018), a partir das 32 semanas, o comportamento do feto pode ser categorizado em quatro estádios comportamentais: 1) 1F – Sono calmo (FC baixa e regular, movimentos corporais pouco frequentes, sem movimentos oculares); 2) 2F – Sono ativo (FC regular, movimentos corporais periódicos e frequentes, movimentos oculares); 3) 3F – Vigília calma (FC elevada e regular, sem movimentos corporais, com movimentos oculares); e, 4) 4F – Vigília ativa (FC elevada e irregular, movimentos corporais contínuos, com movimentos oculares). Com a maturação, o feto passa a maior parte do tempo (aproximadamente 90%) em 1F e 2F com muito pouco tempo gasto em 3F e 4F. No final da gravidez, o feto alterna entre 1F e 2F num ciclo de 70-90 minutos. A frequência cardíaca fetal é a primeira variável a mudar durante a transição entre 1F para 2F entre as 28 e as 39 semanas, e a última a mudar durante as transições 2F para 1F entre as 32 e as 39 semanas. De acordo com os estudos analisados, os autores referem que os padrões comportamentais são influenciados por uma série de fatores fisiológicos e patológicos, incluindo crescimento fetal, administração materna de glucocorticóides, ritmos circadianos, consumo de álcool pela mãe e condições clínicas, como, por exemplo, a diabetes. O ritmo 4F são mais comuns entre as 21:00h e a 1:00h. O sono do feto não segue um ritmo circadiano ou ultradiano bem estabelecido. Durante a fase fetal, os padrões de sono ainda estão em desenvolvimento e são influenciados por uma variedade de fatores, como o estado de maturidade do sistema nervoso central, o crescimento e desenvolvimento físico do feto, bem como influências do ambiente uterino.

(Einspieler, Marschik & Prechtel, 2008). Alguns autores sugerem que a primeira metade da gravidez oferece um período de aprendizagem de desenvolvimento para a maioria dos padrões de movimento fetal, e que esses padrões aprendidos continuam durante a segunda metade da gravidez e após o nascimento (Einspieler, Marschik & Prechtel, 2008). A sequência de comportamentos do recém-nascido reflete a ordem dos padrões motores aprendidos enquanto feto e, por isso, vários autores defendem que os 9 estádios podem ser uma *performance* de comportamento aprendido previamente durante o período intrauterino. Seguir esse padrão, desde o útero até a primeira hora após o nascimento, oferece benefícios a longo prazo para o recém-nascido e também para a mãe¹⁶. Assim, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Reconhecer os benefícios do contacto pele com pele entre mãe e recém-nascido, logo após o parto.
- (Se a mãe não puder) Reconhecer os benefícios do contacto pele com pele entre o recém-nascido e o pai, logo que possível.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o comportamento do recém-nascido durante o contacto pele com pele: Logo após o nascimento, o recém-nascido é colocado sobre o peito da mãe, pele com pele. A posição e o estímulo do contacto direto com a pele da mãe ativa o comportamento instintivo, que progride de um choro associado à expansão pulmonar, passando por relaxamento, despertar, atividade, descanso, rastejar, familiarização com o mamilo, até sugar (mamada) e dormir (Widström et al., 2020). A memória dos sentidos *in utero* guiará a primeira experiência de mamar. Ao passar por esse processo de 9 etapas durante a primeira hora, o recém-nascido coordena as ações e os órgãos dos sentidos para alcançar o mamilo e iniciar a mamada com sucesso. O recém-nascido usa todos os cinco sentidos¹⁷ durante a primeira hora após o nascimento,

¹⁶ Os comportamentos do recém-nascido no período pós-natal imediato, conforme descritos nos 9 estádios de Widström, e os movimentos intrauterinos do feto em função da idade gestacional (Widström et al., 2020).

	Padrão de comportamento do recém-nascido (minutos em média) *	Padrão de comportamento fetal (idade gestacional)
Estádio 1 – Choro ao nascimento	Reflexo de Moro (Imediatamente após o nascimento)	Reflexo de Sobressalto (Semana 9-10)
Estádio 2 – Relaxamento	Pausa após exposição a altos níveis de catecolaminas (Após o choro do nascimento)	N/A
Estádio 3 – Despertar	Pequenos movimentos corporais (2,5 minutos)	Movimentos gerais, lentos, com uma sequência complexa (Semana 9-10)
Estádio 4 – Atividade	Movimentos corporais maiores (8 minutos)	Movimentos gerais continuam (Semana 9+ até 10+)
Estádio 5 – Descanso	Intercalado entre períodos de atividade ao longo da primeira hora	Repouso entre as atividades
Estádio 6 – Rastejar	Reflexo de passo para rastejar (36 minutos)	Movimentos isolados e coordenados das pernas (Semana 11)
Estádio 7 – Familiarização	Coordenação de olfato, visão, mãos e boca (43 minutos)	Movimentos coordenados da cabeça e das mãos (Semana 11+)
Estádio 8 – Sucção	Sucção (62 minutos)	Movimentos de sucção e deglutição (Semana 12+)
Estádio 9 – Sono	Um sono profundo e repousante (90 minutos)	Padrões de sono observados (Semana 30+)

Fonte: Adaptado de Widström et al. (2020, p. 2)

¹⁷ O recém-nascido usa os órgãos dos sentidos para explorar a mãe. Olfato e paladar: o sabor e o odor do mamilo da mãe correlacionam-se com o paladar e o cheiro do líquido amniótico. É o cheiro da secreção da glândula de Montgomery e o calor emanado pela aréola que atrai o recém-nascido para o mamilo. Visão: olha para o mamilo e para a mãe. Audição: o recém-nascido reage à voz da mãe, olhando em direção à voz da mãe. Muitos autores teorizam que quando o recém-nascido faz conexão entre a voz da mãe e a imagem visual do seu rosto, a troca de olhares que daí resulta é algo que ambos não esquecem.

não apenas o toque e o movimento, para alcançar a mama e sugar. Esses sentidos foram desenvolvidos na vida intrauterina e estão totalmente desenvolvidos no nascimento. Uma infinidade de comportamentos relacionados com os órgãos dos sentidos, incluindo olhar para a mãe e para o mamilo, ouvir a voz da mãe, saborear o mamilo e a aréola, levar a mão à boca, cheirar o odor da aréola e mover o corpo, todos são incorporados e coordenados com a experiência enquanto feto. A capacidade do recém-nascido de se concentrar, de coordenar os sentidos, num padrão específico de comportamento, ilustra as influências cooperativas entre o recém-nascido e a mãe durante esse período complexo. A memória da experiência de exploração e a primeira mamada logo após o nascimento é favorecida pelo alto nível de catecolaminas resultantes do período expulsivo. O recém-nascido está preparado para encontrar a mama, iniciar a mamada e, com isso, libertar a ocitocina necessária para contribuir para as contrações uterinas pós-parto (Widström et al., 2020). Para além disso, o contacto pele com pele permite que o recém-nascido reconheça e distinga o odor de leite da sua própria mãe (Mizuno et al., 2004)¹⁸. Estão criadas as condições para que o recém-nascido reconheça inclusivamente o cheiro da sua própria mãe em relação ao cheiro de outras mulheres¹⁹.

2) Explicar a relação entre o processo neuro-hormonal e os comportamentos de ligação: O pós-parto, é o período em que a mãe conhece fisicamente o filho. O período sensível do pós-parto imediato é, para muitas mulheres, um período biologicamente determinado para criar laços afetivos. Durante o parto, o processo físico é potenciado por hormonas, que se conjugam para que a mãe e o filho se encontrem num perfil hormonal especial para se “apaixonarem”. Os níveis mais elevados de ocitocina não ocorrem durante a gravidez. De facto, os níveis de ocitocina aumentam na fase ativa do trabalho de parto e atinge os níveis mais elevados nos primeiros 15 minutos após o parto (Buckley, 2015; Bonapace et al., 2018; Uvnäs-Moberg et al., 2019). O propósito deste perfil hormonal é criar condições psiconeuroendócrinas favoráveis para os comportamentos maternos. Estas condições são

¹⁸ O estudo experimental realizado por Mizuno et al. (2004) visou determinar os efeitos do contacto pele com pele entre mãe-recém-nascido imediatamente após o parto no reconhecimento pelo recém-nascido do odor de leite da sua própria mãe e na duração da amamentação até 1 ano de idade. Foram incluídos no estudo sessenta recém-nascidos saudáveis e a termo, aleatoriamente designados para o grupo experimental, com contacto pele com pele, e o grupo controlo, sem contacto pele com pele. Um e quatro dias após o nascimento, observaram-se as respostas do recém-nascido aos seguintes estímulos odoríferos: leite materno da própria mãe, leite de outra mãe, fórmula infantil, sumo de laranja e água destilada. As ações faciais do recém-nascido foram gravadas em vídeo e a frequência dos movimentos de sucção foi avaliada para cada estímulo. A avaliação nutricional, com foco especial na amamentação, foi realizada a cada 3 meses nos bebês participantes. Dos resultados, os autores verificaram que os recém-nascidos em ambos os grupos responderam de maneira diferente ao odor do leite humano (seja o da própria mãe ou o de outra mãe) em comparação com os outros estímulos nos dias 1 e 4. No entanto, os recém-nascidos do grupo de contacto pele com pele demonstraram uma diferença maior nos movimentos de boca entre o odor do leite da própria mãe e do odor do leite de outra mãe aos 4 dias de idade (2,6 +/- 1,6) em comparação com os recém-nascidos do grupo sem contacto pele com pele (0,9 +/- 2,0, p = 0,01). Os recém-nascidos do grupo experimental foram amamentados em média 1,9 mês a mais do que os outros. Face a estes resultados, os autores concluíram que o contacto pele com pele mãe-recém-nascido por mais de 50 minutos imediatamente após o nascimento resulta em maior reconhecimento do odor do leite materno pelo recém-nascido e maior duração do período de amamentação.

¹⁹ Em 1975, Macfarlane foi pioneiro no estudo sobre a capacidade de resposta do recém-nascido ao odor da mama da própria mãe. O estudo experimental que desenvolveu, consistiu em apresentar simultaneamente uma almofada odorífera da mama e uma almofada de controlo inodora a recém-nascidos de 2 a 7 dias, registando a duração da orientação da cabeça em relação a cada um desses estímulos. Como resultado, o autor verificou que os recém-nascidos discriminaram entre esses dois estímulos, virando a cabeça por mais tempo em direção à almofada com cheiro da mama da mãe do que para o controlo. Esta abordagem foi adotada e refinada por outros investigadores, para avaliar as respostas do recém-nascidos a vários estímulos, incluindo o leite. Assim, numa série de outros estudos, verificou-se que recém-nascidos de 2 dias apresentavam respostas não aleatórias aos odores do colostro e leite. Os recém-nascidos viraram a cabeça por mais tempo para um estímulo com 20 gotas do colostro da sua própria mãe em comparação com um controlo inodoro. Da mesma forma, recém-nascidos de 4 dias orientaram-se por mais tempo e mostraram movimentos mais prolongados de sucção para um estímulo com 20 gotas do leite da sua mãe em comparação com um controlo inodoro. Isto também ocorreu quando o controlo foi substituído por um estímulo com 20 gotas de leite de outra mulher. Estes resultados implicam, em primeiro lugar, que os odores do colostro e do leite são detetados por recém-nascidos de 2 a 4 dias; em segundo lugar, que esses odores provocam uma resposta de orientação e de sucção; e em terceiro lugar, que os recém-nascidos de 4 dias reconhecem o odor do leite da sua própria mãe em relação a leite de outras mulheres.

conseguidas, no seu máximo, num parto fisiológico, no qual há em circulação a ocitocina natural produzida pela mãe durante o parto (Buckley, 2015; Uvnäs-Moberg et al., 2019)²⁰. As hormonas produzidas pela mãe passam para o feto durante o parto e influenciam o comportamento do recém-nascido.

1.1.1.5. Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

As primeiras impressões e as expectativas resultantes são provavelmente influenciadas por características visíveis, como a aparência, expressão, certas características temperamentais e sexo (Hart, 1996). Os recém-nascidos tem características peculiares, a maioria das quais são temporárias. E porque a “beleza” também está nos olhos de quem olha, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

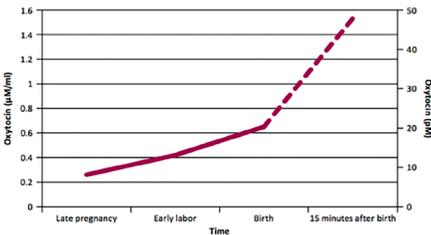
- Ajustar as expectativas em relação à aparência esperada de um recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar possíveis reações face ao primeiro contacto com o recém-nascido: Às vezes, o vínculo é imediato – a mãe e o pai “apaixonam-se” ao primeiro olhar; outras vezes, não. Estudos revelam que cerca de 1/3 das novas mães e pais não sentem nenhum vínculo emocional especial com o recém-nascido nas horas seguintes ao parto, levando, por vezes, semanas ou até meses para sentir afetividade plena (NCT, 2016).

2) Explicar características físicas de um recém-nascido: Após longos meses de espera, o filho que têm nos braços poderá não ser exatamente o recém-nascido de bochechas rechonchudas e pele

²⁰ Níveis de ocitocina no final da gravidez, no início do trabalho de parto, no parto e após o parto (Buckley, 2015, p. 36).



A revisão sistemática desenvolvida por Uvnäs-Moberg et al. (2019), teve como objetivo foi analisar os níveis plasmáticos maternos de ocitocina durante o parto fisiológico e em resposta a administração de ocitocina sintética. As autoras verificaram que:

- Numa gravidez/parto espontâneos (sem administração de ocitocina sintética durante o parto): os níveis basais de ocitocina aumentaram 3-4 vezes durante a gravidez. Picos de ocitocina ocorreram com frequência, duração e amplitude crescentes, desde o final da gravidez até o parto, atingindo um máximo de 3 picos/10 min no final do trabalho de parto. Houve um aumento máximo de 3 a 4 vezes nos níveis de ocitocina no parto. Picos de ocitocina também ocorreram associados à expulsão da placenta. Os picos de ocitocina durante o trabalho de parto não se correlacionaram com o tempo com as contrações uterinas individuais, sugerindo mecanismos adicionais no controlo das contrações. Os níveis de ocitocina também aumentaram no líquido cefalorraquidiano durante o trabalho de parto, indicando que a ocitocina é libertada no cérebro, bem como na circulação. A ocitocina libertada no cérebro induz efeitos adaptativos benéficos durante o parto e pós-parto.
- Com ocitocina administrada durante o parto: Os níveis de ocitocina após a administração de ocitocina sintética até 10 mU/min foram semelhantes aos níveis de ocitocina no trabalho de parto fisiológico. Os níveis de ocitocina elevavam em resposta à duplicação da taxa de infusão de ocitocina sintética. A ocitocina na circulação estimula as contrações uterinas e a ocitocina libertada no cérebro influencia a fisiologia e o comportamento maternos durante o parto. A ocitocina administrada por perfusão não atravessa o cérebro da mãe devido à barreira hematoencefálica e não influencia a função cerebral da mesma forma que a ocitocina durante o parto fisiológico.

rosada que idealizaram. Um olhar mais atento pode mesmo descobrir pequenas manchas ou deformidades. Todas estas “imperfeições” podem corresponder a achados comuns e desaparecerem sem deixar sequelas.

- a) A cabeça: O crânio não está totalmente ossificado, de modo a poder moldar-se durante a passagem pelo canal do parto sem provocar lesões; como resultado, a cabeça pode parecer deformada, mas não afeta o cérebro e o formato acaba por normalizar espontaneamente durante os primeiros dias. A fontanela anterior, também chamada “moleirinha”, que se situa na parte mais alta da cabeça, tem formato de diamante e é coberta por uma fina camada fibrosa – permite o crescimento rápido do cérebro, pode pulsar a cada batimento cardíaco e encerra entre os 12 e os 18 meses. Os recém-nascidos podem nascer com muito cabelo ou completamente carecas. Trata-se, no entanto, de cabelo temporário, e pode cair por volta de um mês de idade. Em alguns recém-nascidos, o cabelo vai caindo à medida que o cabelo permanente vai crescendo, enquanto noutros cai completamente até o recém-nascido ficar careca e cresce novo cabelo. De salientar que a cor do cabelo do recém-nascido à nascença não quer dizer que seja a cor definitiva.
- b) O rosto: Logo após o nascimento, a maioria dos recém-nascidos apresenta rosto globalmente edemaciado. À medida que os líquidos vão sendo eliminados, vai adquirindo os traços definitivos. Também os olhos poderão estar edemaciados, o que dificulta a sua abertura nas primeiras horas. Quando abre os olhos pode ser observado estrabismo fisiológico, que regride espontaneamente. O nariz pode encontrar-se deformado – achatado ou torto, pela passagem pelo canal de parto. Voltará ao normal por volta de uma semana de idade. As orelhas são macias e maleáveis, até que a cartilagem começar a endurecer. É comum os recém-nascidos nascerem com os olhos acinzentados. A definição da cor dos olhos costuma ocorrer até os seis meses de idade.
- c) O tronco: As mamas poderão apresentar-se ligeiramente edemaciadas durante a primeira semana de vida, independentemente do sexo; esta situação ocorre pela passagem de hormonas femininas através da placenta. As mesmas hormonas podem também provocar edema nos genitais. Ambas as situações regridem espontaneamente. Nas costas e nos ombros podem notar-se pelos finos designados de lanugo, que podem levar algumas semanas a desaparecer. O recém-nascido pode apresentar uma ligeira distensão abdominal que regride nas primeiras 24 a 48 horas.
- d) A pele: nos primeiros dias, irá adquirir a cor definitiva. A presença de vérnix, camada esbranquiçada, mais presente nas zonas das pregas pode ser um achado normal na pele. Se a pele assumir uma cor amarelada, poderá estar a desenvolver-se um quadro de icterícia. A pele do recém-nascido pode ter pequenas erupções salientes, provocadas pela obstrução das glândulas sebáceas e sudoríparas (milia). Geralmente encontram-se nas bochechas, nariz e testa, desaparecendo até às quatro semanas. No 2.º e 3.º dia, podem também surgir umas “borbulhas” rosadas espalhadas pelo tórax, costas, nádegas e abdómen (eritema tóxico neonatal) que também desaparecem, em 2-3 dias. A descamação da pele nas primeiras semanas constitui um achado normal.

3) Explicar capacidade visual de um recém-nascido: Enquanto feto, como dito previamente, desenvolve completamente todos os órgãos dos sentidos, exceto a visão²¹. As estruturas do olho estão completas, mas não se encontram totalmente desenvolvidas e a capacidade em focar algum objeto está muito limitada. O olho é constituído por diversas estruturas, e na retina existem dois tipos de células: os cones, responsáveis pela distinção das cores, e os bastonetes, sensíveis a luz. Para o seu funcionamento, estas estruturas necessitam de um estímulo luminoso relativamente brilhante. Dentro do útero, o feto não recebe estímulos luminosos suficientemente brilhantes para estimular o desenvolvimento destas estruturas, por isso quando nasce, o recém-nascido não consegue focalizar bem as imagens, nem distinguir as cores. À medida que vai recebendo estímulos luminosos do meio exterior, estes componentes do olho vão-se desenvolvendo, permitindo que a capacidade visual do recém-nascido vá melhorando gradualmente. A partir dos 10 dias de idade, o recém-nascido consegue reconhecer a face materna e normalmente a partir dos 3 meses de idade começa a distinguir as faces das pessoas que lhe são familiares. Inicialmente o recém-nascido só é capaz de focar a uma distância de 25-30 cm, o que normalmente corresponde à distância entre o seu rosto e o de quem o segura no colo. Olhar para o rosto da mãe ou do pai satisfaz muitas necessidades da limitada capacidade de visão do recém-nascido: os olhos brilhantes e a boca escura criam um contraste, enquanto o cabelo que enquadra a cara estimula a visão periférica; para além disso, o rosto da mãe ou do pai também se move e emite sons. O recém-nascido apresenta melhor visão das extremidades do seu ângulo de visão do que a parte central ou os pormenores.

1.1.1.6. Ensinar sobre temperamento

O temperamento do recém-nascido é um dos elementos que, tal como a aparência e o estado de saúde, pode influenciar o tornar-se mãe e o tornar-se pai e a relação afetiva com o filho (Mercer & Walker, 2006). O temperamento molda o desenvolvimento e influencia a forma através da qual feto/recém-nascido interage com o ambiente, assim como a forma como interagem com os adultos. O temperamento está ligado ao afeto porque a construção do temperamento inclui características da expressão afetiva. Assim, a compreensão do temperamento do filho tem um impacto nas interações diárias (Carey, 1998). No sentido de que a mãe e o pai compreendam qual o temperamento do filho e como interagir com o recém-nascido em função do seu temperamento, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Identificar o temperamento do filho.
- Adotar cuidados/rotinas ajustados às características do recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o que é o temperamento: O recém-nascido reage a situações e a estímulos, tendo por base o humor, a capacidade de autoconsolo e a atividade motora. O temperamento refere-se às características individuais que supostamente têm base biológica, sendo influenciado pelo ambiente e pelos estímulos envolventes. As características do temperamento determinam as reações afetivas, motoras e de

²¹ Nos primeiros meses de vida, o sistema visual ainda está em desenvolvimento. Do nascimento até atingir a maturidade, o tamanho do olho aumenta até três vezes, e grande parte desse crescimento é concluído aos 3 anos de idade; um terço do crescimento do diâmetro ocular ocorre no primeiro ano de vida. Ao nascimento, as pupilas ainda não são capazes de dilatar totalmente; a curvatura do cristalino é quase esférica; a retina (principalmente a mácula) não está totalmente desenvolvida; o recém-nascido é moderadamente hipermetrope e apresenta algum grau de astigmatismo. Implicações funcionais: o recém-nascido tem baixa capacidade de fixação, capacidade muito limitada para distinguir as cores, campo visual limitado e acuidade visual estimada entre 20/200 e 20/400; estudos evidenciam que há uma preferência por parte do recém-nascido por desenhos em preto e branco, principalmente por padrões xadrez e desenhos com ângulos (Farroni & Menon, 2008).

atenção em variadas situações, revelando as diferenças individuais do recém-nascido que existem antes mesmo do desenvolvimento de muitos dos aspectos mais cognitivos da personalidade.

2) Explicar a influência do temperamento nas reações do recém-nascido²²: As características do temperamento de um recém-nascido surgem cedo e tornam-se mais estáveis à medida que o recém-nascido cresce²³. O temperamento tem uma forte componente biológica, o que significa que, a partir do primeiro dia, a forma como o recém-nascido reage ao estar com a fralda molhada, com fome, cansado, etc. pode não ser como outro recém-nascido qualquer. O recém-nascido pode ser tranquilo e não ficar muito aborrecido face aos estímulos ou pode reagir negativamente e com maior ou menor intensidade. Importa,

²² As teorias e pesquisas atuais sobre o temperamento de recém-nascidos e crianças e seu papel no funcionamento emocional e no ajustamento comportamental, têm suas raízes no trabalho de Thomas e Chess. Na década de 1960, estes psicólogos, iniciaram o maior estudo sobre temperamento já realizado. O estudo durou por três décadas e avaliou 131 recém-nascidos desde a idade de três meses até a idade adulta. Ao final do estudo, os pesquisadores propuseram as seguintes nove características de temperamento:

- Nível de atividade: quão ativo é
- Ritmicidade: quão regulares são as rotinas de sono / vigília e alimentação
- Distração: a facilidade com que pode distrair-se de algo que está a fazer
- Abordagem / retirada: como responde a novas experiências
- Adaptabilidade: como se adapta a novas situações
- Tempo de atenção / persistência: quão persistente é quando confrontado com desafios
- Intensidade de reação: quão intensas são as respostas e emoções
- Sensibilidade: quão sensível é a sabores, texturas e ruídos
- Qualidade de humor: se tem um humor feliz e positivo na maioria das vezes ou um humor negativo e desagradável na maioria das vezes

Como resultado do estudo, os psicólogos determinaram que existem três tipos principais de temperamento: fácil, difícil e “*slow-to-warm-up*”, com as características conforme o quadro seguinte:

Characteristic	Easy temperament	Slow-to-warm-up temperament	Difficult temperament
Activity level	Varies	Low to moderate	Varies
Rhythmicity	Very regular	Varies	Irregular
Distractibility	Varies	Varies	Varies
Approach/withdrawal	Approaches readily	Withdraws at first	Withdraws
Adaptability	Very adaptable	Slowly adaptable	Slowly adaptable
Attention span/persistence	High or low	High or low	High or low
Intensity of reaction	Low or mild	Mild	Intense
Sensitivity	High or low	High or low	High or low
Quality of mood	Positive	Slightly negative	Negative

Source: Thomas A, Chess S, Birch AG. The Origin of Personality. *Scientific American* 1970;223:102-9. <https://www.scientificamerican.com> (in Rothbart, 2019)

O temperamento é o estilo de comportamento que determina como a criança reage às situações e expressa e regula as emoções. As características do temperamento incluem nível de atividade, distração, adaptabilidade, sensibilidade e qualidade de humor. O temperamento pode ser definido em torno de duas amplas dimensões – reatividade e autorregulação, que incluem múltiplas subescalas que dão maior ênfase aos processos básicos da motricidade, das emoções e da atenção (Rothbart, 2019). A respeito da dimensão de reatividade do temperamento, podem classificar-se as respostas iniciais da criança em função das suas reações fisiológicas e comportamentais a estímulos sensoriais de qualidade e intensidade diferentes. Acredita-se que essa reatividade está presente no momento do nascimento e reflete uma característica relativamente estável. A segunda dimensão, a autorregulação, tem sido amplamente descrita em termos de mecanismos de controlo motor e de atenção, que surgem ao longo do desenvolvimento infantil. Por exemplo, o desenvolvimento da atenção e sua utilização no controlo da reatividade emocional começam a surgir no primeiro ano de idade e continuam ao longo dos anos pré-escolares e escolares. De acordo com Rothbart (2019), cerca de 40% dos recém-nascidos e crianças têm um temperamento fácil, o que significa que se aproximam prontamente e se adaptam facilmente a novas situações, reagem suavemente aos estímulos, são regulares em suas rotinas de sono / vigília e alimentação e têm um humor geral positivo. Recém-nascidos fáceis fazem as suas mães e os seus pais sentirem que estão fazendo um ótimo trabalho. Aproximadamente 10% dos recém-nascidos e crianças têm temperamento difícil, o que significa que se retraem ou demoram para se adaptar a novas situações, têm reações intensas, têm rotinas irregulares e têm humor negativo. Eles tendem a ter episódios de choro longos e frequentes. As mães e os pais de recém-nascidos difíceis podem questionar-se sobre as suas próprias habilidades para cuidar dos filhos e o que eles estão a fazer de errado. O termo “difícil” tem uma conotação negativa, pois ignora o que muitas vezes são traços comportamentais valiosos: assertividade, persistência e determinação. Entre 5% e 15% dos recém-nascidos e crianças demoram a envolver-se, porque se retraem ou demoram a adaptar-se a novas situações, porque têm baixo nível de atividade e mostram tendencialmente humor negativo. Recém-nascidos com aquecimento lento não gostam de ser forçados “para dentro”, e são frequentemente considerados tímidos ou sensíveis. Cerca de 40% das crianças não se enquadram em nenhuma categoria; em vez disso, eles têm uma combinação dessas qualidades.

²³ No estudo desenvolvido por Takács et al. (2020), foi analisado 281 casos o relacionamento entre a mãe e o filho nos primeiros nove meses após o nascimento. Os resultados dos estudos indicaram que o vínculo materno na primeira semana após o parto pode afetar temporariamente o temperamento da criança, mas o temperamento do recém-nascido várias semanas após o nascimento – em vez de vários meses após o parto – desempenha um papel abrangente na formação da natureza duradoura do relacionamento mãe-filho. Os achados parecem apoiar a sugestão de que as primeiras semanas pós-parto representam um período importante no desenvolvimento do vínculo materno.

então, explicar que nem a mãe, nem o pai tem controle sobre o temperamento do recém-nascido, pode, com o tempo, influenciá-lo, mas nesta fase o que interessa é aprender a conhecê-lo e quais as melhores estratégias para lidar com o bebê com tranquilidade. O temperamento infantil tem sido classificado em três tipos: fácil, intermediário (*slow-to-warm-up*) e difícil. Estes rótulos são uma abreviatura útil, mas nenhum oferece uma imagem completa de um recém-nascido. Diferentes temperamentos exigem diferentes estratégias. Quando se conhece o temperamento do recém-nascido fica mais fácil prever como ele reagirá a certos estímulos e situações:

- O recém-nascido fácil reage ao mundo ao seu redor de maneira menos negativa, tem humor positivo, adapta-se facilmente a novos estímulos e, face a situações frustrantes, reage com relativamente pouca ansiedade. A descrição mais frequente para estes bebês é “come e dorme”. Cerca de 40% das crianças possuem estas características.
- O recém-nascido difícil ou desafiador tende a reagir ao mundo de forma negativa e intensa, fica agitado muito facilmente e é difícil de agradar. Pode, ocasionalmente, ser explosivo e intenso. Quando as crianças têm um temperamento difícil, geralmente causam mais tensão na família.
- Outro temperamento que um recém-nascido pode revelar é ter uma reação lenta ou tímida, tender a ter humor de intensidade moderada, mas nem sempre negativo. Adapta-se lentamente a ambientes e a pessoas desconhecidas. Com o tempo, entretanto, aceitará melhor novas pessoas e situações, uma vez que se familiarizará com elas.

2. COMPETÊNCIA PARENTAL: INTEGRAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA FAMÍLIA

A integração de um recém-nascido na família é um processo que começa muito antes do nascimento. Este processo é crucial para estabelecer os laços familiares, criar um ambiente acolhedor e preparar os membros da família para a chegada do novo elemento. Para além disso, durante a gravidez, a mãe e o pai têm a oportunidade de organizar a casa para receber o recém-nascido. A preparação da casa, não apenas ajuda a criar um ambiente seguro e acolhedor, mas também permite que a mãe e o pai se envolvam emocionalmente com a ideia da maternidade e da paternidade, respetivamente. A preparação da casa e do enxoval – relacionados com a preparação da casa e a aquisição de materiais e de equipamentos necessários para os cuidados ao recém-nascido e a compreensão das mudanças face à chegada do recém-nascido são condições facilitadoras da transição parental (Cardoso, 2014).

A integração do recém-nascido na família durante a gravidez inclui também envolver outros membros da família. Os irmãos mais velhos, avós e outros familiares podem participar nos preparativos. Isso ajuda a fortalecer os laços familiares e a preparar todos para as mudanças que estão por vir. Para além disso, pensar antecipadamente numa rede de apoio sólida é fundamental para reduzir o estresse e a sensação de sobrecarga no pós-parto, permitindo à mãe e ao pai desfrutar da experiência da maternidade e da paternidade, respetivamente, em especial nas primeiras semanas após o regresso a casa pós-parto. Ao envolver-se ativamente nesse processo, a mãe e o pai estão a construir as bases para uma família segura e acolhedora, onde o recém-nascido pode crescer e desenvolver com as condições de saúde expectáveis.

2.1. Conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval

A confiança sobre a chegada de um novo elemento à família surge quando a gravidez é considerada viável, o que habitualmente ocorre no final no final do 1.º trimestre/início do 2.º trimestre. Nessa altura, levam a notícia sobre a gravidez para o mundo social (Habib & Lancaster, 2006). A presença dos movimentos fetais é também um evento marcante para a consciencialização do feto como um novo ser. Ao aceitarem a gravidez e a chegada do recém-nascido, surge o desejo de preparar a casa e o enxoval. Estas tarefas parentais envolvem o tomar medidas para garantir que a casa seja segura, funcional e favorável ao ótimo desenvolvimento do recém-nascido, e para escolher o necessário para cuidar de um recém-nascido (Cardoso, 2014). Saber o que fazer no que concerne a preparação da casa, permite, antecipadamente, criar espaços adequados para trocar fraldas, amamentar, dormir e brincar com o recém-nascido, etc., promovendo com isso uma experiência parental mais fluida. Assim, tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval (Tabela 4).

Tabela 4. Conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado

	Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
	<p>O ambiente da casa é relevante para saúde e segurança de um recém-nascido. O que considerou/consideraram ou irá/irão considerar na preparação da casa para receber o recém-nascido?</p> <p>[Se houver necessidade, especificar questões como por exemplo: Apesar de não terem pensado sobre onde o recém-nascido vai dormir, ponderam fazer alguma alteração nas paredes ou pensaram sobre cuidados que poderão ter relativamente à utilização de tapetes, iluminação, temperatura e/ou como manter esse local limpo?]</p>	<p>Introdução ao assunto: a resposta a estas questões poderá constituir o estímulo para abordar os diferentes assuntos.</p>
PREPARAÇÃO DO QUARTO		
	<p>Por volta desta altura, algumas mães e pais começam a pensar em que local da casa irá o recém-nascido dormir. Como estão a pensar fazer no caso do vosso recém-nascido (nome do recém-nascido)?</p>	<p>Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico – se pensa(m) pintar as paredes, usar tapetes, etc.).</p>
PAREDES E DECORAÇÃO	<p>[Pensam fazer alguma alteração nas paredes do quarto] Se intenção de pintar as paredes: Em relação à tinta, o que estão a pensar usar?</p>	<p>(A) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tintas aquosas (tintas à base de látex ou acrílicas). • Tintas ecológicas – não tóxicas (sem compostos orgânicos voláteis).
	<p>O ambiente que envolve o recém-nascido pode potenciar o desenvolvimento do seu sistema nervoso através da estimulação visual que lhe é dada. Por isso é essencial que as mães e os pais escolham cores e padrões que encorajam o desenvolvimento do recém-nascido. O que irão ter em atenção relativamente às cores do quarto?</p>	<p>(A) Refere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferir cores claras, suaves e neutras (tons de pastel) nas paredes de forma a promover o relaxamento do recém-nascido e possuir elementos de decoração (exemplo: brinquedos, almofadas, cortinas) com cores mais contrastantes de forma a promover a estimulação visual (exemplo: preto e branco).

CHÃO	Como é o piso do quarto onde o recém-nascido vai ficar? => Se tapetes/carpetes: estes são um elemento do quarto que o podem tornar mais confortável, mas também que podem acumular sujidade e aumentar o risco de queda. O que acham relevante ter em conta na sua escolha para que eles sejam mais fáceis de limpar e para não se dobrarem tão facilmente?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Pelo curto (acumulam menos sujidade e mais fácil de limpar). • De fibras naturais, sem franjas e com bordos reforçados para não rasgarem. • Bem presos ao chão (por móveis ou antiderrapantes) para não serem propícios a tropeçar/escorregar.
LIMPEZA	A limpeza do quarto permite diminuir a exposição do recém-nascido ao pó e microrganismos. Que produtos de limpeza pensam utilizar no quarto?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar detergentes desinfetantes (com lixívia) e tóxicos (com amoníaco) e preferir usar produtos naturais que não libertem vapores ou deixem partículas em suspensão (exemplos, água com limão, água com vinagre e bicarbonato de sódio).
ILUMINAÇÃO	Gerir a luminosidade do quarto contribui para o conforto do recém-nascido. Que cuidados pensam ser essenciais na iluminação do quarto durante o período diurno e noturno? [A luz de presença seria de que cor? Qual a relação das lâmpadas de teto/parece com o berço/cama o bebé vai dormir?]	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Durante o dia, favorecer a iluminação natural, sem incidência direta dos raios solares sobre o recém-nascido. • Durante a noite, se luz de presença, que seja de luz vermelha/alaranjada e que a luz artificial que não esteja por cima do berço/cama e que seja de cor neutra ou amarela.
FRALDÁRIO	Um dos elementos que importa preparar na casa é um local específico para mudar a fralda, uma vez que irá/irão fazê-lo muitas vezes ao dia. Para que evitem más posturas quando estão a mudar a fralda e manter o recém-nascido seguro, que aspetos acham relevantes ter em atenção na escolha do fraldário?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Seja um móvel estável, com uma superfície de material lavável e não tóxico, com mínimo de 80 cm de comprimento e 60 cm de largura e com altura ao nível das ancas de quem troca a fralda. • Tenha um colchão forrado a plástico, com os bordos elevados. • Tenha espaço para acomodar e dispor o material para trocar a fralda de fácil acesso.
ESCOLHA DOS DISPOSITIVOS		
PARA DORMIR	Atualmente existem diferentes dispositivos para o recém-nascido a dormir. Já tem/têm ou ainda vai/vão adquirir? [O equipamento é novo ou reutilizado?]	Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico).
	O que irão ter em consideração quando adquirirem o dispositivo para dormir? [Ao reutilizar os dispositivos para dormir, é recomendado que verifiquem se estão seguros para o recém-nascido. Que aspetos teve/irá ter em atenção?]	(B) Se alcofa, refere <ul style="list-style-type: none"> • Fundo rígido e plano (para não deformar com o peso do corpo). • Colchão impermeável, firme e adaptado ao tamanho da alcofa. • Bordos altos e acolchoados. (B) Se berço/cama, refere: <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura resistente, sem tintas e vernizes tóxicos. • Colchão impermeável, firme e adaptado ao estrado. • Se tiver grades, a distância máxima de 6 cm entre as grades (para que o recém-nascido não coloque a cabeça, braços ou pernas entre as mesmas) e 60 cm de altura, no mínimo. • Colchão impermeável, firme e adaptado ao tamanho do estrado / se equipamento usado: comprar um novo colchão.

PARA DAR BANHO	<p>O que considerou/consideraram ou irá/irão considerar na escolha da banheira?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O fundo deve ser antiderrapante ou ter um tapete antiderrapante. • Não deve ser de metal, sendo idealmente de plástico ou silicone. • Os bordos devem ser arredondados e não conter arestas.
CADEIRA-AUTO	<p>Após o nascimento, quando se deslocam de carro, a segurança do recém-nascido deve ser garantida pelo uso de um sistema de retenção infantil, a cadeira-auto. Já pensou/pensaram se o vai/vão adquirir ou reutilizar?</p>	<p>Introduzir o assunto e perceber se já adquiriram ou não algum sistema de retenção infantil (SRI).</p>
	<p>Se não adquiriram: O que considerou/consideraram ou irá/irão considerar na escolha do sistema de retenção? Se já adquiriram: Pode(m) me descrever como é? É novo ou usado? O que diz a etiqueta de homologação? Como são os cintos (quantos pontos de fixação, como ajustam ao corpo do bebé)? Se usada –Tem ideia se esteve envolvida em algum acidente? por quantas crianças já foi usada?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferir cadeira <i>i-size</i> (R 129). • Com cinto de segurança interno de 5 pontos. • Sistema de fixação ao carro seguro. <p>Se SRI usado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma cadeira que foi sujeita a algum acidente ou foi usada por mais do que duas crianças, deverá ser rejeitada. • Verificar etiqueta de homologação (R44 04 ou R 129). • Verificar a funcionalidade dos cintos internos, a integridade da parte acolhoada e a integridade dos sistemas de fixação.
CARRINHO DE BEBÉ	<p>[Se intenção de adquirir carrinho de passeio:] O carrinho de passeio poderá permitir uma deslocação segura e confortável do recém-nascido. O que terão em conta quando adquirirem o carrinho de passeio? [especificação das questões se oportuno: relativamente ao carrinho, qual o sistema de homologação recomendado? Em relação às rodas e aos travões do carrinho que aspetos teria(m) em atenção? Que aspetos terá/terão em conta no sentido de segurar bem o recém-nascido?]</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de etiqueta de homologação (semelhante à da cadeira-auto). • Travões de fácil acesso (travões que possam ser ativados sem largar a mão do carrinho). • Cadeira confortável, com cinto de segurança (arnês) fixado em 3 ou 5 pontos.
BABYWEARING	<p>Existem várias soluções de transportar o recém-nascido ao colo de forma segura e agradável para o recém-nascido e para quem o transporta. Já ouviu/ouviram falar de marsúpio, pano porta-recém-nascidos ou <i>sling</i>? [em que situações pensar usar o porta-bebé? quanto quer investir? Prefere algo prático desde logo ou que permita fazer ajustes ao longo do tempo?]</p>	<p>Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico – aprofundar o assunto, ou não, nesta fase em função do interesse evidenciado).</p>
	<p>Se referir marsúpio (mochila ergonómica, <i>mei-tai</i>): É uma solução confortável para ambos e mantém a proximidade e contacto físico com o recém-nascido, para além de conseguir ter as mãos livres. De modo, a assegurar o conforto e a segurança para si e para o recém-nascido, o que teria/terão em conta quando adquirir(em) o marsúpio?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fácil de colocar e de ajustar, tem um assento para que o bebé fique apoiado e com as pernas em “M”.

	<p>[especificação das questões se oportuno: como pensa que fica a cara do recém-nascido em relação ao tórax de quem o transporta? Imagine que, vai colocar o recém-nascido no marsúpio, como o colocaria? Como ficariam as pernas do recém-nascido no marsúpio?]</p>	<ul style="list-style-type: none"> No transporte, posicionado barriga com barriga, com o rosto visível para a pessoa que transporta e as pernas devem formar um “M”.
	<p>Se referir pano porta-recém-nascido ou <i>sling</i>: sim, é uma solução confortável para ambos e mantém a proximidade e contacto físico com o recém-nascido, para além de conseguir ter as mãos livres. De modo, a assegurar o conforto e a segurança para si/vós e para o recém-nascido, o que teria/terão em conta quando adquirir(em) o pano porta-recém-nascido/<i>sling</i>?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Sling</i> de argolas e pano porta-bebé são ajustáveis; o <i>pouch sling</i>, não (facilita a sua rápida colocação). Tecido resistente e ajustável, que não ceda à pressão. No transporte, o recém-nascido fica posicionado barriga com barriga, com o rosto visível para a pessoa que transporta.
VESTUÁRIO	<p>O recém-nascido tem uma pele sensível, pelo que a sua roupa necessita de ser escolhida e tratada com especial atenção. Que cuidados acha(m) que pode(m) ter em conta na escolha da roupa? E no lavar e secar?</p>	<p>(C) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Roupa prática de vestir e confortável e a roupa interior de algodão. Roupas de fácil lavagem (que possa ser lavado à máquina a uma temperatura razoável – 40 °C). Lavar a roupa e retirar etiquetas antes do recém-nascido utilizar. Secar a roupa na máquina ou num local menos exposto a poluição, pó e etc. Passar a ferro.
CHUPETA	<p>A chupeta é objeto que aparece frequentemente associado à preparação do enxoval. Qual é o vosso entendimento sobre uso da chupeta? [Quer explicar-me melhor o que a/o leva a ter essa posição?]</p>	<p>Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico e ajudar a compreender o significado que atribui ao uso da chupeta)</p>
	<p>Se intenção de oferecer chupeta: Qual seria o aspeto e o material da chupeta indicada para o seu/vosso recém-nascido? E qual o momento certo para a adquirir?</p>	<p>(C) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> Material resistente: silicone ou látex. Tamanho adequado à boca e idade do recém-nascido e que não dificulte a respiração. O formato da tetina deve ser o mais semelhante possível com o mamilo da mãe, por isso a sua compra só deve ser feita depois de ver o formato do mamilo após a mamada.
	<p>Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)</p>	<p>Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.</p>

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 5).

Tabela 5. Conhecimento sobre preparação do enxoval e da casa: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval	Ensinar sobre preparação do quarto para o recém-nascido
Se não refere B e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre dispositivos para o recém-nascido
Se não refere C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre preparação do enxoval
Se refere A e B e C	Conhecimento sobre preparação da casa e do enxoval facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

2.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria na preparação da casa para receber o recém-nascido

No âmbito da promoção da competência parental: preparar a casa e o enxoval, as recomendações têm por referência (Cardoso, 2014):

- As características de um recém-nascido, nomeadamente: 1) o sistema imunitário (capacidade limitada para dar resposta efetiva contra microrganismos, implicando maior suscetibilidade a infeções); 2) o sistema termorregulador (capacidade limitada de controlar a sua temperatura corporal; em condições extremas de temperatura ambiente, esta condição é prejudicada pela incapacidade física de manter a homeostasia, com risco de hipotermia ou sobreaquecimento); e, 3) os órgãos dos sentidos, em particular a visão (as pupilas ainda não são capazes de dilatar totalmente e a retina não está totalmente desenvolvida, tendo baixa capacidade de fixação de objetos e de distinguir as cores);
- As medidas de segurança;
- O conforto do recém-nascido e quem cuida dele.

2.1.1.1. Ensinar sobre preparação do quarto para o recém-nascido

Para preparar o quarto de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Escolher a tinta e adequar as cores dos elementos do quarto.
- Adequar as características do chão do quarto, nomeadamente tapete/carpete.
- Usar os produtos de limpeza não prejudiciais à saúde do recém-nascido.
- Ajustar a iluminação e a temperatura do quarto.
- Preparar o fraldário e um espaço na casa destinado a amamentar o recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar critérios de escolha da tinta: É recomendado usar tintas não tóxicas, com o menor teor possível de compostos orgânicos voláteis (COVs), visto que estes vapores tóxicos demoram cerca de 6 a 7 meses a desaparecer. As tintas poderão ter nos seus constituintes metais como zinco, alumínio e chumbo, compostos responsáveis por provocar efeitos (como por exemplo alterações neurológicas, cutâneas, respiratórias, etc.), tanto na grávida e feto, como no recém-nascido. Para verificar a presença destes compostos na composição da tinta, importa consultar os rótulos e identificar o tipo de tinta (esmalte, látex, acrílica), verificando se há listagem de pigmentos à base de metais pesados (chumbo, alumínio, etc.), bem como fungicidas sintéticos ou derivados do petróleo.

2) Explicar critérios de escolha das cores do quarto: A escolha de cores e padrões adequados traz vantagens na criação de um ambiente promotor do conforto e da estimulação do recém-nascido. Neste sentido, é vantajoso para o recém-nascido que o ambiente do quarto seja apaziguador para proporcionar momentos de descanso, mas também que possibilite a estimulação do desenvolvimento sensorial. Por isso, recomenda-se a maior predominância de cores claras, suaves e neutras, como tons pastel (bege, branco, rosa-claro, amarelo-claro, verde-claro, lilás) nas paredes e decoração do quarto. Contudo, é vantajosa a existência de alguns elementos de decoração (brinquedos, cortinas, desenhos nas paredes) com tons e padrões mais fortes e contrastantes para estimular a visão e, de forma a promover o desenvolvimento da capacidade para distinguir cores, ao longo do tempo. Numa fase inicial, o recém-nascido é capaz de distinguir contrastes com cores como o preto e o branco, tendo preferência por padrões com estas cores.

3) Explicar características do chão do quarto: As características do chão poderão condicionar um ambiente com menos acumulação de microrganismos e pó e a segurança.

- Se alcatifa: Deve ser aspirada e lavada a vapor com maior frequência que o habitual.
- Se madeira: É recomendado que o chão não possua tratamentos químicos (fixadores, produtos anti caruncho e vernizes) que produzam potenciais vapores tóxicos (no caso de se verificar a necessidade de aplicar este tipo de produtos, está indicado o uso de produtos ecológicos, visto que são constituídos por ingredientes naturais, como óleo de madeira, óleo de casca de citrino e resinas).
- Se tijoleira ou mármore: É favorável colocar tapete/carpete para servir de isolamento térmico e para tornar a superfície mais almofadada; recomenda-se que seja presa ao chão através da colocação de antiderrapante ou mobília do quarto.
- Se tapete/carpete: É favorável que estas sejam de pelo curto e de materiais de fibras naturais como algodão ou lã, com os bordos reforçados para não rasgarem com facilidade; recomenda-se que estejam fixos ao chão ou à mobília do quarto, diminuindo, assim, a probabilidade de deslizamento e o risco de queda.

4) Renumerar os seguintes critérios para manutenção da limpeza do quarto: Recomenda-se a não utilização de detergentes amoniacais e/ou desinfetantes como a lixívia, uma vez que expõe o recém-nascido aos vapores tóxicos, podendo provocar problemas respiratórios ou reações cutâneas²⁴.

²⁴ Em alternativa, existem soluções naturais, como por exemplo: 1) mistura de água com vinagre, numa proporção de 100 ml de vinagre para 5 l de água, uma vez que neutraliza odores, desinfeta e dissolve resíduos; 2) mistura de água com limão, numa proporção de 1 a 2 limões para 5 l de água; 3) mistura de água com bicarbonato de sódio, numa proporção de 1 colher de sopa para 1 l de água.

Após a limpeza do quarto, mesmo com produtos naturais, importa que seja arejado. Uma outra medida de higiene, será não usar calçado do exterior dentro de casa, especialmente no quarto do recém-nascido.

5) Explicar características da iluminação do quarto: a iluminação do quarto condiciona o conforto e estimulação do recém-nascido:

- Iluminação artificial: Os recém-nascidos são sensíveis à luz intensa, pelo que a luz artificial não deverá incidir diretamente sobre o berço/cama. Para a iluminação artificial, recomenda-se a utilização de candeeiros de pé, mesa ou secretária nos espaços do quarto mais utilizados, tal como o fraldário e no local usado para alimentar o recém-nascido.
- Luz de presença: Durante a noite, pode ser utilizada uma luz de presença de modo a facilitar a observação do recém-nascido sem ter de acender outras luzes mais intensas que o possam despertar. Se usar luz de presença, escolher preferencialmente de cor vermelha porque tem menor interferência na ação de melatonina, localizada numa zona onde o recém-nascido não consiga olhar para ela diretamente e que tenha um temporizador/sensor de movimento ou que seja ligada só quando necessário.
- Iluminação natural: Durante o dia, a exposição à luz solar estimula a produção de vitamina D, promovendo, por essa via, a absorção de cálcio.

6) Explicar os critérios para decidir a temperatura ambiente: O sistema termorregular de um recém-nascido é ainda imaturo, pelo que este é sensível às modificações da temperatura ambiente. A temperatura do quarto indicada como protetora para o recém-nascido dormir é entre os 16-20°C²⁵.

7) Explicar critérios de escolha do fraldário: Preparar no quarto, ou noutra local da casa, um local seguro e confortável para a troca da fralda. Este móvel pode ser comprado ou adaptado de um já existente na casa, obedecendo a alguns requisitos, nomeadamente: ser estável, ter altura ao nível da anca da mãe/pai, possuir um colchão forrado de material lavável, com um mínimo de 80 cm de comprimento por 60 cm de largura e com bordos elevados.

8) Explicar a importância de um “cantineiro para amamentar”: Preparar um espaço confortável e tranquilo para amamentar, onde poderá colocar um cadeirão ou uma cadeira, no qual as costas fiquem bem apoiadas e os pés bem assentes no chão. Quando o cadeirão não permite um apoio adequado dos pés no chão, pode ser usado um banco/uma caixa para os elevar ligeiramente. A existência de uma mesa de apoio junto ao cadeirão também poderá facilitar o acesso a alguma coisa de que necessite (água, fralda de pano, etc.).

²⁵ A causa da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é desconhecida. No entanto, desafios à capacidade de termorregulação dos bebés (ou seja, o estresse térmico) têm sido associados a muitos dos conhecidos fatores de risco, como a posição de dormir de bruços, o excesso de roupa e a temperatura elevada do quarto (Moon et al., 2011). O estresse térmico pode aumentar a exigência sobre o mecanismo de termorregulação durante o sono e pode prejudicar os mecanismos de despertar, o estímulo respiratório, a oxigenação cerebral e as respostas cardíacas. Estudos têm encontrado que o aquecimento do quarto aumenta o risco de SMSL, enquanto quartos bem ventilados estão associados a um menor risco de SMSL. Além disso, as temperaturas interiores e exteriores têm mostrado uma forte correlação, especialmente na estação quente. Portanto, o calor exterior é um fator de risco plausível para a SMSL, tanto diretamente devido ao estresse térmico da exposição ao calor exterior, como indiretamente através do seu efeito na temperatura interior (Nguyen, Schwartz & Dockery, 2014; Jhun et al., 2017). Em dias em que as temperaturas foram superiores a 29°C, havia uma probabilidade 2,78 vezes maior de morte súbita do lactente em comparação com dias de 20°C (Jhun et al., 2017; Auger et al., 2015).

2.1.1.2. Ensinar sobre dispositivos para o recém-nascido

Além de criar um ambiente acolhedor e seguro, a aquisição dos dispositivos certos desempenha um papel fundamental a saúde, o conforto e a segurança do recém-nascido. Desde a hora do banho até a hora de dormir, esses dispositivos podem simplificar a vida da mãe e do pai e melhorar a experiência de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Por isso importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que sejam capazes de:

- Escolher alcofã e/ou berço e/ou cama.
- Escolher a cadeira-auto.
- Escolher carrinho de passeio.
- Escolher o pano/*slings*/ marsúpio em função das suas vantagens e utilidade.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar critérios de escolha do equipamento para dormir: O recém-nascido vai passar muitas horas a dormir nos primeiros meses, por isso, um dispositivo para dormir confortável e seguro é vital. Existem três possibilidades de escolha de equipamentos para dormir:

- a) Alcofã: É o equipamento para dormir de menor dimensão; habitualmente não é recomendada a sua utilização para além dos três meses. Se esta for a escolha, recomenda-se que possua bordos altos e acolchoados e que o fundo seja rígido e plano com o colchão devidamente ajustado; importa ainda considerar a robustez das pegas e o suporte onde será colocada.
- b) Berço: Recomenda-se que seja confortável e resistente; se estiver assente numa base, importa aferir a fiabilidade do sistema de encaixe e fixação; se tiver grades importa que sejam verticais e que a distância entre elas seja inferior a 6 cm; existem os berços *next-to-me* que permitem maior proximidade com a cama da mãe/pai e podem ser uma boa solução nos primeiros meses.
- c) Cama de grades: Recomenda-se que apresente uma estrutura estável e sólida, com um estrado plano, rígido e não deformável; se tiver grades (verticais) importa que a distância entre elas seja inferior a 6 cm e altura mínima de 60 cm. A maioria das camas de grades podem ser utilizadas desde o nascimento até cerca dos 18 meses ou 2 anos. Existem berços/camas convertíveis, por exemplo, ser transformado numa cama maior, etc.
- d) Colchão: Recomenda-se que seja impermeável, firme e ajustado ao tamanho da cama (para que a distância entre ambos não ultrapasse os 3 cm), dando preferência a colchão antialérgico, com tratamento anti-ácaros.
- e) Estrado: Firme, plano e não inclinado²⁶.

2) Explicar condições a observar se reutilizarem equipamento para dormir: substituir o colchão – cada recém-nascido, um colchão (devido à deformidade provocada pelo peso do corpo); cama – se tiver grades, verificar o funcionamento do fecho de segurança e presença de saliências ou arestas cortantes. Se a decisão for um colchão em segunda mão, este deve estar completamente protegido por uma capa impermeável quando em uso anteriormente, em boas condições e estar firme e plano.

3) Explicar critérios de escolha da roupa da cama: recomenda-se que sejam resistentes, suaves, de fibra natural (algodão), sem franjas e fáceis de lavar e de secar; preferir lençóis de baixo ajustáveis ao colchão. Existem sacos-cama, quer para o inverno quer para o verão, próprios para o recém-nascido,

²⁶ Superfícies com inclinação superior a 10 graus não são seguras para o recém-nascido dormir (Moon, Carlin & Hand, 2022).

que podem ser uma opção alternativa aos lençóis e cobertores, já que mantêm a temperatura corporal ao longo da noite e não cobre a cabeça. Em relação à almofada – não é necessária até aos 2 anos de idade, dado que a almofada promove a aproximação do queixo ao peito (flexão do pescoço) podendo comprometer a ventilação pelo encerramento da traqueia; este cuidado é ainda mais premente no primeiro mês dado a imaturidade músculo-esquelética e respiratória do recém-nascido²⁷.

4) Explicar os critérios de escolha da cadeira-auto: A cadeira deve ser homologada pela norma R129, também conhecida por *i-size*, da categoria de altura inferior a 75 cm; as cadeiras-auto homologadas possuem uma etiqueta laranja que comprova que cumpre os critérios de segurança para o transporte do recém-nascido; as cadeiras *i-size* são categorizadas em função da altura e têm proteção de embates laterais e maior proteção da cabeça e do pescoço. Os restantes critérios de decisão são incluem a facilidade de instalação (colocação/remoção), sistema de fixação no carro e o conforto para o recém-nascido. A utilização da alcafor para o transporte do recém-nascido no automóvel é ilegal e é punido por lei (existem situações especiais e muito específicas para a utilização da alcafor para o transporte do recém-nascido, como uma indicação por parte do médico).

5) Explicar cuidados a ter na reutilização do SRC (se for essa a intenção): A decisão para usar uma cadeira-auto em segunda mão, importa considerar cumulativamente as condições: 1) não ter estado envolvida num acidente (o impacto do embate pode ter danificado a sua integridade); 2) não ter sido utilizada por mais que duas crianças (quantas mais crianças a usarem maior é o desgaste); 3) necessita de cumprir as normas vigentes visível na etiqueta de homologação – altura inferior a 75 cm (R129) ou peso menor que 13 kg (R44); e 4) bom estado de conservação da cadeira, do tecido de revestimento, do esferovite e da mola dos cintos de arnés.

6) Explicar critérios de escolha do carrinho de passeio: Nas características a considerar na escolha incluem: 1) guiador e altura ajustável à altura do condutor; 2) travões de fácil acesso e que possam ser ativados sem largar a mão do carrinho; 3) possua bloqueio de, pelo menos, 2 rodas; 4) estrutura elevada o suficiente para que o recém-nascido não fique ao nível dos tubos de escape dos veículos; 5) assento acolchoado, confortável, e as proteções posterior e laterais suficientemente altas para fornecer um bom apoio à cabeça; 6) capa de proteção da cadeira amovível de tecido lavável, preferencialmente de algodão²⁸; 7) cinto de segurança em 5 pontos, para que o recém-nascido fique bem ajustado à cadeira; 8) possua 4 rodas, com capacidade de rodar 360°, e adequadas para manobrar em espaços apertados e degraus/ruas; 9) considerar a possibilidade de este estar equipado com proteção para o sol e para a chuva. Outros elementos a atentar são: se é possível usar a cadeira voltada para a frente e para trás; se é fácil de abrir e fechar (em especial por apenas uma pessoa); se fechado, fica bem acomodado na mala do “vosso” carro; se o peso não é excessivo, caso haja necessidade de transportar pelas escadas, por exemplo.

7) Explicar critérios de escolha de dispositivos de transporte ao colo: Andar com o recém-nascido ao colo pressupõe suportar o seu peso com os nossos braços e limita a utilização das mãos para outras atividades²⁹. Existem alternativas práticas, habitualmente chamadas de “*babywearing*”, incluindo

²⁷ O uso de almofadas tem sido demonstrado aumentar a probabilidade de ocorrência da SMSL em até 2,5 vezes. Deve também evitar deixar os bebés dormir em ambientes de sono mais rígidos e confinados, como cadeirinhas de carro e outros sistemas de transporte.

²⁸ O algodão é uma fibra natural, permeável, com maior resistência a rasgões, alta estabilidade química, alta resistência a calor (130-140 °C) e média taxa de absorção de água (18-20%).

²⁹ Vários estudos investigaram os efeitos do contacto prolongado peito-a-peito entre mãe e bebé para além da primeira hora pós-parto, no que diz respeito aos resultados socioemocionais do bebé e outros fatores como sono do bebé, choro do bebé, amamentação e depressão pós-parto (Barr et al., 1991; Williams & Turner, 2020; Uvnäs Moberg et al., 2020; Henrik et al., 2022). Um número crescente de mães e de pais tem usado em contacto peito-a-peito prolongado com os seus bebés saudáveis e a termo durante vários meses após o nascimento, como uma extensão do contacto pele com pele no período pós-parto inicial. Esta prática é comumente conhecida como “*babywearing*” e utiliza vários dispositivos de transporte. Os estudos centrados no *babywearing* demonstram melhoria na ligação afetiva, resultados positivos na amamentação e organização do sono do bebé, bem como a redução de sintomas depressivos pós-parto nas mães e do choro do bebé. É provável que fortaleça o envolvimento do pai na prestação de cuidados, associado a resultados positivos para a criança. A posição de agachamento para os quadris (pernas em “M”) durante o transporte oferece uma posição

o pano porta-recém-nascido, o *sling* e o marsúpio³⁰. Estes equipamentos porta-bebé são confortáveis, porque o peso do recém-nascido fica distribuído e liberta as mãos. Para o recém-nascido também tem benefícios, pois promove os laços afetivos, e o uso superior a 3 horas por dia, não em resposta ao choro, reduz a quantidade de choro em 51% durante a noite (Reynolds-Miller, 2016; Esposito et al., 2015). Os equipamentos disponíveis são:

- O pano porta-bebé é um equipamento que pode ser utilizado desde o nascimento até aos 3/4 anos de idade ou 18 kg; normalmente apresenta 4 a 5 metros de comprimento e 70 cm de largura. O tecido do pano deverá ser resistente e maleável.
- O *pouch sling* pode ser utilizado até aos 2 anos ou 13 kg. É constituído por um tecido com as extremidades unidas numa costura e coloca-se a tiracolo de maneira a formar uma “bolsa”. Este método de transporte é o mais simples de utilizar porque não necessita de ajustes, no entanto, como não é ajustável, fica mais difícil ser utilizado por pessoas com alturas diferentes – o tamanho do *sling* ideal é com o comprimento que vai do ombro direito à anca esquerda.
- O *sling* de argolas é constituído por tecido e por duas argolas fixas numa das extremidades. Através das argolas, passa a outra ponta do tecido, de maneira a prender as duas pontas e a regular o tamanho do tecido – da bolsa – a ser usado; tem como principal vantagem o facto de ser ajustável à altura de quem o usa.
- O marsúpio (mochila ergonómica) é simples de colocar, retirar e ajustar ao corpo do recém-nascido; é recomendado ter um bom apoio do pescoço e das costas do recém-nascido (a musculatura da cervical não está totalmente desenvolvida), as aberturas das pernas devem permitir uma distribuição equilibrada do peso corporal; as tiras de apoio deverão ser largas e equilibradas em ambos os ombros de forma a distribuir o peso do recém-nascido uniformemente.

2.1.1.3. Ensinar sobre preparação do enxoval

Para preparar o enxoval de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Escolher e cuidar do vestuário.
- Escolher fraldas e toalhetes.
- Escolher a chupeta.
- Preparar a mala para levar para a instituição de saúde.

ótima para prevenir algumas formas de displasia da anca. Também pode reduzir o risco de plagiocefalia posicional, diminuindo o tempo que os bebés passam de costas enquanto também permite movimentos espontâneos da cabeça, permite que algumas mães com licença de maternidade curta levem os seus bebés para o local de trabalho com interferência limitada nas suas tarefas (Norholt et al., 2022). Dado os benefícios do contacto físico próximo com o bebé, é possível que o *babywearing* possa beneficiar também a saúde mental e emocional da mãe/pai, já que pode aumentar a confiança em reconhecer as necessidades do recém-nascido. Tem também impacto na gestão da ansiedade, das alterações de humor induzidas pela privação de sono ou da depressão pós-parto (Reynolds-Miller, 2016; Grisham et al., 2023; Bigelow & Williams, 2020).

³⁰ Atendendo ao estilo de vida das mães e dos pais e à necessidade de utilização de um sistema que lhes possa permitir desenvolver outras atividades enquanto mantêm o recém-nascido ao colo, bem como transportar em passeio a pé/transportes públicos pela facilidade de deslocação, desde que garantidas condições de segurança, existem diferentes modelos como panos, *slings* tradicionais, *slings* de argolas ou marsúpios. Os critérios de escolha devem considerar o conforto e segurança nos posicionamentos, bem como facilidade de utilização por parte do cuidador, assim como a possibilidade de se adequar a diferentes idades. Idealmente serão adquiridos após o nascimento da criança para que as mães e os pais possam ser instruídos e treinados na sua utilização já com o recém-nascido. Antes disso não terão perceção real da sua utilização. Marsúpio: ou bolsa/mochila de transporte, é uma solução muito prática para o transporte de recém-nascidos e crianças pequenas, a pé ou viajar com o recém-nascido ao colo em autocarros de circuito urbano, que não possuem cinto de segurança. Normalmente, permite a colocação da criança à frente ou às costas, após os três meses.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar critérios de escolha do vestuário para o recém-nascido: recomenda-se que a escolha da roupa obedeça a princípios como o conforto, a facilidade de vestir e de lavar, que não restrinja os movimentos do recém-nascido, não provoque lesões na pele e que permita que a pele respire. Assim, os critérios a considerar são:

- a) O tecido: Dado que a pele é sensível, fina e frágil, sendo, por isso, que o mais recomendado os de fibras naturais, como o algodão (em particular para a roupa interior); o algodão é hipoalergénico e não retém a humidade, ou seja, não deixa que o suor se acumule sobre a pele do recém-nascido, permitindo que esta respire e se mantenha seca.
- b) O tamanho: Na maioria das marcas, o tamanho 0M é indicado para recém-nascidos de baixo peso, normalmente os prematuros; para um recém-nascido de termo, o que é recomendado é o tamanho 01M-03M, tendo em consideração o peso esperado ao nascimento.
- c) A quantidade e as características: para a fase de recém-nascido (1.º mês) sugere-se:
 - 6 conjuntos de roupa interior (100% de algodão) – fáceis de vestir/despir – por exemplo, vestir como um casaco e apertar à frente.
 - 6 “fatinhos” de duas peças ou *babygrows* – preferencialmente de apertar à frente, e, se *babygrow*, recomenda-se que tenha abertura na parte da frente e até aos pés para ser mais prático (quando se vai mudar a fralda não é necessário despir totalmente). Recomenda-se, ainda, que a roupa não tenha elásticos que possam comprimir a circulação sanguínea, seja nos braços, nas pernas ou no pescoço, nem que a roupa tenha fitas, que possam envolver-se à volta do pescoço.
 - 2 casacos (para o tempo mais frio, optar por um de algodão cardado ou lã e para o tempo mais quente, optar por um de algodão).
 - 2 pares de meias, macias e largas, sem elásticos.
 - 2 mantas para envolver o recém-nascido.
 - 1 ou 2 gorros, preferencialmente de algodão.
 - 6 fraldas de pano, evitando que sejam pintadas (tinta pode conter substâncias tóxicas), nem bordadas (o contacto com a pele pode provocar irritação e lesões).
 - Recomenda-se a remoção das etiquetas da roupa.

2) Explicar tratamento da roupa do recém-nascido: Recomenda-se que seja lavada antes da sua utilização, idealmente separada da dos adultos (limita a exposição a bactérias ou substâncias químicas prejudiciais de outras roupas), num programa simples, a 40 °C, e que seja bem enxaguada, para retirar vestígios de produto da lavagem das fibras; usar na lavagem um detergente adequado (hipoalergénico, sem fragrância e sem corantes³¹) e na dosagem indicada; apesar de as evidências serem de baixa qualidade, não é recomendado usar-se produtos como lixívia, branqueadores ou antinódos (podem produzir irritação da pele sensível do recém-nascido). Quanto à secagem da roupa, esta pode ser realizada na

³¹ De acordo com as recomendações da NHS não há evidências de que o uso de detergentes com enzimas (detergentes biológicos) ou amaciadores de roupa irrite a pele do seu bebé.

máquina, cuja vantagem é deixar a roupa mais macia. Se optar por secar a roupa com exposição ao ar, recomenda-se a escolha de um local onde não haja excesso de poluição (como passagem de automóveis) e que não seja exposto a pó ou pólenes das árvores, pois estes resíduos podem entranhar-se na roupa. Depois de seca, passar a roupa a ferro para aumentar a possibilidade de destruição de microrganismo através do calor.

3) Explicar critérios de escolha das fraldas e dos toalhetes: Na escolha os toalhetes descartáveis importa considerar o risco de poderem remover a camada lipídica da pele, por isso, a escolha deverá recair por toalhetes cuja composição seja maioritariamente à base de água. Ter também atenção aos produtos que lhe estão associados, pois podem provocar irritações. Quanto à escolha das fraldas, estas podem ser descartáveis ou de pano reutilizáveis. A absorção das fraldas descartáveis é superior, com menor prevalência de eritema da fralda nos recém-nascidos (Counts, Weisbrod & Yin, 2017). No entanto, numa perspetiva mais ecologista, a escolha pode recair por fraldas reutilizáveis. Estas devem ser, preferencialmente, em materiais naturais que protejam a pele como algodão/bambu, ter fecho com velcro ou molas, possam ser adaptadas a várias fases do crescimento e suportem vastas lavagens na máquina, mesmo a 40°C.

4) Explicar as vantagens e as desvantagens do uso da chupeta: o uso da chupeta é uma escolha de cada mãe/pai e em função das preferências do recém-nascido. São descritas como vantagens: 1) pode constituir um objeto de autoconsolo (a sucção é prazerosa para um recém-nascido); 2) o seu uso tem sido considerado como fator protetor da Síndrome de Morte Súbita Infantil. Como desvantagens: 1) o seu uso tem sido associado a “confusão de bicos”³² em alguns recém-nascidos, prejudicando a amamentação em alguns recém-nascidos; 2) o uso da chupeta prolongado (frequência e duração) tem sido associado a problemas de saúde, como por exemplo maior incidência de otite média, candidíase oral e, a longo prazo, a deformação da arcada dentária.

5) Explicar critérios de escolha da chupeta: Sugar é um mecanismo associado à necessidade de satisfação inata de um recém-nascido. Proporcionar períodos de sucção não nutritiva parece ter efeito positivo no desenvolvimento da musculatura musculo-facial. Para potenciar o efeito benéfico da chupeta importa que a escolha tenha em consideração:

- a) Quanto à forma: Recomenda-se que o bico da chupeta se assemelhe o mais próximo possível à forma do mamilo da mãe quando o recém-nascido termina a mamada. Assim, é recomendado

³² Em 2005, a American Academy of Pediatrics sugeriu que os bebés deveriam receber uma chupeta para proteção contra a Síndrome da Morte Súbita Infantil, enquanto a Organização Mundial da Saúde, em 2009, afirmou que bebés amamentados nunca deveriam receber bicos artificiais. A controvérsia em relação à orientação sobre o efeito do uso da chupeta permanece. Zimmerman e Thompson (2015) desenvolveram uma revisão sistemática que incluiu 14 estudos que apoiam e refutam a confusão de bicos. Com base na revisão, os autores encontraram evidências que sugerem a presença de confusão de bicos apenas no que diz respeito ao uso de biberões e pouca evidência para apoiar a confusão de bicos em relação ao uso de chupetas. Numa revisão da Cochrane desenvolvida por Jaafar et al. (2016), os autores concluíram que o uso de chupetas em bebés saudáveis de termo amamentados, iniciado desde o nascimento ou após o estabelecimento da lactação, não afetou significativamente a prevalência ou duração da amamentação exclusiva e parcial até os quatro meses de idade. Acrescentaram ainda que a evidência para avaliar as dificuldades de amamentação a curto prazo enfrentadas pelas mães e o efeito a longo prazo das chupetas na saúde dos bebés foi insuficiente. As razões fisiológicas para a “confusão de bicos” aponta para a forma como os músculos e movimentos da cavidade oral funcionam. O recém-nascido poderá ter dificuldade e “confundir os bicos” devido ao facto de os músculos e os movimentos usados para sugar na chupeta são diferentes dos usados para sugar na mama. Na mama, para que o recém-nascido consiga fazer a extração do leite, ele precisa de abrir bem a boca e colocar os lábios encostados à mama, logo as bochechas ficam arredondadas, e, faz a sucção usando os diversos os músculos da face, enquanto a língua que envolve o mamilo, o que produz uma pressão negativa. Na chupeta, o recém-nascido não precisa de abrir tanto a boca, os lábios não ficam na mesma posição e a língua fica menos exteriorizada, fazendo com que os músculos se movimentem e posicionem diferentemente para a sucção. Para além disso, numa fase inicial, a produção de leite materno está dependente do estímulo da sucção do recém-nascido, por isso, recomenda-se o adiamento da chupeta até o recém-nascido evidenciar um mamar eficaz.

que a sua compra seja feita após o início da amamentação, ou seja, após o nascimento. Na escolha da chupeta, recomenda-se ainda que o apoio dos lábios seja suave e ligeiramente convexo, e que o disco da chupeta tenha forma ovalada e possua orifícios de ventilação.

- b) O material: As chupetas podem ser de silicone – são mais duras, têm maior durabilidade e são de mais fácil limpeza ou de látex – são mais flexíveis, suaves, e degradam-se mais facilmente. Importa salientar que a chupeta escolhida deve ser isenta de Bisfenol A (BPA).
- c) Outros aspetos relacionados com o uso da chupeta: Recomenda-se que o comprimento da corrente destinada a prender a chupeta não seja superior a 22 cm³³.

6) Explicar o necessário na preparação da mala a levar para o hospital: Cada instituição de saúde tem definido o período de internamento pós-parto (por padrão, 48 horas se parto normal e 72 horas se cesariana) e recomenda uma lista de itens para a mãe, para o pai e para o recém-nascido que importa consultar antes de preparar a mala. Na seleção de alguns itens a incluir na mala, destacam-se alguns aspetos a considerar:

- Camisas de dormir ou pijamas com abertura à frente para facilitar a amamentação (a camisa de dormir é mais prática no período pós-parto, pois haverá perda de sangue e higiene íntima e troca de penso realizadas com maior frequência); ter ainda em atenção o ambiente hospitalar é mais quente (28-30°C).
- Dois pares de chinelos – uns, práticos e suficientemente largos para não apertar os pés e consiga calçar e ter estabilidade ao andar (é comum os pés ficarem mais edemaciados nas primeiras duas semanas pós-parto); outros, para usar durante o banho (para evitar pôr os pés diretamente no poliban).
- Cuecas descartáveis ou de algodão – as cuecas descartáveis poderão ser mais higiénicas durante o internamento (menos uma preocupação em ter de as lavar); se cuecas de algodão, usar as que já usava durante a gravidez pois nos primeiros dias pós-parto o abdómen ainda mantém volume sobreponível a uma gravidez de 4/5 meses.
- Pensos higiénicos superabsorventes (extra/noite).
- Toalhas secas para a higiene íntima, para uso único (a higiene será realizada frequentemente e por cada vez importa utilizar uma toalha limpa, pois a intenção é manter a zona perineal limpa e seca).

2.2. Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

As transformações culturais, políticas, económicas e científicas contribuíram para mudanças no ser família na contemporaneidade. Ainda que possa prevalecer uma conceção da família nuclear tradicional (pai, mãe e filhos/as), os diversos ajustes familiares colocam o desafio de adaptar discursos e conhecer as diferentes dinâmicas familiares.

O conhecimento sobre as transformações que ocorrem com a chegada do bebé é essencial para que a mãe e o pai, e restante família, proporcionam a oportunidade de se adaptar e lidar com as mudanças com mais confiança. A chegada de um recém-nascido é um período de mudanças que ultrapassam a dimensão biológica da mulher, englobando mudanças a nível conjugal e familiar. A passagem por este processo

³³ Há alguma reserva na recomendação do uso de corrente para segurar a chupeta uma vez que quando utilizada, há maior tendência para a prender na roupa e, sempre que o recém-nascido larga a chupeta ou passa para outro colo, a chupeta contacta com os microrganismos das roupas, tornando-se uma fonte propícia a infeções.

marca e modifica as dinâmicas familiares (Demarchi et al., 2017; Pedrotti & Frizzo, 2019; Silva et al., 2021). Assim, esta transição requer a reorganização conjugal e familiar, incluindo conciliar a relação conjugal com a parental a divisão das tarefas e a reformulação das relações afetivas (Cava-Tadik et al., 2020). Na Tabela 6 são apresentados exemplos de questões orientadoras do processo de diagnóstico e critérios que podem ser usados para inferir o diagnóstico.

Tabela 6. Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultados

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultados
<p>A chegada do/a recém-nascido traz mudanças à vida de toda a família. Que desafios vê na chegada a casa com o bebê nos braços? O que acha que vai mudar em si? O que acha que poderá mudar na relação conjugal? [O que consideram que pode mudar nas vossas vidas depois do nascimento do/da [nome do/a recém-nascido] no modo como muda o modo de ver o mundo, agora a ser mãe/pai?]</p>	<p>(A) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de articular entre ambos/família as rotinas com as necessidades do recém-nascido. • Adaptar as necessidades como mulher/homem, agora como mãe/pai, com as necessidades do/a recém-nascido. • Descreve algumas mudanças em si/nas suas rotinas (alteração do padrão de sono/repouso com consequente sensação de cansaço e falta de disponibilidade para as tarefas domésticas, etc.). <p>(B) Refere (dado relevante para Tabela 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não pensaram nisso, mas estão disponíveis para uma reflexão, pois as mudanças que aí vêm são desafiantes. • Não valorizam este aspeto, referem que lidarão com cada mudança a seu tempo (ex. “logo se verá”).
<p>Dar conta das rotinas habituais e dos cuidados de que o recém-nascido necessita desafia todos os elementos da família a ajustamentos no dia a dia, desde o primeiro dia após o regresso a casa. Tem ideia de qual será o impacto da integração dos cuidados ao recém-nascido no vosso estilo de vida habitual e nas rotinas? [As mudanças nas rotinas familiares e domésticas podem ser preparadas antecipadamente para tornar mais fácil as primeiras semanas. Na sua/vossa perspetiva, o que poderiam preparar antecipadamente? Por exemplo, em relação às refeições, limpeza da casa, etc.]</p>	<p>(C) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias significativas para a sua própria condição e expectativas (dão exemplos concretos do impacto dos cuidados ao recém-nascido, “podemos não vamos dormir tão bem no início”; “vamos ter de mudar algumas rotinas familiares e os horários”, “podemos deixar as refeições congeladas”; “teremos alguém para ajudar...”, etc.). <p>(B) Refere (dado relevante para Tabela 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não pensaram nisso, mas estão disponíveis para uma reflexão, pois as mudanças que aí vêm são desafiantes.
<p>Se outros filhos (questionar a idade) A chegada de um novo elemento traz novos desafios ao irmão/irmã mais velho/a. Como é que (nome) tem reagido à chegada de (nome do recém-nascido)? [se oportuno] O que acha que pode(m) fazer para promover uma resposta positiva nas diversas etapas (internamento, regresso a casa, etc.)?</p>	<p>(Introdução ao assunto) Contextualizar a reação à chegada do recém-nascido em função da sua idade (valorizar as reações normais – demonstra interesse e positividade face à chegada da(o) irmã/irmão (“está a reagir bem, colabora na preparação da casa e do enxoval, faz perguntas sobre o recém-nascido”, etc.).</p> <p>(D) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os comportamentos positivos da criança, nomeadamente o interesse em participar na preparação da casa e do enxoval, o fazer perguntas e o comportamento é o esperado para a sua idade. • Ter planeado a preparação de uma prenda para oferecer no internamento (se filho com idade < idade escolar).

Para muitas mães e pais, as avós e os avôs, ou outros membros da família, são uma mais-valia no período pós-parto. Como acham que será no vosso caso? E como estão a fazer para apresentar o recém-nascido à família mais alargada, avó, avô, etc...	(E) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Adotar medidas de divulgação das ajudas que precisam e das regras que desejam para as visitas.
Se animal doméstico (questionar qual possui e quais os hábitos habituais dentro de casa – onde dorme, etc.) Como está a reagir? Como pensa que reagirá quando chegar a casa com o recém-nascido? E com o recém-nascido lá por casa? O que acha que pode fazer mais para promover uma resposta positiva aquando do regresso a casa?	(F) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Começaram a criar hábitos para ser mais fácil quando chegarem com o recém-nascido em casa (dão exemplos concretos). • Pelo padrão de comportamento, reagirá bem.
A mãe e o pai trabalhadores têm direito a licença de parentalidade para terem a oportunidade de conhecer e conviver mais tempo com o recém-nascido nos primeiros meses. Pensaram sobre o assunto? Tem ideia de qual a solução mais apropriada para o vosso caso?	(G) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Já tem informação das possibilidades e decidiram como vão fazer.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir).	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 7).

Tabela 7. Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido	Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido
Se não refere C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto
Se não refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família
Se não refere E e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre preparação do recém-nascido para papel de irmão
Se não refere F e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre licença parental
Se refere A e C e D e F e G	Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

2.2.1. Intervenções promotoras da compreensão do que muda e fica diferente com a chegada do recém-nascido

A compreensão dos eventos e/ou processos influencia o estado de saúde. Desde a redefinição das rotinas diárias até à gestão das emoções e ajustes na dinâmica familiar, as intervenções que visem fornecer perceções (*insights*) sobre o que muda e permanece diferente com a chegada do recém-nascido são essenciais para definir antecipadamente estratégias que facilitem lidar com os desafios aquando do

regresso a casa pós-parto. Assim, antecipar o que poderá acontecer e as possíveis razões para acontecer de determinada forma promove a criação de expectativas realistas e permite que a mãe e/ou o pai sejam capazes de encontrar as melhores soluções.

2.2.1.1. Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

A integração de um novo elemento na família pode ser um desafio para cada um dos seus elementos e nas dinâmicas e prioridades familiares, individualmente e coletivamente. Por isso, fornecer informação à mãe e/ou ao pai sobre as mudanças previsíveis face à chegada de um recém-nascido contribuiu para integrarem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Compreender os desafios decorrentes da maternidade/papel de mãe.
- Compreender os desafios decorrentes da paternidade/papel de pai.
- Compreender os desafios colocados à conjugalidade pela parentalidade.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar os desafios decorrentes da maternidade/papel de mãe: a maternidade pode revelar-se um desafio a vários níveis. Desde a adaptação a novas rotinas e a falta de sono até o equilíbrio entre as necessidades do bebé e as próprias necessidades, as mães enfrentam uma série de desafios. De facto, nos primeiros dias após o regresso a casa pós-parto pode passar por uma série de emoções, em particular as relacionadas com a adaptação às novas tarefas e a perceber como a vida e as rotinas diárias mudaram. Tudo isto associado a possível cansaço, ansiedade relacionada com a responsabilidade de cuidar de um recém-nascido e as alterações hormonais características do pós-parto poderão exacerbar tal desafio. Nesta fase, pode estar focada no recém-nascido, em conhecê-lo e perceber as suas necessidades, mas também preocupada com o companheiro e/ou outros filhos. Para além disso, está a recuperar fisicamente do parto, pelo que as alterações corporais poderão ser um fator que deixe a mulher emocionalmente mais vulnerável. Questões emocionais e sociais, como a pressão para atender às expectativas das pessoas significativas e da sociedade, os sentimentos de culpa e a busca por identidade própria, também podem ser desafios significativos³⁴.

2) Explicar os desafios decorrentes da paternidade/papel de pai: tornar-se pai é um evento extremamente importante na vida de um homem (Hambidge et al., 2021)³⁵. À semelhança da mulher, também o homem poderá vivenciar mudanças nas suas rotinas e no assumir o papel de pai, trazendo desafios válidos e legítimos ao longo da transição para a paternidade. Esta série de mudanças e responsabilidades podem ser, simultaneamente, gratificantes e exigentes. A privação de sono, a adaptação a novas rotinas e a incerteza sobre como desempenhar um papel ativo e envolvente na vida do filho são desafios comuns enfrentados pelo pai. Na atualidade, cada vez mais os pais se demonstram envolvidos e disponíveis para

³⁴ Existem muitos desafios dentro da maternidade e muitas novas mães sentem-se sobrecarregadas, despreparadas, incertas sobre a sua identidade como mãe, esgotadas, exaustas e isoladas, e assim elas dependem muito dos seus recursos e força pessoal para “resolver” e fazer a transição para o papel de mãe (Copeland & Harbaugh, 2019; Carvalho, Gaspar & Cardoso, 2017). Além disso, as novas mães podem não admitir que estão enfrentando dificuldades, porque tornar-se mãe é socialmente percebido como um evento feliz. As novas mães podem sentir-se culpadas por terem pensamentos negativos sobre a maternidade e podem não procurar ajuda para suas preocupações. Estudos demonstram que as mães que experimentam mais angústia no processo de tornar-se mães podem perceber menos satisfação e eficácia no papel de mãe, o que afeta a qualidade das interações entre mãe e filho (Kingston, Tough & Whitfield, 2012).

³⁵ No estudo qualitativo desenvolvido por Hambidge et al. (2021), no qual participaram 29 pais, os autores concluíram que os pais perceberam que os profissionais de saúde perinatal veem as ‘mães como a prioridade’.

os cuidados ao filho, o que poderá ser benéfico para o desenvolvimento do recém-nascido e ligação pai/filho. Um dos desafios mais proeminentes é o equilíbrio entre as demandas do trabalho, vida pessoal e o cuidar do filho. Muitos pais lutam para encontrar tempo suficiente para se dedicarem a cada área de suas vidas, enfrentando dilemas sobre como distribuir seu tempo e energia de maneira eficaz. Além disso, a pressão social e as expectativas culturais podem aumentar o estresse dos pais. A sociedade muitas vezes impõe padrões rígidos de masculinidade e paternidade, o que pode levar os pais a sentirem que precisam atender a essas expectativas para serem considerados bons pais. Essa pressão pode dificultar a expressão de vulnerabilidades ou a busca de ajuda quando necessário.

3) Explicar os desafios colocados à conjugalidade pela parentalidade: a reestruturação da relação conjugal após o nascimento do filho é um desafio para o casal, e essa mudança pode criar tensões e exigir ajustes significativos. Um dos principais desafios enfrentados pelo casal é a redistribuição das responsabilidades e tarefas. Os cuidados ao bebê exigem tempo e energia, o que pode levar a uma divisão desigual do trabalho doméstico e a uma sobrecarga emocional para um dos membros do casal. A falta de sono, a necessidade constante de atenção e as mudanças nas rotinas diárias podem levar a sentimentos de cansaço e frustração, que por sua vez podem influenciar a qualidade da comunicação e da interação entre o casal³⁶. A necessidade de conciliar o novo papel com a vida conjugal e sexual pré-existente, deixando de constituir uma diáde para passar a constituir uma tríade, o que requer ajustes também a nível afetivo e íntimo. Esta conciliação poderá ser particularmente difícil, sobretudo, ao tratar-se do primeiro filho, pois as mães e os pais podem sentir-se mais ansiosos, inseguros e mais focados no recém-nascido ficando menos disponíveis para a relação entre os dois. Para além disso, a intimidade, o tempo de qualidade juntos e as atividades que costumavam fortalecer a ligação do casal podem ser sacrificados em prol das necessidades do bebê. A comunicação entre ambos poderá permitir que exponham os seus receios e expectativas e para que seja mais fácil lidar com as dificuldades que poderão surgir na adaptação a esta nova realidade. A reorganização das dinâmicas familiares poderá constituir uma estratégia que permite a gestão das rotinas e tarefas habituais com as rotinas e tarefas que advém da chegada de um recém-nascido à família. A parentalidade apresenta desafios únicos à conjugalidade, mas também oferece a oportunidade de crescimento e fortalecimento das relações e dinâmicas do casal/família.

2.2.1.2. Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto

A chegada de um recém-nascido exige a reorganização da vida tal qual a conheciam (Silva et al., 2021). O período pós-parto tem inerente intensas mudanças, que exigem muito, principalmente, da mãe. Por isso, importa que a mãe e o pai sintam como justa e satisfatória a reorganização das rotinas e das tarefas. Por isso, fornecer informação à mãe e/ou ao pai sobre estratégias que podem agilizar o período mais crítico poderá ser essencial para a gestão de conflitos no casal e promover a recuperação pós-parto. Assim, importa melhorar o conhecimento para que sejam capazes de:

- Identificar estratégias para facilitar a gestão do tempo e das tarefas com a chegada do recém-nascido.
- Integrar mudanças facilitadoras da gestão do tempo e das tarefas após a chegada do recém-nascido.

³⁶ Vários estudos apontam para o facto de serem poucos os casais que partilham as tarefas domésticas e as responsabilidades pelos cuidados dos filhos e, isso, poderá desembocar numa relação insatisfatória, com tendência a desgastar a relação (Silva et al., 2021). Após o parto, quando a carga de trabalho aumenta, aumenta o nível de estresse, com consequente lacuna na proximidade e intimidade emocional, que são fatores essenciais relacionados com a relação sexual e a satisfação física (Maaset al., 2018). Também os estudos revelam que os casais que dialogam sobre a distribuição das tarefas domésticas e os cuidados com o recém-nascido tem mais afeto físico, enquanto os que não acordam sobre a distribuição igualitária das funções tem menos afeto físico, sendo a vida sexual também impactada (Cava-Tadik et al., 2020).

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar medidas e pensamentos facilitadores da gestão do tempo/tarefas: cada mãe tem a sua própria experiência e ritmo, todavia há determinadas medidas que podem facilitar a vida nas primeiras semanas após o regresso a casa pós-parto, nomeadamente:

- Preparar o regresso a casa pós-parto: ter a casa limpa antes da chegada do recém-nascido; negociar antecipadamente as visitas e as ajudas nas tarefas domésticas com familiares³⁷ e amigos; deixar tudo pronto para aquando do regresso a casa – quarto pronto para receber o bebé, berço preparado, a cadeira-auto, etc. Deixar um espaço organizado para cuidar do recém-nascido (amamentar, trocar a fralda, etc.), com tudo o que poderá necessitar ao alcance, o que facilita a gestão do tempo.
- Estabelecer prioridades: reconhecer que algumas tarefas são mais importantes do que outras e por isso, vale a pena concentrar-se nas tarefas essenciais e deixar as menos urgentes para depois ou para outra pessoa fazer.
- Criar uma rotina flexível: estabelecer uma rotina diária que inclua momentos para alimentação, descanso e cuidados pessoais, independentemente do momento em que ocorrem.
- Dividir/delegar tarefas: acertar com o pai o plano de parentalidade antecipadamente para dividir as responsabilidades, como alimentar o bebé, trocar fraldas e fazer tarefas domésticas.
- Aceitar ajuda: aceitar/pedir ajuda a familiares e amigos – podem cozinhar refeições, fazer compras ou simplesmente tomar conta do bebé enquanto descansa.
- Preparar refeições antecipadamente: congelar refeições saudáveis ainda durante a gravidez para facilitar as refeições nos primeiros dias; deixar a dispensa com os alimentos necessários para os primeiros tempos.
- Priorizar o autocuidado e descansar/dormir quando o recém-nascido dorme: ter na ideia de descansar nos períodos em que o bebé está a dormir também, sem se preocupar com tarefas domésticas nesse momento. Cuidar de si mesma, mesmo que seja apenas alguns minutos por dia; reservar tempo para relaxar, tomar um banho ou fazer algo que a faça sentir bem.
- Aceitar o caos e gerir as expectativas: reconhecer que as primeiras semanas serão desafiantes e que nem sempre as coisas sairão como planeado. A flexibilidade é um ponto chave.

2.2.1.3. Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família

Receber um recém-nascido em casa e na família implica a sua apresentação às pessoas significativas mais próximas: irmã/irmão(s) mais velho(s), família alargada e ao animal doméstico, se existirem. A adaptação à chegada de um(a) irmão/irmã é uma transição normativa para a maioria das crianças (Volling, 2012) e uma transição para muitos avós e avãs. A maioria dos avós anseia pelo nascimento de

³⁷ A presença da mãe da puérpera como figura de apoio é frequentemente associada a benefícios significativos, como a melhoria da autoestima da mulher e o fornecimento de força emocional para a adaptação à nova realidade pós-parto (Demarchi et al., 2017; Zanatta et al., 2017). A mãe da puérpera desempenha um papel importante ao oferecer suporte emocional, partilhar experiências maternas e fornecer orientação durante esse período de transição. Estudos como os mencionados destacam a influência positiva da presença e participação ativa da mãe da puérpera no bem-estar e na saúde mental da mulher, proporcionando um senso de segurança e encorajamento para lidar com os desafios da maternidade.

um neto, sem a responsabilidade de ser mãe ou pai (Ochiltree, 2006)³⁸. Para muitas famílias, o animal doméstico é entendido como parte da “tribo” familiar. A gestão de uma relação segura e tranquila entre o animal doméstico e o recém-nascido deverá ser preparada antecipadamente (Bergman & Gaskins, 2008). Por isso, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Promover a aceitação pela(o) irmã/irmão mais velho.
- Promover a aceitação pelo animal doméstico.
- Promover o envolvimento dos avós.
- Gerir a integração do novo elemento na família alargada.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar reações esperadas por parte da(o) irmã/irmão mais velho: A gravidez e o nascimento de um irmão mais novo podem desencadear ciúmes, que corresponde a uma resposta instintiva e normal face à situação. De facto, a(o) irmã/irmão mais velho sentir que está a ser substituída, ver-se na obrigação de dividir o espaço que até agora era só seu, sentir-se em disputa de atenção em que fará de tudo para chamar a atenção da mãe e do pai, etc. A criança, de acordo com a etapa de desenvolvimento em que se encontra, poderá demonstrar diferentes reações. Assim, poderá ser útil perceber quais são os comportamentos comuns perante o nascimento de um(a) irmão/irmã, e quais as estratégias que poderão adotar no sentido de facilitar a integração do novo membro da família.

- a) Idade inferior a 3 anos: Num período inicial, ainda não tem a perceção da gravidez e de que a “barriga a crescer” representa um recém-nascido, uma vez que aquilo que vê e consegue incorporar é apenas “uma barriga”. Mesmo quando o recém-nascido nasce, para a criança é apenas um ser, não havendo uma noção de que irá dividir a atenção consigo, sendo que essa noção vai sendo imposta gradualmente, com a observação da atenção dedicada à/ao irmã/irmão. Ainda não compreende totalmente a notícia, mas sente a alegria da mãe e do pai³⁹.

³⁸ Quando o primeiro filho nasce, as mães e os pais precisam de ajustar-se a novos papéis, a uma mudança no relacionamento entre eles e a atender às necessidades do novo recém-nascido. Os avós, por outro lado, parecem ter menos ajustes a fazer, porque a responsabilidade agora é de natureza diferente. Ser pai e avó pode levar a alguma ambiguidade às vezes. No início, o papel das avós ou dos avós pode ser o dominante, pois eles observam as mães e os pais inexperientes a tentar lidar com a situação. No entanto, os sentimentos que os avós têm por seus próprios filhos e aqueles, embora amorosos, que eles têm pelo neto são geralmente muito diferentes. Muitos avós preocupam-se mais com os próprios filhos do que com os netos, pelos quais geralmente se sentem menos responsáveis (Ochiltree, 2006). Os avós costumam ter relacionamentos gratificantes com os netos, observando-os a aprender e a crescer e fazer parte de suas vidas, enquanto outros descobrem que se espera que colaborem ativamente.

³⁹

Idade da criança	Emoções/reações esperadas		
	Gravidez	Internamento	Regresso a casa
3 anos ou menos	Desinteresse.	Alguns dos comportamentos podem passar pelo choro devido ao ambiente desconhecido e por comportamentos apelativos para com a mãe. Estratégias: permitir a visita do irmão mais velho, ainda que esta não deva ser muito demorada e dedicar-lhe toda a atenção nesse momento.	Pode manifestar dificuldade em aceitar a chegada do irmão mais novo, evidenciando desagrado, para além disso pode regressar transitoriamente em alguns comportamentos e novamente tentar captar a atenção dos pais só para si. Estratégia: se isso acontecer, não é aconselhado castigar a criança, podem antes nos primeiros minutos de chegada a casa dedicar-lhe toda a atenção e transmitir-lhe as saudades que sentiram por estar longe dele, se for possível o irmão mais novo deve trazer um presente.

- b) Idade pré-escolar (3-5 anos): Este é considerado o período mais afetado pela gravidez e chegada de um(a) irmão/irmã mais novo, sendo que é neste período quando as crianças se sentem e demonstram maior impacto. Uma criança nesta faixa etária pode, quando confrontados com situações que lhe causem estresse, evidenciar regressão em habilidades recentemente apreendidas. Não tendo ainda um controlo a nível emocional, poder-se-ão tornar mais agressivas, quer com os pais, quer com a/o irmã/irmão, sendo esta uma forma de exteriorizar a sua tristeza e raiva. Outras crianças podem ir assumindo o papel de “filha(o) mais velha(o)”, revelando maior desejo de autonomia. Quando se apresentam mais dependentes das figuras parentais, podem manifestar a intenção de receber a mesma atenção que a gravidez e que o recém-nascido. A criança pode regredir tendencialmente para um estágio anterior, em particular, quando as aquisições desenvolvimentais foram recentemente adquiridas. Sendo assim, e uma vez que nesta idade apesar de já falarem, ainda não conseguem expressar as suas fragilidades emocionais, manifestam a sua adaptação por outras formas. A forma de comunicar acaba por ser na regressão em determinadas aquisições desenvolvimentais, nomeadamente a linguagem, hábitos de sono, controlo de esfínteres, etc.⁴⁰. O filho mais velho pode também tornar-se mais carinhoso, mais apegado às figuras paternas. Além disso, pode apresentar maior dependência noutros níveis, como: comer, tomar banho, ir à casa de banho, vestir-se, etc. Estas reações são expectáveis e vão-se intensificando ao longo da gravidez, especialmente no último trimestre, altura em que a “barriga” fica mais evidente⁴¹.
- c) Idade escolar (6-11 anos): A criança em idade escolar apresenta uma capacidade de raciocínio sobre o mundo, com um método mais lógico e com uma visão mais adulta. A linguagem assume nesta idade uma função importante, uma vez que conseguem já ter uma melhor compreensão por aquilo que é dito pelos adultos e conseguem-se expressar melhor através da linguagem. A criança desenvolve um conceito mais complexo sobre si mesma, assim como maior controlo

⁴⁰ Oliveira e Lopes (2008) relatavam nesta faixa etária e na presença de uma gravidez, alterações do comportamento em diversos níveis. Segundo os autores, é comum as crianças voltarem a pedir o biberão e a recorrer a chupeta, podendo até acontecer crianças que nunca valorizavam a chupeta, pedirem nesta fase a mesma. Além disso, pode acontecer que as crianças apresentem uma linguagem mais infantilizada, não evidenciada até então. A linguagem infantilizada pode constituir-se como uma forma da criança expressar a influência que a gravidez tem em si e a sua necessidade das figuras parentais. O mesmo estudo indica o sono como outra das áreas a ter em atenção. As crianças podem até conseguir dormir sozinhas, mas manifestam mais o desejo de permanecer por mais tempo na cama dos pais, despertam durante a noite ou podem mesmo insistir para dormir na cama destes. De um modo geral, a hora do sono poderá já ser problemática para os filhos, que encaram o dormir em camas diferentes, como um momento de separação física e/ou emocional, e os pais apresentam dificuldade em não ceder à vontade dos filhos. Podem surgir também regressões no controlo de esfínteres, especialmente durante a noite, em crianças que já não usavam fralda.

⁴¹

Idade da criança	Emoções/reações esperadas		
	Gravidez	Internamento	Retorno à casa
Idade pré-escolar	<p>Áreas de regressão:</p> <p>Volta a usar biberão</p> <p>Volta a usar chupeta</p> <p>Quer dormir na cama dos pais ou exige a presença de um dos pais na sua cama</p> <p>Fica na cama dos pais até mais tarde</p> <p>Acorda mais vezes durante a noite</p> <p>Volta a usar fralda</p> <p>Urina na cama durante a noite</p> <p>Apresenta linguagem mais infantilizada</p>	<p>O irmão mais velho pode recusar a aproximação ao recém-nascido ou sentir-se dececionado quando o vê e apresentar preocupação exclusiva com a mãe. Algumas crianças também podem demonstrar curiosidade pelo irmão mais novo. Estratégias: Explicar ao filho mais velho as semelhanças do seu nascimento com o do irmão, isto porque nesta idade as crianças costumam gostar de ouvir a história do seu nascimento e de compará-la com a gestação atual, outra estratégia é concentrarem-se nele e dedicarem-lhe atenção.</p>	<p>Podem querer captar a atenção dos pais, realizando birras e demonstrando regressão em comportamentos que adquiriu há pouco tempo, como por exemplo voltar a urinar na cama quando já têm capacidade para controlar os esfínteres. Para além disso, algumas crianças podem até mostrar comportamentos agressivos, pegando no recém-nascido de forma rude e tentando magoá-lo. Estratégias: de modo a contornar estes comportamentos, pode-se mostrar as saudades que sentiram do filho e não castigar perante os comportamentos de regressão.</p>

emocional, nomeadamente no que diz respeito às suas emoções negativas (tristeza, medo, raiva, alegria, etc.). É também neste período que se adquire o senso de identidade, as habilidades (capacidades) de liderança, de comunicação, de cooperação e das regras sociais. Isto, juntando ao facto de que a criança se tornou mais independente na satisfação das suas necessidades, torna mais ténue a transição, sendo que não se verificam comportamentos de regressão ou agressividade para com as figuras parentais ou com a/o irmã/irmão. Coincidentemente, pelas matérias abordadas na escola, dada a sua evolução cognitiva, desperta-se uma maior curiosidade pela gravidez, pelo nascimento e pelos cuidados ao recém-nascido. Desta forma, o irmão mais velho, poderá nesta fase manifestar interesse em saber mais e em ajudar nos cuidados ao recém-nascido, assumindo o papel de “irmão mais velho”⁴².

- d) Adolescente (11-19 anos): Nesta fase, o pensamento evolui para um nível mais abstrato. Quanto ao desenvolvimento emocional, o adolescente quer neste momento procurar a sua independência e assumir a sua identidade e, por isso, muitas vezes apresenta, na fase inicial da adolescência, comportamentos considerados de rebeldia. O adolescente funciona também muito pela comparação para obter a sua autonomia, uma vez que já considera que deveria ter os mesmos direitos, nomeadamente de liberdade, que os adultos. Então, quando surge a notícia da gravidez, o adolescente pode não reagir bem ao facto de perceber a existência de uma vida sexual ativa pelos seus pais, considerando que se ele próprio ainda não iniciou, então, os seus pais não deveriam ter. Numa segunda fase da adolescência a evolução exponencial das áreas cognitiva e emocional, torna a transição mais fácil, sendo que neste momento o adolescente sente-se tendencialmente menos dependente dos pais, aceita melhor a vida sexual dos mesmos, uma vez que ele próprio já iniciou ou tem contacto com quem mantenha atividade sexual. Assim, assume uma postura de cooperação e aceitação da gravidez e do irmão⁴³.

42

Idade da criança	Emoções/reações esperadas		
	Gravidez	Internamento	Retorno a casa
Idade escolar	Demonstra interesse na gestação da mãe Realiza questões acerca da gravidez e do nascimento Manifesta ansiedade pela chegada do novo recém-nascido Gosta de participar na escolha e organização do ambiente para acolher o recém-nascido Tem vontade de participar e realizar os cuidados ao irmão mais novo	Pode recusar a aproximação ao irmão, pode decepcionar-se quando o vê e demonstrar preocupação exclusiva para com a mãe. Pode revelar curiosidade e gostar de participar na preparação da casa e do enxoval para o irmão. Estratégias: são as mesmas, acrescentando-se o facto de que nesta idade se pode permitir que o filho mais velho pegue no irmão sob supervisão e participe nos cuidados ao recém-nascido.	Alguns dos comportamentos poderão passar por sentimentos de revolta, realizando asneiras em casa e na escola, no entanto, poderão apresentar em simultâneo curiosidade e vontade para participar nos cuidados ao irmão. Estratégias: envolver o filho mais velho, caso este deseje, nos cuidados ao recém-nascido e tirar as dúvidas existentes, explicando o que se passa.

43

Idade da criança	Emoções/reações esperadas		
	Gravidez	Internamento	Retorno a casa
Adolescente	Fase inicial: Manifesta-se crítico quanto à gravidez Não aceita uma vida sexual ativa dos pais Tem receio de que os outros possam pensar Fase final: Aceitação do irmão Apoio aos pais Cooperação nos cuidados	Pode estar preocupado com o estabelecimento da sua identidade sexual e apresentar dificuldade em aceitar que os pais também têm atividade sexual, considerando-os demasiados velhos para tal. Para além disso, podem assumir um papel crítico e questionar o que os outros irão pensar relativamente ao assunto.	De um modo geral manifestam uma atitude de compreensão e de apoio durante o internamento e no regresso a casa, ajudando nos cuidados ao irmão mais novo.

2) Explicar estratégias facilitadoras da aceitação do recém-nascido por irmã/irmão mais velho:

De acordo com a idade e personalidade do irmão/irmã mais velho, poder-se-á implementar estratégias como:

- Idade pré-escolar: 1) Preparar antecipadamente sobre o que poderá acontecer, explicar e mostrar o que é um recém-nascido e o que podem esperar; 2) Envolver na preparação, permitindo, por exemplo, que escolham roupa ou ajudem a arrumar o quarto; 3) Ler livros com ilustrações sobre bebês e/ou vídeos infantis; 4) Brincar com bonecos “nenuco” ou peluches, praticando os cuidados como se fosse um “bebê” como forma de se familiarizar com a ideia e com os cuidados; 5) Usar linguagem positiva associada ao facto de passar a ser irmã/irmão mais velho; 6) Contar histórias sobre quando eles eram bebês recém-nascidos e mostrar fotos; 7) Levar do irmão/irmã mais velho para visitar amigos ou familiares com bebês, para favorecer a familiarização com a ideia e ver um recém-nascido na vida real; 8) Encorajar do irmão/irmã mais velho a criar um presente ou carta especial para dar ao bebê quando ele chegar.
- Idade escolar e adolescente: 1) Incentive o envolvimento na escolha do nome do bebê, na decoração do quarto; 2) “Delegue” tarefas relacionadas ao bebê, como buscar fraldas/roupas, ler uma história, ajudar no banho, etc.; 3) Reserve momentos para estar centrada apenas nele(a), a fazer algo que seja importante para ele(a); 4) Mostre interesse pelas atividades que desenvolve, dando a perceber que a relação não mudará após a chegada do bebê; 5) Encoraje o/s irmão/irmã/s mais velho a criar um presente ou carta especial para dar ao bebê quando ele chegar; 6) Crie oportunidades para que faça questões e partilhe os sentimentos, respondendo de forma honesta e apropriada à sua idade.

3) Explicar medidas facilitadoras da aceitação do recém-nascido pelo animal doméstico:

Quando a família considera o animal doméstico como um dos seus membros, importa explicar que existem alguns fatores que poderão facilitar a adaptação às alterações decorrentes da chegada do recém-nascido.⁴⁴ Estudos que comprovam que o contacto precoce com os animais diminui o risco de o recém-nascido desenvolver alergias e infeções do trato respiratório e promove a maturidade do sistema imunológico. Para além disso, as crianças que convivem com animais poderão ser mais afetuosas e sociáveis. No entanto, recomenda-se cuidado com a higiene e saúde (vacinado e desparasitado) do animal doméstico, uma vez que pode constituir uma fonte direta de microrganismos. Assim, durante a gravidez importa determinar se o animal (neste caso, pensando mais no cão) está preparado:

- Entende ordens simples como o “senta”, “deita”, “fica”, “vem” e ter a certeza de que ele entende e respeita a palavra “não”.
- Está habituado para ficar sozinho durante alguns períodos, de forma a não estranhar quando estiverem noutra divisão da casa com o recém-nascido ou até mesmo quando se ausentarem de casa.

⁴⁴ Muller (2010) defende que o conceito de família depende das definições que seus membros constroem sobre ela ao longo de suas vidas. Isto transfere-nos para uma realidade diferente da de outrora. Atualmente, muitas famílias são “multiespécies”. O animal doméstico é considerado um membro da família, com direitos: alimentação apropriada ao seu estado físico, raça e idade; cuidados veterinários preventivos e curativos; atividades lúdicas com recurso a brinquedos cognitivamente interessantes e educativos; cuidados de higiene adequados, etc. Habitualmente, antes da gravidez, os afetos do casal são centrados no animal, depois a atenção foca-se nos cuidados com a grávida e nos preparativos para a chegada do recém-nascido. Nesta altura, para muitas famílias, o animal passa por um papel secundário, em que as rotinas mudam, os cuidados básicos são negligenciados, a interação reduz-se (menos passeios, menos tempo de brincadeira, etc.). O animal poderá ficar frustrado, mudando alguns comportamentos, no sentido de tentar reconquistar a importância a que estava habituado. Estas mudanças de comportamento contribuem, muitas vezes, para agravar ainda mais a relação, pois o casal pode perder a paciência e penalizarem ainda mais o animal. Com o nascimento do recém-nascido, há, inevitavelmente, alterações no ambiente social. O choro do recém-nascido, os odores desconhecidos, as alterações das rotinas, a entrada e saída frequente de pessoas poderão ser estressantes.

- Conhece as áreas que pretendem restringir à presença do animal, após o nascimento.
- Está ambientado à existência de novos objetos, nova mobília e novos brinquedos que não são dele e nos quais não deve tocar. Por vezes, os brinquedos têm cores e texturas diferentes e sons estimulantes, podendo querer assumir aquele brinquedo como seu ou determinados brinquedos poderão criar-lhes ansiedade e reações imprevisíveis.
- Os brinquedos/objetos e sons deverão ser mostrados e deve ser observada a reação do animal.

Se necessidade, durante a gravidez importa criar hábitos para tornar a vida mais fácil após o regresso a casa pós-parto. Estas alterações, implementadas numa fase precoce, permitem não só facilitar a adaptação gradual do animal, como perceber qual a reação destes a essas mesmas alterações.

a) Estratégias passíveis de serem usadas durante a gravidez:

- Treinar o animal para obedecer a regras e compreender/respeitar a palavra “não”.
- Implementar horários que sejam compatíveis com as rotinas que se irão adotar depois do recém-nascido chegar a casa.
- Se tem comportamento apelativo, começar a habituá-lo a outros comportamentos (por exemplo, treinar o animal a não saltar para as pernas das pessoas (principalmente o cão) ou ir para o colo das pessoas, de forma a evitar que ele faça isso, no futuro, com alguém que esteja com o recém-nascido ao colo).
- Habituá-lo o animal a ficar sozinho por alguns períodos.
- Restringir o acesso ao quarto onde ficará o recém-nascido.
- Mostrar os brinquedos/objetos; se reação excessiva a objetos do bebé, começar a dessensibilizar (por exemplo, se mostrar ansiedade perante os carrinhos, devido às suas rodas, será o passeio do animal, com coleira, ao lado do carrinho).
- Ambientar aos sons de um recém-nascido (se, de alguma maneira o animal se sentir ansioso, excitado, com medo, agressivo, pode-se reproduzir o som – exemplo o choro, primeiro num nível audível e tolerado pelo animal, indo aumentando gradualmente o nível do som, até que o animal se mostre ambientado a estes sons).
- Preparar os espaços próprios: 1) local de alimentação/eliminação: o mais afastado do recém-nascido possível; a caixa de areia do gato deve também situar-se numa divisão em que o recém-nascido não permaneça, e deve estar preenchida de areia, de maneira que as fezes não estejam expostas para o ambiente da casa; 2) preparar-lhe algumas zonas de conforto na casa, de maneira que ele tenha o seu cantinho, em que pode estar sossegado.
- Premiar os bons comportamentos com reforço positivo.

b) Estratégias para preparar para o regresso a casa (já após o nascimento):

- Para que não “estranhe” o recém-nascido poderá ser dar-lhe a farejar objetos ou roupa que estiveram em contacto com o recém-nascido, antes do regresso a casa pós-parto.

c) Estratégias passíveis de serem usadas aquando e após o regresso a casa pós-parto:

- Aquando da chegada do recém-nascido a casa, uma das estratégias recomendadas é que a mãe venha com as mãos livres, para estar disposta a receber o animal e dedicar-lhe algum

tempo, visto que esta esteve hospitalizada e o animal não a vê há algum tempo. O pai/outra pessoa pode entrar depois com o recém-nascido. No momento da apresentação, é importante que estejam duas pessoas, uma que esteja atenta ao recém-nascido e outra que esteja atenta ao animal e às suas reações. A mãe e o pai devem permitir que o animal chegue perto do recém-nascido, mas sem forçar, se o animal não o desejar; devem deixar que o animal se aproxime calmamente e observar as suas reações. Animais que queiram cheirar demasiado o recém-nascido devem ser distraídos para outra atividade. Animais que manifestem ansiedade, agitação ou agressividade, devem ser afastados do recém-nascido de forma calma, podendo-se tentar mais tarde a apresentação.

- Reservar um tempo para o animal (incluir no seu horário 5 a 10 minutos diários para dedicar exclusivamente ao animal promove o relaxamento).
- Apresentar gradualmente o recém-nascido.
- Restringir acesso ao quarto onde ficará o recém-nascido e não deixar que o recém-nascido fique sozinho com animais de estimação, mesmo que nos primeiros contactos pareça que o animal não apresenta perigo, pois pode reagir inesperadamente caso o recém-nascido chore ou pode sufocá-la por se deitar demasiado próximo; se o animal ainda não tem a perceção de que não pode entrar no quarto do recém-nascido, podem montar umas grades (limitando a entrada) ou manter a porta sempre fechada (restringindo a entrada) e dizer ao animal que não pode entrar, antes de fechar a porta.
- Isolar a zona de alimentação/necessidades fisiológicas de áreas onde estará o recém-nascido.
- Propiciar uma zona de conforto e sossego para o animal.
- Premiar os seus bons comportamentos com reforço positivo, através de, por exemplo, pequenas guloseimas, refeições, carinhos, brincadeiras com eles, saídas ao exterior.

4) Explicar medidas facilitadoras da integração do recém-nascido na família alargada: O apoio da família pode ser uma mais-valia, oferecendo suporte, orientações e constituí um exemplo de como viver e cuidar. No entanto, nos primeiros dias pós-parto a mãe e o pai podem necessitar de descansar e de ter tempo para eles próprios, o que nem sempre é possível com a presença das visitas. Assim, uma estratégia a utilizar é combinar, ainda durante a gravidez, com os membros da família para avisarem quando estiverem com intenções de visitar, de maneira que ambos possam decidir se é um momento adequado, ou não. Aquando da visita, importa seguir um conjunto de medidas de modo a não comprometer a saúde ou a segurança do recém-nascido. Alguns profissionais sugerem vivamente que nos primeiros 28 dias só deverão ser permitidas visitas dos familiares mais próximos ou amigos muito chegados. Para promover esta medida, o pai, por exemplo, poderá enviar pai uma mensagem quando o recém-nascido nascer, a dizer “(nome) nasceu, pesa (x) e pode receber visitas em casa dentro de (x dias)”. Ainda durante a gravidez, poder-se-á dizer que “as visitas são bem-vindas se forem rápidas e para levar comida, lavar a roupa ou limpar a casa. Não para fazer comentários ou estar com o recém-nascido”. E orientar para alguns princípios: 1) Telefonar ou enviar uma mensagem a perguntar se é o momento próprio; 2) Não levar crianças para a visita; 3) Não visitar se estiver doente/adoentado; 4) Lavar as mãos ao chegar a casa; 5) Respeitar os desejos da mãe e do pai (não mexer no recém-nascido, não tirar ou divulgar fotografias, não tocar nem beijar); 6) Não “dar palpites”, apenas elogios; 7) Não usar perfume; 8) Não dar trabalho (exemplo, pedir lanche; levar crianças pequenas que exijam vigilância nas atividades); 9) Não pedir para contar detalhes da experiência do parto – deixar que sejam os próprios a tomar a iniciativa; 10) Se houver filhos mais velhos, dar-lhe atenção especial (sem falar do recém-nascido); 11) Na hora de amamentar, é hora de sair.

2.2.1.4. Ensinar sobre papel de irmã/irmão (intervenção que inclui a presença irmã/irmão mais velha/o)

A chegada de um recém-nascido à família é um momento emocionante e transformador, não apenas para a mãe e pai, mas também para o(s) irmão(s) e/ou irmã(s) mais velhos. Para essas crianças, a chegada de um novo membro da família pode desencadear uma mistura de emoções, que vão desde a excitação até a apreensão. Compreender as necessidades e sentimentos do irmão/irmã mais velho durante esse período de mudança é crucial para promover uma transição saudável. Se oportuno, esta intervenção pode ser implementada tendo do irmão/irmã mais velho como alvo dos cuidados, no sentido de promover a sua adaptação ao papel de irmã/irmão.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar estratégias facilitadoras da preparação o para a chegada do recém-nascido: Ao longo da gravidez conversar, em linguagem apropriada à idade, o que esperar e como a sua situação provavelmente mudará com a chegada do irmão/irmã, por exemplo recorrendo histórias/ jogos/ vídeos; envolver e deixar que acompanhe as mães e os pais a uma ecografia; incentivar o irmão/irmã mais velho a participar na decoração do quarto, por exemplo fazendo um desenho que será emoldurado para o irmão/irmã; em compensação as mães e os pais podem comprar um brinquedo simbólico para o irmão mais velho, a ser “oferecido” pelo recém-nascido ao chegar a casa; independentemente dos exemplos, é fundamental recordar que são especiais e importantes, que também têm um papel durante este momento emocionante na vida da família e que a chegada do recém-nascido não lhe retira, antes, acrescenta valor à vida, ou seja, terá mais alguém para amar e alguém que também o amará.

- Contar uma história enfatizando as partes divertidas e especiais de ser um irmão/irmã mais velho.
- Criar cenários físicos, incluindo a mãe e um modelo de recém-nascido, para ajudar a identificar como pode ajudar e dar importância às ideias que surgirem (exemplo, cantar baixinho quando se põe o bebé a dormir, fazer companhia à mãe enquanto ela está a amamentar, buscar alguma coisa que a mãe precisa, etc.).
- Explicar como interagir com o recém-nascido em segurança.
- Oferecer um diploma de “melhor” irmão/irmã.

2.2.1.5. Ensinar sobre licença parental

A licença parental oferece uma série de benefícios tanto para a mãe, como para o pai, com ganhos para a saúde de ambos e promoção do desenvolvimento infantil, já que contribui para um equilíbrio entre a vida profissional e familiar. Neste sentido, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Identificar benefícios para a mãe, para o pai e para o recém-nascido da licença parental.
- Decidir qual o modelo de licença parental mais apropriado à sua condição.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar benefícios da licença parental do pai: Cuidar de um filho é responsabilidade de ambos os progenitores. A capacidade de cuidar de um recém-nascido não é um atributo natural das mães, mas uma habilidade aprendida, ao longo do tempo, vendo e ajudando outras pessoas cuidarem de bebés,

ou quando se aproxima a chegada do seu próprio filho. Quando um homem compartilha os cuidados parentais e a educação infantil, tende a desenvolver uma compreensão mais profunda de si, ao nível das emoções e afetos, com repercussões nas relações interpessoais; maior satisfação com a vida e melhores resultados em indicadores de saúde física e mental. Homens que cuidam dos filhos desde cedo e partilham licenças parentais, tendem a manter um envolvimento em todas as fases do desenvolvimento do recém-nascido e não apenas num momento específico, como o nascimento. Mulheres cujos companheiros participam ativamente nos cuidados ao filho(a) recém-nascido tendem a sentir maior apoio emocional, experienciando menor nível de estresse do que se tivessem parceiros ausentes ou não envolvidos. Crianças com um pai envolvido na vida familiar podem apresentar melhor desenvolvimento emocional e cognitivo, ser mais seguras, empáticas e com níveis mais elevados de autoestima. Viver num paradigma em que o homem e a mulher têm participação em todos os domínios da vida familiar é estar em sintonia com princípios de igualdade de oportunidades, pelo que criar o recém-nascido neste contexto, contribuirá para uma marca de mudança na forma de pensar e agir parental, que sendo reproduzida pelos/as mesmos/as no futuro, constituirá um forte contributo para uma sociedade mais justa e mais saudável.

2) Explicar o tipo de licenças disponíveis: Os primeiros tempos poderão ser os mais críticos, e poderá ser útil conhecer os diferentes tipos de licenças parentais, sendo que estas podem ser de 4, 5 e 6 meses. Importa considerar que o tempo de licença permitirá acompanhar durante mais tempo o desenvolvimento da criança e, na maior parte dos casos, garantir a amamentação durante mais tempo. Licença exclusiva/não transferível entre progenitores é uma licença que se inicia no dia do nascimento, e consiste num tempo para a recuperação da mulher-puérpera e tempo para o outro progenitor, para que possam iniciar esta nova fase juntos. Esses tempos são de gozo exclusivo e obrigatório para cada um. A mãe tem mais tempo de licença exclusiva atendendo à necessidade de recuperação pós-parto – seis semanas. Findas as licenças obrigatórias iniciais, todos os restantes períodos subsequentes podem ser partilhados entre os progenitores. O incentivo à licença parental inicial partilhada evoca o direito fundamental à conciliação família-trabalho, traduzindo-se em benefícios concretos para o bem-estar do recém-nascido, já que passam a estar mais tempo sob o cuidado da mãe e do pai. Assim, constituem períodos de licença parental da mãe e do pai:

- a) Licenças obrigatórias iniciais: Após o parto, a mãe tem direito a 6 semanas seguidas e obrigatórias e o pai tem direito a 28 dias (os primeiros 7 dias são seguidos e gozados imediatamente a seguir ao nascimento; os restantes 21 dias têm de ser gozados nas 6 semanas (42 dias) após o nascimento; o pai tem ainda direito a usufruir de 7 dias úteis opcionais, seguidos ou alternados, gozados ao mesmo tempo com a mãe).
- b) Passadas as 6 semanas obrigatórias, a mãe pode optar por ficar mais dois meses e meio de licença, perfazendo os 4 meses (120 dias), sendo remunerada a 100%, OU então optar por ficar mais três meses e meio, perfazendo os 5 meses (150 dias), sendo remunerada a 80% durante todo o período de licença. Durante a licença da mãe, o pai também pode usufruir de 5 dias facultativos, sendo remunerado a 100%.
- c) Se optarem pela licença partilhada, para além das licenças obrigatórias iniciais, poderão escolher uma das possibilidades:
 - usufruir de mais três meses e meio de licença (150 dias), sendo que 30 desses dias serão gozados pelo pai (consecutivos ou em dois períodos de 15 dias consecutivos) e sem serem em simultâneo com os da mãe. Neste caso, serão ambos remunerados a 100%;
 - usufruir de mais quatro meses e meio (180 dias), sendo que 30 desses dias serão gozados pelo pai (consecutivamente ou em dois períodos consecutivos de 15 dias), com remuneração a 83%.

- d) No caso de gémeos, por cada gémeo, a mãe tem direito a mais 30 dias na licença parental inicial e o pai a dois dias para além dos 20 obrigatórios e mais dois dias para além dos cinco facultativos, remunerados a 100%.

De todo modo, importa obter informação junto da Segurança Social de forma a perceber qual a situação mais vantajosa.

3) Explicar licença de amamentação/aleitação: Esta licença traduz-se pela dispensa de comparecimento ao trabalho para amamentação ou aleitação. Abrange a mãe, em caso de amamentação, ou qualquer um dos progenitores, ou ambos, por decisão conjunta, em caso de aleitação. Neste sentido, após o regresso ao trabalho:

- Se amamentação: A mãe que amamenta tem direito à dispensa diária do trabalho por dois períodos distintos com a duração máxima de uma hora cada um, sem perda de remuneração ou de quaisquer regalias, durante todo o tempo que durar a amamentação, salvo se outro regime for acordado com a entidade patronal. No caso de gémeos, a dispensa é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo/a além do/a primeiro/a. Se a mãe trabalhar a tempo parcial, a dispensa é reduzida na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.
- Se aleitação com fórmula infantil: A mãe, ou o pai, tem, por decisão conjunta, os mesmos direitos que uma mãe que esteja a amamentar, até o recém-nascido perfazer um ano, salvo se outro regime for acordado com a entidade patronal.
- No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo/a além do/a primeiro/a. Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para aleitação é reduzida, para esse progenitor, na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.

2.3. Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

Chegar a casa com um filho nos braços muda tudo. A integração das necessidades de um recém-nascido nas rotinas habituais encerra em si inúmeros desafios, para a mãe, para o pai e para as dinâmicas familiares. As mudanças incluem ajustes físicos, emocionais, sociais e nas rotinas do dia a dia. Ir consciencializando sobre o que muda e fica diferente e qual o impacto que poderá ter nas atividades diárias, na gestão do tempo e das prioridades, pode tornar mais fácil a adaptação nas primeiras semanas pós-parto⁴⁵. O processo de se ir consciencializando implica reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes. Quando existe tal reconhecimento, a pessoa consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no “novo” mundo. O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que a pessoa se sabe sobre o processo que está a acontecer, as respostas e as perceções, que possuem em relação a outras pessoas a lidar com uma transição similar, e é integrado por via da experiência em si própria da mudança (Meleis et al., 2000; Meleis, 2018). Neste sentido, a consciencialização emerge a partir do “conhecimento e emoção” vivido em si. A avaliação da consciencialização da relação entre os cuidados

⁴⁵ A consciencialização é uma propriedade chave de todo o processo, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência do que muda e fica diferente ao longo da transição (Meleis et al., 2000). Em resposta a situações de rutura nos relacionamentos e na vida diária, a pessoa necessita de reconhecer que o anterior modo de viver teve um fim e que a realidade atual está prestes a mudar. A consciencialização é, então, um processo introspetivo que permite compreender e conhecer os próprios pensamentos, sentimentos, convicções e valores do que muda e fica diferente a cada momento (Eckroth-Bucher, 2010).

ao recém-nascido e gestão da organização da família pode emergir a propósito de outros assuntos ou poder-se-á colocar uma questão que oriente para as mudanças esperadas (Tabela 8).

Tabela 8. Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
A gravidez é um período para se ajustar à ideia de que a vida irá mudar quando o recém-nascido nascer. Já imaginou a vida depois de (nome do recém-nascido) nascer? Tem ideia das mudanças no dia a dia que advém de chegar a casa com um filho nos braços, por exemplo na gestão das rotinas/tarefas e dinâmicas familiares?	<ul style="list-style-type: none"> • (B) Não tem experiência anterior OU Refere que sim – muitas coisas irão mudar, mas não especifica o quê em concreto, nem os ajustes que poderá fazer OU refere “depois se verá” OU “ainda não pensei nisso”. • (C) Refere o que mudará e ficará diferente, caracterizando-os com a tonalidade emocional esperada para a situação, apresentando os ajustes planeados para lidar com a nova situação.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 9).

Tabela 9. Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se B e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família	Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização
		Analisar com a cliente a relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família
Se C	Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família facilitadora	-----

Fonte: autoras, 2024

2.3.1. Intervenções promotoras da experienciação da necessidade de ajustamento da gestão das rotinas/tarefas após a chegada do recém-nascido

A noção que a vida ficará diferente está presente no imaginário da mãe e do pai. Todavia, em concreto, como isso se refletirá nas dinâmicas das rotinas do dia e da noite nem sempre está muito clara. Por isso, importa conceber alguma estratégia promotora da experienciação, mesmo que em simulação, de como as atividades de vida diária poderão mudar e qual o impacto na priorização das atividades.

2.3.1.1. Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização | Analisar com a/o cliente a relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

É um desafio proporcionar à mãe e ao pai/pessoa com quem partilha o projeto de maternidade uma experiência promotora da compreensão dos próprios pensamentos, sentimentos, convicções e valores atribuídos ao que muda e fica diferente e de que forma se concretizam na sua própria vida a proporcionar, individualmente e em conjunto. Nesta estratégia, a experientiação e a análise estão pensadas para surgir sequencialmente. Assim, importa que a experiência seja capaz de produzir reflexão sobre o que muda para que sejam capazes de:

- Alcançar o que muda com a integração dos cuidados ao bebé nas 24 horas do dia.
- Definir soluções que facilitem o lidar com as tarefas diárias e os cuidados ao recém-nascido, nos primeiros dias após o regresso.

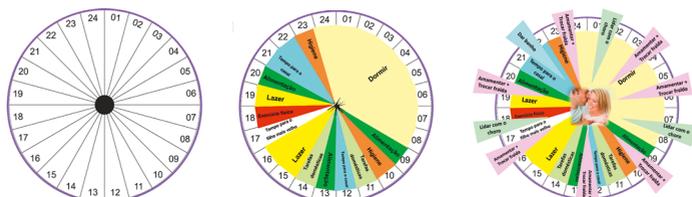
Experiência promotora da consciencialização: Criar um “modelo” que contemple as 24 horas de um dia (desenho de relógio, agenda, etc.), com espaço para colocar a “tarefa”; criar um conjunto de recortes em papel, no qual se escreve as tarefas do dia a dia, havendo vários recortes de cada uma das atividades em função das possibilidades de ocorrerem num dia normal sem trabalho (as tarefas podem ser, por exemplo, tomar banho, dormir, passear, namorar, ir às compras, passear cão, levar filho(s) à escola, cozinhar, comer, ler, ver televisão, etc.); criar também um conjunto de recortes em papel com as atividades inerentes aos cuidados ao recém-nascido (alimentar, trocar a fralda, lidar com o choro, dar banho, brincar, dar colo, etc.)⁴⁶.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Apresentar do exercício (parte I): Regressar a casa com um recém-nascido é um grande desafio para a mãe, para o pai e o casal, pois implica uma reorganização do vosso dia a dia. Para pensarem nisto, gostaríamos de vos convidar a participar numa atividade (distribuir a base das “24 horas” a cada um). Nesse “dia”, pede-se que distribuam as atividades habituais nas 24 horas, imaginando um dia sem trabalho (dar um “envelope” com os recortes com as tarefas diárias a cada um). [dar tempo e observar: se coordenam as atividades em conjunto – olhando ou conversando um com o outro, se “realizam” as atividades que envolve ambos ao mesmo tempo, etc.].

2) Analisar o resultado: (questionar “Como foi este exercício? Fácil? Difícil?”) (habitualmente, há um ambiente de boa disposição e tanto a mãe como o pai revelam que foi muito fácil).

3) Apresentar do exercício (parte II): Chegou o momento, e o recém-nascido nasceu, e, entretanto, chegam a casa... e há outras atividades que importa acrescentar às mesmas 24 horas (dar o “envelope” com os recortes relativos aos cuidados ao recém-nascido – 1 para os dois), dizendo, por exemplo: “os cuidados ao recém-nascido terão de fazer parte do vosso dia... para a organização dos cuidados



⁴⁶ [Exemplo desenvolvido pela EEESMO Isabel Morais e estudantes da ESEP sob orientação da professora Alexandrina Cardoso]

importa considerar, por exemplo a alimentação do recém-nascido...se amamentar, é necessário dar de mamar de 3 em 3 horas (pode-se usar esta referência como exemplo), se for alimentado 8 vezes nas 24 horas, amamentar + colocar a eructar + trocar a fralda demorará em média uma hora...então vamos lá... como integrarão os cuidados no vosso dia a dia? [dar tempo para pensarem e fazerem o exercício – habitualmente esta atividade demora mais tempo do que a anterior, pois à partida será necessária negociação entre o casal].

4) Observar reações da mãe, do pai e da interação: Observar se a mãe demora a retirar os recortes com o “dormir” para substituir por “amamentar+ colocar a eructar + trocar fralda”; observar que tarefas retira; observar se dá a tarefa ao pai, para que ele inclua nas “24 horas” dele; observar quais os cuidados ao recém-nascido o pai integra nas suas “24 horas”; observar se colocam atividades habitualmente realizadas em conjunto no mesmo horário (por exemplo, namorar, refeições, etc.)

5) Analisar o processo e o resultado: Fazer questões, como por exemplo “*Como foi este exercício? Fácil? Difícil?*” (habitualmente, demoram a responder; olham demoradamente para o resultado. Pode-se usar algumas das observações realizadas como pretexto para a discussão (por exemplo, “*percebi que fez uma careta quando percebeu que teria que retirar vários “dormir” das suas 24 horas. Percebi bem?*”; “*olhando para as suas “24 horas” e para as da “mãe”, vejo que tem O que lhe parece isso agora que estamos a olhar para as 24 de ambos?*”; “*estou a ver que tem horários diferentes para as refeições... o que poderiam fazer para poderem acertar isso?*”). Nesta fase importa deixá-los falar sobre o assunto, sem dar nenhuma resposta – apenas fazer questões que os ajudem a pensar no assunto e encontrarem soluções que façam sentido na vida deles.

2.4. Significado atribuído à chegada do recém-nascido

O significado atribuído à chegada do recém-nascido transcende a gravidez e parto enquanto processos fisiológicos e toca em dimensões emocionais, psicológicos e culturais que moldam a maneira como a mãe, o pai e a família percebe essa experiência. Habitualmente é multifacetado, representando uma mistura de emoções profundas, valores pessoais, tradições culturais e ações diárias que moldam a experiência de se tornar mãe, de se tornar pai e de receber um novo ser na família. A forma como cada um entende as mudanças, reais ou em expectativa, influencia o envolvimento na transição e no ajuste às novas circunstâncias (PQCEESMO, 2021). De facto, o significado é construído a partir da interpretação que cada um faz da realidade. O valor atribuído – positivo/bom/importante, neutro ou negativo/mau/não importante – vai definindo a forma de agir, de sentir, de ver e de ser em relação a tudo o que é importante para a mãe ou pai (PQCEESMO, 2021). Assim, cada mãe e cada pai pode valorizar diferentes impactos da chegada do recém-nascido. Com efeito, mesmo que o filho tenha sido planeado, a chegada de um recém-nascido restringe a liberdade, aumenta as tarefas domésticas e a tensão financeira, contribui para a privação de sono, altera as rotinas as dinâmicas familiares e a relação conjugal são afetadas⁴⁷.

⁴⁷ O estudo realizado por Treter et al. (2020) avalia os efeitos de ter um recém-nascido na qualidade e estabilidade do relacionamento, comparando casados e solteiros que coabitam (N = 179; 38% solteiros em coabitação). Os resultados indicaram que as mães e os pais que coabitam separavam-se numa taxa significativamente maior depois de ter um recém-nascido em comparação com os casados. Em termos de qualidade do relacionamento, os resultados indicaram que a comunicação negativa aumentou significativamente após a chegada do recém-nascido, independentemente do estado civil. Além disso, as mães e os pais casados tinham níveis significativamente mais elevados de satisfação com o relacionamento e compromisso antes da chegada do recém-nascido, em comparação com os que viviam juntos, mas experimentaram declínio ligeiro na satisfação com o relacionamento depois do recém-nascido nascer. As mães e os pais que coabitam não mostraram tal declínio, mas permaneceram com menor satisfação ao longo do estudo. Outros estudos centrados em casais casados revelam que ter um recém-nascido está associado a mudanças negativas na qualidade do relacionamento, incluindo aumento de conflitos e diminuição no comprometimento e satisfação conjugal (Doss & Rhoades, 2017). Estudos norte-americanos referem que 13% dos casais que coabitam separam-se no primeiro ano após o nascimento do recém-nascido (Lichter, Michelmore, Turner, & Sassler, 2016), enquanto apenas 4% dos casados se separam dentro do mesmo período (Stykes, 2015). Para além, dos possíveis conflitos relacionados com os cuidados ao filho, as principais razões de conflito são: privação de sono, sexo, dinheiro e divisão das tarefas.

Tendo em consideração estes possíveis entendimentos, importa proceder à valorização de algumas expressões que podem ser usadas pela mãe e pelo pai em relação à chegada do recém-nascido nas diversas interações com a(o) EEESMO de modo a aceder ao significado atribuído à chegada do recém-nascido e compreender até que ponto está a dificultar a evolução na transição saudável (Tabela 10).

Tabela 10. Significado atribuído à chegada do recém-nascido: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Interferência negativa na conjugalidade <ul style="list-style-type: none"> A partir de agora o que conta é apenas o bebé, nada mais. 	Gestão de tempo para os dois <ul style="list-style-type: none"> Precisamos encontrar um tempo um para os dois.
Carga de trabalho <ul style="list-style-type: none"> Desagrado em não voltar a ter tempo para se dedicar à vida profissional. Não vou fazer mais nada a não ser cuidar do recém-nascido com tantos cuidados. 	Gestão do trabalho <ul style="list-style-type: none"> Com o acréscimo de tarefas, há necessidade de organizar a divisão de tarefas. Serão menos horas de descanso, por isso importa planear as tarefas antecipadamente.
Desvalorização <ul style="list-style-type: none"> Logo se verá... Levar o filho para casa e cuidar dele não deve ser nada de especial. Conseguirei dar conta do recado sozinha, não precisarei de ajuda. 	Valorização do desafio <ul style="list-style-type: none"> No começo poderá ser desafiante dar de mamar, trocar a fralda, lidar com choro, dormir, etc., as com o tempo, e alguma ajuda, o caos será controlável.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o significado atribuído à chegada do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 11).

Tabela 11. Significado atribuído à chegada do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o significado atribuído à chegada do recém-nascido	Assistir cliente a analisar o significado dificultador
Se B	Significado atribuído à chegada do recém-nascido não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2024

2.4.1. Intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos à chegada do recém-nascido

A reformulação dos significados demora tempo e precisa ser nutrida pela promoção da reflexão sobre as razões para tal entendimento da realidade, de modo a substituir o que pensa por formas mais positivas de entender a realidade e, por isso, menos dificultadoras do envolvimento na transição parental.

2.4.1.1. Assistir a/o cliente a analisar o significado dificultador

A mãe ou o pai podem atribuir um ou mais significados dificultadores à chegada do recém-nascido. Assim, importa criar momentos de reflexão sobre o modo como pensa e ressignificar o modo como entende o impacto da chegada do recém-nascido de forma que seja capaz de:

- Reformular o significado dificultador.

As atividades que concretizam a intervenção:

Para promover a reflexão e a análise do modo como pensa, e de que forma o modo como pensa poderá influenciar a ação, poderão ser feitas questões.

1) Explicar o que um significado: O significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: *“o modo como pensa o impacto da chegada do recém-nascido é apenas uma ideia, não é um facto, não é uma verdade absoluta; sendo pensamento, é modificável”*.

2) Colocar questões de reflexão sobre o assunto, como por exemplo:

- O que a leva a pensar que (especificar)?
- Pensou sempre assim?
- Existe alguém que conheça que tenha tido uma experiência bem-sucedida (especificar)? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência?
- O que ganha e o que perde por pensar dessa forma?
- De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência pós-parto/o regresso a casa com o recém-nascido que gostaria de ter?
- O que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar “dessa forma”/pensar no assunto de forma mais positiva?

3. COMPETÊNCIA PARENTAL: ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

A intenção de como pretendem alimentar o recém-nascido é assumida, frequentemente, ainda durante a gravidez. A escolha pode contemplar alimentar o recém-nascido com leite materno, amamentando ou oferecendo leite materno/humano através de biberão e alimentar o recém-nascido com leite artificial através de biberão (Figura 5).

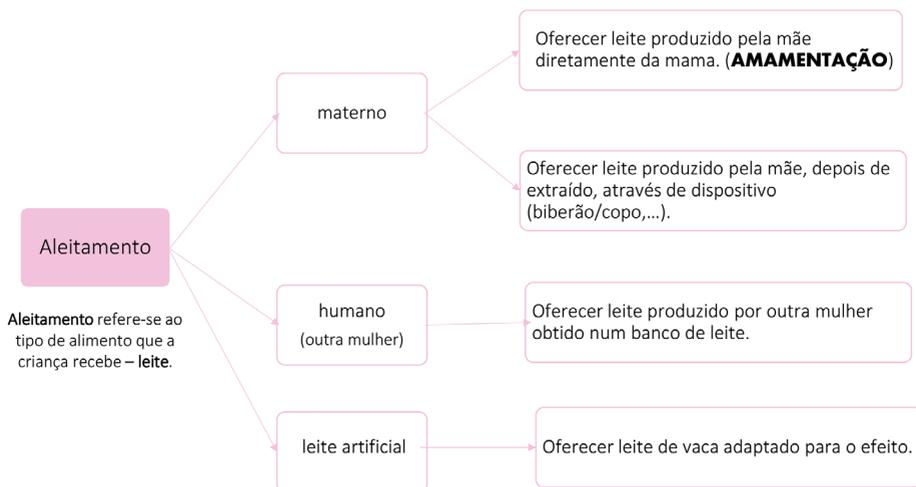


Figura 5. Tipos de aleitamento do recém-nascido.

É de salientar que as opções podem ser, ou não, exclusivas e cada uma das opções determina competências parentais distintas (Cardoso, 2014). Amamentar e aleitar (alimentar com recurso a dispositivos) exigem competências diferentes e diferente tempo e dedicação para o atingimento da percepção de mestria. Assim os focos de atenção: 1) conhecimento sobre amamentação; 2) autoeficácia para amamentar; e 3) significado atribuído à amamentação referem-se à competência parental: amamentar. O conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido apresenta as áreas de atenção centradas no alimentar o recém-nascido, através de dispositivos de alimentação independentemente do tipo de leite usado (materno, humano ou fórmula infantil – artificial).

3.1. Conhecimento sobre amamentação

O leite materno é o *gold standard* da alimentação de recém-nascidos (WHO e UNICEF, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda leite materno em exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, seguido pela continuação de leite materno associada à diversificação alimentar até aos 2 anos ou mais (WHO, 2017). A forma fluida de oferecer o leite materno é através da amamentação.

Um dos passos estipulados no documento *Ten Steps to Successful Breastfeeding* é informar todas as mulheres grávidas sobre os benefícios e a autogestão da amamentação. Assim, promover o conhecimento sobre a amamentação, desde a gravidez, contribui para decisões informadas e maior confiança nas próprias decisões e ações (McFadden et al, 2017; Balogun et al., 2016). Amamentar é uma tarefa desafiante, envolvendo um conjunto de elementos práticos, emocionais, motivacionais e conhecimento.

Apesar de a amamentação corresponder ao alimentar o filho com leite diretamente da mama e ser uma ação exclusiva da mulher, há muitas decisões e ações que podem ser partilhadas com as pessoas que são significativas. De facto, se o pai for contrário ou indiferente à decisão de amamentar isso influencia negativamente o início e a manutenção da amamentação (Mahesh et al., 2018; Bennett et al., 2016; Hunter e Cattelona, 2014; Brown e Davies, 2014; Dias, Vieira e Vieira, 2017)⁴⁸. Também as avós do recém-nascido poderão desempenhar um papel relevante na manutenção da amamentação (Negin et al., 2016). Assim, quando se toma por foco de atenção o conhecimento sobre a amamentação importa considerar também como clientes dos cuidados o pai e as pessoas que a mulher identifica como relevantes para si no apoio da amamentação, e que estarão mais presentes no primeiro mês pós-parto.

Um dos principais benefícios do conhecimento sobre a amamentação é a capacidade de a mulher tomar decisões informadas. O conhecimento sobre a amamentação ajuda a mulher a superar desafios comuns que podem surgir durante esse processo. Saber sobre a posição para amamentar, a pega adequada do recém-nascido, a frequência das mamadas e as estratégias para a autogestão da amamentação, possibilita que a mulher lide com os desafios de forma mais eficaz. A informação também ajuda a mulher a reconhecer os sinais de fome e saciedade e os sinais de transferência de leite (ou de sucção eficaz), estabelecendo um padrão de alimentação adequado. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre amamentação, adequando a questão ao cliente mãe ou pai (ou pessoa de apoio pós-parto), no sentido de identificar o(s) diagnóstico(s) (Tabela 12).

⁴⁸ Vários autores argumentam que a falta do companheiro pode deixar a mulher mais insegura, podendo condicionar o aparecimento de trauma mamilar. A falta de apoio emocional e social pode interferir no processo de amamentação e na ocorrência de lesões mamilares (Prieto-Gómez e Baeza-Weinmann, 2010; Dias, Vieira e Vieira, 2017).

Tabela 12. Conhecimento sobre amamentação: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado

Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão / Critérios e diagnóstico/resultado
<p>A alimentação é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do recém-nascido. Como se imagina a alimentar o seu filho?</p>	<p>Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico). Se intenção de amamentar, proceder ao processo diagnóstico.</p>
<p>BENEFÍCIOS DO LEITE MATERNO E DA AMAMENTAÇÃO</p>	
<p>O que é que a levou a tomar a decisão de amamentar? [Especificação das questões se oportuno: Que benefícios da amamentação para o recém-nascido identifica(m)? Que benefícios da amamentação para a mãe identifica(m)?]</p>	<p>(A) Refere pelo menos dois benefícios: Para ambos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitui uma experiência materna insubstituível – ninguém o pode fazer pela mãe, promovendo a ligação mãe/filho e a vinculação. <p>Para o recém-nascido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimula o desenvolvimento imunológico do recém-nascido. • O leite materno contém todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento do recém-nascido. <p>Para a família e ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O leite materno é gratuito, está sempre à temperatura adequada e já se encontra pronto a consumir. <p>Para a mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilita a perda de peso após o parto (o consumo de calorias na produção de leite ajuda a desgastar as reservas acumuladas durante a gravidez). • Fator protetor da saúde (existe uma menor probabilidade de desenvolvimento do cancro da mama e do ovário).
<p>RECONHECER A SUBIDA DO LEITE E A SUA INFLUÊNCIA NO MODO COMO AMAMENTA</p>	
<p>Ao longo do tempo, o leite materno vai sofrendo alterações, face às necessidades do recém-nascido e mudando as suas características inclusivamente ao longo da mamada. Essas alterações também têm influência na escolha de oferecer uma ou as duas mamas. Imagine que está a amamentar o seu recém-nascido. Como determina se deve oferecer apenas uma ou as duas mamas? [especificação das questões se oportuno: por exemplo, como decidiria se fosse ao 2.º dia pós-parto? E se fosse ao 7.º dia?]</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos primeiros 3-4 dias (colostró) importa oferecer as duas mamas (10 a 15 minutos em cada), para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama. Após a subida do leite (que ocorre entre o 3.º e o 5.º dia) é importante drenar totalmente uma mama e só depois oferecer a outra (o leite de transição e o leite maduro sofrem alterações ao longo da mamada). Na mamada seguinte, iniciar a mamada pela mama mais cheia, isto é, pela mama onde o recém-nascido mamou menos tempo.
<p>E como identificaria, em si, os sinais da subida de leite? O que importa alterar na forma de dar de mamar depois de perceber a subida do leite?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perceção da mama tensa e congestionada e/ou quente em torno do 3/5.º dia pós-parto, que melhora espontaneamente após algumas horas.
<p>SINAIS DE FOME E SACIEDADE (INDICADORES PARA INICIAR E TERMINAR A MAMADA)</p>	
<p>Existem diferentes formas para o recém-nascido expressar que tem fome. Que comportamentos espera observar quando o recém-nascido tiver fome?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (C) Refere que procura abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bucal/procura o mamilo/suga os dedos. • (D) Refere apenas o choro como sinal de fome.

<p>Por sua vez, quando o recém-nascido está saciado este apresenta outro tipo de comportamentos. Que comportamentos espera observar quando o recém-nascido estiver saciado?</p>	<p>(E) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sucção mais lenta, largando espontaneamente a mama. • Fica relaxado, interessado na socialização ou adormece após a refeição.
<p>POSIÇÃO PARA AMAMENTAR/MAMAR</p>	
<p>Imaginando que chegava a hora de amamentar, que posição adotaria e como posicionaria o recém-nascido? [Se referir apenas uma posição para o recém-nascido: E em que outras posições poderia colocar o recém-nascido?] (para compreender melhor as diferentes possibilidades de posicionamento do recém-nascido, será recomendado a utilização de modelo de recém-nascido).</p>	<p>(F) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição confortável para si e para o recém-nascido. • Posições do recém-nascido: • (demonstra) se mãe sentada – com o modelo em posição de embalar ou com os pés voltados para as costas da mãe, assegurando que a cabeça fica próximo da mama, com o nariz ao nível do mamilo e rosto voltado para a mama. • (explica) se deitada de lado – o recém-nascido paralelo ao corpo, “barriga com barriga”, assegurando que a cabeça fica próximo da mama, com o nariz ao nível do mamilo e rosto voltado para a mama. • (explica) se deitada em dorsal reclinada – com o recém-nascido em ventral sobre o peito/abdômen, assegurando que a cabeça fica próximo da mama, com o nariz ao nível do mamilo e rosto voltado para a mama. Nesta posição pode ser adotado o contacto pele com pele.
<p>Para tornar ainda mais confortável a posição, o que acha que poderia ajudar?</p>	<p>(G) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependendo da posição adotada, a almofada de amamentação para apoiar a posição do recém-nascido, dependendo da posição utilizada. • Usar um apoio nos pés, se sentada.
<p>PEGA ADEQUADA E PADRÃO DE SUCCÃO</p>	
<p>Imagine que está a amamentar o seu recém-nascido. Como verificava que ele estava a abocanhar a mama de forma a conseguir extrair o leite?</p>	<p>(H) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abocanha a aréola e o mamilo – boca bem aberta e bochechas arredondadas e visível o movimento da mandíbula, podendo ser audível a deglutição.
<p>Por vezes o recém-nascido, numa fase inicial, pode ter dificuldade em abocanhar a mama. Imagine que o seu recém-nascido estava com dificuldades, como o ajudaria?</p>	<p>(I) Refere pelo menos duas estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segurar na mama, longe da aréola, com a mão em forma de “C” (polegar fica na parte superior da mama e os restantes 4 dedos na parte inferior). • Apontar o mamilo na direção do nariz do recém-nascido. • Tocar com o mamilo no lábio superior do recém-nascido e aguardar que o recém-nascido abra bem a boca, aproximando-o da mama de seguida. • Garantir que que o queixo fica encostado à mama (e o nariz desobstruído). <p>(J) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se não funcionarem as estratégias referidas, usar mamilo de silicone (dispositivo).
<p>A forma como o bebé suga na mama é diferente ao longo da mamada. Tem ideia de como de qual é essa diferença e o que significa em termos de saída do leite da mama?</p>	<p>(L) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No início da mamada apresenta um padrão de sucção mais rápido para estimular a ejeção do leite, e, à medida que o leite começa a fluir, mama mais num padrão menos rápido, tendo pausas para engolir o leite que tem na boca.

SINAIS DE INGESTÃO NUTRICIONAL SUFICIENTE	
Existem várias formas de perceber se o recém-nascido está a ser bem alimentado. Como acha que poderá verificar se o seu recém-nascido está a ter uma ingestão de leite ao longo do dia suficiente?	(M) Refere pelo menos três indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido tem uma ou mais dejeções moles, amareladas por dia. • Sinais de saciedade após a mamada. • Apresenta um bom tónus muscular e um bom turgor da pele. • O recém-nascido tem 6 ou mais micções por dia. • Aumento de peso que tinha ao nascer a partir da 3.^a semana pós-nascimento (21.º dia).
DURAÇÃO E INTERVALO ENTRE AS MAMADAS	
Tal como nós, o bebé necessita de ser alimentado ao longo do dia. Ao longo das 24 horas, como distribuiria o número de refeições/mamadas do seu filho?	(B) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Os recém-nascidos necessitam de 8 a 12 refeições nas 24 horas. • A amamentação não tem intervalos fixos – intervalo de tempo entre as mamadas varia conforme os sinais de fome e saciedade.
COLOCAR A ERUCTAR	
Se tivessem de colocar o recém-nascido a eructar, como o faria(m)? (para compreender melhor como faria, será recomendado a utilização de modelo de recém-nascido).	(O) Observar que: <ul style="list-style-type: none"> • Coloca o “recém-nascido” em posição vertical e a cabeça apoiada no ombro segurando o recém-nascido com uma mão na região nadequeira e com a outra dar leves pancadas nas costas ou esfregar as mesmas.
MANTER O RECÉM-NASCIDO ACORDADO DURANTE A MAMADA	
Imagine que durante a mamada o recém-nascido adormece, mas ainda não ingeriu o leite suficiente. O que faria para manter o recém-nascido acordado?	(N) Refere pelo menos 3 estratégias: <ul style="list-style-type: none"> • Despir o bebé. • Falar com o bebé. • Massajar as costas, as mãos ou os pés do bebé. • Ajustar a iluminação, para encorajá-lo a abrir os olhos • Mudar a fralda.
PRODUÇÃO E A LIBERTAÇÃO DE LEITE MATERNO	
A lactação corresponde à produção e libertação de leite. Que sinais poderia perceber em si que poderiam indicar que está a ocorrer a libertação do leite?	(O) Refere dois sinais de libertação de leite: <ul style="list-style-type: none"> • Sensações de “picadas”/formigueiro na mama no início da mamada. • Contrações uterinas que estimulam a expulsão dos lóquios. • Saída de leite da mama oposta.
Caso tenha a sensação de que não está a haver libertação de leite, que estratégias adotaria para que esta aconteça?	(O) Refere pelo menos uma estratégia: <ul style="list-style-type: none"> • Pensar no bebé, olhar para o bebé ou ouvir o seu choro. • Realizar uma massagem nas mamas. • Assegurar um ambiente tranquilo e confortável. • Evitar os fatores dificultadores da ação da ocitocina, tais como: estresse, fadiga, preocupações e afastamento do bebé no intervalo das mamadas.

<p>Caso tenha a sensação de que não está a haver uma produção adequada de leite, que estratégias adotaria para que esta aconteça?</p>	<p>(O) Refere pelo menos uma estratégia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar esvaziamento de cada mama, através da pega correta. • Amamentar em regime livre, inclusive durante a noite. • Realizar a extração manual do leite ou usar bomba sempre que o bebé esteja impedido de mamar em uma ou nas duas mamas.
<p>AUTOCUIDADO: HIGIENE DAS MAMAS</p>	
<p>Durante o período de amamentação as mamas carecem de alguns cuidados adicionais para se manterem saudáveis. Que cuidados adotaria para manter a saúde das mamas durante o período de amamentação?</p>	<p>(P) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar a mama apenas com água (não usar diretamente sabonete/gel de banho, etc.), no banho diário. • Manter as mamas secas. • Usar sutiãs de algodão e que confirmam o suporte necessário. • Após a mamada, colocar uma gota de leite materno no mamilo e aréola. • Sempre que possível, expor os mamilos ao ar.
<p>COMPLICAÇÕES: IDENTIFICAR E LIDAR COM...</p>	
<p>Durante o período de amamentação, por vezes, podem surgir complicações nas mamas que, na maior parte das situações, poderão ser tratadas por si. Tem ideia dos desafios/complicações que poderão surgir? [Se referir alguma complicação: Como identificaria em si? E como poderia prevenir? E como poderia tratar?]</p>	<p>Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico – explorar apenas as que forem referidas). (Q) Não refere nenhuma (abordar as complicações mais frequentes nas primeiras semanas – fissura, ingurgitamento mamário, dor no mamilo e perceção de leite insuficiente).</p>
<p>Se referir ingurgitamento mamário: Sendo o ingurgitamento mamário uma das complicações que pode surgir, como identificaria esta situação?</p>	<p>(Q) Refere: Mama volumosa e endurecida, acompanhada de sinais inflamatórios locais: dolorosa, quente, ruborizada e pele distendida, podendo ser acompanhada de aumento da temperatura corporal (até 38°C)</p>
<p>Se referir ingurgitamento mamário: Tem ideia do que pode fazer para evitar o aparecimento do ingurgitamento mamário?</p>	<p>(Q) Refere pelo menos dois fatores concorrentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Início tardio da amamentação. • Mamadas não frequentes e de pouca duração. • Sucção ineficaz do recém-nascido. • Lesão/dor no mamilo. • Oferecer água/ suplemento ao recém-nascido. • Uso de sutiãs apertados.
<p>Se referir fissura: Sendo a ferida/fissura no mamilo uma das complicações que pode surgir, tem ideia do que pode contribuir para isso?</p>	<p>(Q) Refere pelo menos dois fatores concorrentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pega incorreta do recém-nascido na mama. • Posicionamento incorreto. • Manutenção do mamilo húmido. • Higiene inadequada das mamas (uso de sabão). • Interrupção incorreta do vácuo, entre a boca do recém-nascido e a mama, após a mamada.
<p>Se referir dor: A presença de dor é considerada um achado que importa valorizar. Que sintomatologia poderia apresentar para considerar a dor como uma situação que exige maior atenção?</p>	<p>(Q) Refere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter elevada intensidade da dor após a fase de ejeção do leite, associada à sucção no mamilo. • Dor persistente no mamilo após a mamada.

Se referir dor: O que poderia contribuir para que a dor persistisse?	(Q) Refere pelo menos dois fatores concorrentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pega inadequada (abocanhar apenas o mamilo). • Posição não confortável/incorrecta. • Situações mais concretas: lesões do mamilo, infeções (candidíase, mastite, etc.), freio curto, síndrome de Raynaud, trauma prévio do mamilo.
Se referir percepção de leite insuficiente: O que a leva a considerar que poderá ter “leite insuficiente”?	Poderá referir: <ul style="list-style-type: none"> • Experiência anterior. • Sensação de mama vazia. • Ausência de percepção da ejeção do leite. • Sinais de insatisfação aparente do recém-nascido (“parece que está sempre com fome”). • Preocupação com o (pouco) ganho de peso do recém-nascido. • Comentários de familiares, amigos ou profissionais de saúde.
Que condições/situações poderão indicar que a produção de leite é suficiente?	(Q) Refere pelo menos dois sinais: <ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso adequado do recém-nascido. • Frequência de mamadas adequada (8-12 mamadas/dia). • Mamadas eficientes (satisfação após as mamadas). • Dejeções e micções regulares. • Bem-estar geral (desenvolvimento motor e cognitivo).
HÁBITOS E EFEITOS NO LEITE MATERNO/RECÉM-NASCIDO	
Não existem restrições específicas na alimentação da mãe durante o período que amamenta. Recomenda-se uma alimentação equilibrada e o mais variada possível. No entanto, há substâncias que podem passar para o leite materno e podem causar efeitos no recém-nascido.	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao assunto (a resposta irá orientar o processo diagnóstico – explorar apenas as que forem referidas)
Tem ideia de quais os alimentos que poderão ter efeito no leite e no recém-nascido?	(R) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Há alimentos que alteram o paladar do leite, mas isso é favorável na educação do paladar. • Há alimentos que poderão ter efeito negativo no recém-nascido: cólicas, obstipação, etc. Todavia, só se conseguirá perceber isso face à resposta do próprio bebé.
Se toma café/bebidas e/ou alimentos com cafeína: Tem ideia do efeito da cafeína no recém-nascido?	(R) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido pode ficar mais agitado e com maior dificuldade em adormecer/manter-se a dormir.
Se intenção de ingerir bebidas com álcool (exemplo, numa festa, etc.): Tem ideia do efeito do álcool no recém-nascido?	(R) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido tem capacidade reduzida para metabolizar o álcool que recebe através do leite materno.
Se fuma ou intenção de frequentar ambiente com fumo: Tem ideia do efeito do tabaco e do fumo no recém-nascido?	(R) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • O tabaco produz a redução da quantidade de leite e há a passagem dos constituintes do tabaco para o leite.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 13).

Tabela 13. Conhecimento sobre amamentação: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e/ou B e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação	Ensinar sobre amamentação
Se não refere B e/ou O e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre lactação
Se não refere C ou refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre sinais de fome
Se não refere E e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre sinais de saciedade
Se não refere F e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre posições para amamentar
Se não refere I e/ou J e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre pega adequada
Se não refere L e disponibilidade para		Ensinar sobre padrão de sucção
Se não refere M e/ou N disponibilidade para aprender		Ensinar sobre ingestão nutricional
Se não refere G e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre dispositivos para facilitar a amamentação
Se não refere P e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre cuidados à mama
Se não refere R e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre alimentação durante a amamentação Ensinar sobre uso de substâncias durante a amamentação
Se não refere Q e disponibilidade para aprender	Ensinar sobre estratégias para lidar com complicações da amamentação	
Se refere A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e L e M e N e O e P e Q e R	Conhecimento sobre amamentar facilitador	

Fonte: autoras, 2024

3.1.1. Intervenções promotoras da mestria nas decisões e ações inerentes ao amamentar

A amamentação, na perspetiva da mulher, não é um procedimento ou uma técnica. Trata-se de um cuidado comportamento especial destinado a alimentar o seu filho. Por isso, cada EEESMO, ao implementar as intervenções que tomem como objetivo desenvolver a mestria para amamentar precisa ter isso em consideração.

A alimentação do filho é o garante da sua sobrevivência. A mãe sabe disso. O pai sabe disso. E quem os rodeia sabem isso. Assim, o conhecimento para uma tomada de decisão informada é essencial para o sucesso da amamentação e gestão das situações relacionadas com a amamentação.

3.1.1.1. Ensinar sobre amamentação

Amamentar é oferecer o leite diretamente da mama, o que exige um conjunto de decisões e ações para que decorra conforme o esperado. Por isso importa fornecer a informação de forma que a mãe e/ou o pai integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer os benefícios da amamentação e do leite materno.
- Reconhecer os benefícios da amamentação subsequente ao contacto pele com pele.
- Reconhecer o efeito dos alimentos nas características do leite e as reações no recém-nascido.
- Evitar o uso/consumo de substâncias que interferem negativamente com a lactação e saúde do recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar os benefícios da amamentação: A amamentação favorece o vínculo afetivo entre o recém-nascido e a mãe, pois existe um estreito contacto físico e emocional. Para a mãe é uma experiência materna única e insubstituível. Para além disso, facilita a involução uterina, por estimulação da ocitocina produzida para promover a libertação do leite materno e que tem o seu efeito também sobre o útero provocando a sua contração; facilita a perda de peso após o parto, devido a maior desgaste energético que ajuda a eliminar as reservas acumuladas durante a gravidez e tem sido considerada como fator de proteção contra o cancro da mama, do endométrio e do ovário⁴⁹. Pelo contacto físico, tende a manter o recém-nascido mais calmo e tranquilo. Mamar diretamente na mama da mãe tem influência positiva no desenvolvimento odontológico, uma vez que estimula a movimentação dos músculos de mastigação e promove o estabelecimento da deglutição e respiração. A amamentação em geral, e o leite materno em particular, constituem dimensões relevantes para a saúde da mãe e do recém-nascido, tem um importante impacto a nível, nomeadamente, de taxas reduzidas de síndrome de morte súbita infantil (SMSL), infeções na infância e depressão pós-parto (AAP, 2013; WHO e UNICEF, 2018).

2) Explicar os benefícios do leite materno: O leite produzido pela própria mãe já é o melhor alimento para ser considerado um alimento vivo, completo e natural, que se vai alterando em função das necessidades nutricionais e desenvolvimentais do recém-nascido, sendo particularmente importante nos primeiros 6 meses. Pelas suas propriedades únicas, fortalece a imunidade do recém-nascido através da transferência de anticorpos, prevenindo infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito

⁴⁹ Quanto aos benefícios para a mãe, amamentar não é apenas responder às necessidades nutricionais. Envolve uma resposta pronta da mãe ao reconhecer os sinais precoces fome, o conforto do contacto pele com pele e a proximidade que ambos partilham durante a mamada beneficiando a ligação mãe-recém-nascido (UNICEF UK, 2016). A longo prazo, a amamentação é considerada como fator de proteção contra o desenvolvimento de certas doenças oncológicas, diminuindo o risco de cancro da mama, do cancro do endométrio e do ovário (Jordan et al., 2017; World Cancer Research Fund, 2018). Os níveis elevados de hormonas produzidas durante a lactação estimulam o crescimento e desenvolvimento do tecido mamário, afetando o crescimento das suas células e diminuindo o risco de desenvolver células cancerígenas. A curto prazo, também tem importantes benefícios. No estudo quase-experimental, desenvolvido por Sabati e Mousa (2019), os autores verificaram que o início precoce da amamentação no pós-parto diminui significativamente a quantidade de perda de sangue e favorece a contração uterina, mecanismos que podem ser explicados devido à libertação endógena de ocitocina.

protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca⁵⁰. Para além disso, é económico e não necessita de preparação – é prático, está sempre disponível e à temperatura ideal.

3) Explicar o período recomendado para oferecer leite materno: É recomendado oferecer leite materno exclusivo, idealmente através da amamentação, até aos seis meses de idade da criança, mantendo o aleitamento materno (amamentar ou aleitar) em complemento com a diversificação alimentar até aos dois anos (WHO, 2017).

4) Explicar benefícios de amamentar subsequente ao contacto pele com pele pós-parto: O contacto pele com pele é facilitador da amamentação, quer na perspetiva da mãe, quer na perspetiva do recém-nascido⁵¹. Para a mãe, o toque e o olhar para o seu filho provoca a libertação de ocitocina, o que diminui o estresse e a dor, promove a lactação (estimulação da criação de receptores da prolactina na mama) e estimula a contração uterina, facilitando a expulsão da placenta e diminuindo a perda de sangue pós-parto (Cardoso et al., 2023). Para o recém-nascido, o contacto pele com pele constitui um estímulo sensorial: o recém-nascido toca a pele da mãe, sente o seu cheiro, o seu calor, procura o contacto visual; dando-lhe o tempo que precisa (mais ou menos 60 minutos), o recém-nascido é capaz de procurar ativamente a mama, abrindo a boca e movimentando a cabeça em busca do mamilo e começando a mamar sem ajuda (Brimdyr et al., 2020; WHO, 2018, UNICEF, 2016; Widström et al., 2019; Bigelow & Power, 2020).

5) Explicar a relação entre a alimentação da mãe e o leite materno: A lactação é um período crítico em termos de necessidades nutricionais. Os nutrientes são necessários para manter a saúde da mãe, o crescimento e a saúde do recém-nascido e a recuperação pós-parto (Huang & Ym, 2020). Durante a

⁵⁰ O colostro pode ser considerado como o alimento de transição entre o período intrauterino e o extrauterino, sendo um alimento rico em anticorpos, lactoferrina, citocinas anti-inflamatórias, oligossacáridos e outros fatores de proteção. O leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido pois, para além de conter todos os elementos nutricionais e minerais indispensáveis ao seu desenvolvimento saudável, comprova-se através de variados estudos que é um “alimento vivo” com uma capacidade de suprir as necessidades nutricionais, adequando-se ao longo do tempo (Azad, 2019; Victora et al., 2016). Um exemplo desta capacidade natural foi comprovado através da análise do colostro de mães de recém-nascidos prematuros, no qual se verificou a presença de maior quantidade de anticorpos e fatores de crescimento quando comparado com colostro de mães com recém-nascidos com mais do que 37 semanas. O mesmo se verifica ao longo do crescimento do recém-nascido e em situações de doença que por motivos ainda não explicados pela ciência, o leite materno tem a capacidade de alterar a sua composição potenciando mais uma vez a concentração de anticorpos nessa fase conferindo ao recém-nascido um fator extra de proteção e imunidade. Por outro lado, e face à pandemia causada pelo SARS-CoV-2 instalada em 2020, intensificaram-se os estudos na área da amamentação que permitiram concluir que a produção de anticorpos no leite materno intensificou-se nesta fase, como que se o organismo da mãe percebesse a ameaça à sua volta e de certa forma tentasse criar mecanismos adicionais de proteção para o seu filho. Também se encontrou evidência de que no caso de uma mãe infetada, o que passa através do leite materno são apenas anticorpos, e não o vírus na sua forma ativa o que confere imunidade natural ao recém-nascido. O mesmo mecanismo aplica-se quando a mãe está vacinada e mantém o aleitamento materno. Desta forma, são imunizados dois indivíduos, através deste mecanismo vivo que o leite materno tem de se transformar, o que nenhum leite de fórmula alguma vez conseguirá fazer (Pace et al., 2021; Perl et al. 2021). O leite materno constitui um importante fator de proteção contra doenças respiratórias, do trato intestinal, na redução do risco de pele atópica, otites (pelo menos até aos 2 anos e se amamentados em exclusivo e até mais tarde), diminuição da incidência de diabetes, obesidade e asma na infância (Victora et al., 2016). A nível cognitivo, comprovou-se também que recém-nascidos amamentados durante mais tempo possuem níveis superiores de QI face aos recém-nascidos não amamentados (Lopez et al. 2021). Estudos mais recentes estão a explorar a influência do leite materno no microbioma de recém-nascidos amamentados e parece contribuir para um potencial de prevenção das doenças e infeções através de cidades e, mais recentemente, conseguiu-se relacionar este fator de proteção contra a leucemia linfoblástica (Azad, 2019). O mamar na mama é a primeira forma de mastigação, contribuindo para o desenvolvimento da musculatura oral responsável pela mastigação quando essa função ainda não está neurologicamente apta a ser utilizada. O recém-nascido tem a mandíbula pequena e quando é amamentado, esta realiza um exercício físico a nível mandibular que promove o seu crescimento e desenvolvimento levando a um melhor alinhamento da dentição. Para além disso, o desenvolvimento da musculatura possibilita o melhor desempenho das funções de sucção, deglutição, respiração e posteriormente a mastigação e fonação. Assim, a falta do mamar diretamente na mama prejudica o desenvolvimento das estruturas, causando problemas na deglutição e fala, alterações da respiração e oclusões dentárias.

⁵¹ Numa revisão sistemática da Cochrane que comparou o contacto pele com pele imediatamente pós-parto (dentro de 10 minutos após o nascimento) ou precoce (entre 10 minutos e 23 horas após o nascimento) entre mães e recém-nascidos saudáveis a termo, tendo incluído 46 ensaios com 3850 dias das mães-recém-nascido, mostrou que o contacto pele com pele, imediato ou precoce, melhora a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade (Moore et al., 2016).

lactação, o teor de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono e lípidos) do leite humano tem grande variabilidade, e está pouco associado à dieta materna (Huang & Ym, 2020; Bzikowska et al., 2017)⁵². Mesmo não alterando fortemente a composição do leite materno, a alimentação da mãe pode ter algum efeito nas características do leite, nomeadamente no paladar e cheiro.

6) Explicar a necessidade de manter alimentação variada e equilibrada e hidratação adequada: Para a mãe que amamenta, um consumo extra de 500 calorias por dia é suficiente, pois a maioria das mulheres armazena, durante a gravidez, de 2-4 kg de gordura para ser usada durante o período de lactação. Uma mãe poderá produzir 600 a 1000 ml de leite por dia, requerendo, por isso, cerca de 1000 calorias. Uma dieta equilibrada, com cerca de 2200 calorias, permite à mãe retomar o seu peso normal antes da gravidez e, ao mesmo tempo, que o recém-nascido cresça sem problemas. A quantidade e o tipo de alimentos não interferem com a quantidade de leite produzido. A ingestão de líquidos por parte da mãe deve ser adequada à sede pois não há evidência que o aumento de ingestão hídrica aumente a produção de leite (Ndikom, Fawole & Ilesanmi, 2014; Bardosono et al., 2017; Zhou et al., 2019)⁵³. Entidades internacionais recomendam a ingestão de 2,7 a 3,3 l/dia de água para as mulheres que amamentam (European Food Safety Authority Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies, 2010; Bardosono et al., 2017; Zhou et al., 2019).

7) Explicar efeitos dos alimentos ingeridos pela mãe no recém-nascido: Não há restrições especiais. De todo o modo importa considerar alguns aspetos, nomeadamente:

- Alguns alimentos podem alterar o paladar do leite, e o recém-nascido poderá gostar ou não; os diferentes paladares do leite materno ajudam na educação do paladar introduzindo uma diversificação de sabores, o que poderá facilitar a introdução de novos alimentos mais tarde (Forestell 2017; Mennella et al., 2017; de Wild et al 2018).
- Há componentes nos alimentos que podem ser mais alergénicos, mas todos os recém-nascidos são diferentes e, por isso, é necessário controlar o efeito no recém-nascido dos alimentos ingeridos pela mãe⁵⁴. Pode acontecer que algum alimento provoque algum efeito negativo no recém-nascido (ex. cólicas, obstipação, diarreia, etc.). Quando uma reação diferente do habitual, é aconselhada a remoção desse alimento da dieta e reintroduzi-lo mais tarde, de modo a perceber se o efeito no recém-nascido se mantém ou não. Se os sinais e/ou sintomas do recém-nascido melhorarem substancialmente com o retirar do alimento e piorarem com a sua reintrodução, esse alimento deve ser evitado durante um período, podendo ser introduzido mais tarde para verificar se o efeito no recém-nascido se repete. O leite de vaca é um dos principais alimentos implicados no

⁵² Numa revisão da literatura, cujo objetivo foi avaliar a correlação entre a dieta da mãe e a composição do leite materno, observou-se que os nutrientes com maior correlação entre os níveis no leite humano e os níveis na dieta materna são os ácidos gordos polinsaturados, principalmente o DHA; no entanto, nenhuma correlação foi observada para elementos minerais, nomeadamente oligoelementos (zinco, cromo e ferro) (Bzikowska et al., 2017).

⁵³ Durante o período pós-parto, as mães que amamentam experimentam um aumento da perda de água por meio da secreção de leite, o que representa aproximadamente 700 ml por dia, 8 semanas após o parto (Zhou et al., 2019). Embora não haja evidências sustentáveis para apoiar o efeito positivo do aumento da ingestão de água na produção de leite, a perda substancial de água através da produção de leite coloca as mulheres em risco de desidratação.

⁵⁴ Numa revisão sistemática, cujo objetivo foi examinar a relação entre a dieta materna durante a gravidez e a lactação, sabor do líquido amniótico, sabor do leite materno e aceitabilidade alimentar das crianças e ingestão alimentar geral, foi verificado que evidências moderadas indicam que os sabores originários da dieta materna durante a lactação (álcool, erva-doce, cenoura, eucalipto, alho, hortelã) transmitem e dão sabor ao leite materno. Evidências moderadas indicam que os bebés podem detetar sabores transmitidos pela dieta no leite materno dentro de horas após uma única ingestão materna de álcool, alho, baunilha e cenoura; dentro de dias após a ingestão repetida de alho e sumo de cenoura e dentro de 1-4 meses pós-parto após ingestão repetida de uma variedade de vegetais, incluindo cenoura, durante a lactação. Contudo, os autores atentam para o facto de resultados não serem generalizados para todos os alimentos e bebidas (Spahn et al., 2019).

desenvolvimento de alergias alimentares. Se for recomendado que a mãe suspenda a ingestão de alimentos com proteínas do leite de vaca, importa contemplar cerca de 1200 mg/dia de cálcio e 10 microgramas/dia de vitamina D.

8) Explicar o efeito do uso de substâncias durante a amamentação: Para além da exposição à substância em si, o uso/abuso de substâncias frequentemente geram comportamentos ou condições que, por si só, significam risco para o recém-nascido,⁵⁵. Habitualmente, coexistem outros fatores de risco, como baixo nível socioeconómico (embora o uso de substâncias cruze todas os estratos socioeconómicos), baixos níveis de educação, má nutrição e pouco ou nenhum cuidado pré-natal. É comum o uso de múltiplas drogas, além do uso de outras substâncias legais nocivas, incluindo tabaco e álcool. As drogas ilícitas são frequentemente misturadas e distribuídas com adulterantes perigosos que podem representar ameaças adicionais à saúde da mãe e do recém-nascido (Reece-Stremtan e Marinelli, 2015).

Efeitos da ingestão de cafeína na lactação/recém-nascido⁵⁶: A cafeína existe em mais bebidas para além do café (chá verde, chá preto, refrigerantes, etc.) e em alimentos (chocolate, etc.). A recomendação, tal como durante a gravidez, é não ultrapassar as 300 mg por dia (equivalente a dois cafés expresso por dia)⁵⁷. No leite materno, poderá estar presente cerca de 1% da cafeína que a mãe consumiu, atingindo o pico máximo uma hora após a ingestão, por isso a ser ingerida, recomenda-se que seja após as mamadas. Estão descritos como possíveis efeitos no recém-nascido da ingestão de líquidos/alimentos com cafeína, a agitação, cólicas, obstipação e alteração do padrão de sono (McCreedy et al., 2018) e têm sido referidos efeitos positivos no tratamento da apneia de recém-nascidos pré-termo (Kumar & Steven, 2019; Moschino et al., 2020). Importa considerar que um recém-nascido poderá demorar cerca de uma semana a eliminar a cafeína que ingere⁵⁸.

- a) Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na lactação/recém-nascido: É recomendada a não ingestão de bebidas alcoólicas. O álcool interfere no reflexo de ejeção do leite, o que pode, em última instância, reduzir a produção de leite por meio do esvaziamento inadequado da mama. Na mãe, a ingestão de bebidas alcoólicas poderá bloquear a libertação de ocitocina o que conduz a dificuldade na saída do leite, limitando o consumo de leite por parte do recém-nascido. Para além disso, estudos demonstram que o recém-nascido poderá ingerir uma menor quantidade de leite materno quando a mãe ingere bebidas alcoólicas, uma vez que há alteração do cheiro do leite. O recém-nascido apresenta uma capacidade reduzida para metabolizar o álcool que recebe através do leite materno, mesmo que em pequenas quantidades. Os níveis de álcool no

⁵⁵ Várias revisões sobre a amamentação em mulheres com abuso droga, concluem que a amamentação é, geralmente, contraindicada em mães que usam drogas ilegais, pois a maioria das drogas ilícitas é encontrada no leite humano, com vários graus de biodisponibilidade (American Academy of Pediatrics, 2013).

⁵⁶ A cafeína aparece rapidamente no leite materno após a ingestão materna. Não há dados suficientes de alta qualidade disponíveis para fazer recomendações bem fundamentadas sobre o consumo seguro de cafeína pelas mães com base em evidências (McCreedy et al., 2018). Nos bebés de mães com ingestão muito elevada de cafeína, equivalente a cerca de 10 ou mais chávenas de café diariamente, têm sido relatados sintomatologia como irritabilidade, tremores e compromisso no padrão de sono. Estudos em mães que consomem 5 chávenas de café por dia não mostraram agitação nos bebés amamentados com 3 semanas de idade ou mais. Um limite de ingestão materna de 300 a 500 mg diários pode ser considerado seguro para a maioria das mães, embora as autoridades europeias estabeleçam um limite provável seguro de 200 mg (James & Lawrence, 2011). No entanto, bebés prematuros metabolizam a cafeína mais lentamente e podem ter níveis séricos de cafeína e outros metabolitos ativos semelhantes aos níveis das suas mães, recomendando-se, portanto, um nível de ingestão mais baixo e preferível para as mães destes bebés (James & Lawrence, 2011). Outras fontes de cafeína, como cola, bebidas energéticas, erva-mate ou guaraná, terão efeitos dose-relacionados semelhantes nos bebés amamentados. O consumo de café de mais de 450 mL diariamente pode diminuir as concentrações de ferro no leite materno e resultar em anemia ferropriva leve em alguns bebés amamentados.

⁵⁷ A European Food Safety Authority (EFSA, 2020) afirma que um consumo diário de 2 chávenas de café (200 mg de cafeína) é seguro durante o período de aleitamento materno. O USA Centers of Disease Control and Prevention (CDC, 2020) afirmam que 300 mg ou menos por dia, o equivalente a 2-3 chávenas de café, é aceitável.

⁵⁸ Aos 3-4 meses, o lactente já consegue demorar quase o mesmo tempo que os adultos a metabolizar a cafeína – mais ou menos 12 horas.

leite materno geralmente são paralelos aos níveis de álcool no sangue, e os estudos que avaliam os efeitos do consumo materno de álcool nos recém-nascidos revelaram efeitos nos padrões de sono do recém-nascido, quantidade de leite consumido em cada mamada e desenvolvimento psicomotor inicial. Poderá, então, causar sonolência, flacidez muscular, não aumento esperado de peso e desenvolvimento motor inadequado. A quantidade de álcool encontrada no leite é a mesma encontrada no sangue da mãe, atingindo o seu pico 30-60 minutos após a ingestão. Os metabolitos do álcool são eliminados do leite à medida que é eliminado do sangue, mantendo-se em circulação e no leite por 2-3 horas após a ingestão. Se desejo de ingestão de álcool enquanto amamenta, a maioria dos autores recomenda limitar a ingestão de álcool ao equivalente a 200 ml de vinho ou duas cervejas e esperar 2 horas após beber para amamentar (D'Apolito, 2013; AAP, 2013). Se porventura o desejo fazer, que seja imediatamente após amamentar/extrair leite e em quantidade máxima de 0,5 g/kg de peso corporal (ex. para uma mulher de 50 kg equivale a aproximadamente 200 cc de vinho, 500 cc de cerveja ou 30 cc de licor). Os possíveis efeitos do álcool, a longo prazo, no leite materno ingerido pelo recém-nascido permanecem desconhecidos (D'Apolito, 2013; AAP, 2013; Reece-Stremtan e Marinelli, 2015).

- b) Efeitos do tabaco/fumo na lactação/recém-nascido: A nicotina e outros compostos são transferidos para o recém-nascido através do leite, e uma transferência considerável de produtos químicos através do fumo passivo também ocorre quando são expostos ao fumo ambiental do tabaco⁵⁹. Por isso, não é recomendável fumar ou frequentar lugares com fumo. Um dos efeitos do tabaco é a redução da quantidade de leite e a passagem dos constituintes do tabaco para o leite (exemplo, chumbo e cádmio). A concentração da nicotina no leite é 2,9 vezes maior do que no sangue da mãe, podendo ter efeitos significativos no recém-nascido, nomeadamente taquicardia, vômitos, diarreia, cólicas, perturbação do sono e agitação e perturbações respiratórias⁶⁰.
- c) Efeitos de medicamentos e plantas na lactação/recém-nascido: as substâncias químicas em circulação na mãe passam para o leite materno, por isso há sempre uma possibilidade de ter efeito no recém-nascido. A maioria dos medicamentos utilizada é compatível com a amamentação. Em relação a plantas, não existe evidência que a utilização de substâncias naturais, como por exemplo chás, tenha efeito positivo na lactação e desconhece-se o seu efeito no recém-nascido (Budzynska et al., 2012; Anderson, 2017; Barnes et al., 2018; Brodribb, 2018; Bettiol et al., 2018).

3.1.1.2. Ensinar sobre lactação

A produção e a liberação do leite materno são fatores críticos de sucesso da amamentação. O conhecimento sobre como funciona a lactação, contribui para suportar as melhores decisões e ações. Deste modo, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

⁵⁹ Muitas mães param de fumar durante a gravidez, mas a recaída pós-parto é comum. Cerca de 50% das mães retoma o uso do tabaco nos primeiros meses após o parto. Dados epidemiológicos de mães que amamentam e fumam permanecem desconhecidos, sendo descrito que o tabagismo está associado a taxas reduzidas de amamentação (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2013; Myr, 2014; Reece-Stremtan e Marinelli, 2015; Bartholomew e Lee 2019).

⁶⁰ A nicotina surge no leite materno em concentrações de até três vezes mais do que no plasma materno, embora apenas 10% seja excretada no leite materno. A semivida de eliminação da nicotina é de aproximadamente 2 a 4 horas. Não há evidências de que a nicotina no leite materno represente um risco à saúde do recém-nascido e os benefícios da amamentação superam os riscos. Outros produtos químicos do fumo passivo são considerados piores e aumentam a incidência de alergia respiratória e a síndrome da morte súbita infantil (SMSI) (Bartholomew e Lee 2019; Reece-Stremtan e Marinelli, 2015). O aumento na incidência de alergia respiratória em recém-nascidos e na SMSI são apenas dois riscos bem conhecidos e significativos de exposição infantil ao fumo do tabaco (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2013).

- Compreender o processo de produção e liberação de leite materno.
- Adotar estratégias de estimulação da produção e liberação de leite materno.
- Identificar sinais de produção e liberação de leite materno.
- Reconhecer os sinais da subida do leite.
- Relacionar as características do leite materno com a decisão de oferecer uma ou duas mamas.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o processo de lactação: A produção e a liberação de leite resultam da interação harmoniosa de duas hormonas: a prolactina, libertada pela hipófise anterior e a ocitocina, libertada pela hipófise posterior, que quando em circulação no sangue potenciam a produção e a liberação do leite materno, respetivamente⁶¹. Apesar da produção e a liberação de leite serem processos distintos, estão intimamente associados:

- a) A prolactina é produzida em resposta à sucção do recém-nascido e ao esvaziamento mamário. A produção de leite é ativada pela sucção do recém-nascido, o que ativa os recetores sensitivos, enviando uma mensagem ao hipotálamo que a descodifica, e assim, a hipófise anterior liberta prolactina, ativando a produção de leite. O esvaziamento da mama contribui para a liberação de prolactina, o que leva a mama a produzir leite para a mamada seguinte. Por isso, a produção de leite ocorre conforme a “procura”, isto é, quanto mais quantidade de leite é removido maior quantidade é produzida. Assim, o esvaziamento incompleto das mamas pode levar a uma diminuição da produção de leite. Importa salientar que a produção de prolactina é mais acentuada à noite, pelo amamentar durante a noite durante o primeiro mês contribuiu para a produção de leite. Para além disso, a prolactina tem efeito relaxante o que ajuda a mãe a dormir melhor, mesmo por períodos mais curtos.

⁶¹ A estimulação precoce através da sucção no mamilo e aréola aumenta o número de recetores de prolactina presentes na mama e estimula a libertação de prolactina e outras hormonas pituitárias que desencadeiam o início da lactogénese II. Após o início lactogénese II (fase endócrina), a continuação da produção do leite é governada pela sucção e consequente produção de prolactina. O controlo local (autócrino) é atingido em torno dos três meses pós-parto (lactogénese III ou galactopoiese). A produção de leite nesta fase está dependente da quantidade de recetores desenvolvidos na fase inicial (endócrina) e do equilíbrio entre produção/extração. Os estudos revelam que a produção média de leite materno, a partir do 1.º mês e até ao 6.º mês, ronda os 750-800 ml nas 24 horas (Balogun et al., 2016; Kent et al., 2006). A ocitocina é libertada de forma pulsátil e exerce a sua função nas células mioepiteliais que envolvem os alvéolos e ductos levando-os a contrair, encaminhando dessa forma o fluxo de leite até ao mamilo. Esta contração das células mioepiteliais pode levar a mãe a sentir um leve formigamento ou pressão ao nível da mama, sendo necessário manter este estímulo de sucção durante 1 a 5 minutos, até ser observada o reflexo de ejeção de leite. Por sua vez, pouco tempo após a liberação de ocitocina, este impulso recruta a prolactina, acionando a glândula mamária a produzir colostro ou leite, dependendo da fase onde se encontra. A medida que o leite é drenado dos alvéolos e através dos ductos para o exterior, a prolactina mantém o estímulo de produção. A sua inibição é mediada por uma proteína, o fator de inibição da lactação (FIL), que coordena a produção de leite nos alvéolos consoante a quantidade de leite residual presente na mama, pelo que é fundamental o esvaziamento da mama em cada mamada. No entanto, estes mecanismos inibem, mas não impedem por completo a produção na glândula mamária e, por esse motivo, pode-se observar o extravasamento de colostro ainda na gravidez ou de leite entre mamadas, sendo que no último caso, esta produção é lenta e reduzida. O mesmo acontece durante o período noturno, no qual a circulação de prolactina atinge o auge da produção, e por isso, torna-se primordial que a extração se mantenha durante a noite, mantendo a produção eficaz de leite nas mamadas subsequentes. Assim se explicam os mecanismos que podem influenciar o aumento, ou decréscimo, da produção de leite: quando mais leite é extraído da mama, maior impulso é transmitido e maior produção ocorre; na situação de fraca extração, menor produção ocorre. Ainda assim, e para além dos mecanismos de feedback em resposta à sucção, sabe-se que a liberação de ocitocina também é influenciada por fatores límbicos maternos e por aspectos de interação entre mãe-recém-nascido sendo favorecida a liberação através do contacto físico e visual da mãe com o recém-nascido, o seu relaxamento bem como, sentimentos de segurança e autoconfiança. Estes fatores irão promover a ejeção de leite, pois transmitem à mãe sentimentos positivos, favorecendo a circulação e a ação da ocitocina. Esta noção é importante, pois apesar de a mama ser capaz de produzir leite de forma “independente”, este tipo de fatores interfere na capacidade de ejeção do leite podendo influenciar negativamente as crenças da mãe quanto à sua capacidade de produção, gerar pressão externa familiar ou social que desmotivem a manutenção da amamentação. Por seu turno, se o recém-nascido não retira todo o leite que precisa, apresenta-se agitado e insatisfeito após as mamadas e talvez, apresente um aumento de ponderal pouco favorável, intensificando os sentimentos de insegurança na mãe, criando um ciclo vicioso.

- b) A ocitocina é produzida quando o mamilo é estimulado pela sucção do recém-nascido. Entrando na corrente sanguínea, atua sobre a mama, estimulando a ejeção do leite desde os alvéolos até aos ductos. A ejeção do leite, geralmente, acontece um minuto após o recém-nascido começar a sucção. No entanto, nas mães que amamentam pela primeira vez, poderá demorar entre 3 e 5 minutos. Por consequência, é enviada uma mensagem ao cérebro e este interpreta que está a ocorrer um esvaziamento, sendo que estimula a produção da prolactina, para que se possa produzir mais leite para a mamada seguinte.
- c) A produção do leite materno é também controlada dentro da própria mama. Existe uma substância (polipeptídeo) no leite materno que pode diminuir ou inibir a produção de leite (*feedback inhibitor of lactation* – FIL). Se muito leite é deixado na mama, o fator inibidor faz com que as células deixem de produzir leite. Isto ajuda a proteger a mama dos efeitos indesejáveis de uma produção de leite exagerada. A inibição da produção de leite é, obviamente, necessária se o recém-nascido para de mamar por alguma razão. Caso o leite materno seja removido, o fator inibidor também é removido. Deste modo, se um recém-nascido para de mamar numa das mamas, essa mama produz menos leite. Se um recém-nascido não pode mamar de uma ou das duas mamas, o leite deve ser removido, manualmente ou com bomba, para permitir que a produção continue, em particular nos primeiros 3-5 dias pós-parto, para potenciar a lactogénese II.

2) Explicar fatores que influenciam a produção e a libertação de leite materno: Amamentar logo que possível após o parto, em regime livre, com uma pega adequada, durante a noite, ambiente calmo, com uma mãe confiante e tranquila são fatores que influenciam positivamente o processo de produção e libertação de leite. Por sua vez, a lactação é inibida quando estão presentes emoções e circunstâncias que produzem hormonas de estresse que são antagonistas da ação da ocitocina, como por exemplo ansiedade, insegurança, tristeza, estresse, preocupações, dor, separação entre mãe e recém-nascido e a exaustão materna⁶².

3) Explicar estratégias de estimulação da produção de leite materno: A estimulação das terminações nervosas presentes na aréola faz com que aumente os níveis de prolactina na corrente sanguínea, atingindo o seu pico máximo 30 minutos após a estimulação, levando a mama a produzir leite para a mamada seguinte. O estímulo neuro-hormonal é determinado pela sucção do recém-nascido e pela extração do leite da mama. Por isso, esvaziar a mama é o fator determinante para a produção do leite, uma vez que estimula a produção de mais leite e previne a acumulação de leite na mama. A velocidade de produção depende do nível de esvaziamento da mama, ou seja, quanto “mais vazia” está a mama, maior a velocidade de produção de leite e quanto “mais cheia” está, menor a velocidade de produção de leite⁶³. Para além disso, é o esvaziamento da mama que determina a quantidade de gordura no leite (“mama mais vazia = leite com mais gordura”). Assim, poderão ser estratégias favorecedoras da ação da prolactina:

⁶² Neste tipo de situação, são produzidas hormonas de estresse (adrenalina e noradrenalina) que provocam contração da musculatura lisa e vasoconstrição na região dos ductos mamários, ocupando parte significativa dos receptores da ocitocina impedindo que esta chegue às células mioepiteliais, diminuindo, por essa via, a ejeção do leite.

⁶³ A prolactina necessita de estar presente para a síntese do leite. Nas paredes dos lactócitos (células produtoras de leite dos alvéolos) existem locais receptores de prolactina que permitem que a prolactina presente na corrente sanguínea se mova para os lactócitos e estimule a síntese dos componentes do leite materno. Quando o alvéolo está cheio de leite, as paredes expandem-se e alteram a forma dos receptores de prolactina, de modo que a prolactina não pode entrar através desses receptores, o que faz com que a síntese de leite diminua. À medida que o leite se esvazia do alvéolo, um número crescente de receptores de prolactina retorna à sua forma normal, permitindo a passagem da prolactina, e, em consequência, aumenta a taxa de síntese do leite. A teoria do receptor de prolactina sugere que a remoção frequente de leite nas primeiras semanas aumentará o número de receptores locais. Mais locais receptores significam que mais prolactina pode passar para os lactócitos aumentando a capacidade de produção de leite (Balogun et al., 2016; Kent et al., 2006).

- a) Assegurar a pega adequada.
- b) Antes da subida do leite, oferecer ambas as mamas; após a subida do leite, garantir que o recém-nascido drene eficazmente a mama e mudar de mama se não houver sinais de sucção eficaz (ou sinais de transferência de leite).
- c) Logo que possível, amamentar em regime livre – o intervalo entre as mamadas deve, idealmente, ser definido pelo recém-nascido, pois isso permite que o leite seja produzido em quantidade adequada para as suas próprias necessidades nutricionais – não a mais, nem a menos.
- d) Amamentar durante a noite (a libertação de prolactina segue um ritmo circadiano, com níveis mais altos de secreção à noite e pela manhã).
- e) Realizar a extração do leite através da extração manual ou com bomba sempre que o recém-nascido esteja impedido de mamar em uma ou nas duas mamas, nas primeiras três semanas pós-parto⁶⁴. A extração dupla pelo menos 8 vezes por dia (24 horas) é recomendada para a estimulação da produção de leite (Prime et al., 2012).

4) Explicar estratégias de estimulação da libertação de leite materno: A libertação do leite dos alvéolos até ao mamilo pode ser estimulada por estratégias que facilitem a ação da ocitocina, tais como (Cardoso et al., 2023):

- a) Ter um espaço com privacidade, confortável e calmo para amamentar.
- b) Promover o relaxamento antes de amamentar.
- c) Promover emoções positivas (por exemplo, pensar ou olhar para o recém-nascido; contacto pele com pele).
- d) Aproveitar para dormir/repousar no intervalo entre as mamadas.
- e) Realizar uma massagem nas mamas antes de amamentar com recurso a aplicação de calor (iniciar a massagem com movimentos circulares do exterior em direção ao mamilo. Este movimento deve realizar-se com 2 ou 3 dedos. Depois, com toda a palma da mão, deslizar na mama desde a base até à ponta do mamilo. Colocar o polegar e o indicador na borda da aréola e ordenhar o leite suavemente (movimento do indicador e polegar na direção do tórax e depois juntar ou aproximar o indicador e o polegar). Por último, mudar a posição do polegar e do indicador à volta da aréola para facilitar a exteriorização do leite).
- f) Adotar medidas promotoras da autogestão da dor durante a amamentação (gerir analgesia ou adotar medidas antiálgicas – ajustar posição, corrigir a pega, uso de mamilo artificial, etc.).

5) Explicar os sinais de produção de leite materno: A mama mais tensa antes da lactoextração e o amolecimento (diminuição da tensão) da mama após e a visualização de saída de leite das mamas são sinais evidentes de produção do leite. Como sinais indiretos, podem ser considerados os sinais no recém-nascido, nomeadamente sucção rítmica e sustentada, com pausas ocasionais; deglutição audível; braços e mãos relaxados; e sinais de saciedade após a mamada (Cardoso et al., 2023).

⁶⁴ A extração de leite materno na primeira hora, quando comparada com 6 horas após o parto, está associada a uma maior produção de leite durante a primeira semana e às três semanas pós-parto (Parker et al., 2012). Extrair menos de seis vezes por dia está associado a uma produção de leite reduzida, em comparação com mães que extraem com mais frequência. A extração simultânea, em ambas as mamas, é mais eficaz e mais eficiente na remoção do leite do que a extração sequencial, extraindo quer uma maior percentagem do leite disponível quer um maior volume de leite e com um teor de gordura superior (Prime et al., 2012).

6) Explicar os sinais de libertação de leite materno: A ocitocina é responsável pelo reflexo de ejeção do leite. A ocitocina começa a libertar-se quando a mãe pensa/vê/ouve o recém-nascido, intensificando a sua produção através da estimulação das terminações nervosas existentes no mamilo e aréola com a sucção. Muitas mulheres referem uma sensação de “picada” ou formigueiro nas mamas quando ocorre este reflexo. A reação ao recém-nascido também estimula o reflexo de ereção do mamilo – fica mais ereto o que ajuda à propulsão do leite dos canais galactóforos até aos orifícios do mamilo. Outros sinais indiretos, que indicam a libertação de ocitocina, e consequentemente o reflexo de ejeção de leite, são: 1) as contrações do útero, que levam a um aumento dos lóquios durante ou após a amamentação nos primeiros 3-5 dias pós-parto; 2) observação de saída de leite da mama oposta; e 3) sensação de relaxamento ou sonolência. No recém-nascido, também podem ser observados sinais que indicam a libertação de leite, nomeadamente sucção rítmica e sustentada, com pausas ocasionais; deglutição audível; e sinais de saciedade após a mamada (Cardoso et al., 2023).

7) Explicar sinais de subida do leite: A subida do leite caracteriza-se por um aumento dos fluxos sanguíneo e linfático para a glândula mamária devido às necessidades metabólicas das células produtoras de leite induzidas pela ação da prolactina. O edema intersticial decorrente da congestão e obstrução da drenagem linfática dá lugar a uma sensação de tensão na mama. A subida do leite ocorre entre o 3.º e o 5.º dia pós-parto e corresponde a um processo de alteração das características do leite – a transformação do colostro em leite de transição. Este evento permite identificar o início da lactogénese II. Constituem sinais indicadores de que a subida de leite está a ocorrer: sentir a mama túrgida, congestionada, quente e, por vezes, dolorosa. Este processo corporal constitui um indicador de saúde e a sensação de maior tensão mamária resolve-se espontaneamente em algumas horas. Importa não confundir – nem lidar com – esta situação benigna como se se tratasse de ingurgitamento mamário (processo inflamatório resultante da retenção de leite, acompanhada de tensão mamária intensa e dor e manifestado por aumento significativo do volume das mamas, que se apresentam dolorosas, quentes, vermelhas e brilhantes) (Cardoso et al., 2023).

8) Explicar as características do leite materno em função da sua evolução ao longo do tempo: O leite materno evolui ao longo do tempo, numa fase inicial é colostro, depois leite de transição e depois leite maduro. Estas designações significam distintas características entre eles⁶⁵, nomeadamente a composição e a quantidade:

⁶⁵ O colostro é a primeira secreção produzida pela mama e inicia-se ainda na gravidez, mantendo-se até aos primeiros dias após o parto. Tem cor amarelada e consistência cremosa. É produzido em pequenas quantidades, sendo o adequado face ao tamanho do estômago do recém-nascido. Apresenta na sua composição alto teor em fatores imunológicos (anticorpos e leucócitos) e fator de crescimento. Assim, a sua principal função é de conferir imunidade nos primeiros dias de vida do recém-nascido, mais do que o nutrir. Também possui proteínas, lactose e lípidos, em menor quantidade. Possui ainda propriedades laxantes, o que facilita a eliminação do mecónio, reduzindo o risco de icterícia (WHO & UNICEF, 2018). A partir das 2-3 semanas, surge o leite maduro e que não é mais do que a estabilização da produção de leite, mantendo agora um nível constante de todas as características (água, hidratos de carbono, lípidos, proteínas, iões, vitaminas e anticorpos), sem o reforço e/ou diminuição de uma delas em particular, como ocorreu nas fases anteriores. No entanto, a composição de micronutrientes pode variar consoante a alimentação da mãe, como por exemplo vitaminas e iodo. O recém-nascido necessita de suplementação de pelo menos duas vitaminas, a vitamina K e a vitamina D, pelo facto de o leite materno não as possuir em quantidades suficientes. Alguns autores começam agora a interrogar-se perante a complexidade do leite materno e pela sua capacidade em adaptar imediatamente a sua composição mediante as necessidades do recém-nascido, se este deficiente em vitamina K e D não terão uma razão ainda desconhecida, mas sensata, de ser. Apesar de se manter esta produção constante, relembra-se a capacidade do leite materno em responder a situações de doença, quer da mãe, quer do recém-nascido, reforçando a sua função imunológica capaz de conferir imunidade extra e ação anti-inflamatória ao recém-nascido, bem como, a capacidade de ajustar a sua produção conforme as necessidades do recém-nascido. Assim, quanto mais o recém-nascido esvaziar a mama, maior produção ocorrerá, satisfazendo as suas necessidades de desenvolvimento em tempo real (WHO & UNICEF, 2018).

- a) Nos primeiros 2-3 dias pós, parto o leite materno é designado de colostro. O colostro é amarelo e cremoso, tem baixo teor em gordura e elevado teor em hidratos de carbono e proteínas, elevada digestibilidade. A nível do sistema digestivo:
- tem efeito laxante e atua como uma capa protetora (se o recém-nascido ingerir água ou substitutos alimentares, esta camada protetora pode ser removida);
 - favorece a colonização do intestino por *Lactobacillus bifidus* (através de um hidrato de carbono azotado chamado fator bífido); e
 - contém antioxidantes e quinonas que impedem os danos oxidativos. O colostro contém um elevado teor de imunoglobulinas (especialmente IgA e lactoferrina) que protegem o recém-nascido e promovem a maturação do sistema imunitário. O colostro é produzido em quantidades reduzidas (2-20 ml), volume adequado, uma vez que o recém-nascido possui rins imaturos, incapazes de filtrar grandes quantidades de fluidos.
- b) Após a subida do leite, surge o leite de transição. Este leite é produzido em maior quantidade e apresenta uma coloração acinzentada. Contém todos os macronutrientes – proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerais e água – nas quantidades de que o recém-nascido necessita. As suas características sofrem alterações ao longo da mamada: no início da mamada, é mais aguado sendo rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água; no final da mamada, contém mais gordura, o que torna o leite do fim mais rico em gordura. Assim, ao longo da mesma mamada a concentração de imunoglobulinas e o teor de vitaminas lipossolúveis tornam-se progressivamente menores, enquanto aumenta o conteúdo de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose, com consequente acréscimo do aporte calórico. A partir do quinto dia pós-parto, há um aumento crescente na quantidade de leite produzido.
- c) Aproximadamente 15-20 dias após o parto, surge o leite maduro. A partir deste momento; aumenta em quantidade de leite produzido nas 24 horas (até 700 a 800 ml/24 horas). Este leite possui maior teor lipídico e de lactose, apresentando menor quantidade de proteínas e contém a maior parte dos minerais e vitaminas lipossolúveis. À semelhança do leite de transição, também o leite maduro altera as suas características ao longo da mamada, nomeadamente a concentração de gordura.

9) Explicar os critérios para decidir sobre oferecer 1 ou 2 mamas: Nos primeiros dias após o parto, enquanto presente o colostro, oferecer as duas mamas, cerca de 15 a 20 minutos em cada mama, a cada mamada, para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que não existe evidência que haja alterações na composição do colostro ao longo da mamada em termos de quantidade de gordura. Após a subida do leite, e uma vez que o leite de transição sofre alterações na sua composição ao longo da mesma mamada (o leite inicial é mais rico em água e sais minerais enquanto o leite final é mais rico em gorduras, para garantir a saciedade entre as mamadas). O leite inicial é branco-azulado, contendo lactose, proteínas e vitaminas hidrossolúveis. Importa dar tempo para que o leite rico em gordura atinja o mamilo⁶⁶, sendo essencial assegurar a drenagem completa de uma mama até ao fim e só depois

⁶⁶ As glândulas mamárias, onde o leite é produzido, são compostas por alvéolos. Cada alvéolo é constituído por lactócitos, as células produtoras de leite, incluindo a gordura, que é armazenada nos alvéolos até o bebé mamar. A gordura no leite materno é segregada em forma de pequenas gotículas de gordura, que estão envolvidas numa fina membrana conhecida como membrana do glóbulo de gordura do leite. Esta membrana ajuda as gotículas de gordura a permanecerem suspensas no ambiente aquoso do leite. À medida que os lactócitos produzem a gordura, os glóbulos de gordura do leite são empurrados para o centro do alvéolo. Como estes glóbulos são menos densos do que os componentes aquosos do leite (como por exemplo, a lactose e as proteínas), tendem a flutuar para o topo do leite armazenado nos alvéolos. No início da mamada, o leite, frequentemente referido como 'leite anterior', tende a ser mais pobre em gordura porque os componentes aquosos são mais facilmente drenados dos alvéolos. Os glóbulos de gordura do leite que flutuaram para o topo permanecem nos alvéolos. À medida que a mamada progride e o bebé continua a mamar, os alvéolos esvaziam-se. Esta ação mecânica faz com que a gordura armazenada seja mobilizada e libertada nos ductos. Esta ação mecânica resulta

oferecer a outra. Na mamada seguinte, iniciar a mamada pela mama em que o recém-nascido mamou menos tempo (última mama que ofereceu). Após a subida do leite, importa considerar que quanto mais cheia está a mama, menor o conteúdo de gordura terá o leite ingerido pelo recém-nascido. Quanto mais mole estiver a mama, maior o teor de gordura terá o leite ingerido pelo recém-nascido (Daly et al., 1993⁶⁷).⁶⁸ O conteúdo calórico varia a cada mamada e ao longo do dia, essencialmente devido ao teor de gordura. Para além disso, foi demonstrado que uma ligeira compressão na mama, aumenta o conteúdo de gordura no leite naquela mamada (Stutte, 1899).

3.1.1.3. Ensinar sobre sinais de fome

A fome corresponde à sensação fisiológica pela qual o corpo percebe que necessita de alimento para manter suas atividades inerentes à vida⁶⁹. Alguns recém-nascidos são calmos e esperam para ser alimentados, ou voltam a adormecer se não forem identificados os sinais precoces de fome, o que pode resultar em subalimentação; outros recém-nascidos acordam de repente e mostram desgastado se não são alimentados imediatamente. Para identificar quais os sinais a considerar para decidir amamentar o recém-nascido importa promover o conhecimento para que sejam capazes de:

- Identificar os sinais precoces de fome.
- Reconhecer o choro como um sinal tardio de fome.

da conjugação de duas forças: a contração das células mioepiteliais e da sucção do recém-nascido. A realização da pega adequada garante a criação de uma pressão negativa (um vácuo) dentro da boca. Esta pressão negativa puxa o leite para fora dos alvéolos e para os ductos mamários, que transportam o leite para o mamilo. A sucção também estimula a libertação de ocitocina. A ocitocina faz com que os músculos em torno dos alvéolos contraíam e ajudem a empurrar o leite para fora dos alvéolos. O movimento do leite e a libertação da gordura resulta do evoluir da mamada, com crescente extração de leite devido à sucção do recém-nascido e às contrações musculares, resultando numa redução do volume de leite dentro dos alvéolos. O ato físico de o leite ser drenado dos alvéolos (tanto pela sucção do bebé como pelas contrações musculares) cria uma ação mecânica, que, combinada com o volume decrescente de leite, atua sobre os glóbulos de gordura do leite que estão armazenados, especialmente aqueles que flutuaram para o topo dos alvéolos. A libertação da gordura nos ductos é consequência da drenagem continuada da mama e de menos leite aquoso para manter os glóbulos de gordura junto das membranas dos lactócitos e das paredes dos alvéolos. Como resultado, os glóbulos de gordura do leite são libertados no leite com mais facilidade e este leite, agora mais rico em gordura, flui então através dos ductos e é “entregue” ao recém-nascido. Assim, o leite que é drenado mais tarde na mamada (frequentemente denominado ‘leite posterior’) tem um teor de gordura mais elevado do que o leite no início da mamada. O aumento gradual no teor de gordura durante uma mamada pode ser parcialmente atribuído à estrutura das membranas celulares dos lactócitos, que são lipofílicas (têm afinidade por gorduras e lípidios). Quando os alvéolos estão cheios de leite, os lactócitos ficam achatados, criando uma maior área de superfície onde a membrana celular pode conectar-se com a gordura, segurando-a firmemente. A medida que os alvéolos esvaziam, a forma dos lactócitos muda, reduzindo a área de conexão entre a membrana celular e a gordura. Como resultado, a gordura entra no leite mais facilmente e progressivamente ao longo da mamada.

⁶⁷ No estudo realizado por Daly et al. (1993), os autores comparam, em cinco mães lactantes, as alterações na gordura do leite dentro e entre as mamadas com as taxas de síntese de leite a curto prazo e o grau de esvaziamento da mama (medido através do sistema Computerized Breast Measurement) ao longo de dois períodos de 24 horas. O teor de gordura (f) das amostras de leite inicial e final aumentou mais acentuadamente à medida que a mama era progressivamente esvaziado pelo bebé. Para nove mães, entre 41-95% da variação do teor de gordura do leite foi explicada pelo grau de esvaziamento da mama. Os autores argumentaram que esta relação explica as diferenças no ritmo circadiano do teor de gordura do leite e permite o cálculo preciso do teor médio de gordura do leite consumido pelos bebés (37-66 g/l para as nove mães). A composição de ácidos gordos das amostras de leite inicial e final foi determinada para quatro das mães.

⁶⁸ Um exemplo frequentemente associado a esta ideia é a torneira de água: quando se quer água quente, primeiro sai a fria (leite inicial) e depois a quente (leite final, com mais gordura). Se a torneira é mais vezes usada para retirar água quente, nas próximas vezes sairá água quente mais depressa.

⁶⁹ Na revisão realizada por Souza, Castro e Nogueira (2003) as autoras defendem que no recém-nascido alguns dos mecanismos envolvidos no controlo do comportamento alimentar são imaturos, apresentando algumas peculiaridades. Para a aquisição do leite materno, o lactente mamífero (em quase todas as espécies) apresenta um fenótipo comportamental característico, respeitando uma sequência temporal de condutas que varia segundo as espécies. Os comportamentos são organizados nas seguintes etapas: 1) procura do mamilo (numa fase imediata ao nascimento é mais demorado, mas com o desenvolvimento locomotor e abertura dos olhos há atenuação do processo de procura com rápida orientação para o mamilo); 2) fixação no mamilo (ao aproximar-se da mãe, o recém-nascido orienta-se por fontes de calor para a fixação ao mamilo, apresentando movimentos rítmicos de cabeça, boca e língua. O olfato parece ser crítico nesse processo. Em recém-nascidos humanos, foi demonstrada predileção pelos mamilos da própria mãe, preferencialmente antes da remoção de substâncias odoríferas, em contraposição aos de outra lactante); 3) ingestão de leite (apresenta duração, frequência e quantidade modificadas com a idade); 4) largar o mamilo (finalizam a sucção largando ativamente o mamilo materno); 5) comportamentos após a sucção (ficam sonolentos).

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar reações do recém-nascido que evidenciam fome: O recém-nascido mostra sinais como: está acordado e inquieto, apresenta movimentos da cabeça de um lado para o outro, com a boca entreaberta tentando abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bucal, se estiver junto ao peito, procura o mamilo e/ou suga os seus próprios dedos ou objetos que se aproximem da boca.

2) Explicar sinais tardios de fome: Quando não é satisfeita a necessidade quando manifesta os primeiros sinais de fome, o recém-nascido inicia o choro em soluços contínuos e curtos, persistente e não muito alto (o som indicativo deste tipo de choro é “neh”); quando mesmo assim, não é satisfeita a sua necessidade, o recém-nascido inicia um choro forte, arqueia as costas e, quando lhe é oferecida a mama nesta fase, tem dificuldade em abocanhar, pelo que, quando esta situação se verifica, é necessário pegá-lo ao colo e acalmá-lo antes de o amamentar. Este tipo de choro representa um sinal tardio de fome.

3.1.1.4. Ensinar sobre sinais de saciedade

A contração e a distensão do estômago são os principais mecanismos que contribuem para a sensação de fome e saciedade, respetivamente. Fisiologicamente, após a absorção dos nutrientes, fatores pós-prandiais como hormonas (colecistocinina, insulina), aumento da temperatura corporal e nutrientes (principalmente a glicose) contribuem para terminar a mamada (Souza, Castro & Nogueira, 2003). Assim, a identificação dos sinais que indiquem que o recém-nascido está saciado é relevante, em particular nos primeiros tempos pós-nascimento. Por isso, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer os sinais de saciedade no recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar reações do recém-nascido que evidenciam saciedade: O padrão de sucção torna-se mais lento, faz pausas mais prolongadas e pode largar espontaneamente a mama. A orientação atual é para não retirar o recém-nascido da mama enquanto estiver a mamar ativamente. Como sinais indiretos, pode ser observado que o recém-nascido fica tranquilo e relaxado podendo adormecer após a mamada ou ficar interessado em interagir; por seu turno, a mãe sente a mama mais amolecida no final da mamada. O intervalo entre as mamadas também pode ser usado como um indicador indireto de saciedade.

2) Explicar condições da mamada que podem condicionar a saciedade: Importa considerar a duração da mamada para garantir o acesso ao leite de fim e/ou a ingestão de ar que pode condicionar a distensão do estômago e dar uma sensação de saciedade.

3.1.1.5. Ensinar posições para amamentar

A posição da mãe e do recém-nascido durante a mamada, constitui uma componente que poderá facilitar, ou dificultar, todo o processo. Assim, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar uma posição confortável de amamentar (mãe).
- Facilitar a posição confortável para a mãe e recém-nascido (pai).
- Identificar as possíveis posições do recém-nascido para mamar.
- Posicionar o recém-nascido para mamar.

As atividades que concretizam a intervenção são⁷⁰:

1) Explicar a relação da posição com o sucesso de amamentação: A posição da mãe e do recém-nascido a cada mamada é um fator de sucesso para a promoção da boa pega, extração eficaz de leite e reduzir complicações como lombalgias, fissuras ou ingurgitamento mamário⁷¹. Para além disso, a alternância de posição a cada mamada influencia a estimulação e o esvaziamento de diferentes locais da mama.

2) Explicar critérios para escolher a posição para amamentar: A mãe deverá escolher a posição que para si seja a mais confortável dado que poderá necessitar de ficar nessa posição por mais algum tempo. Todavia, a posição escolhida inicialmente não tem carácter definitivo já que pode, inclusive, ser modificada ou melhorada ao longo da mamada. Para além disso, na escolha da posição, importa privilegiar a interação harmoniosa entre mãe e filho, nomeadamente a troca de olhar.

3) Explicar as posições que a mãe pode adotar: A mãe pode escolher ficar sentada, deitada ou semi-sentada. Para tornar a posição confortável, importa considerar o local (sofá/cama) e o apoio dos pés (se sentada), podendo recorrer a almofadas para suportar a cabeça, os ombros e/ou os braços.

a) Se posição sentada: procurar estar com as costas confortavelmente apoiadas e os pés ligeiramente elevados (permitindo que os joelhos façam um ângulo reto).

b) Se posição deitada:

- em decúbito lateral: deitada de lado de frente para o recém-nascido (poderá ser usada se existir dor na zona perineal ou abdominal, já que esta posição reduz a pressão naquelas áreas);
- em decúbito lateral, inclinada sobre o recém-nascido (poderá ser usada por curtos períodos, sendo útil para facilitar a saída do leite da mama por ação da gravidade);
- em decúbito dorsal, com tronco elevado (poderá ser mais confortável se estiver ligeiramente inclinada, em vez de completamente deitada)⁷².

4) Explicar | Demonstrar as posições que o recém-nascido pode adotar: A posição do recém-nascido deverá favorecer a pega e a sucção, por isso importa que fique próximo e com a cara de frente para a mama, sem necessidade de virar a cabeça. Para além disso, o pescoço deverá estar em ligeira extensão, para que o queixo toque na mama e a boca fique ao nível do complexo mamilo-aréola e com o nariz desobstruído. Existem diversas posições:

a) Posição de embalar: O recém-nascido fica de lado, com a cabeça e o pescoço apoiados ao longo do antebraço da mãe e numa posição abdómen-com-abdómen.

⁷⁰ As atividades que concretizam a intervenção Ensinar sobre posições para amamentar refletem-se no conteúdo “explicar” e a intervenção Instruir posições para amamentar refletem-se no conteúdo “demonstrar”.

⁷¹ No estudo observacional desenvolvido por Goyal et al. (2011), cujo objetivo foi avaliar a posição correta, pega e sucção eficaz na amamentação de recém-nascidos, os autores verificaram que as mães primíparas foram as que evidenciaram “pior posicionamento” e maior dificuldade na pega.

⁷² *Nurturing position*, refere-se a uma posição para amamentar na qual a mãe fica reclinada confortavelmente enquanto apoia o corpo do bebé contra o seu próprio corpo. Nesta posição, a mãe inclina-se ligeiramente para trás, permitindo que a gravidade ajude a suportar o corpo do bebé no peito. Esta posição ajuda a mãe a relaxar, o que pode ser especialmente benéfico durante o período pós-parto inicial, quando tanto a mãe como o bebé estão a habituar-se à amamentação. Esta posição reduz o esforço nos braços e costas da mãe. Nesta posição, o bebé ativa mais facilmente os comportamentos inatos para mamar, permitindo-lhe realizar uma pega adequada de forma independente.

- b) Posição de embalar cruzada: O recém-nascido fica apoiada ao longo do antebraço oposto à mama em que o recém-nascido irá mamar, aproximando a cabeça para abocanhar a mama; como o recém-nascido está completamente apoiado no braço oposto, a mãe consegue controlar melhor a sua posição e usar a mão livre para facilitar a pega (esta posição é apropriada para recém-nascidos pequenos ou que tenham dificuldade na pega).
- c) Posição *bola de rãguebi*: O recém-nascido fica apoiado ao longo do antebraço do lado da mama em que o recém-nascido irá mamar, com as pernas e pés perpendiculares ao tronco da mãe, do lado em que irá mamar, com a cabeça junto da mama e os pés voltados para as costas da mãe (poderá ser uma posição a adotar em caso de dor por ferida abdominal, prematuridade ou quando a mãe tem mamas volumosas). Para além disso, também promove uma drenagem mais efetiva dos quadrantes externos da mama.
- d) Posição decúbito lateral: O recém-nascido fica deitado, de frente para a mãe, abdómen-com-abdómen, com a cabeça ao nível da mama. O braço da mãe, que fica do lado da cama poderá ficar fletido para cima, formando um ângulo reto ao nível do cotovelo enquanto a mão do braço oposto poderá aproximar a cabeça do recém-nascido, se necessário.
- e) Posição vertical (posição de cavaleiro): O recém-nascido fica sentado, de frente para a mama, sobre a coxa da mãe mantendo a coluna e a cabeça na vertical (poderá ser uma posição cómoda para amamentar um recém-nascido com refluxo gastroesofágico, otites ou hipotonia muscular ou que já consiga sentar-se sem ajuda).
- f) Posição ventral: O recém-nascido fica sobre o abdómen/peito da mãe (que se encontra semi-deitada, ligeiramente reclinada, relaxada, com ombros, cabeça e pescoço bem apoiados), em posição longitudinal ou oblíqua, não havendo necessidade de apoiá-lo, mantendo-se fixo à mãe pela força da gravidade e livre de pressão nas costas (podem estar vestido ou em contacto pele com pele).

5) Explicar | Demonstrar as posições para amamentar gémeos: Amamentar gémeos pode ser um desafio para a mãe. Se todas as restantes decisões e ações são sobreponíveis a amamentar apenas um só recém-nascido, a amamentação de gémeos poderá ser desafiante, em particular se decidir amamentar os dois simultaneamente (Whitford et al., 2017).

- a) Os dois recém-nascidos em posição *bola de rãguebi*: cada uma dos recém-nascidos fica apoiada em cada um dos braços da mãe (ou almofada de amamentação).
- b) Um recém-nascido em posição de embalar e o outro na posição *bola de rãguebi*.
- c) Os dois em posição de embalar: dependendo do peso e tamanho, cada um fica com a sua mama, com a cabeça e o pescoço apoiados ao longo de cada um dos antebraços da mãe, cada um deles em posição abdómen-com-abdómen com a mãe, ficando com os pés juntos (em forma de V).

3.1.1.6. Ensinar sobre pega adequada

O modo como o recém-nascido abocanha a mama é essencial para todo o processo de amamentação, lactação e ingestão nutricional. A pega adequada é definida como a posição e a forma como a boca do bebé se encaixa na mama da mãe para extrair o leite de forma eficiente e confortável. Assim, importa

fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Assegurar pega adequada (mãe).
- Facilitar pega adequada (pai).

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a relação da pega adequada com o sucesso da amamentação, lactação e ingestão nutricional: Uma pega adequada é garante de: 1) estímulo eficiente da produção de leite materno; 2) prevenção de problemas comuns de amamentação, nomeadamente a dor no mamilo e a fissura; 3) transferência de leite eficiente; 4) estímulo do desenvolvimento oral do recém-nascido; 5) vínculo afetivo e conforto, já que promove um maior contacto pele a pele entre a mãe e o bebé e quando o recém-nascido está bem posicionado e tem uma pega adequada, fica mais confortável e seguro.

2) Explicar sinais indicadores de pega adequada: Abocanha o mamilo e parte da aréola, formando um vácuo perfeito entre a boca e a mama, indispensável para que o complexo mamilo-areolar se mantenha estável no interior da sua boca; quando assim é, as bochechas ficam arredondadas; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama, o nariz está desobstruído; em torno dos lábios, é visível mais aréola acima da boca do recém-nascido e o lábio inferior está virado para fora; o queixo do recém-nascido toca na mama; frequentemente, é possível ouvir e/ou ver a deglutição do leite. Poderão ser considerados sinais indiretos de pega adequada: amamentar não causa dor, a mama fica amolecida após a mamada, o recém-nascido fica satisfeito e tranquilo no final da mamada.

3) Explicar estratégias facilitadoras de boa pega: Para facilitar o processo de abocanhar a mama e aréola importa considerar: 1) manter a cabeça, o pescoço e a coluna do recém-nascido alinhados; 2) manter o pescoço em ligeira hiperextensão; 3) manter o nariz do recém-nascido ao nível do mamilo na aproximação à mama; 4) estimular o recém-nascido a abrir a boca (tocar suavemente com o mamilo no lábio superior do recém-nascido); 5) o queixo deverá ser a primeira parte do corpo do recém-nascido que toca na mama; 6) quando o recém-nascido abrir a boca e tiver a língua sobre o lábio inferior, aproximá-la da mama apontando o mamilo para o palato; 7) manter parte da aréola na boca, com o lábio e o maxilar inferiores a cobrir mais a parte inferior da aréola (em relação à parte acima do mamilo); 8) moldar, sem pressionar, com a ajuda dos dedos indicador e polegar, a mama (em C ou em U, dependendo da orientação da boca do recém-nascido), se necessário, para facilitar o abocanhar do mamilo e parte da aréola; e 9) manter as narinas afastadas da mama de modo a garantir coordenação sucção-deglutição-respiração (Cardoso et al., 2023). Para alguns recém-nascidos, na fase inicial poderá ser mais difícil encontrar a harmonia neste processo. Poderão existir alguns desafios, nomeadamente:

- a) Dificuldade em estimular a abertura da boca: Puxar o queixo suavemente para forçar a abertura da boca, aproximando o recém-nascido da mama, moldada com a mão em forma de C, ainda com a boca aberta (de modo que o mamilo, ao tocar no palato ative o reflexo de sucção). Se no abocanhar, os lábios ficarem voltados para dentro, principalmente o lábio inferior, poder-se-á: 1) se o abocanhar abrange a aréola, puxar delicadamente o lábio inferior para fora (o lábio superior poderá ficar numa posição neutra, e não voltado para fora); 2) se o abocanhar abranger somente o mamilo, será necessário rever a posição e voltar a estimular a abertura da boca e voltar a facilitar o abocanhar do mamilo e aréola. Se existir desinteresse aparente em abocanhar, poder-se-á estimular o paladar, usando o leite materno como estímulo das papilas gustativas (Cardoso et al., 2023).

- b) Dificuldade por reflexo de sucção débil: Quando o reflexo de sucção débil, isto é, é irregular e com força diminuída. Para estimular o reflexo de sucção poder-se-á: 1) estimular suavemente o reflexo de busca, tocando nos lábios, principalmente o inferior, e a face (bochechas); 2) estimular o reflexo de sucção, nomeadamente fazer uma leve massagem na mandíbula do recém-nascido com o polegar e o indicador pode ajudar a estimular os músculos envolvidos na sucção ; 3) estimular o reflexo de ejeção, e colocar o recém-nascido na mama depois de o leite começar a fluir; e 4) repetir várias vezes, até que a pega adequada se concretize (Cardoso et al., 2023).
- c) Dificuldade por dor no mamilo por “padrão mordedor”⁷³: Quando a mandíbula realiza movimentos repetitivos, de cima para baixo, poderá provocar trauma no mamilo pela pressão/tracção provocada pelas gengivas do recém-nascido. Para reduzir esta possibilidade, para além de se promover uma pega adequada, poder-se-á, ao longo da mamada, conter o movimento da mandíbula apoiando-a delicadamente com o dedo indicador ou médio, reforçando a abertura da boca e a projecção da língua durante a sucção (Cardoso et al., 2023).
- d) Dificuldade em exteriorizar o mamilo: Estimular a exteriorização do mamilo após o parto, em caso de mamas com mamilos rasos ou umbilicados⁷³, poderá ser útil para facilitar uma pega adequada. A pressão negativa contínua distende ligeiramente os ductos lactíferos, facilitando a protusão do mamilo. Para estimular a exteriorização do mamilo pode ser usado: 1) realizar exercícios de Hoffmann – colocar os dois dedos indicadores na mesma mama, próximos ao mamilo, e deslizar os dedos afastando-os da aréola com uma ligeira pressão; os exercícios poderão ser repetidos 5 vezes no plano horizontal e 5 vezes no plano vertical; quando o mamilo ficar exteriorizado, rodá-lo suavemente entre o polegar e indicador; OU 2) usar dispositivo próprio para estimular a protusão do mamilo/formador de mamilo – a intensidade da pressão negativa é controlada pela própria mulher; a sua efetividade varia com o grau de inversão e com a frequência de uso; OU 3) usar uma seringa de 10 ou 20 ml – cortar a parte da seringa acima do encaixe da agulha; colocar o êmbolo na parte oposta (na parte romba, por ter sido cortada); encostar ao mamilo e puxar o êmbolo lentamente, de modo a que a pressão negativa estimule a exteriorização do mamilo (Cardoso et al., 2023).

3.1.1.7. Ensinar sobre padrão de sucção

O padrão de sucção de um recém-nascido tem propriedades que lhe são próprias. Apesar de não haver consenso sobre, em concreto, qual o mecanismo de sucção. Há autores que defendem que a transferência de leite será feita essencialmente à custa da compressão do mamilo, entre a língua e o palato duro, através de movimentos peristálticos da língua (Woolridge, 1986); outros autores defendem que a sucção resulta da criação de uma pressão negativa intraoral, pela língua e pelos músculos periorais (Elad et al., 2014). De todo modo, atualmente aceita-se que a sucção envolve a compressão mamilo-areolar, através de movimentos peristálticos da língua, e a criação de pressões negativas na cavidade oral do recém-nascido. O mecanismo de sucção nutritiva, quando plenamente maduro e desenvolvido, implica a capacidade de exercer as duas funções: a “sucção” propriamente dita e o “espremer”. Assim, para identificar se o recém-nascido está a extrair e a ingerir leite materno durante a mamada, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Identificar padrão de sucção nutritivo e não nutritivo.

⁷³ Os mamilos invertidos podem ser devidos à presença de ductos lactíferos curtos, que prendem o mamilo impedindo-os de se tornarem protuberantes. O mamilo invertido de origem congénita constitui uma malformação frequente com uma prevalência de 2-3 mulheres em cada 100, sendo que em 87% dos casos é bilateral (Nabulsi et al., 2019).

- Reconhecer o comportamento alimentar do recém-nascido.
- Adotar estratégias para manter o recém-nascido acordado durante a mamada (estimular sucção nutritiva).

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar padrão de sucção: A sucção é um processo bifásico, que compreende a coordenação rítmica da musculatura facial, labial, lingual, mandibular e osso hióide, ocorrendo numa sequência temporal interligada com a deglutição. Trata-se de um processo involuntário até o quarto mês de vida, momento em que passa a ser voluntário. Para que a sucção ocorra de forma coordenada e eficiente é necessário que o recém-nascido apresente: 1) reflexos de busca e de sucção; 2) lábios bem ajustados ao redor da aréola e mamilo; 3) movimentação adequada da língua e da mandíbula; 4) ritmo de sucção; e 5) coordenação entre sucção, deglutição e respiração. O ritmo da sucção é a característica mais consistente dos padrões de alimentação durante os três primeiros meses de vida, sendo o padrão de sucção e pausas um atributo individual de cada recém-nascido (Cardoso et al., 2023). Existe diferença entre o número de um conjunto de sucções/pausa na comparação entre a sucção não nutritiva (2 a 8/segundo)⁷⁴ e a sucção nutritiva (1/segundo)⁷⁵.

- Padrão de sucção não nutritiva: Ocorre no início da mamada para estimular o reflexo de ejeção de leite, quando não há introdução de líquido na cavidade oral⁷⁶. É um padrão caracterizado por um ritmo de sucção com movimentos da mandíbula curtos alternando com pausas, sem que ocorra transferência de leite, não ocorrendo, por isso, deglutição.
- Padrão de sucção nutritiva: Diz respeito ao processo de extrair e ingerir o leite. É caracterizado por um ritmo inicial curto e rápido, o que promove o reflexo de ejeção de leite, intervalado com pausas durante a mamada para a deglutição.

2) Explicar padrão de comportamento ao mamar: Reconhecer o padrão alimentar do recém-nascido é um dos maiores desafios para a mãe nas primeiras semanas de amamentação. Depois de entender o padrão é mais fácil determinar quando estão com fome, quando se alimentam o suficiente, com que frequência e durante quanto tempo. Cada recém-nascido tem um estilo particular de alimentar-se, sendo identificados seis padrões alimentares mais frequentes:

- Os “esfomeados”, assim que são colocados na mama, abocanham a aréola e sugam energeticamente por dez a vinte minutos; com o evoluir da mamada ficam mais relaxados.
- Os “excitados” ficam agitados ao ver a mama, e, num ciclo frenético, abocanham e largam a mama e começam a chorar com a frustração; os recém-nascidos com este padrão alimentar, precisam ser acalmados várias vezes durante cada mamada e devem ser alimentados antes que fiquem com fome para uma mamada mais tranquila.

⁷⁴ Nos anos 1980, com os estudos de Woolridge (1986), acreditava-se que para a sucção, o recém-nascido fazia uso de compressão na aréola combinado com os movimentos peristálticos da língua. Atualmente, novos estudos demonstraram que é necessário apenas o vácuo gerado pelo movimento de elevação e abaixamento da língua. Para além disso, hoje também é contrariada a ideia de que o mamilo se desloca até a junção dos palatos duro e mole, defendido por Woolridge (1986) e outros autores, sabendo-se atualmente que durante a sucção, não ocorre deformidade do mamilo, e que o mesmo não atinge a junção do palato duro com o palato mole.

⁷⁵ Corresponde a um padrão repetitivo de um conjunto de sucções e pausa. O padrão de sucção não nutritiva é, em média de 2 a 8 sucções/segundo com intervalo entre o conjunto de sucções, em média, de 6-7 segundos. O padrão de sucção nutritiva é, usualmente, uma sequência contínua de sucções de uma por segundos (diferente do padrão da não nutritiva que é de 2 a 8 sucções por segundo).

⁷⁶ A sucção nutritiva (SN) e sucção não nutritiva (SNN) têm locais diferentes e distintos de ativação neurológica. Por isso, a SNN pode ser usada para satisfazer a necessidade de sucção da criança, como técnica terapêutica para desenvolver um padrão de sucção adequado ou como estratégia de autoconsolo (usando, por exemplo a chupeta).

- Os “procrastinadores” não ficam interessados no mamar enquanto não sentirem o leite na boca; nestes recém-nascidos, importa não oferecer “bicos” artificiais pois aumenta a probabilidade de desenvolver confusão de “bicos” e dever-se-á oferecer a mama quanto evidenciam sinais precoces de fome.
- Os “relutantes” beneficiam em ser colocados em contacto pele com pele no abdómen ou sobre o peito da mãe, numa posição reclinada e deixá-lo explorar o mamilo durante algum tempo; nesta posição, podem mover-se livremente em direção à mama, ou podem ser colocados na mama depois de algum tempo; quando se reconhece este padrão, nos primeiros dias, poderá ser benéfico usar uma bomba elétrica entre as mamadas para estimular a produção de leite.
- Os “*gourmets*” insistem em brincar com o mamilo, provando o leite primeiro; se apressados, ficam agitados e protestam; a melhor solução é ter calma e depois mamam bem; nestes recém-nascidos, durante a mamada, é preciso certificar de que os lábios e as gengivas abocanham a aréola e não o mamilo.
- Os “cansados” preferem mamar por alguns minutos, descansar outros tantos e retomar a mamada; alguns adormecem na mama, dormem por meia hora ou mais e depois acordam prontos para a “sobremesa”; este padrão pode ser confuso para a mãe, mas esses recém-nascidos precisam de tempo, e não podem ser apressados; a solução é considerar um tempo extra para as mamadas e permanecer o mais flexível possível.

3) Explicar estratégias para manter o recém-nascido acordado durante a mamada: Podem ser usadas diversas estratégias, nomeadamente:

- Estimular o estado de alerta: Para despertar o recém-nascido pode ser útil despi-lo e fazer contacto pele com pele, mudar a fralda antes da mamada, aumentar a luz no espaço onde se encontra, falar para ele; durante a mamada estimular o recém-nascido através do toque ao nível dos pés, calcanhares, bochechas, passar uma compressa húmida no rosto; interromper a mamada e colocar a eructar e posteriormente oferecer a outra mama ou adotar um posicionamento diferente.
- Facilitar a ejeção de leite: Fazer uma massagem na mama para ativar a ejeção de leite para facilitar o reflexo de ocitocina.
- Estimular a sucção: Massajar a mandíbula do recém-nascido para estimular a sucção; pode ser útil a mãe, com a mão em “C”, fazer compressões leves na mama, de forma ritmada, ajudando a aumentar a velocidade do fluxo de leite, para que o recém-nascido se mantenha interessado em mamar.

3.1.1.8. Ensinar sobre ingestão nutricional (recém-nascido amamentado)

Para identificar se o recém-nascido está a ingerir leite materno, garantindo as suas necessidades nutricionais e desenvolvimentais, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer os sinais de ingestão nutricional suficiente.
- Decidir o intervalo e a duração das mamadas.
- Colocar o recém-nascido a eructar.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar sinais indicadores de ingestão nutricional adequada: Existem vários elementos que ajudam a perceber que o recém-nascido está a receber a quantidade de alimento de que necessita. Podem ser considerados dados relativos a:

- a) Eliminação vesical e intestinal: o padrão de dejeções e micções constitui um indicador da ingestão nutricional, nomeadamente considerando a frequência, coloração e, no caso das fezes, a consistência:
 - Eliminação vesical: Nos primeiros seis dias, o número de micções é igual ao número de dias de idade. A partir do 6.º dia deverá ter cerca de 6-8 micções/24 horas, com urina clara e sem odor.
 - Eliminação intestinal: Nos primeiros 3-4 dias de vida, o recém-nascido apresenta eliminação de mecónio; se após o 4.º dia mantiver mecónio, é indicador de ingestão nutricional inadequada; é esperado ter, pelo menos, 2-3 dejeções em cada 24 horas (com coloração acastanhada progredindo para o amarelo mostarda, semilíquidas, e do tamanho de uma moeda, pelo menos). Após as 3-4 semanas de idade, a frequência de dejeções tende a diminuir, mas a consistência semilíquida mantém-se (especialmente se for alimentado com leite materno/humano), podendo apresentar uma dejeção a cada 3-4 dias.
- b) Padrão de alimentação: No período de recém-nascido, são esperadas 8-12 refeições nas 24 horas; mamadas com duração média de 15 a 20 minutos; pega e padrão de sucção adequados; sinais de saciedade após cada mamada.
- c) Aspeto geral: Bom turgor cutâneo e tónus muscular; apresenta choro vigoroso; acorda espontaneamente para mamar; a partir da 2.ª/3.ª semana, o aumento de peso é um indicador objetivo de ingestão nutricional suficiente.

2) Explicar os critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas: A duração da mamada é altamente variável, dado que a transferência de leite é diferente em cada diade mãe-bebé. Alguns recém-nascidos mamam 90% do que precisam em 4 minutos após a ativação do reflexo de ejeção de leite; outros recém-nascidos, prolongam as mamadas, chegando, por vezes a ter uma duração até 30 minutos ou mais⁷⁷. Outras alimentam-se por surtos de hora a hora durante 3 ou 5 mamadas (*cluster feeding*). Os critérios para decidir o intervalo e duração da mamada dependem de vários fatores, nomeadamente:

⁷⁷ Quando se limita o tempo (por exemplo, 10-15 minutos) e se transfere o bebé arbitrariamente da primeira para a segunda mama antes que tenha esvaziado a primeira mama, oferece-se-lhe apenas o leite inicial (menos calórico), não assegurando a oportunidade de aceder ao leite final (rico em gorduras e calorías). Deste modo, o bebé fica com fome, porque ingere o leite inicial, ficando sem espaço no estômago espaço para mais leite; nestas condições, a digestão é rápida e o recém-nascido evidencia, em pouco tempo, sinais de fome. Por seu turno, ao receber menos lípidos (do leite final), ingere mais proteínas e mais lactose, o que pode ocasionar uma intolerância parcial à lactose por sobrecarga. A lactose não digerida fermenta no tubo digestivo, produzindo gases, cólicas e fezes ácidas e líquidas (diarreia osmótica). De modo geral, os intervalos podem variar entre 2h30min e as 4h30min durante o dia e ir até às 5h durante a noite (garantindo 8-10 refeições, nas 24 horas). Nos primeiros dias, as mamadas são geralmente curtas, mas com o aumento da produção de leite a duração pode ir aumentando, sendo um achado comum estabilizar em torno dos 20/30 minutos. Alguns recém-nascidos alimentam-se a cada duas ou três horas, durante as 24 horas. Outras alimentam-se por surtos de hora a hora durante 3 ou 5 mamadas e depois dormem por um período de 3 ou 4 horas. Durante as primeiras 24 a 48 horas após o nascimento, a maioria dos recém-nascidos não acorda para mamar com esta frequência. Por este motivo, importa que a mãe e o pai compreendam que poderão necessitar de acordar o recém-nascido para alimentá-lo pelo menos de 3 em 3 horas durante o dia e pelo menos de 4 em 4 horas durante a noite. O intervalo entre as mamadas deverá ser determinado pela duração entre o início da ejeção de leite de uma mamada até ao início da ejeção de leite da próxima mamada. Quando amamentação estiver bem estabelecida e o bebé estiver a ganhar peso adequadamente, é indicado passar a alimentar o bebé em horário livre.

- a) Sinais de fome e saciedade: Um dos critérios para amamentar é a evidência de sinais de fome (sinais: abocanha qualquer objeto que toque a região peri-bucal); para terminar a mamada, poder-se-ão valorizar os sinais que evidenciam saciedade (sucção mais lenta, com pausas entre os ciclos de sucção crescentemente mais longas/larga espontaneamente a mama e fica relaxado e interessado na socialização/adormece após a mamada); se o recém-nascido tende a adormecer durante a mamada, importa não considerar na duração da mamada o tempo que não está a sugar (Cardoso et al., 2023).
- b) Período de sucção nutritiva: Considerar apenas o período de sucção nutritiva. O padrão de sucção nutritiva caracteriza-se por um ritmo mais lento, acompanhado de libertação de leite para a cavidade oral e consequente deglutição.
- c) Reflexo de sucção: Para a efetividade da sucção poderão interferir: 1) o reflexo de sucção (vigoroso vs débil); 2) a pega adequada (saída do leite); e 3) o número de orifícios no mamilo (cada mamilo tem em média 5-9 orifícios, sem diferença significativa entre o mamilo direito e esquerdo) (Cardoso et al., 2023).
- d) Produção e libertação do leite materno: a transferência de leite é diferente em cada diáde mãe-recém-nascido. Nos primeiros dias pós-parto, para que a ejeção de leite ocorra são necessários 5 a 8 minutos de estimulação para que ocorra a ejeção de leite. A frequência de mamadas a cada 3-4 horas garante a produção adequada de prolactina, já que existe uma relação entre o número de mamadas por dia e o volume médio de leite produzido (Cardoso et al., 2023).
- e) Idade e peso do recém-nascido: nos primeiros dias, as mamadas são geralmente curtas. Para garantir que o recém-nascido tenha de 8 a 12 refeições nas 24 horas, poderá ser necessário acordá-lo para ser alimentado, tomando por referência intervalos de três horas durante o dia e de quatro horas durante a noite. Quando a lactação estiver estabelecida (por volta da 3.^a semana) e o recém-nascido estiver a aumentar de peso adequadamente, poder-se-á passar à amamentação em horário livre (Cardoso et al., 2023).

3) Explicar estratégias para colocar o recém-nascido a eructar: a ingestão de ar durante a mamada é inevitável. Todavia, a ingestão excessiva de ar poderá dar uma falsa sensação de saciedade e/ou desconforto e, por isso, limitar a ingestão de leite em cada mamada. Para promover a expulsão do ar engolido, importa colocar o recém-nascido a eructar a meio e no final da mamada, podendo ser concretizada posicionando o recém-nascido numa posição vertical (a pé ou sentado), segurando-o nas nádegas e encostando a cabeça no ombro e dando palmadinhas suaves nas costas, com a mão em concha fazendo percussão.

3.1.1.9. Ensinar sobre dispositivos que facilitam o amamentar

Existem dispositivos que podem facilitar o conforto materno e o posicionamento do recém-nascido durante a mamada. Deste modo, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer os benefícios do uso da almofada de amamentação.
- Reconhecer os critérios de uso dos mamilos de silicone.
- Usar o dispositivo.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar os benefícios do uso de almofada de amamentação: A almofada de amamentação é uma almofada normalmente em forma de U que serve para tornar a amamentação mais confortável (Sri Widiastuti et al., 2020)⁷⁸. Com o uso deste dispositivo, a mãe consegue apoiar o recém-nascido de forma segura e confortável, garantindo o posicionamento adequado e a uma pega adequada. Sentindo-se confortável, é expectável uma mamada eficiente, pois é facilitada a posição e adaptação do recém-nascido à mama, promovendo a capacidade de sucção do recém-nascido. Quando a mãe adota uma posição que lhe garante conforto e relaxamento, promove a supressão da libertação de hormonas de estresse e aumenta a libertação de hormonas essenciais para a libertação e produção de leite.

2) Explicar os critérios de uso de mamilos de silicone⁷⁹: Os mamilos de silicone, que devem ser finos e flexíveis, são colocados sobre a aréola e o mamilo maternos poderão ser indicados em casos de recém-nascidos com alterações no tónus muscular da face e língua, descoordenação no padrão de sucção ou alívio da dor mamilar aguda. Na escolha do mamilo de silicone importa considerar o tamanho do mamilo (de modo que o mamilo de silicone assente confortavelmente sem comprimir e a que o mamilo preencha a cavidade) e o tamanho da boca do recém-nascido (de modo a assegurar que o recém-nascido consegue abocanhar o mamilo de silicone e os lábios atinjam a base lisa que cobre a aréola). O uso do mamilo deverá ser temporário, até à resolução da situação que o recomenda⁸⁰. O uso de mamilo de silicone está associado a maior ingestão de ar durante a mamada, compromisso na estimulação da produção e na libertação de leite (por ausência de estimulação direta nas terminações nervosas no mamilo e aréola), podendo condicionar o insucesso na amamentação/lactação, todavia os estudos apontam para não compromisso no aumento de peso⁸¹.

⁷⁸ O estudo randomizado realizado por Sri Widiastuti et al. (2020) com o objetivo foi determinar se o uso de almofada de amamentação diminuía o desconforto materno durante a amamentação, incluindo 70 participantes. Os autores concluíram que o uso de almofada de amamentação diminuiu significativamente o desconforto materno, como cervicalgias ou dorsalgias, durante a amamentação.

⁷⁹ O uso de mamilos de silicone é uma realidade a nível internacional. De acordo com os dados apresentados por Kronborg et al. (2017), na Suécia são usados 18% durante a 1.ª semana, 10% aos três meses e 1% aos nove meses pós-parto. Alguns estudos têm vindo a defender que o uso de mamilos de silicone pode ajudar a manter a amamentação (Hanna et al. 2013). As mães relataram experiência positiva e satisfação com frases como “para mim, fez toda a diferença no início” ou “ajudou a que eu conseguisse manter a amamentação”. No estudo desenvolvido por Hanna et al. (2013), cujo objetivo foi explorar a satisfação com o uso de mamilos de silicone ultrafinos e a experiência de amamentação em mães com dificuldades iniciais, os autores verificaram que a maioria das mães ficou satisfeita com o protetor de mamilo e 72% o consideraram ‘extremamente útil’. A duração média do uso de protetores de mamilo foi de 6,6 semanas, com quase metade das mães a deixar de usar protetores de mamilo na quinta semana após o parto. Em média, as mães do estudo amamentaram por 12,6 semanas e 31% das mães ainda estavam a amamentar aos seis meses após o parto. Com estes resultados, os autores concluíram que os protetores de mamilo podem ajudar as mães que, de outra forma, poderiam abandonar a amamentação e que os profissionais de saúde devem estar cientes dessa opção e oferecer às mães informações sobre protetores de mamilo quando clinicamente indicado para aliviar as dificuldades de amamentação.

⁸⁰ Recentemente, foi apontado que as consequências do uso do mamilo de silicone podem depender da orientação dada pelos profissionais (Ekstrom et al. 2014). Na conclusão do estudo de Kronborg et al. (2017), com mães dinamarquesas, os autores defendem que os profissionais de saúde devem estar cientes de que o uso de mamilo de silicone pode ser uma solução fácil, mas não necessariamente de suporte, para a mãe inexperiente que precisa de apoio extra no processo inicial de amamentação. Esta conclusão derivou do estudo que teve como objetivo explorar as razões autorreferidas para o uso de mamilo de silicone e examinar associações pertencentes à mãe, ao recém-nascido e à duração da amamentação. Participaram no estudo 4.815 mães dinamarquesas (68% que preencheram um questionário de autorrelato, com questões abertas e fechadas. Os resultados mostraram que 22% das mães usaram mamilo de silicone no início e 7% durante todo o período de amamentação. Primíparas com dificuldades na amamentação usavam mamilo de silicone com mais frequência do que as multiparas. Menor idade, nível de escolaridade e índice de massa corporal mais alto foram associados a uma maior probabilidade de uso de mamilo de silicone. As características dos recém-nascidos associadas à introdução de mamilo de silicone foram a idade gestacional e o peso ao nascer mais baixo. O uso de protetores de mamilo também foi associado a um risco três vezes maior de cessação precoce da amamentação exclusiva. As próprias descrições das mães sublinharam que os problemas da amamentação precoce levaram ao uso de mamilo de silicone. Os resultados destacam o facto de o mamilo de silicone poderem ajudar as mães que amamentam no período inicial, mas não são necessariamente uma solução de apoio para a mãe inexperiente que precisa de apoio extra no processo inicial de desenvolver mestria para amamentar.

⁸¹ O estudo desenvolvido por Chertok (2009) teve como objetivo examinar as tendências no ganho de peso de recém-nascidos de termo amamentados com e sem mamilo de silicone ultrafino, para determinar o efeito do seu uso no ganho de peso ao longo de dois meses. Os resultados não demonstraram diferença estatisticamente significativa no ganho de peso às duas semanas, no primeiro mês e no segundo meses, entre recém-nascidos amamentados com ou sem mamilo de silicone. A maioria (89,8%) das mulheres relatou uma experiência positiva com o uso da proteção do mamilo e 67,3% das mulheres relataram que o uso do mamilo de silicone ajudou a prevenir a interrupção da amamentação. Na conclusão, a autora defende que o uso de mamilo de silicone pode facilitar a amamentação quando clinicamente indicado em dias mãe-recém-nascido sem risco de compromisso no ganho de peso do recém-nascido.

3.1.1.10. Ensinar sobre cuidados à mama

Durante o período de amamentação, importa manter a integridade da pele e proteger as mamas de complicações. Sob esse prisma, importa fornecer informação à mãe para que incorpore o conhecimento necessário para que seja capaz de:

- Assegurar a higiene das mamas e integridade da pele.
- Reconhecer efeito do uso de sutiã adequado.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar medidas de higiene das mamas: De um modo geral, as mamas precisam da higiene diária habitual, tendo o cuidado de evitar o uso de produto de higiene corporal diretamente (para preservar a camada lipídica protetora segregada pelas glândulas de Montgomery). Para secar a pele, secar a zona do mamilo e da aréola cuidadosamente, por pressão e não por fricção (para manter a integridade da pele e evitar maceração).

2) Explicar critérios de escolha do sutiã de amamentação: O sutiã de suporte deve caracterizar-se por ser próprio para amamentação, confortável, sem aros e sem costuras e de algodão elástico (para se ajustar), com copas que baixam totalmente é a melhor opção. Na escolha, preferir sutiã com alças reforçadas e a base das costas larga; o tamanho (medir o perímetro do volume máximo da mama passando pelos mamilos e perímetro do tronco imediatamente abaixo das mamas) e como a mulher se sente com ele (por exemplo, como funcionam os ganchos, as copas e as molas, se o material é macio e se a forma e o suporte são adequados).

- Constituem sinais de o sutiã ser demasiado largo: A copa tem rugas, a mama fica descaída no fundo da copa e as alças caem nos ombros. Os sutiãs largos não garantem o suporte adequado. Os sutiãs que não conferem o suporte adequado poderão provocar a perda de tonicidade do músculo peitoral e condicionar a flacidez da mama no futuro.
- Constituem sinais de o sutiã ser demasiado pequeno: A mama sai da copa e as alças magoam nos ombros. Os sutiãs apertados ou com aros são desconfortáveis e poderão condicionar a acumulação de leite nos ductos.

3) Explicar medidas protetoras da pele do mamilo e aréola: Para manter a integridade da pele, após as mamadas, poder-se-ão adotar as medidas:

- extrair umas gotas de leite do fim (mais rico em gordura) e aplicá-lo na aréola e mamilo, deixando secar ao ar;
- evitar o uso de discos de amamentação pouco absorventes ou trocá-los logo que estejam húmidos;
- evitar a aplicação de cremes/pomadas sobre a aréola e mamilo por rotina⁸², pois estas substâncias podem impedir a respiração desta região e podem alterar a função das células de Montgomery, que para além de conferirem hidratação natural ao complexo mamilo-aréola, ajudam o recém-nascido a localizar o mamilo através do seu cheiro característico.

⁸² Numa revisão da Cochrane realizada por Dennis, Jackson, Watson (2014) constatou-se a ausência de evidências suficientes que suportem a recomendação de pensos de gel com glicerina (*glycerine gel dressings*), conchas com lanolina, apenas lanolina ou outro tipo de pomada para mamilos (*all-purpose nipple ointment*) dado que não revelam melhorar significativamente a perceção materna sobre a dor mamilar. Aliás, tendo por base quatro estudos de boa qualidade metodológica, os resultados sugeriram que a aplicação de nada ou apenas leite materno pode ser tão, ou mais, benéfico na experiência de dor mamilar de curto prazo do que a aplicação de uma pomada como a lanolina.

3.1.1.11. Ensinar sobre estratégias para lidar com as complicações da amamentação

Amamentar poderá trazer consigo alguns desafios, em forma de complicações. Muitas mulheres enfrentam desafios ao longo desse processo, desde as complicações físicas até as questões emocionais. A compreensão prévia das complicações da amamentação ainda durante a gravidez pode ter implicações significativas no enfrentamento dessas adversidades e no estabelecimento de uma experiência positiva e gratificante de amamentação. A preparação pré-natal pode fornecer conhecimentos e outros recursos, bem como contribuir para aumentar a confiança materna na sua capacidade de amamentar e na criação de expectativas realistas face à amamentação. O sinergismo nas ações desenvolvidas durante a gravidez e após o nascimento do recém-nascido é fundamental para a prevenção das lesões mamilares e outras complicações aquando do regresso a casa⁸³. De modo semelhante, orientação sobre como amamentar realizada somente no pós-parto não determinou efeito positivo na prevenção de problemas mamários (Shimoda et al., 2015). Assim, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas protetoras de complicações da amamentação.
- Adotar estratégias para lidar com a dor no mamilo.
- Adotar estratégias para lidar com o ingurgitamento mamário.
- Adotar estratégias para lidar com a fissura.
- Identificar sinais que indiquem necessidade de ajuda profissional

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar as medidas protetoras das complicações da amamentação: No primeiro mês pós-parto, as complicações mais suscetíveis de surgir são: maceração, dor no mamilo, ingurgitamento mamário e fissura⁸⁴. Há medidas que podem ser adotadas e que diminuem a probabilidade de ocorrerem complicações, nomeadamente:

- a) Medidas protetoras de maceração: A maceração resulta da presença contínua de humidade, como resultado da presença contínua de leite, associado a mamadas longas. A manutenção da zona do mamilo e aréola o mais seca possível é a medida de primeira linha. Para isso, recomenda-se:
 - Lavar as mamas somente no banho e usando somente com água.
 - Secar ao ar ou usar toalha suave e secar por suave pressão (não por fricção).
 - Usar discos absorventes e trocar sempre que estejam húmidos ou a cada mamada.
 - Sempre que possível, expor o mamilo ao ar por pelo menos 10 minutos.
 - Aplicar leite materno do final da mamada (após a subida do leite – o leite de transição e definitivo são ricos em gordura no final da mamada).

⁸³ Estudo realizado com puérperas entre o segundo e quarto dia pós-parto, demonstrou que apenas 60% das mulheres recordaram orientações recebidas sobre amamentação no período do pré-natal (Prieto-Gómez & Baeza-Weinmann, 2010; Dias, Vieira & Vieira, 2017). A informação recebida no período do pré-natal sobre amamentação foi um fator de proteção contra a ocorrência do trauma mamilar. As mulheres que tiveram durante a assistência pré-natal apresentaram menor dor e trauma mamilar durante os quatro primeiros dias após o parto, além de maior prevalência de amamentação nas seis semanas após o parto (Dias, Vieira & Vieira, 2017).

⁸⁴ A primeira semana após o parto mostrou-se o período com mais casos de lesões mamilares, com maior incidência de ferida mamilar entre o segundo e terceiro dia pós-parto (Abou-Dakn et al., 2011). Por sua vez, a promoção da capacidade para amamentar logo nos primeiros dias após o nascimento e a observação da mamada são fundamentais para a prevenção do trauma mamilar.

- b) Medidas protetoras de dor do mamilo⁸⁵: As medidas passam por assegurar uma pega adequada e um posicionamento confortável. Todavia, dado a variedade de razões que podem justificar esta situação, se estas medidas não resolverem a situação em duas mamadas sequenciais importa averiguar o mais precoce possível a razão da dor (Berens et al., 2016). A aceitação da dor como normal, numa fase inicial, pode ajudar a lidar emocionalmente com a situação, já que para a maioria das mulheres, a dor no mamilo é reduzida a níveis leves após aproximadamente duas semanas pós-parto (Dennis et al., 2014; Kent et al., 2015; Berens et al., 2016)⁸⁶.
- c) Medidas protetoras de ingurgitamento mamário: Mais uma vez, a pega adequada e o posicionamento confortável, aliados à amamentação em regime livre constituem as medidas de prevenção. Usar um sutiã elástico e de tamanho adequado também é uma medida favorável⁸⁷.
- d) Medidas protetoras de fissura do mamilo e/ou aréola⁸⁸: A pega inadequada é a principal razão para a fissura. A lesão no mamilo tem sido relacionada à forte pressão exercida no mamilo ou a fricção deste na boca do recém-nascido durante a sucção como resultado da pega e/ou posicionamento inadequados⁸⁹. Outros fatores que podem concorrer para a lesão da pele são: a interrupção abrupta do vácuo entre a mama e a boca do recém-nascido; a presença de ingurgita-

⁸⁵ A dor persistente nos mamilos é uma das razões mais comuns apontadas pelas mães para interromper a amamentação exclusiva (Kent et al., 2015; Niazi et al., 2018). No estudo realizado por Kent et al. (2015), que teve como objetivo determinar a frequência de dor nos mamilos como motivo para consulta, a etiologia e a eficácia das recomendações para o tratamento dado, foi verificado que a dor nos mamilos foi um dos motivos da consulta em 36% dos casos. A causa atribuída mais comum de dor nos mamilos foi posicionamento e pega incorretos, seguidos de freio na língua, infecção, anomalia palatina, mamilos planos ou invertidos, mastite e vasoespasmos. As orientações incluíram correção de posicionamento e da pega, uso de mamilo de silicone, repouso dos mamilos e extração do leite materno, frenotomia, antibióticos orais, tratamentos tópicos e compressas frias ou quentes. Niazi et al. (2018) referem ainda que a dor e/ou trauma mamilar são os motivos mais comuns relatados pelas mulheres para parar de amamentar precocemente ou interromper a amamentação exclusiva, e são vivenciados por 80% a 90% das mulheres que amamentam.

⁸⁶ Na variação da diminuição da dor, de acordo com Dennis et al. (2014), esta ocorreu sete a dez dias após o parto e, de acordo com Kent et al. (2014), a dor foi-se resolvendo ou foi resolvida em 57% dos casos após 18 dias (intervalo de 2-110).

⁸⁷ O ingurgitamento mamário é uma complicação que surge em resposta à retenção de leite, caracterizando-se pela presença de mamas turgidas, brilhantes, quentes e dolorosas, com ligeiro rubor difuso, podendo ainda surgir febre (temperatura corporal superior a 38°C). Podem ser considerados fatores concorrentes para ingurgitamento mamário: o excesso de produção de leite; o atraso no início da amamentação; pega inadequada, com consequente remoção ineficaz do leite; sucção débil ou ineficaz; restrição do número e da duração das mamadas; dor mamilar (leva a mãe a diminuir o número de mamadas); uso de sutis apertados; e, uso de chupetas/tetinas (Cardoso et al., 2020).

⁸⁸ A revisão sistemática desenvolvida por Dias, Vieira e Vieira (2017) analisou estudos epidemiológicos sobre o trauma mamilar. Os estudos selecionados demonstraram diferenças nas taxas de prevalência, entre 26,7% a 52,75%, bem como na estimativa de incidências que variou entre 16% a 100%. Os traumas mamilares são caracterizados por eritema, edema, fissuras, flictenas, escoriações e/ou equimoses (Thompson et al., 2016). Em relação aos tipos de lesões mamilares, não existe um consenso no que se refere ao grau de comprometimento da camada tissular da região mamilo-areolar. Sugere-se assim, que no âmbito da assistência às lactantes, o trauma mamilar seja definido como uma alteração da anatomia normal da pele do mamilo, com presença de uma lesão primária causada pela modificação de coloração ou espessura e não somente como uma solução de continuidade na pele (Cervellini et al., 2014; Dias, Vieira e Vieira, 2017). A localização da lesão é observada na parte superior, no corpo e em torno da base do mamilo, sendo mais frequentemente encontrada na ponta do mamilo, envolvendo a derme e epiderme, com apresentação em forma de ulceração linear ou curva, habitualmente associada a dor intensa nos mamilos durante as mamadas (Thompson et al., 2016; Dias, Vieira e Vieira, 2017).

⁸⁹ A pega incorreta do recém-nascido à mama e o posicionamento inadequado da mãe e/ou do filho foram associados ao trauma mamilar num maior número de estudos, seguido pela primiparidade e mãe de raça/cor branca ou amarela. No que diz respeito a pega do recém-nascido, os estudos identificaram como parâmetros desfavoráveis o queixo da criança distante da mama, o lábio inferior voltado para dentro, a boca pouca aberta e ausência da pega assimétrica (Dias, Vieira e Vieira, 2017). Num outro estudo o critério de assimetria da pega não foi um parâmetro suficiente de definição, pois, na avaliação da mamada observou-se que algumas mães apresentavam uma pequena circunferência areolar e, por isso, toda a região mamilo-areolar permaneceu coberta pelos lábios do recém-nascido, dificultando a visualização na observação da mamada (Shimoda et al., 2014). O posicionamento inadequado é apontado como a causa mais comum de mamilos doridos, especialmente por condicionar uma pega superficial e uma compressão anormal do mamilo entre a língua e o palato (Woolridge, 1996; Berens et al., 2016). Um padrão de mordedura ou apertar da mandíbula no abocanhar o mamilo e aréola pode causar danos no mamilo e dor na mama. Condições que podem levar a esse comportamento incluem fraturas da clavícula, torcicolo, trauma na cabeça/pescoco ou no rosto, assimetria mandibular, defensividade ou aversão oral (por exemplo, bebês alimentados à força com tetinas rígidas), reflexo de abocanhar tônico, congestão nasal, resposta a um reflexo de ejeção de leite, hiperatividade, etc.

mento mamário e mamilos não proeminentes (WHO e UNICEF, 2018; Shimoda et al., 2014)⁹⁰; o uso de bicos/tetinas artificiais⁹¹; a limitação dos movimentos da cabeça do recém-nascido e a manipulação da mama que podem resultar em desalinhamento mamilar e assimetria fácio-mandibular (Thompson et al., 2016)⁹². O parto por cesariana também tem sido considerado fator concorrente para o trauma mamilar, designadamente a fissura⁹³. O trauma mamilar também pode ser resultado do uso inadequado da bomba de amamentação⁹⁴. Assim, as medidas chave são assegurar:

- uma pega correta: o recém-nascido apresenta o lábio inferior voltado para fora, a boca bem aberta, bochechas de aparência arredondada, presença de mais aréola acima da boca do recém-nascido (pega assimétrica) e o queixo tocando o peito da mãe (WHO e UNICEF, 2018);
- um posicionamento adequado durante a mamada: o corpo do recém-nascido encontra-se próximo e voltado para mãe, a cabeça e o corpo alinhados, o nariz na mesma altura do mamilo e as nádegas do recém-nascido apoiadas (WHO e UNICEF, 2018);
- o interromper do vácuo da sucção: a mãe pode colocar o 5.º dedo entre a mama e o canto da boca do recém-nascido); a presença de ingurgitamento mamário e mamilos não proeminentes (WHO e UNICEF, 2018; Shimoda et al., 2014)⁹⁵;

⁹⁰ As mulheres com mamas ingurgitadas apresentam maior probabilidade de desenvolverem traumas mamilares. Nestes casos, a área do complexo mamilo-areolar fica mais plana distorcendo a anatomia da mama, facto que dificulta a pega correta (WHO e UNICEF, 2018). Mulheres com mamilos malformados também possuem maior probabilidade para a ocorrência de lesões, quando comparadas às lactantes com mamilos de formato protrusos (Shimoda et al., 2014).

⁹¹ Estudos relataram associação entre o uso de chupeta e a dificuldades em amamentar. Contudo, uma revisão que analisou 14 artigos encontrou pouca evidência da relação de causalidade entre o uso de chupeta ou tetina e a confusão de bicos (Zimmerman e Thompson, 2015). O uso de tetina e/ou chupeta desencadeia um padrão de sucção inadequado na mama pela distorção dos movimentos da língua, ocasionando a chamada “confusão de bicos”. No comportamento usual na sucção da tetina, os recém-nascido usam a língua como freio para controlar o fluxo de leite na extremidade do bico de látex, enquanto na sucção na mama, a língua realiza movimentos ondulatórios para retirar o leite, protegendo o mamilo de atritos e ferimentos.

⁹² No estudo desenvolvido por Thompson et al. (2016), cujo objetivo foi explorar os potenciais fatores de risco para trauma mamilar e ingurgitamento mamário em um grupo de mulheres que foram encaminhadas ao serviço de amamentação domiciliar em Melbourne, Austrália, foi verificado que O trauma mamilar está associado a técnicas comumente ensinadas que envolviam a sustentação cruzada e manobras da mama, mamilo e recém-nascido que resultaram em desalinhamento mamilar e assimetria fácio-mandibular. Essa prática pareceu interferir na função intraoral do recém-nascido, restringindo o movimento da coluna craniocervical e do ligamento nugal. A combinação parecia limitar a capacidade instintiva do recém-nascido de ativar comportamentos neurossensoriais de mamilos para localizar livremente e desenhlar efetivamente o mamilo e o tecido mamário sem causar trauma. Como conclusão, as autoras recomendam a alteração das primeiras e precoces técnicas de amamentação.

⁹³ Os estudos apresentam resultados contraditórios em relação aos fatores concorrentes para a fissura mamilar. Quanto ao tipo de parto, de acordo com Boskabadi et al. (2014), mães com parto por cesariana foram mais propensas aos problemas relacionados com a amamentação, incluindo a fissura mamilar, em comparação as mulheres de parto vaginal. Diferentemente, num estudo realizado na Austrália que envolveu 340 mulheres primíparas, não foi observada relação entre lesão mamilar com o tipo de parto (Buck et al., 2014). Também o efeito do padrão de sucção em função do reflexo de sucção não é consensual. A incidência de lesão mamilar em mães de recém-nascidos a termo (37 a 40 semanas gestacionais) foi maior quando comparada aos prematuros de 32 a 37 semanas (Shimoda et al., 2014), por isso, os autores concluíram que a maior força de sucção e maior tensão no tecido mamilar durante a mamada do recém-nascidos a termo tenham contribuído para a instalação da lesão mamilar.

⁹⁴ Num estudo realizado nos Estados Unidos, 14,6% de 1844 mães relataram lesões relacionadas com o uso da bomba de extração de leite (Qi et al., 2014). Este estudo teve como objetivo descrever os problemas e lesões relacionados com o uso da bomba de amamentação e identificar os fatores associados a esses problemas e lesões. Participaram no estudo 1844 mães. Cerca de 62% e 15% das mães relataram problemas e lesões relacionados com a bomba de amamentação, respetivamente. O problema mais comumente relatado foi que a bomba não extraía leite suficiente e a lesão mais comumente relatada foi mamilos doridos. Estes autores defendem na conclusão que as mães que amamentam podem reduzir os riscos de problemas e lesões ao não usar bombas a pilhas e podem reduzir os problemas com a bomba de amamentação ao não usar bombas manuais e ao aprender as habilidades de uso da bomba através de um profissional de saúde.

⁹⁵ Foi observado que mulheres com mamas ingurgitadas apresentaram maior chance de ocorrência de traumas mamilares. Nestes casos, a área do complexo mamilo-areolar fica mais plana distorcendo a anatomia da mama, facto que dificulta a pega correta, acarretando em lesões mamilares (WHO e UNICEF, 2018). Mulheres com mamilos malformados também apresentaram maior chance para a ocorrência de lesões, quando comparadas às lactantes com mamilos de formato protrusos (Shimoda et al., 2014).

- o evitar do uso de bicos/tetinas artificiais nos primeiros dias da amamentação.
 - o garantir do uso adequado da bomba de extração de leite⁹⁶.
- e) Medidas protetoras de infecção: O mamilo traumatizado é mais vulnerável à infecção⁹⁷; por isso manter a zona do mamilo e aréola seca e garantir a integridade do funcionamento das glândulas de Montgomery são medidas favoráveis. Assim, constituem medidas protetoras todas aquelas que promovam a integridade do mamilo e aréola e o esvaziamento mamário.

2) Explicar as estratégias para lidar com a dor no mamilo: Lidar com a dor do mamilo dependerá do agente causal. Globalmente, as estratégias de primeira linha para lidar com a dor no mamilo são:

- Pega adequada e posicionamento confortável.
- Alternância de posição, quer da mãe, quer do recém-nascido.
- Uso de mamilo de silicone.
- Uso de frio/calor em função da causa (Kent et al., 2015).

3) Explicar as estratégias para lidar com o ingurgitamento mamário: As estratégias de primeira linha para lidar com o ingurgitamento mamário são aquelas que garantam um esvaziamento das mamas, nomeadamente (Berens & Brodribb, 2016; Zakarija-Grkovic & Stewart, 2020):

- Pega adequada e posicionamento confortável.
- Alternância de posição, quer da mãe quer do recém-nascido.
- Amamentar em regime livre.
- Facilitar o reflexo de ejeção de leite (aplicar calor, durante 2-3 minutos) e/ou massajar a mama e/ou extrair um pouco de leite para diminuir a tensão da mama e facilitar a pega.
- Depois de amamentar, se a mama ainda estiver dolorosamente tensa, extrair leite até sentir “tensão mamária confortável”, por exemplo através de uma massagem linfática para reduzir o edema.
- No final da extração poder-se-á aplicar frio durante 10 minutos.
- Se não amamentar, extrair o leite num mínimo de oito vezes nas 24 horas, para manter a lactação.
- Usar sutiã adequado.

4) Explicar as estratégias para lidar com a fissura: As estratégias de primeira linha para lidar com fissura são:

- Pega adequada e posicionamento confortável.
- Alternância de posição, quer da mãe quer do recém-nascido (para aliviar a pressão em cada local da aréola e mamilo).
- Amamentar em regime livre logo que o recém-nascido evidencie sinais de fome.

⁹⁶ A lesão pode ser resultado direto do uso inadequado ou falha da bomba ou uma exacerbação de danos ou patologias pré-existentes no mamilo. Observar a mãe durante o uso da bomba de extração de leite pode esclarecer a(s) causa(s) do trauma (por exemplo, encaixe inadequado do funil, sucção excessiva de alta pressão ou duração prolongada).

⁹⁷ Com frequência os traumas mamilares constituem uma porta de entrada para microrganismos patogênicos, tendo a mastite, infecção por estafilococos e candidíase mamilar como complicações (Cullinane et al., 2015; Berens et al., 2016).

- Facilitar o reflexo de ejeção de leite (aplicar calor (durante 2-3 minutos) e/ou massajar a mama e/ou extrair um pouco de leite para diminuir a tensão da mama e facilitar a pega durante a sucção não nutritiva).
- Uso de mamilo de silicone.
- Aplicar leite materno no final da mamada (leite com mais gordura) (Dennis et al., 2014)⁹⁸.
- Alguns estudos recomendam o uso de lanolina purificada, colocando uma compressa ou disco de amamentação, quando há atingimento da derme para facilitar a cicatrização (Niazi et al., 2018).
- A exposição do mamilo e aréola ao ar cria um ambiente favorável à cicatrização (Ahmed, 2015)⁹⁹.

5) Explicar sinais de necessidade de ajuda profissional para lidar com a complicação: Existem alguns indicadores para procurar ajuda, nomeadamente:

- Presença de dor persistente nos mamilos.
- Febre (> 38°C) e se o recém-nascido não conseguir mamar devido ao ingurgitamento mamário.
- Mamilo(s) com fissura, sangrante(s) e/ou doloroso(s) que não alivia(m) com as medidas gerais (Berens et al., 2016).

3.2. Significado atribuído à amamentação

O significado refere-se à importância, relevância ou sentido atribuído a algo. Resulta da interpretação que uma pessoa dá a um evento, objeto, palavra ou ação com base em suas próprias experiências, crenças e conhecimentos, condicionando o modo como cada pessoa vai definindo a sua forma de agir, de sentir, de ver a realidade que a envolve. Ao longo da gravidez, a maior parte das mulheres constrói uma ideia de si como mãe, incluindo neste seu projeto, o seu plano de alimentação do filho. Frequentemente, este plano reflete as experiências presentes e passadas e os valores sociais que a mulher valoriza¹⁰⁰.

A decisão de amamentar, ou não, o filho é uma decisão individual. Para muitas mulheres é uma decisão natural. Para outras, amamentam apenas por pressão social. Para outras, ainda, amamentar é

⁹⁸ As mulheres que aplicaram leite materno melhoraram significativamente a cicatrização dos mamilos aos quatro a cinco dias após o início do tratamento do que as mulheres que aplicaram lanolina, embora as diferenças entre os grupos não fossem mais vistas aos seis a sete dias após o início do tratamento. Não houve diferenças no tempo de cicatrização do mamilo entre mulheres que aplicaram leite materno e mulheres que não aplicaram nada. Esses resultados limitados sugeriram que a aplicação de nada ou leite materno pode ser igualmente ou mais benéfica na promoção da cicatrização de feridas nos mamilos, como a aplicação de uma pomada como a lanolina (Dennis et al., 2014).

⁹⁹ O uso de lanolina purificada, bem como o uso de lanolina em associação com conchas de mamilo, apresentou uma recomendação de grau B com nível de evidência 2, indicando um nível seguro de evidência para sua aplicação na prática clínica. A lanolina é uma substância gordurosa extraída da carne de ovelha, de cor branca-amarelada, com aproximadamente 25% a 30% de água. A sua indicação para a cicatrização de traumas nos mamilos baseia-se na sua capacidade de formar uma barreira que impede a perda de humidade natural da pele. A lanolina altamente purificada é insípida, hipoalérgica e livre de odores, impurezas e componentes alergénicos. É considerada segura em relação a ser absorvida pela mucosa da pele ou ingerida, aquando da amamentação, e não precisa ser removida antes das mamadas. A concha mamilar é um dispositivo de plástico rígido, que fornece uma barreira aérea para proteger a pele do atrito ou pressão de roupas e outro contacto com a pele dos mamilos (Ahmed, 2015). O resultado positivo em relação ao uso da lanolina pode ser duvidoso, pois depende da sua frequência de utilização e de como é aplicado e da sua associação com outros métodos (Niazi et al., 2018).

¹⁰⁰ Frequentemente nas imagens das campanhas sobre amamentação, destacam somente o recém-nascido a abocanhar a mama, enquanto a imagem da mulher como um todo é omitida da cena. As imagens apontam para o que está a ser valorizado, a mama e o recém-nascido. Todavia, parte significativa do sucesso da amamentação está na “cabeça” da mulher. Assim, como EEESMO, na escolha das melhores imagens para ilustrar a amamentação, importa escolher aquelas que apresentam a mulher, pelo menos da cintura para cima.

algo que não faz parte dos seus planos. As razões para estas diferentes posições assentam no valor que cada mulher atribui à amamentação ou ao que a amamentação exige ou produz. De forma análoga, não conseguir amamentar pode ser considerado por algumas mulheres como uma situação de fracasso, por considerar que é intrínseco ao papel social de ser mãe (Val Rafael et al., 2005).

O significado que o pai e/ou pessoas significativas atribuem à amamentação, influenciam na decisão da mãe em amamentar (Kornides & Kitsantas, 2013; Ogbo et al., 2020; Agrawal, Chakole & Sachdev, 2022)¹⁰¹. Numa escala global, estudos anteriores têm demonstrado que os membros da família (como o cônjuge, parceiro ou avô) não só influenciam a escolha de iniciar e manter a amamentação, mas também contribuem significativamente para o abandono precoce da amamentação adequada no período pós-natal inicial. O conhecimento e o significado do pai são fundamentais nesse contexto, pois ele desempenha o papel mais importante em ajudar as mulheres com o cuidado e alimentação dos seus bebés (Agrawal, Chakole & Sachdev, 2022)¹⁰². Os pais de bebés amamentados expressaram atitudes e crenças tanto positivas como negativas em relação à amamentação (Sherriff et al., 2009; Bennett et al., 2016; Hansen et al., 2018)¹⁰³. Alguns pais associam a amamentação a sentimentos de exclusão do relacionamento mãe-bebé e com o impacto negativo na ligação pai-bebé (deMontigny et al., 2018)

Aceder ao significado que cada mulher atribui à amamentação permite entender a amamentação a partir da sua perceção (Val Rafael et al., 2005). Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do significado atribuído à amamentação, valorizando as palavras que a mãe e/ou o pai usam para se referirem à amamentação (Tabela 14). A avaliação pode começar com uma questão aberta, como por exemplo: “sendo a vossa intenção alimentar o recém-nascido com leite materno, a amamentação vai ser uma tarefa que vai integrar o vosso quotidiano. Quando pensa(m) nisso, o que lhe vem à ideia?”. No entanto, poderá não ser necessário fazer uma questão específica, a importância atribuída poderá ser abordada espontaneamente ao abordar outros assuntos.

¹⁰¹ O estudo desenvolvido por Ogbo et al. (2020) analisou sistematicamente os estudos publicados para determinar o impacto de tipos específicos de apoio dos parceiros na iniciação, duração e exclusividade da amamentação. De um total de 695 artigos recuperados das bases de dados, sete estudos preencheram os critérios de inclusão e relataram sobre a iniciação, duração e exclusividade da amamentação. Quatro dos sete estudos encontraram que o apoio dos parceiros, na forma de incentivo verbal às novas mães, aumentou a duração e a exclusividade da amamentação. Outros tipos de ações de apoio dos parceiros que levaram a melhorias no comportamento de amamentação incluíram a sensibilidade do parceiro às necessidades da mãe que amamenta, assistência na prevenção e gestão de dificuldades na amamentação, e ajuda com as responsabilidades domésticas e cuidados com a criança. Esta revisão mostrou que ações específicas de apoio dos parceiros/pais melhoraram positivamente as práticas de amamentação. Para maximizar o impacto das políticas e intervenções de amamentação entre as novas mães, os programas de preparação para a amamentação devem considerar o envolvimento dos parceiros/pais e os seus papéis específicos.

¹⁰² A falta de envolvimento do pai pode dever-se à estrutura hierárquica de poder dentro das famílias. Devido a esse aspeto hierárquico, os parceiros ou pais podem influenciar significativamente a escolha da mãe em amamentar o filho. As tarefas domésticas, o cuidado com as crianças mais velhas, garantir o bem-estar da mãe, preparar as refeições, reconhecer os sinais de fome do recém-nascido, colocar a urctar e trocar a fralda após as mamadas, todos esses fatores apoiam indiretamente a mãe na iniciação e manutenção da amamentação (Agrawal, Chakole & Sachdev, 2022).

¹⁰³ Os pais geralmente consideravam a amamentação como a opção ideal para a nutrição do seu filho e alguns a descreviam como saudável, natural, pura e/ou essencial (Hansen et al., 2018). Numa pesquisa transversal, realizada na Irlanda, a maioria dos pais (N = 417; 77,7%) respondeu com pelo menos uma desvantagem da amamentação (Bennett et al., 2016). As desvantagens comuns incluíram dor física para a mãe e a impossibilidade de determinar precisamente quanto leite o bebé estava a receber, levando a preocupações sobre o ganho de peso do bebé (Sherriff et al., 2009). Noutro estudo, os pais relataram a amamentação como uma tarefa pesada (Hansen et al., 2018), enquanto outros falaram sobre as dificuldades em gerir as rivalidades entre crianças que não estão a ser amamentadas, que competem pela atenção da mãe (Bennett et al., 2016).

Tabela 14. Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Obrigação/ necessidade de disponibilidade total <ul style="list-style-type: none"> • Tem de ser porque dizem que criança saudável é aquela que é amamentada. • Tem de ser porque dizem que mãe que não amamenta é negligente. • Toda boa mãe tem o dever e obrigação de amamentar. • É um sacrifício que não está disposta a fazer. • Processo exaustivo. 	Ato de amor/faz parte do projeto de maternidade: <ul style="list-style-type: none"> • Troca, reciprocidade, uma vez que o ato de amamentar e o próprio posicionamento físico da mulher e do recém-nascido já predis põem ao abraço; pode ser expresso por palavras, gestos, olhares, modo de falar, de tocar. • Valoriza quer o facto de ser uma fonte de nutrientes, quer influenciar positivamente os laços afetivos.
Consequências estéticas indesejáveis <ul style="list-style-type: none"> • Relação insegura com o seu próprio corpo e receio de consequências estéticas indesejáveis. 	É natural <ul style="list-style-type: none"> • É a conduta mais natural.
Desvalorização <ul style="list-style-type: none"> • Não vale o esforço. • Amamentar não a única opção para alimentar, aliás dar o biberão é uma boa opção. • Não é capaz de suprir as necessidades de alimentação do recém-nascido: leite fraco, não sustenta, leite é em pouca quantidade. • Não é para “mim”: experiência anterior negativa e/ou experiências de pessoas próximas negativas. • Não vale a pena o trabalho, há soluções mais práticas. • É coisa de mulher (“não é nada comigo”). 	Realização pessoal <ul style="list-style-type: none"> • Ser protagonista da sua história de maternidade. • Dar a esse ato um sentido singular e de completude à própria vida. • Trabalho de equipa.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar significado atribuído à amamentação** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 15).

Tabela 15. Significado atribuído à amamentação: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar significado atribuído à amamentação	Assistir cliente a analisar o significado dificultador
Se B	Significado atribuído à amamentação não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2024

3.2.1. Intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao amamentar

Os pré-conceitos e os valores relacionados com a amamentação contribuem para o entendimento do significado que a mãe e o pai lhe atribuem. Esses irão determinar as decisões, ao reinterpretar as próprias experiências quanto à amamentação, no sentido de transformar decisões em ações significativas.

A valorização negativa atribuída à ação e/ou circunstâncias em torno da amamentação poderá condicionar a decisão de amamentar numa fase inicial ou o abandono face à mínima dificuldade. Assim, contribuir para a ressignificação do valor atribuído à amamentação contribuirá para um envolvimento mais efetivo na preparação para amamentar (mãe) e para apoiar a amamentação (pai/pessoas significativas).

3.2.1.1. Assistir a cliente a analisar o significado dificultador

A reformulação do significado pode ser conseguida pela promoção da reflexão sobre as razões para o significado atribuído, promovendo a análise sobre o modo como pensa e sente a ação. Importa, por isso, criar momentos de reflexão sobre o significado atribuído, de modo a ressignificar o modo como entende a amamentação de forma que seja capaz de:

- Reformular o significado dificultador.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o que é um significado: O significado é uma representação interna, que, por ser um pensamento, pode ser alterado. Para partilhar esta ideia poderá ser dito, por exemplo: *“o modo como pensa o impacto da chegada do recém-nascido é apenas uma ideia, não é um facto, não é uma verdade absoluta, sendo um pensamento é modificável a qualquer momento”*.

2) Colocar questões de reflexão sobre o assunto, como por exemplo:

- O que a leva a pensar que (especificar*)?
- Pensou sempre assim?
- Existe alguém que conheça que tenha tido uma experiência bem-sucedida (especificar)? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência para a sua forma de pensar a amamentação?
- O que ganha/perde ao ver-se (especificar)?
- O que ganha e o que perde por pensar dessa forma?
- De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência de alimentar/amamentar o recém-nascido que gostaria de ter?
- O que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar “dessa forma”/pensar no assunto de forma mais positiva?

3.3. Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno

Garantir a alimentação de um recém-nascido através do leite materno (aleitamento materno) pode concretizar-se de duas formas: amamentar, isto é oferecer o leite diretamente da mama, ou oferecer leite materno, previamente extraído, através de dispositivo. Se o foco de atenção for o recém-nascido talvez não faça diferença – será sempre ingestão de leite materno, independentemente do meio. Todavia, na perspetiva das necessidades em cuidados da mãe, amamentar e extrair leite materno, representam o desenvolvimento de distintas capacidades. A experiência e as competências necessárias para amamentar são diferentes das competências para extrair o leite materno (Strauch et al., 2019).

A extração de leite da mama, para ser posteriormente oferecido ao recém-nascido, pode ser necessária por diversos motivos (Becker, Smith e Cooney, 2016; Strauch et al., 2019). As razões mais frequentes são:

- separação entre mãe e recém-nascido;
- quando o recém-nascido não consegue mamar; ou
- a mãe decide não amamentar, mas deseja aleitar com leite materno¹⁰⁴.

Nestes casos, o leite extraído será o alimento do recém-nascido e, por isso, importa o conhecimento sobre como extrair, conservar e preparar o leite materno. Podem ser variados os motivos que levam a mãe a tomar esta decisão, nomeadamente maior controlo na gestão do horário das mamadas, partilha da responsabilidade de alimentar o recém-nascido; e maior facilidade na gestão do tempo e rotinas (extrair e armazenar o leite materno permite afastar-se do recém-nascido sem comprometer a suas necessidades nutricionais). Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno (Tabela 16).

Tabela 16. Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico/resultado

Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
[Abordar o assunto somente se for solicitado pela mãe ou pai OU previsão de parto pré-termo OU intenção de oferecer leite materno extraído	
A extração do leite da mama pode ser feita com recurso a bomba de extração de leite ou manualmente. Se fosse extrair leite agora, como faria?	<p>(A) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos. • Facilitar o reflexo de descida do leite (massajar as mamas, aplicar água morna se necessário, extrair o leite num local calmo e relaxado e pensa/olhar para o recém-nascido). • Se uso de bomba: ajustar o mamilo e a aréola no funil, mantendo o vácuo. • Extrair leite nas duas mamas (simultânea ou sequencialmente).
[Se intenção de conservar] Depois de extraído, se não for oferecido de seguida, o leite terá de ser conservado. Tem ideia de como deverá ser conservado durante o primeiro mês de lactação?	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O leite pode ser conservado à temperatura ambiente por 4 horas e no frigorífico (não na porta) por 4 dias (pode ser acrescentado leite extraído, desde que previamente arrefecido no frigorífico – não juntar leite à temperatura corporal a leite já arrefecido). • Identificar o recipiente (isento de BPA) com a data e hora de extração.
E depois de extraído e conservado, tem ideia de como se prepara para oferecer ao recém-nascido?	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O leite pode ser oferecido à temperatura ambiente ou aquecido. • Agitar suavemente para misturar a gordura, se estiver em repouso por um período superior a uma hora. • Se aquecer: fazê-lo em banho-maria (não usar o micro-ondas) e verificar a temperatura antes de dar o leite ao recém-nascido.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

¹⁰⁴ Mães que extraem leite materno em exclusivo rondam os 5 a 22% do total dos recém-nascidos alimentados com leite materno (Strauch et al., 2019).

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 17).

Tabela 17. Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno	Ensinar sobre extração do leite materno
Se não refere B e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre conservação e preparação do leite materno
Se refere A e B	Conhecimento sobre extração, conservação e preparação do leite materno facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

3.3.1. Intervenções que contribuem para a mestria na manutenção da lactação e no aleitamento materno do recém-nascido

Familiarizar-se antecipadamente com os diferentes dispositivos de extração de leite e compreender os mecanismos de ação e os critérios de decisão poderão contribuir para a manutenção da lactação e aleitamento materno do recém-nascido conforme o planeado pela mãe e pelo pai¹⁰⁵. A remoção do leite da mama a partir do 3.º dia é crítica para a lactação (Truchet & Honvo-Houéto, 2017). Acresce ainda considerar que a produção da prolactina é superior durante a noite, pelo que é recomendado que haja extração de leite durante a noite. Para manter a lactação, é indicado que a extração do leite seja realizada com a mesma frequência com que o recém-nascido mamaria.

3.3.1.1. Ensinar sobre extração do leite materno

O método mais adequado para a extração de leite da mama depende do momento pós-parto, da finalidade da extração e das características e necessidades da mãe e do recém-nascido (Becker, Smith & Cooney, 2016; Ballard & Morrow, 2013; Leghi, Middleton & Muhlhausler, 2018)¹⁰⁶. Para extrair o leite materno, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Identificar as situações em que pode ser útil extrair leite materno.
- Preparar o ambiente promotor para a extração de leite materno.
- Compreender os princípios da extração do leite materno de modo manual e/ou mecânico.

¹⁰⁵ Alguns estudos apontam que a introdução de leite materno extraído na alimentação do recém-nascido (através de extração exclusiva ou alternada com amamentação) pode ser um fator de risco para a interrupção precoce da amamentação em comparação com recém-nascidos que recebem leite materno diretamente da mama (Baie et al., 2017). Por outro lado, outros estudos sugerem o oposto, isto é, defendem que a introdução de leite materno extraído contribui para diminuir a probabilidade de a mãe interromper o aleitamento materno antes dos 6 meses do que uma mãe que amamenta (Win et al., 2006).

¹⁰⁶ A composição do leite humano é variável e pode mudar de acordo com o tempo desde a última mamada, momento do dia e período da lactação, bem como entre mulheres e populações (Ballard & Morrow, 2013; Leghi, Middleton & Muhlhausler, 2018).

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar situações em que pode ser útil extrair leite materno: Poderá ser necessário, em algum momento, extrair leite (a extração de leite poderá ser a escolha da mãe para garantir o aleitamento materno ou existirem razões concretas para a extração). As razões podem estar relacionadas com o recém-nascido (apresenta dificuldade em mamar – recém-nascido de baixo peso, doente, dificuldade na coordenação da sucção, sucção débil, etc.) ou relacionados com a mãe (aliviar o ingurgitamento mamário, estimular a produção de leite materno ou manter a lactação).

2) Explicar como gerir as condições favoráveis para a extração de leite materno: O ambiente físico e emocional em torno da extração de leite deverá obedecer aos mesmos princípios que para a amamentação, dado que a ação das hormonas, nomeadamente a ocitocina, e a ejeção do leite funcionam exatamente da mesma forma. Podem ser usadas estratégias como (Vittner et al., 2018):

- Usar o bebé como estímulo de bem-estar: Contacto pele com pele, estar fisicamente próximo do bebé, ou olhar para uma fotografia ou vídeo, ouvir uma gravação de som produzido pelo bebé ou cheirar uma peça de roupa.
- Relaxamento corporal: Relaxar os ombros e respirar fundo antes de começar. Para não pensar na quantidade de leite produzido/extraído, procurar encontrar fontes de distração relaxantes – ouvir música a gosto, ver televisão ou até mesmo conversar com alguém tranquilamente.
- Estratégias para reduzir o *stress*: Procurar identificar os pensamentos positivos que pode usar durante a extração (exemplo, “eu sou capaz”, “eu consigo produzir o leite de que o meu bebé necessita”, etc.) e/ou realizar visualização do processo de libertação e saída do leite materno.
- Escolher um local calmo.
- Recorrer a massagem nas mamas ou aplicar calor.

3) Explicar os princípios da extração do leite materno de modo manual e/ou com dispositivo: A extração pode ser manual (com as mãos) ou com recurso a dispositivo: bomba manual ou bomba elétrica. Os critérios para a decisão para cada uma destas opções dependerá do objetivo e da duração da sua utilização, sensibilidade materna e onde pensa fazê-lo.

- a) Extração manual: É indicada na gestão das complicações da amamentação (por exemplo, se ingurgitamento mamário) (Berens & Brodribb, 2016); exige maior exposição corporal e mais tempo – a extração poderá demorar entre 20 e 40 minutos.
- b) Extração com bomba manual: É barata, silenciosa e prática para extração ocasional; pode demorar entre 20 e 40 minutos para extrair leite para uma refeição; a manutenção do padrão de extração é distinta do padrão de sucção do recém-nascido porque é determinado pela mãe. A extração segue três etapas sequenciais:
 - colocar o funil sobre a mama de modo que o mamilo fique adequadamente centrado;
 - segurar o funil fazendo ligeira pressão sobre a mama com a ajuda do polegar e do indicador, suportando a mama com a palma da mão;
 - iniciar a extração, que pode ser simultânea nas duas mamas, alternar entre cada mama a cada 2 ou 3 minutos ou sequencial, isto é, primeiro uma e depois a outra.

- c) Extração com bomba elétrica: A sua utilização é útil para manter a produção de leite, em particular as que simulam os padrões de sucção não nutritiva e nutritiva (Meier et al., 2016; Gardner et al., 2015). A extração segue três etapas sequenciais:
- colocar o funil sobre a mama de modo que o mamilo fique adequadamente centrado, segurando-o com a do polegar e do indicador¹⁰⁷;
 - escolher padrão de extração inicial – estimulação (que poderá demorar cerca de dois minutos), e, depois de o leite estar a fluir, escolher a força do vácuo de conforto máximo (Gardner et al., 2015);
 - facilitar a saída do leite realizando uma massagem da mama durante a extração.

3.3.1.2. Ensinar sobre conservação e preparação do leite materno

O leite materno extraído mantém a maior parte dos benefícios para a saúde do recém-nascido. Para garantir a sua preservação em condições ótimas importa conservá-lo e prepará-lo nas melhores condições de higiene e armazenamento. Para conservar e preparar o leite materno, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Conservar o leite materno de forma a manter as suas propriedades.
- Preparar o leite materno para ser oferecido ao recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar como conservar leite materno: Oferecer o leite materno recém-extraído é preferível ao refrigerado e o refrigerado melhor do que o congelado (porque conserva as propriedades imunológicas e possui teor mais elevado de antioxidantes, vitaminas e gordura) (García-Lara et al., 2012; Leghi, Middleton & Muhlhausler, 2018). O leite materno pode ser conservado à temperatura ambiente, no frigorífico ou no congelador, dependendo de quando será usado. Durante o primeiro mês pós-parto, tendo por base as características do colostro e leite de transição, o ideal é usar o leite materno recém-extraído, conservado à temperatura ambiente até 6 horas ou conservado no frigorífico (nunca na porta do frigorífico) até 5 dias com temperatura inferior a 4°C (CDC, 2021a; Eglash, Simon & The Academy of Breastfeeding Medicine, 2017)¹⁰⁸. Ao armazenar o leite, importa identificar a data e hora em que foi recolhido para facilitar a decisão de qual usar em primeiro lugar. Armazenar o leite em recipientes de

¹⁰⁷ A escolha do funil é relevante para garantir o conforto e otimizar a extração de leite. Escolher o funil com diâmetro adequado ao mamilo (justos/apertados restringem a expansão dos ductos e, portanto, restringem a libertação de leite e danificam o mamilo). Os critérios de escolha do funil englobam: o tamanho do funil deve ser adequado ao tamanho e formato das mamas da mãe. É importante que o funil seja grande o suficiente para acomodar todo o tecido mamário (mamilo) sem causar desconforto ou compressão excessiva. Por outro lado, também não deve ser muito grande, pois isso pode afetar a eficiência da extração. O funil deve ser projetado de forma a permitir uma extração eficiente de leite materno, garantindo vácuo e vedação ao redor do mamilo, maximizando a quantidade de leite extraído. É importante que o funil seja feito de materiais de qualidade, livres de substâncias tóxicas e seguros para uso alimentar. Além disso, o funil deve ser fácil de limpar e higienizar adequadamente para garantir a segurança do leite materno extraído (Cardoso et al., 2023).

¹⁰⁸ De acordo com Eglash, Simon e The Academy of Breastfeeding Medicine (2017), constituem orientações para a conservação de leite materno recém extraído (para recém-nascidos de termo saudáveis):

Local de conservação	Temperatura ambiente [16 a 25°C]	Frigorífico [4°C ou mais frio]	Congelador [-18°C ou mais frio]	Leite materno descongelado no frigorífico
Tempo de conservação segura	<ul style="list-style-type: none"> • Até 4 horas, de preferência • Até 6 horas, para leite extraído em condições de muita higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Até 3 dias, de preferência • Até 5 dias, para leite extraído em condições de muita higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Até 6 meses, de preferência • Até 9 meses, para leite extraído em condições de muita higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Até 2 horas à temperatura ambiente • Até 24 horas no frigorífico • Não voltar a congelar

vidro ou plástico rígido¹⁰⁹ com tampas ajustadas, dependendo do período de lactação, em quantidade entre 30 a 120 ml para evitar fugas (CDC, 2021a).

2) Explicar como preparar leite materno previamente extraído para oferecer ao recém-nascido: O leite materno não necessita de ser aquecido (CDC, 2021a). Se decidir aquecer o leite, não aquecer no micro-ondas, pois, para além de destruir algumas das propriedades, aquece o leite de forma desigual poderá ter “pontos quentes” que podem queimar a boca e a garganta do recém-nascido. O leite pode ser aquecido em água quente corrente durante alguns minutos ou mergulhar o recipiente numa panela de água previamente aquecida no fogão (banho-maria); antes de oferecer, agitar com suavidade para facilitar a mistura da gordura (agitar vigorosamente pode danificar alguns dos componentes nutricionais e protetores do leite). Depois de aquecido, o restante leite poderá ser usado nas duas horas seguintes ou então deverá ser rejeitado (CDC, 2021a).

3.4. Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido

Durante os primeiros seis meses, os recém-nascidos obtêm todos os nutrientes e água de que precisam para crescer e desenvolver pela ingestão de leite materno e/ou fórmula¹¹⁰. A maioria dos recém-nascidos necessita alimentar-se a cada 2 a 3 horas, ou 6 a 8 vezes nas 24 horas. Num recém-nascido amamentado, é difícil saber, em concreto, quantos mililitros ingere; nos recém-nascidos alimentados com fórmula infantil através de biberão, aponta-se para a ingestão de 15 ml por mamada nos primeiros dois dias de vida, e depois para 30 a 60 ml. No final da primeira semana, a maioria dos bebés precisará de cerca de 150 a 200 ml por quilograma de peso por dia até completarem 6 meses de idade (Rêgo, 2022).

Nos recém-nascidos amamentados, a quantidade de leite ingerido fica “oculta”; quando ingerem fórmula infantil pode haver maior probabilidade de superalimentação, e, por isso, maior predisposição para dores de estômago, flatulência, regurgitação ou vômitos e, a longo prazo, maior risco de obesidade. Assim, quando a decisão da mãe e do pai é alimentar com fórmula infantil, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido (Tabela 18).

Tabela 18. Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido:

possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
<p>Se decisão: alimentar com fórmula infantil/leite materno através de dispositivo</p> <p>O que é que a levou a tomar a decisão de alimentar com leite artificial (não materno)?</p>	<p>Conhecer os motivos no sentido de averiguar se há significado dificultador atribuído à amamentação OU falta de conhecimento sobre amamentação.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se SIM, averiguar a Disponibilidade para aprender e se é o momento próprio para intervir e, se presente, implementar intervenções apropriadas para promover a reformulação do significado ou promover o conhecimento sobre amamentação e, numa consulta posterior, voltar a questionar sobre a intenção de “Neste momento, como se imagina a alimentar o seu filho?”. Se NÃO (a decisão reflete uma escolha informada), avançar no processo diagnóstico.

¹⁰⁹ Os recipientes não devem conter bisfenol A (BPA), identificado com o número 3 ou 7 no símbolo de reciclagem. Uma alternativa segura é o polipropileno que é suave, semiofaco e tem o número 5 no símbolo de reciclagem e/ou as letras PP.

¹¹⁰ Nos leites e fórmulas infantis, a fonte proteica deverá estar especificada. A classificação de “leite” depende de a fonte proteica ser exclusiva do leite de um mamífero (exemplo, proteína do leite de vaca ou de cabra); quando a fonte proteica é de origem vegetal (soja, arroz) deverá designar-se por “fórmula” (Rêgo, 2022). De acordo com esta autora, importa ter em consideração que o termo “fórmula” pode ser aplicado a um leite, não sendo verdade o inverso.

<p>Se leite materno: Na preparação do leite materno, tem ideia de qual a quantidade a oferecer em cada refeição durante o primeiro mês?</p>	<p>(A) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5-7 ml nas primeiras 24 horas. • 45-60 ml na primeira semana. • 80-150 ml a partir da segunda semana.
<p>Se fórmula infantil: E na preparação do leite artificial, tem ideia de qual a quantidade a oferecer em cada refeição durante o primeiro mês?</p>	<p>(A) Refere usar como referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeiros 2 dias: 15 ml. • Na primeira semana: 30-6 0ml. • A partir da segunda semana: 60-90 ml, podendo aumentar 30 ml, se sinais de fome (não ultrapassando os 180 ml).
<p>O leite pode ser oferecido ao recém-nascido com recurso a diversos dispositivos – biberão, copo, colher... Conhece algum deles? À partida, tem intenção de usar qual dispositivo? [especificação das questões se oportuno: teria, nesta fase, interesse em saber como se alimenta com biberão?]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer qual o dispositivo que tem a intenção de usar para orientar o processo de diagnóstico.
<p>Então, que tipo de biberão escolheria? E a teta?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biberão liso, sem reentrâncias e com graduação. • Escolher uma teta de acordo com a idade e características do recém-nascido, atendendo à capacidade de débito de leite (recém-nascido – 1 orifício).
<p>Então, se agora tivesse de alimentar o bebé com biberão, como faria?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o recém-nascido com o tronco elevado e a cabeça e ombros apoiados. • Tocar levemente com a teta ao longo dos lábios inferiores ou no epicanto da boca (estimular a abertura espontânea da boca). • Inclinor o biberão mantendo a teta cheia de leite.
<p>Imagine que, iria preparar o leite, como o faria? [especificação das questões se oportuno: tem/têm ideia se é necessário algum cuidado com o material? Tem/Têm ideia da quantidade de pó que se usa por mililitros de água? Como poderia(m) verificar se a temperatura do leite estava adequada para oferecer ao recém-nascido?]</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar material lavado e esterilizado. • Ferver a água durante 3-5 minutos (deixar a arrefecer). • Colocar a quantidade de água necessária no biberão. • Adicionar o leite em pó na água (uma colher rasa para 30 ml de água) e dissolver o pó na água, agitando com movimentos circulares suaves até dissolver totalmente. • Verificar temperatura do preparado na face anterior do punho.
<p>A higienização do material usado para alimentar o recém-nascido é uma medida que contribui para a sua saúde. Que cuidados pensa ter na higiene dos biberões e das tetinas?</p>	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene das mãos antes da lavagem de biberões e tetinas. • Higiene dos biberões e tetinas com água quente e escovilhão. • De acordo com o método de esterilização escolhido, seguir as respetivas instruções.
<p>Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre ingestão nutricional** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 19).

Tabela 19. Conhecimento sobre ingestão nutricional: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre ingestão nutricional	Ensinar sobre ingestão nutricional
Se não refere B e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre alimentar com dispositivo: biberão
Se refere A e B	Conhecimento sobre ingestão nutricional facilitador	----

Fonte: autoras, 2024

3.4.1. Intervenções promotoras da alimentação adequada do recém-nascido

As intervenções que desenvolvam as competências da mãe e do pai, ou da pessoa que poderá colaborar na alimentação, guardam relação direta com a promoção da saúde do recém-nascido, através da promoção da ingestão nutricional adequada e da prevenção de infeções (WHO, 2007).

3.4.1.1. Ensinar sobre ingestão nutricional

Alimentar com leite materno através de dispositivo ou fórmula infantil permite que a mãe e o pai respondam às necessidades nutricionais do recém-nascido¹¹¹. Por isso, é importante fornecer informações à mãe e/ou ao pai de modo que adquiram o conhecimento necessário para serem capazes de:

- Alimentar o recém-nascido com a quantidade de leite suficiente para suprir as necessidades nutricionais.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar frequência e a quantidade de leite das refeições: Nos primeiros dias, importa considerar o tamanho do estômago do recém-nascido para regular a quantidade de leite a cada refeição:

- No primeiro dia de vida, o estômago é do tamanho de uma cereja e comporta, aproximadamente, entre 5 a 7 ml de leite.
- Ao terceiro dia, estômago já se desenvolveu mais um pouco e agora é do tamanho de uma noz, podendo conter, aproximadamente, entre 22 a 27 ml de leite.
- Ao final da primeira semana, o estômago comporta, aproximadamente, entre 45 a 60 ml de leite.
- No final do primeiro mês, o estômago é do tamanho de um ovo e comporta, aproximadamente, entre 80 a 150 ml de leite.

Na primeira semana, para recém-nascidos não prematuros e que só tomam fórmula infantil, a quantidade de leite a tomar como referência é (Gregory, 2006):

- Na primeira semana, 30 a 60 ml de leite por mamada, a cada duas a três horas.

¹¹¹ O estudo observacional realizado por Ellison et al. (2017), que teve como objetivo explorar as atitudes e crenças sobre a preparação de fórmulas infantis entre mães norte-americanas com baixo estatuto socioeconómico que usam fórmula infantil. Participaram no

- A partir da primeira semana, 60 a 90 ml de leite por mamada, a cada três a quatro horas.
- Para verificar, se necessário, se a quantidade de leite a ingerido nas 24 horas é o adequado ao longo do primeiro mês, poder-se-á efetuar o cálculo: 150 ml x peso do recém-nascido (kg)/n.º de refeições nas 24 horas.

Com o passar do tempo, o recém-nascido começará a desenvolver um horário regular e próprio. A maioria dos recém-nascidos realiza oito mamadas/dia no primeiro mês. De todo modo, a quantidade em cada mamada deverá ser regulada pelo recém-nascido. Os comportamentos a valorizar para considerar como ingestão nutricional é suficiente (se fica inquieto ou facilmente distraído durante a alimentação, provavelmente já está saciado) ou insuficiente (se mama tudo e continua a sugar, talvez ainda esteja com fome). Até ao final do primeiro mês, quando alimentado por fórmula infantil, o recém-nascido mamará 120 ml por mamada, com uma programação bastante previsível de mamadas a cada quatro horas.

3.4.1.2. Ensinar sobre alimentar com dispositivo: biberão

Alimentar o recém-nascido com recurso a um dispositivo implica um conjunto de cuidados. Esta tarefa parental tem subjacente um conjunto de decisões relacionadas com o assegurar a ingestão nutricional suficiente e adotar medidas de prevenção da infeção. É reconhecido que a fórmula infantil em pó não é um produto estéril (baixos níveis de contaminação por *Enterobacter sakazakii*, salmonela ou outros patógenos, podem ocorrer, apesar das medidas rigorosas de controlo de patógenos durante a fabricação) (WHO, 2007). Por isso, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Escolher os biberões e tetinas.
- Limpar, esterilizar e conservar os dispositivos de alimentação.
- Preparar fórmula infantil.
- Alimentar o recém-nascido com biberão.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar critérios de escolha do biberão: Preferir biberões lisos, sem reentrâncias e com gradação, de vidro ou plástico (isentos de BPA – Bisfenol A)¹¹². Os biberões de vidro são fáceis de esterilizar e adequados para recém-nascidos; os biberões de plástico são mais leves e não partem. Biberão com a capacidade de 90/120 ml é suficiente.

estudo treze mães, com recém-nascidos de termo e peso normal ao nascer, saudáveis, e com idade ≤ 3 meses, que estavam a ser alimentados predominantemente com leite em pó ou líquido concentrado. A observação e as entrevistas decorreram na casa de cada mãe. Os resultados do estudo apontaram para défices na preparação do leite, nomeadamente na reconstituição inadequada e modificações/acréscimos à fórmula preparada e foram detetadas inconsistências entre os comportamentos observados (por exemplo, adicionar muita água) e os relatos durante entrevistas (por exemplo, afirmar que a diluição excessiva pode ser prejudicial à saúde do recém-nascido).

¹¹² BPA significa bisfenol A, um produto químico usado desde 1960 no fabrico de muitos recipientes de plástico rígido para alimentos, incluindo biberões, além do revestimento de latas de metal usadas para fórmulas infantis líquidas (US Food and Drug Administration, 2018). Quando os alimentos quentes ou a ferver (incluindo água) entram em contacto com recipientes feitos com BPA, os vestígios de BPA são transferidos para a comida ou líquido. Os fabricantes diminuíram o uso de BPA em biberões já em 2008, quando se verificou que a exposição ao BPA poderia aumentar o risco de certos tipos de cancro e impactar negativamente no desenvolvimento do cérebro e no sistema reprodutivo (incluindo o início precoce da puberdade). Em Portugal, o uso de BPA está proibido desde 2011 pelo Decreto-Lei n.º 55/2011 Diário da República n.º 74/2011, Série I de 14 de março, que transpõe a Diretiva n.º 2011/8/UE, da Comissão, de 28 de janeiro, e procede à segunda alteração do Decreto-Lei n.º 62/2008, de 31 de março.

2) Explicar critérios de escolha da tetina: Na escolha da tetina importa ter em atenção: 1) tamanho e velocidade de fluxo: tetinas com um só furo são adequadas para recém-nascidos; o furo deverá permitir fluxo lento, mas não “cansar” o bebé durante a mamada; 2) material: as tetinas de silicone são mais caras e duradouras, não tem gosto nem cheiro e são mais duras; as tetinas de borracha são mais moles e degradam mais facilmente. Qualquer uma delas, deverá ser substituída ao menor sinal de desgaste. Para testar o tamanho/fluxo dos orifícios das tetinas, pode segurar-se o biberão com líquido, voltado para baixo e o líquido deverá pingar da tetina gota a gota; não deverá ser usada as que tetinas cujo líquido flui em fio contínuo (orifício muito grande) ou seja necessário sacudir o biberão para o leite sair (orifício muito pequeno).

3) Explicar critérios para trocar da tetina: Se o recém-nascido ficar agitado durante a refeição, observando-se o padrão de sucção adequado, seguido de um afastamento e choro e um novo movimento de sucção forte, ou se o recém-nascido demora mais de 20 a 30 minutos a terminar a refeição; isto pode indicar que o fluxo é demasiado lento, e está na altura de mudar para uma tetina com um fluxo mais elevado (a tetina de fluxo lento com dois orifícios é recomendada para bebés a partir de 1 mês).

4) Explicar como alimentar com biberão: Para alimentar o recém-nascido com fórmula infantil, depois da preparação verificar se a temperatura do leite é a adequada, testando com umas gotas de leite na face interna do pulso (WHO, 2007); posicionar o recém-nascido apoiando a cabeça e as costas no braço e mantê-lo em posição semi-sentada, aconchegado ao corpo; segurar o biberão com ligeira inclinação durante toda a refeição de forma a preencher a tetina com leite; respeitar o ritmo de sucção do recém-nascido, não apressar nem obrigar a ingerir leite demais; a duração da mamada é de cerca 15/20 minutos; se necessário, interromper a sucção, introduzindo um dedo entre a tetina e as gengivas para interromper o vácuo (estratégia a utilizar quando o recém-nascido continua a mamar com biberão vazio ou quando é necessário colocar o recém-nascido a eructar a meio da mamada).

5) Explicar como preparar o leite artificial: Os leites artificiais vêm em três tipos de preparações: pronto para beber (os mais caros), concentrado líquido (menos dispendioso) e em pó (o mais económico). A fórmula infantil líquida, pronto para beber, pode ser diretamente vertido no biberão e ser aquecido a 35-40°C. A fórmula infantil líquida concentrada precisa que se adicione água em função das orientações do fabricante. A fórmula infantil em pó exige diluição em água (Wilkinson, Scott & Carroll, 2019; AAP, 2019; WHO, 2007): Para a preparação da fórmula em pó:

- Ferver água durante 1 minuto (não mais tempo porque a água evapora-se e fica mais concentrada em sais, possuindo o leite em pó já as quantidades corretas e necessárias de sais minerais para um adequado crescimento) (American Academy of Pediatrics 2019)¹¹³; uma opção prática é manter água fervida numa garrafa térmica, à temperatura ideal para se preparar o biberão – manter a água a 70°C destrói bactérias potencialmente nocivas¹¹⁴. Não ferver mais de uma vez a mesma água

¹¹³ A recomendação para ferver água é baseado na ideia de que temperaturas altas podem matar a maioria dos microrganismos. Para quem usa água canalizada de abastecimento público, o perigo é pequeno, pois o abastecimento de água é constantemente avaliado e são emitidos alertas se houver risco de contaminação. Mas, como os recém-nascidos têm sistema imunológico mais frágil, muitos mães e pais optam por ferver água da torneira. Além disso, o uso de água recém-fervida pode matar qualquer bactéria que possa estar no próprio leite em pó. Isso é benéfico, a menos que a fórmula contenha probióticos adicionados. Água fervente destrói os probióticos. No passado, as embalagens de fórmulas infantis declaravam que a água deveria ser fervida antes de ser preparada. A American Academy of Pediatrics (AAP) recomenda que, se tiver alguma dúvida sobre se a água da torneira é segura, ferver até um minuto e depois usar a água fervida em 30 minutos para misturar o pó (American Academy of Pediatrics, 2019).

¹¹⁴ A OMS recomenda, para a preparação de leite em pós, que toda a água (seja da torneira ou engarrafada e purificada) deve ser fervida antes de ser usada e misturada com a fórmula antes que a temperatura desça abaixo de 70°C (WHO, 2007). Também no estudo de Losio et al. (2018) em que contaminara a fórmula em pó com baixos níveis de salmonela e *C. sakazakii* para avaliar a inativação de patógenos durante a preparação da fórmula usando água a 70°C. Nessas condições, os autores observaram a sobrevivência de ambos os agentes patogénicos, indicando que as recomendações sugeridas podem não ser suficientes para garantir a segurança deste produto. Temperaturas mais altas são úteis para reduzir o risco biológico. Todavia, vários os autores sugerem que o impacto sobre o valor nutricional das fórmulas reconstituídas deve ser avaliado.

para não aumentar o teor de nitratos¹¹⁵; se usar água engarrafada, esta não deve possuir níveis elevados de sais minerais¹¹⁶. A água purificada, filtrada ou engarrafada tem menos impurezas e contaminantes do que a água da torneira, incluindo chumbo, pode, contudo, conter bactérias, que podem ser destruídas pela fervura. Ao usar água da torneira, usar sempre água fria e corrente, deixando correr a água por 15 a 20 segundos, em vez de água morna ou quente (devido a possível canalização com chumbo ou solda de chumbo, e a água quente pode concentrar o chumbo, que é um fator de risco para envenenamento por chumbo (US Environmental Protection Agency, 2019).

- Limpar a superfície onde se irá preparar o leite e lavar as mãos antes de manipular o material (WHO, 2007).
- Deitar a água no interior do biberão até que se alcance a medida correspondente à quantidade que se pretende preparar (poder-se-á comprovar se se alcançou a medida pretendida, colocando o biberão ao nível dos olhos)¹¹⁷.
- Depois de a água do interior do biberão ficar morna (cerca de 35°C a 40°C; se a temperatura for superior a 50°C ou inferior a 30°C podem formar-se coágulos que poderão obstruir o orifício da tetina) (WHO, 2007), abrir a embalagem do pó e encher a colher medidora presente na embalagem até à superfície; para que a quantidade seja o mais rigorosa possível, deve-se passar pelo bordo interior da tampa da embalagem, sem comprimir o pó; o número de colheres de pó a adicionar à água do biberão corresponde à quantidade de leite que se pretende preparar, numa proporção de 1 colher rasa de pó para 30 ml de água (WHO, 2007).
- Proceder à mistura através de movimentos circulares suaves (Li et al., 2020).
- Alimentar o recém-nascido logo que possível após a preparação do leite (devendo ser usado apenas nas duas horas seguintes à sua preparação) (WHO, 2018). Estudos recentes contraindicam o aquecimento de leite previamente preparado (Li et al., 2020).
- Rejeitar o leite restante.

¹¹⁵ Os nitratos resultam naturalmente nas plantas e são usados em fertilizantes, podendo atingir águas subterrâneas. Quando ingeridos regularmente por crianças (por exemplo, na água de preparação de fórmula infantil em pó), os nitratos podem levar à metemoglobinemia, uma condição potencialmente fatal que causa interferência na circulação do oxigénio no sangue. Ferver a água não reduz a concentração de nitrato, sendo que a sua concentração pode aumentar à medida que a água evapora. Filtros mecânicos também não removem os nitratos (American Academy of Pediatrics, 2014).

¹¹⁶ Os especialistas geralmente recomendam que as crianças recebam água fluoretada para ajudar a prevenir cáries. No entanto, a fórmula em pó geralmente é fortificada também com flúor, de modo que os recém-nascidos alimentados com uma fórmula líquida concentrada ou em pó misturada com água fluoretada podem obter muito flúoreto. Para reduzir a possibilidade de a criança desenvolver fluorese do esmalte (manchas brancas), pode ser útil usar água com baixo teor de flúor (menos de 0,7 mg/L) (CDC, 2019).

¹¹⁷ Se o biberão for de plástico, preparar num recipiente em vidro e depois verter no biberão (Li et al., 2020). O estudo, liderado por uma equipa da Trinity College de Dublin, Universidade na Irlanda, indica que há uma forte relação entre o calor e a libertação de micropásticos, ressalvando que se devem seguir as recomendações da OMS para minimizar a libertação destas partículas. Os autores analisaram cenários de exposição de recém-nascidos de até 1 ano aos micropásticos em 48 regiões, incluindo Portugal, tendo concluído que biberões de polipropileno (um dos plásticos de uso comum) podem libertar até 16 milhões de micropartículas e trilhões de nanopartículas mais pequenas por litro. A esterilização e a exposição à água a alta temperatura aumentam significativamente a libertação de micropásticos de 0,6 milhões para 55 milhões de partículas por litro quando a temperatura aumenta de 25 para 95°C. A esterilização dos biberões e a água a alta temperatura aumentam significativamente a libertação de micropásticos, sobretudo quando a temperatura se eleva dos 25 aos 95°C. Consoante o país, a possível exposição a micropásticos oscila entre 14 600 e 4,5 milhões de partículas diárias por recém-nascido. A exposição potencial dos recém-nascidos aos micropásticos foi calculada com base, nomeadamente, nos números de vendas de biberões e no volume de leite ingerido diariamente. Os autores recomendam, para minimizar a exposição dos recém-nascidos aos micropásticos, cujos efeitos sobre a saúde são desconhecidos, que a água usada para esterilizar os biberões seja fervida em recipientes que não sejam de plástico, por exemplo de aço inoxidável. Além disso, recomendam que se evite aquecer novamente o leite (em recipientes de plástico), usar o micro-ondas e agitar o leite no biberão ("*The level of microplastics released from PP-IFBs can be significantly reduced by following modified sterilisation and formula preparation procedures*") (Li et al., 2020).

6) Explicar limpeza, esterilização e conservação do material: Todos os utensílios utilizados para alimentar o recém-nascido (biberões, tetinas, tampas) devem lavados e esterilizados antes da primeira utilização. A esterilização dos dispositivos por rotina não é necessária. Muitos autores recomendam que após a primeira esterilização do biberão e tetina, uma boa limpeza com água quente e detergente é suficiente e podendo, se necessárias medidas extras, esterilizar uma vez por dia se o recém-nascido tiver menos de 3 meses de idade (CDC, 2020). Para manter os materiais em condições adequadas, recomenda-se:

- a) Lavagem: Lavar cuidadosamente os utensílios de preparação e de alimentação em água quente com detergente; os biberões e as tetinas devem ser lavados com água corrente quente e serem esfregados com escovilhões no interior e exterior, de modo a assegurar que não ficam resíduos de leite¹¹⁸; as tetinas podem ser lavadas em água quente com sabão e enxaguar abundantemente para remover os vestígios de sabão/detergente. Os biberões de vidro não necessitam de ser fervidos; podem ser colocados na máquina de lavar loiça que usa água e ciclo de secagem quente (CDC, 2020) ou podem ser lavados com água quente e sabão/detergente e enxaguar abundantemente.
- b) Esterilização: Se utilizar um esterilizador comercial doméstico deve-se seguir as instruções do fabricante. Os utensílios podem também ser esterilizados pela fervura (WHO, 2007): encher uma panela grande com água e submergir completamente todos os utensílios previamente lavados, certificando-se que não há ar no interior dos utensílios; cobrir a panela com uma tampa e ferver durante 5 minutos (CDC, 2020; WHO, 2007).
- c) As mãos devem ser lavadas cuidadosamente com água e sabão antes de retirar os utensílios do esterilizador ou da panela ou da máquina de lavar. Recomenda-se o uso de pinças para manipular os utensílios esterilizados. Se, ao retirar, os itens não estiverem completamente secos, colocá-los sobre um pano ou papel de cozinha limpo para secarem completamente (não usar um pano para esfregar ou secar, pois isso pode transferir germes). Se os utensílios não forem utilizados imediatamente, devem ser tapados (os biberões podem ser totalmente montados para prevenir a contaminação do interior).

¹¹⁸ O material utilizado na preparação dos biberões/porções tem estado na origem de surtos de toxinfecção alimentar provocada por *E. sakazakii*. A *E. sakazakii* encontra-se disseminada no meio ambiente e já foi demonstrado que tem a capacidade de aderir e de se desenvolver (a partir de “biofilmes”) nas superfícies habitualmente utilizadas no material de preparação e de alimentação, tais como, látex, silicone e aço inoxidável. Deste modo, é importante que todos os utensílios de preparação e de alimentação de recém-nascidos/lactentes (por exemplo, biberões, copos de alimentação e tetinas) tenham sido rigorosamente lavados e esterilizados antes de utilizar, uma vez que a formação de biofilmes neste tipo de utensílios pode constituir reservatórios de agentes infecciosos que podem contaminar continuamente os biberões/porções (Iversen, Lane & Forsythe, 2004; WHO, 2007).

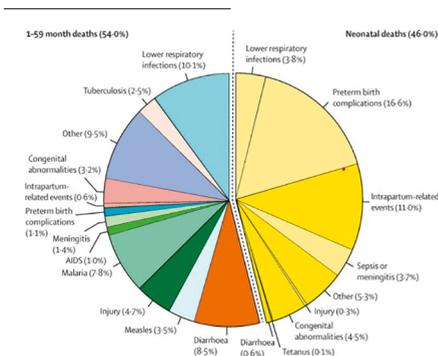
4. COMPETÊNCIA PARENTAL: SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO

A competência parental: assegurar a segurança do recém-nascido pode ser definida como o conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades da mãe e do pai centrados na criação de um ambiente seguro, minimizando riscos e perigos, enquanto atendem às necessidades do recém-nascido (Cardoso, 2014). Proporcionar um ambiente seguro, dentro e fora de casa, é uma parte importante dos cuidados com o recém-nascido. E compete a quem cuida do recém-nascido, habitualmente a mãe e o pai, a responsabilidade pela segurança. De acordo com estudos recentes, a taxa de morte por lesões durante o período de recém-nascido é de 0,3% (Perin J, Mulick, Yeung D et al., 2021)¹¹⁹. Assim, ainda durante a gravidez recomenda-se a avaliação dos conhecimentos sobre as medidas de segurança a adotar, direta ou indiretamente, nos cuidados prestados ao recém-nascido (Das et al., 2021; Lipke et al., 2018; Ainsworth et al., 2017; Ablewhite et al., 2015).

4.1. Conhecimento sobre medidas de segurança do recém-nascido

A saúde de um recém-nascido guarda relação com a sua segurança. Melhorar o conhecimento da mãe e do pai sobre como promover a segurança, ainda durante a gravidez, aumenta a sensibilidade para os comportamentos que mantenham o recém-nascido num ambiente e condições seguros.

A avaliação do conhecimento sobre as medidas da segurança poderá ser contextualizada e abordada em cada competência parental específica (por exemplo, ao abordar os conteúdos relacionados com a competência parental: assegurar a higiene do recém-nascido, os aspetos relacionados com a segurança são abordados naturalmente). Para perceber o nível de preparação da mãe e do pai para garantirem a segurança do recém-nascido, importa considerar uma abordagem que seja significativa e os critérios de diagnóstico (Tabela 20).



¹¹⁹ Global causes of under-5 deaths in 2019

Fonte: Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. *Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. The Lancet Child and Adolescent Health. 2021.* (disponível em <https://newbornfieldguide.com/en/chapters/2/2-newborn-health-epidemiology/>).

Tabela 20. Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

	Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
DURANTE O TRANSPORTE	Imagine(m) que vai/ vão instalar a cadeira no carro. Como faria(m) para manter a cadeira segura? [Em que banco do carro colocaria a cadeira de transporte? O recém-nascido viaja mais seguro em que sentido em relação à da marcha do carro?].	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido deve viajar no banco de trás (exceção carro de 2 lugares – a cadeira deve ser colocada num lugar sem <i>airbag</i> frontal). • A cadeira deve ser instalada no carro, fixa por: sistema comum, autofix ou ISOFIX. • A cadeira deve ser colocada no sentido contrário ao sentido da marcha. • Durante a viagem a capota da cadeira deve estar para cima, para, em caso de acidente, proteger de possíveis estilhaços ou objetos que estejam no carro.
	E como colocariam o recém-nascido na cadeira? (usar um modelo de cadeira e de recém-nascido).	(A) Demonstra/ refere: <ul style="list-style-type: none"> • Usar os cintos do dispositivo ajustados de modo que a folga entre o cinto e os ombros do recém-nascido não seja superior a um dedo. • Posicionar o recém-nascido semi-reclinado.
	Para passear com o recém-nascido existem alguns equipamentos para que o possa(m) fazer de forma segura. O carrinho de passeio pode ser uma hipótese. Imagine que agora iria passear com o recém-nascido, como manteria a sua segurança e conforto? Que aspetos teria em conta no sentido de reter bem o recém-nascido?].	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Travar sempre que desejar parar – travões de fácil acesso. • Usar sempre o cinto de segurança no recém-nascido. • Não pendurar objetos no guiador.
	Pretende(m) transportar o recém-nascido na mochila porta-bebé (marsúpio), que cuidados poderiam adotar para manter o recém-nascido seguro e confortável?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • O dispositivo oferece um bom suporte para a cabeça. • A cara do recém-nascido visível para a pessoa que transporta (nariz e a boca desobstruídos). • O queixo do recém-nascido não toca no tórax, sendo recomendado pelo menos um dedo de distância. • Deve ser possível beijar a cabeça do recém-nascido. • As pernas do recém-nascido formam um “M”.
	O <i>sling</i> e o pano são dispositivos de transporte do recém-nascido ao colo que podem ser utilizadas. Referiu que pretende transportar o recém-nascido no pano/ <i>sling</i> , que cuidados poderiam adotar para manter o recém-nascido seguro e confortável?	(B) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a usar antes de usar pela primeira vez. • O dispositivo oferece um bom suporte para a cabeça. • A cara do recém-nascido visível para a pessoa que transporta (nariz e a boca desobstruídos). • O queixo do recém-nascido não toca no tórax, sendo recomendado pelo menos um dedo de distância. • Deve ser possível beijar a cabeça do recém-nascido. • Costas do recém-nascido apoiadas (em forma de C). • Não sobreaquecer o recém-nascido, evitando camadas excessivas de roupa e atender à temperatura ambiente. (C) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar atividades que possam pôr em risco a segurança de ambos. • Refere escolher calçado confortável e antiderrapante.

DURANTE O SONO	Existem algumas medidas que permitem garantir a segurança do recém-nascido na hora de dormir. Tem/têm ideia de quais são essas medidas?	<p>(D) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deitar em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada. • Temperatura ambiente entre 16 e 21°C. • Ambientes livres de fumo. • Não dormir na mesma cama (<i>bedsharing</i>).
	Como estão a fazer em relação ao lugar onde o bebé vai dormir nos primeiros tempos – no quarto dele ou no vosso quarto? Imaginando que o recém-nascido adormece na sua/vossa cama, o que fariam?	<p>(B) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roupa da cama ao nível do tronco. • Não usar almofada. • Não colocar brinquedos ou objetos que possam cobrir a face do recém-nascido. • O colchão não deverá ter elevação na parte superior sob o risco de contribuir para o posicionamento incorreto do recém-nascido. • Posicionar o recém-nascido na parte inferior do berço poderá evitar o deslizamento para debaixo da roupa da cama. • Não permitir que o recém-nascido durma em dispositivos onde o posicionamento não é horizontal e plano (exemplo, dispositivos de transporte ou outros).
	Após alimentação o recém-nascido apresentará tendência para adormecer. Que medidas poderá(ão) adotar de forma a aumentar a segurança nestes períodos de sono após a refeição?	<p>(D) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir no mesmo quarto. • Se adormecer na cama: passa para o berço ou garante que há uma limitação no espaço onde está o recém-nascido, sem almofadas ou roupa da cama, afastado do corpo do adulto (preferencialmente apenas um enquanto estiver o recém-nascido); tem um dispositivo próprio para o recém-nascido dormir na cama deles.
DURANTE O BANHO	A temperatura da água do banho é essencial para tornar o momento agradável para o recém-nascido. Se tivessem de preparar a água do banho neste momento, como o fariam – colocariam primeiro a fria ou a água quente – e como testariam a temperatura da água?	<p>(E) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a eructação antes de o deitar.
	Imagine que teria de colocar o recém-nascido na banheira, como o faria (demonstrar no modelo)? E para lhe lavar as costas, como faria? (usa modelo para demonstrar)	<p>(F) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar primeiro a água fria e, só depois, colocar a água quente até 37°C, testando com termómetro (ou, em alternativa, com a parte interna do punho).
	No local escolhido para a higiene do recém-nascido há algum local para acomodação de material?	<p>(G) Demonstra/refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipula o recém-nascido na banheira (não deixar o rosto submerso; manter o recém-nascido seguro junto à axila; manter o pescoço apoiado; manter as vias aéreas permeáveis). <p>(C) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter no quarto/local escolhido para a prestação de cuidados ao recém-nascido um móvel/local com possibilidade de acomodação do material minimizando a possibilidade de ausência em caso de esquecimento de algum utensílio. • Reunir o material necessário antes de iniciar procedimentos como para a mudança de fralda, mudança de roupa e/ou cuidados de higiene. • Quando possível, ter uma outra pessoa para dar apoio.

DURANTE A MANIPULAÇÃO	<p>Um recém-nascido não é capaz de segurar a cabeça, porque é pesada e porque os músculos do pescoço ainda não têm a tonicidade necessária para suportar a cabeça. Assim, para o manipular (segurar no colo, deitar, etc.) é necessário adotar medidas de segurança. Imagine que, por exemplo, retirava o recém-nascido do berço/deitava o recém-nascido/segurava ao colo, como o faria? (demonstrar no modelo) E para vestir? Como faria? Há situações em que por brincadeira ou irritação, há pessoas que fazem movimentos excessivos com o recém-nascido. Tem ideia de quais são esses movimentos?</p>	<p>(H) Demonstra/refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segura na cabeça nos diversos movimentos de manipulação do modelo/refere que necessita de suportar a cabeça mantendo uma das mãos (ou outro apoio) na cabeça. • Para vestir os braços, procura inserir primeiro as mãos com delicadeza. • Sacudir o recém-nascido, de forma que a cabeça abana da frente para trás com força.
DURANTE O PASSEIO	<p>Quando sair com o recém-nascido à rua, que cuidados deverá(ão) ter de forma de evitar a exposição ao sol?</p>	<p>(F) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que não deve ser aplicado protetor solar na pele • Que a roupa deve cobrir a pele do recém-nascido em caso de exposição solar. • Evitar a exposição solar direta. • Evitar sair de casa nas horas de maior calor (10-16h).
DURANTE A INTERAÇÃO COM ANIMAL	<p>[Se crianças pequenas ou animais de estimação que irão conviver com o recém-nascido] Nos períodos de convívio que cuidados poderá(ão) ter?</p>	<p>(I) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido não deverá permanecer no colo de outras crianças sem supervisão de um adulto. • O recém-nascido não deverá ficar na presença de animais de estimação, sem supervisão de um adulto.
DURANTE A ESTIMULAÇÃO	<p>Está(ão) a pensar adquirir brinquedos como parte integrante do enxoval do recém-nascido? Que critérios deverão ter na vossa escolha?</p>	<p>(J) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que os brinquedos deverão ser adequados à idade do recém-nascido e ter certificação CE. • Não deverão ter pequenas peças/partes facilmente amovíveis, pelos compridos, fitas, laços que poderão separar-se e entrar na boca.
	<p>Muitos brinquedos desenvolvidos para recém-nascidos têm emissão sonora. Que critérios podem tornar a utilização destes elementos mais segura?</p>	<p>(J) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A importância de o brinquedo cumprir o limite sonoro de 85 decibéis. • Manter o brinquedo afastado no recém-nascido no caso de exposição sonora prolongada.
	<p>Pensa(m) colocar um móvel sobre o berço do recém-nascido? Que cuidados deverão ter na sua colocação?</p>	<p>(J) Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A importância do ajuste adequado no teto/berço para não cair sobre o recém-nascido.
DURANTE A ALIMENTAÇÃO	<p>Pensando que precisamos de oferecer leite ao recém-nascido por biberão, de que forma poderemos garantir que a temperatura do leite está apropriada?</p>	<p>(F) Refere:</p> <p>verificar a temperatura de qualquer líquido que entre em contacto ou seja ingerido pelo recém-nascido (temperatura máxima 36,5 a 37°C).</p>
	<p>Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)</p>	<p>Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.</p>

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 21).

Tabela 21. Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica/resultado	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido	Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por acidente rodoviário
Se não refere B e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: asfixia
Se não refere C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: quedas
Se não refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita
Se não refere E e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: aspiração
Se não refere F e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras
Se não refere G e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: afogamento
Se não refere H e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por manipulação inadequada
Se não refere I e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por animal doméstico
Se não refere J e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por brinquedos
Se refere A, B, C, D, E, F, G, H, L, M, L, J,	Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

4.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria no garantir a segurança do recém-nascido

O recém-nascido depende totalmente de quem cuida dele. Considerando os riscos potenciais associados à condução e aos imprevistos que podem ocorrer na estrada, é imperativo que as mães e os pais estejam bem informados e preparados.

4.1.1.1. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por acidente rodoviário

Os recém-nascidos são particularmente vulneráveis em situações de acidentes rodoviários devido à sua fragilidade física e ao desenvolvimento do sistema musculoesquelético e neurológico. Para garantir a segurança de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer os benefícios de transportar o recém-nascido no automóvel com SRI (Sistemas de Retenção Infantil).
- Implementar medidas de segurança no uso da cadeira de transporte no automóvel.
- Implementar medidas de segurança no uso carrinho de passeio.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar benefícios do uso de sistemas de retenção infantil: Os sistemas de retenção infantil (SRI) são essenciais para proteger as crianças em caso de acidente rodoviário. Diversos estudos têm confirmado a eficácia destes dispositivos em prevenir lesões e reduzir a gravidade dos traumas quando usados corretamente¹²⁰. Dos benefícios descritos na literatura, destacam-se:

- Redução de mortalidade: os sistemas de retenção infantil podem diminuir significativamente o risco de morte em acidentes rodoviários. Um estudo realizado em 2017, por exemplo, indicou que o uso adequado destes dispositivos reduz em cerca de 71% a probabilidade de morte para recém-nascidos.
- Diminuição de lesões graves: além de reduzir o risco de morte, os SRI também minimizam a ocorrência e a gravidade de lesões. Estudos têm mostrado uma redução de até 67% no risco de lesões graves em acidentes rodoviários quando os SRI são usados corretamente.
- Prevenção de ejeção do veículo: uma das principais causas de lesões graves e mortes em acidentes rodoviários é a ejeção do veículo. A utilização de SRI diminui consideravelmente esta possibilidade.
- Proteção em impactos laterais: ainda que muitos acidentes rodoviários ocorram de frente ou traseira, os impactos laterais são particularmente perigosos para crianças. Os SRI, especialmente os que possuem proteção lateral, oferecem uma barreira de segurança adicional nestas situações.

2) Explicar em que sentido se deve colocar a cadeira: Devido às características dos recém-nascidos (cabeça grande e pesada e pescoço frágil) a cadeira deverá ser colocada no sentido contrário ao da marcha. Por lei, é obrigatório colocar a cadeira no sentido contrário à marcha até aos 15 meses de idade (Decreto-Lei n.º 72/2013, de 3 setembro, art.º 55.º do Código da Estrada)¹²¹. A justificação para esta medida incluiu duas dimensões:

- Anatomia e fisiologia do recém-nascido:
 - ◆ A cabeça de um recém-nascido é proporcionalmente maior em relação ao corpo do que em adultos, tornando-a mais pesada em comparação com o restante corpo.
 - ◆ O pescoço ainda não tem a força muscular desenvolvida para suportar a cabeça com eficácia, especialmente em movimentos bruscos.
 - ◆ A coluna vertebral está em desenvolvimento. As vértebras, que protegem a medula espinhal, ainda não estão completamente formadas e fundidas.
- Dinâmica de um acidente:
 - ◆ Em caso de um impacto frontal (que é o tipo mais comum de acidente), se o recém-nascido estiver no sentido da marcha, a força do impacto empurrará o corpo do recém-nascido contra o cinto de segurança, enquanto a cabeça, devido ao seu peso proporcionalmente maior, será projetada para a frente. Isso coloca uma intensa tensão no pescoço e na coluna vertebral, aumentando o risco de lesões graves ou fatais.

¹²⁰ Está preconizado pela legislação que todas as crianças com idade inferior a 12 anos e altura inferior a 135 cm devem ser transportadas em sistemas de retenção infantil (APSI, 2021). O incumprimento destas medidas é punível por lei.

¹²¹ Esta posição pode ser mantida até aos 3/4 anos pois é mais segura em caso de acidente. Estudos indicam que crianças que viajam no sentido contrário ao da marcha têm um risco significativamente menor de lesões em acidentes rodoviários. Algumas estatísticas sugerem que esta posição pode ser até cinco vezes mais segura para crianças com menos de um ano de idade. Muitas organizações de segurança rodoviária e pediátrica recomendam que as crianças viajem no sentido contrário ao da marcha pelo maior tempo possível.

- ◆ Se a cadeira estiver instalada no sentido contrário ao da marcha, em caso de impacto frontal, o corpo e a cabeça do recém-nascido serão empurrados de maneira uniforme contra o encosto da cadeira. Isso distribui a força do impacto ao longo de todo o corpo e não apenas no pescoço ou na cabeça.

3) Explicar critérios para decidir em que banco do automóvel a cadeira deve ser instalada: O recém-nascido deve ser transportada no banco traseiro do carro. Só se o carro for comercial (2 lugares dianteiros) em que não há outra opção. Se o recém-nascido é transportada no banco dianteiro com *airbag* desligado, os concessionários e as seguradoras não assumem a responsabilidade em caso de acidente. No banco traseiro, existem três possibilidades de escolha:

- Banco central, pode ser usado possui sistema de retenção ISOFIX:
 - ◆ Vantagens:
 - Menor risco em colisões laterais: A posição central é o local mais afastado das portas, por isso, em caso de uma colisão lateral, o impacto direto é menos provável que afete o recém-nascido.
 - Menor exposição a *airbags* laterais: No caso de carros que possuem *airbags* laterais, o recém-nascido estará menos exposto ao risco de lesões que podem ser causadas pela sua ativação se estiver posicionado no centro.
 - Distribuição do impacto: Em caso de colisão, a posição central distribui o impacto mais uniformemente ao longo do veículo, diminuindo potencialmente a força direta que afeta a cadeira do recém-nascido.
 - ◆ Desvantagens:
 - Acesso dificultado: Colocar e retirar o recém-nascido da posição central pode ser mais complicado do que das posições laterais, principalmente em carros mais pequenos.
 - Visualização: Dependendo do veículo e da cadeira, pode ser mais difícil para o condutor verificar o bem-estar do recém-nascido através do espelho retrovisor.
- Banco esquerdo ou direito:
 - ◆ Vantagens:
 - Acesso facilitado: É geralmente mais fácil colocar e retirar o recém-nascido de uma posição lateral.
 - Visualização: O condutor ou passageiro da frente pode ter uma visão mais clara do recém-nascido, especialmente se usar espelhos retrovisores.
 - ◆ Desvantagens:
 - Risco em colisões laterais: Estas posições estão mais próximas das portas, por isso, em caso de colisão lateral, o risco de impacto direto é maior.
 - Exposição a *airbags* laterais: se o veículo estiver equipado com *airbags* laterais, existe o risco potencial de lesão se estes forem ativados numa colisão. É crucial garantir que a cadeira está instalada corretamente e a uma distância segura.

- ◆ Lado do passeio: colocar a cadeira no banco traseiro do lado direito pode ser benéfico ao retirar e colocar o recém-nascido no carro a partir do passeio, reduzindo o risco de acidentes com outros veículos em movimento. Se instalar no banco lateral atrás do condutor (lado esquerdo), na maioria das vezes, o recém-nascido já não sai pelo lado do passeio, sendo, por isso, menos seguro (APSI, 2021).
- Se existirem outras crianças, a configuração ideal para os sistemas de retenção infantil (como cadeirinhas e assentos de elevação) pode tornar-se um pouco mais complexa. As decisões sobre onde posicionar cada criança dependerão da idade, tamanho e necessidades específicas de segurança de cada uma. Os critérios a considerar são:
 - ◆ Dar prioridade ao mais vulnerável: O recém-nascido é, geralmente, o passageiro mais vulnerável no carro devido ao seu tamanho e ao desenvolvimento físico ainda em progresso. Se possível, a posição central do banco traseiro continua a ser a mais segura, e deve ser reservada para o recém-nascido.
 - ◆ Idade e tipo de sistema de retenção: Crianças mais pequenas, que ainda precisam de cadeirinhas voltadas para trás, devem ser colocadas nos outros assentos traseiros; crianças maiores, que já utilizam assentos de elevação ou cintos de segurança regulares, podem ser acomodadas no banco da frente, se tiverem idade e altura conforme legislação em vigor. No entanto, o banco traseiro é sempre mais seguro.

4) Explicar medidas de segurança a adotar em cada viagem: Os primeiros meses de vida são cruciais, e o corpo vulnerável do recém-nascido necessita de proteção adicional, especialmente durante a viagem. Garantir que o recém-nascido está devidamente protegido durante cada viagem não é apenas uma medida preventiva, mas um compromisso essencial para com o seu bem-estar e segurança. Logo no regresso a casa pós-parto, o recém-nascido corre risco de um acidente rodoviário. Um acidente rodoviário depende do condutor, do carro, das condições da estrada e climáticas, dos outros condutores, de como o recém-nascido está posicionado na cadeira etc. Por isso, importa considerar:

- Verificação da inclinação: A cadeira-auto deve estar inclinada no ângulo correto (geralmente entre 30 e 45°) para evitar que a cabeça do recém-nascido caia para a frente, o que pode dificultar a respiração.
- Vestuário: Vestir o recém-nascido com roupas adequadas, sem serem demasiado quentes. Casacos volumosos ou roupas muito acolchoadas podem impedir que os cintos da cadeirinha se ajustem corretamente; se necessário, colocar um cobertor após ajustar os cintos.
- Acessórios e brinquedos: Evitar pendurar objetos pesados ou brinquedos na cadeira-auto, pois podem tornar-se projéteis em caso de acidente.
- Vigilância: Se possível, é recomendável que outro adulto viaje no banco traseiro ao lado do recém-nascido; existem espelhos especiais que podem ser fixados para que o condutor possa ver o recém-nascido através do espelho retrovisor. A cabeça do recém-nascido deve estar sempre bem apoiada para evitar que caia para a frente, comprometendo as vias respiratórias.
- Pausas frequentes: Se a viagem for longa, fazer pausas regulares para verificar o recém-nascido, alimentá-lo, trocar a fralda, aliviar a posição e dar-lhe algum conforto.
- Nunca deixar o recém-nascido sozinho no carro: Mesmo que seja por um curto período, a temperatura no interior do carro pode subir rapidamente, pondo o recém-nascido em risco.

- Ambiente no carro: Garantir que o carro está numa temperatura agradável e considerar usar cortinas solares nas janelas para proteger o recém-nascido da exposição direta ao sol. Evite deixar o carro ao sol antes de colocar o bebê.
- Condução responsável.

4.1.1.2. Ensinar sobre medidas de segurança: asfixia

A asfixia é uma das principais causas de mortalidade infantil. Considerando o período perinatal, afeta aproximadamente 1-4/1000 recém-nascidos de termo, sendo a causa mais grave de todas as lesões neurológicas adquiridas. Asfixia refere-se a uma condição na qual ocorre uma insuficiência na troca de gases no corpo, resultando em falta de oxigênio e acumulação de dióxido de carbono. A asfixia pode ser causada por qualquer obstrução ou disfunção que impede a entrada de oxigênio nas vias respiratórias ou nos pulmões, ou a sua absorção no sangue. Para garantir a segurança de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas de proteção em relação à asfixia durante o uso da cadeira-auto.
- Adotar medidas de proteção em relação à asfixia durante o uso de dispositivos de transporte ao colo.
- Adotar medidas de proteção em relação à asfixia durante o sono.
- Adotar medidas gerais de proteção da respiração.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar medidas de segurança a adotar para prevenir a asfixia posicional no transporte na cadeira-auto: Quando os cintos da cadeira-auto estão largos, a cabeça do recém-nascido pode descair, levando a asfixia (Hoffman, Gallardo & Carlson, 2016; Batra, Midgett & Moon, 2015)¹²². Em média, um recém-nascido passa 5,7 horas por dia na cadeira-auto ou dispositivo semelhante, o que pode causar plagiocefalia posicional. Um bebê com menos de quatro meses tem um controlo deficiente da cabeça na posição sentada, a cabeça pode cair para frente e causar asfixia posicional (obstrução das vias aéreas superiores e dífice na oxigenação). Por isso, importa transferir o recém-nascido para uma superfície plana e segura (um berço ou cama) logo que possível (American Academy of Pediatrics, 2016). As cadeiras-auto não são concebidas para um sono seguro ou para momentos de vigília não supervisionados. Todas as cadeiras-auto destinadas a recém-nascidos devem ser instaladas viradas para trás, num ângulo de 45 graus e bem fixas. Certificar-se de que o queixo do recém-nascido está sempre levantado.

2) Explicar medidas de segurança no uso de dispositivos de transporte ao colo: as medidas de segurança a considerar são:

- Cabeça do recém-nascido deve estar à altura de um beijo e a coluna numa posição natural.
- Certificar-se de que as vias respiratórias estão desobstruídas e que o queixo não está encostado ao peito do recém-nascido.
- Evitar o sobreaquecimento, sem vestir camadas excessivas de roupa e considerar a temperatura ambiente.

¹²² Um estudo descobriu que, de 47 mortes devido a asfixia posicional, 31 (66%) ocorreram em cadeiras auto e cinco (11%) em *slings*. Os restantes casos ocorreram em baloiços, espreguiçadeiras e carrinhos de bebê (Batra, Midgett & Moon, 2015).

3) Explicar medidas de segurança durante a hora de dormir: as medidas de segurança a considerar são:

- O colchão deve ser novo, plano, firme e não deformável. Não deverá ter elevação na parte superior (a elevação da parte superior do berço é uma medida inefetiva e não recomendada na prevenção do refluxo gastroesofágico e pode contribuir para o posicionamento inadequado do recém-nascido predispondo-o a risco de asfixia na hora de dormir) (American Academy of Pediatrics, 2016; American Academy of Pediatrics, 2022);
- Não deverão existir folgas entre o colchão e cama e que a roupa da cama deve ser, tanto quanto possível ajustável ao colchão.
- Durante os primeiros meses de vida não há necessidade de utilização de almofada.
- O berço deverá estar livre de objetos ou brinquedos que possam acidentalmente cobrir a face do recém-nascido (American Academy of Pediatrics, 2016).
- A roupa da cama deverá estar ao nível do tronco e os membros superiores deverão estar por cima da roupa de forma a evitar o deslocamento da roupa da cama para cima da face do recém-nascido (American Academy of Pediatrics, 2016).

4) Explicar medidas de segurança gerais de proteção da respiração: Nas atividades do dia a dia importa ainda adotar medidas que facilitem a respiração do recém-nascido, nomeadamente:

- Se usar chupeta, certificar-se de que a parte circular que fica de fora da boca, tenha pelo menos 4 cm de diâmetro, com pelo menos dois orifícios de ventilação para permitir a circulação do ar e prevenir o vácuo.
- Se tiver um animal doméstico, assegurar que o local onde o recém-nascido dorme é inacessível ao animal. Isto evita que o animal possa, acidentalmente, deitar-se em cima ao recém-nascido.
- Estar presente nas interações entre o recém-nascido e outras crianças, principalmente crianças com idade inferior a 5 anos, pois podem tentar introduzir objetos na boca do recém-nascido ou tapá-lo com algum objeto.

4.1.1.3. Ensinar sobre medidas de segurança: quedas

A prevenção de quedas é vital para garantir a segurança dos recém-nascidos, dada a fragilidade e a imaturidade do sistema musculoesquelético¹²³. Para garantir a segurança de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas de segurança que previnam a queda durante os cuidados de higiene.
- Adotar medidas de segurança que previnam a queda durante o transporte ao colo.

¹²³ O estudo desenvolvido por Warrington, Wright e ALSPAC Study Team (2001) recolheu dados através de questionários. Aos 6 meses de idade, foi pedido às mães e aos pais que descrevessem qualquer acidente ocorrido desde o nascimento. O tipo de queda, a distância da queda, a lesão resultante e a ajuda que procuraram. As queimaduras foram codificadas de forma semelhante. Obtiveram-se um total de 11 466 respostas. Em 2554 crianças, 3357 quedas foram relatadas; 53% caíram de camas ou sofás e 12% caíram dos braços ou enquanto eram transportadas. Apenas 14% relataram lesão visível, dos quais 56% foram contusões; 97% das lesões especificadas envolveram a cabeça. Apenas 21 quedas (<1%) resultaram em concussão ou fratura. A queimadura ocorreu em 172 casos (1,5%). As principais causas de queimadura foram devido a bebidas quentes e água, com queimaduras de contacto causadas por radiadores, fogões e alimentos quentes. Os autores concluíram que as quedas em bebés são comuns, enquanto as queimaduras são raras. Lesões provenientes de quedas são infrequentes, predominantemente triviais e quase inteiramente confinadas à cabeça. Quedas de camas e sofás não resultaram em fraturas cranianas. Lesões graves foram o resultado de acidentes complexos.

- Adotar medidas de segurança que previnam a queda durante o transporte no carrinho de passeio.
- Adotar medidas de segurança que previnam a queda durante o sono.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar medidas de segurança durante a higiene: Sem as devidas precauções, mesmo tarefas aparentemente simples podem apresentar riscos. As medidas de segurança a considerar são:

- Não deixar o recém-nascido sem supervisão em superfícies elevadas, como por exemplo fraldário, mesmo que considere que não se pode movimentar.
- Se usar uma banheira transportável, colocá-la numa superfície estável; se existirem crianças pequenas (idade inferior a 5 anos ou animais domésticos, ter em atenção a possíveis movimentos bruscos que podem derrubar a banheira ou os materiais/roupas/produtos).
- Dispor o material para o banho de forma que fique facilmente acessível.
- Escolher produtos de higiene com fácil utilização (exemplo, fácil extração do produto apenas com uma mão).
- Preparar a toalha para secar o recém-nascido numa posição segura (superfície estável).
- Manipular o recém-nascido segurando de forma firme a região axilar com o seu indicador e o polegar, dando suporte à cabeça e pescoço com o antebraço do membro não dominante e realizando as restantes tarefas do cuidado com o membro livre.
- Evitar distrações (por exemplo, atender o telefone) enquanto presta os cuidados.

2) Explicar medidas de segurança durante o transporte ao colo: Ao transportar um recém-nascido ao colo, os riscos, embora mínimos, existem e é fundamental estar ciente das melhores práticas para minimizar potenciais perigos. As medidas de segurança a considerar são:

- Calçar sapatos práticos, confortáveis e antiderrapantes.
- Ter em atenção à escolha dos percursos/obstáculos. Mantenha o chão livre de objetos que possam causar tropeções (por exemplo, tapetes escorregadios ou com franjas).
- Evitar transportar sacos ou malas pesadas para não interferir com o equilíbrio.
- Com o recém-nascido ao colo:
 - ◆ Evitar movimentos bruscos que podem provocar lesões no pescoço, coluna e cabeça.
 - ◆ Ao movimentar-se pela casa, ter noção do espaço à volta para evitar tropeçar em objetos ou colidir com os móveis.
- Certificar que qualquer adulto que pegue no recém-nascido, sabe como segurar e movimentar o recém-nascido corretamente (isto é particularmente importante para avós ou outros adultos que possam não estar habituados a lidar com bebês).
- Se criança mais velhas, instruir sobre como segurar e movimentar o recém-nascido corretamente.

3) Explicar medidas de segurança durante o transporte no carrinho de passeio: O carrinho de passeio é um recurso indispensável para muitas mães e pais, facilitando a mobilidade e proporcionando um local seguro para o recém-nascido durante os passeios. Contudo, mesmo sendo desenhados para a segurança e conforto, é imperativo ter em atenção determinadas medidas de precaução para evitar acidentes ou situações inesperadas. As medidas de segurança a considerar são:

- Evitar pendurar sacos pesados no guidador, pelo que deve usar-se o cesto que normalmente os carrinhos de passeio têm debaixo do assento.
- Acionar os travões sempre que o carrinho esteja parado.
- Apertar os cintos colocado antes de iniciar a marcha e verificar que não há espaço para mais do que um ou dois dedos entre o cinto e o recém-nascido, de forma a evitar movimentos repentinos, para a frente e para os lados, evitando que o recém-nascido escorregue por baixo da barra frontal de segurança.

4) Explicar medidas de segurança durante o sono: O sono é uma parte fundamental da rotina de um recém-nascido, sendo crucial para o seu desenvolvimento. Contudo, é durante este período de descanso que muitos riscos podem surgir se determinadas medidas de segurança não forem devidamente consideradas. As medidas de segurança a considerar são:

- Berço/cama de grades que cumpram os limites de estabelecidos como seguros (mínimo de 6 cm entre as grades laterais e 60 cm de altura) e possua um gradeamento lateral móvel e com fecho de segurança (APSI, 2021).
- Se usar uma alfofa, não a colocar sobre uma superfície instável ou de fácil acesso a crianças e/ou animais.

5) Explicar medidas de segurança gerais para a prevenção da queda: A vulnerabilidade e a fragilidade do recém-nascido fazem com que as quedas, mesmo as menores, resultem em consequências significativas. Assim, as medidas de segurança a considerar são:

- Sempre que tiver de se afastar do recém-nascido, colocá-lo em um local seguro, como um berço.
- O recém-nascido não deverá permanecer sobre uma superfície elevada sem supervisão, nomeadamente durante a troca de fralda e/ou mudança de roupa.
- A disposição do material deve ser prévia ao início do cuidado e este deverá estar, de preferência, junto do local, facilitando assim a tarefa e minimizando a necessidade de se ausentar por falta do material necessário.
- O recém-nascido não deverá permanecer no colo de outras crianças nem presença de animais de estimação sem supervisão de um adulto.

4.1.1.4. Ensinar sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita¹²⁴

Em Portugal, os dados apontam para cerca de 0,1 a 0,2 casos de mortes por síndrome de morte súbita por cada mil nascimentos. Os fatores de risco intrínsecos a considerar são ser um recém-nascido vulnerável (nomeadamente o sexo masculino e exposição durante a gravidez a tabaco e álcool) e como fatores de risco externos, as posições inadequadas ao dormir e o sobreaquecimento¹²⁵. Para garantir a segurança de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas de segurança na hora de dormir.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar posição para dormir: Ao longo dos anos, as recomendações sobre a posição ideal para dormir têm evoluído. Escolher a posição correta não só garante um sono tranquilo para o recém-nascido, mas também pode reduzir significativamente o risco de complicações, incluindo a síndrome de morte súbita. Assim, a recomendação é colocar o recém-nascido para dormir em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada¹²⁶, seja de dia ou de noite (American Academy of Pediatrics, 2016). Não existe contraindi-

¹²⁴ O termo síndrome da morte súbita infantil (SMSL) foi proposto pela primeira vez em 1969, a fim de chamar a atenção para um subgrupo de recém-nascidos com características clínicas semelhantes, cujas mortes ocorreram inesperadamente no período pós-natal (Duncan & Byard, 2018). Hoje, a definição de SMSL refere-se à morte em uma criança aparentemente saudável com menos de 1 ano de idade, cuja morte permanece inexplicada após uma investigação completa do caso, incluindo uma autópsia completa, revisão do histórico clínico e investigação da cena da morte (Duncan & Byard, 2018). É uma situação que está tipicamente associada a um período de sono com a morte presumivelmente ocorrida durante o próprio sono ou na transição entre o sono e a vigília. Trachtenberg et al. (2012) identificaram fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos apontados pelos autores foram: 1) Sexo masculino. 2) Prematuridade. 3) Baixo peso ao nascer. 4) Polimorfismo genético. 5) Exposição ao fumo. Os fatores de risco extrínsecos identificados foram:

Posição para dormir: a posição, especialmente a posição em decúbito ventral para dormir, acrescenta estresse fisiológico adicional aos sistemas cardiorrespiratórios, é o fator de risco ambiental ou “extrínseco” mais significativo para SMSL. De facto, estima-se que dormir em decúbito ventral (quer o recém-nascido seja colocado nesta posição, quer se mova para esta posição durante o sono) aumente o risco de SMSL em até 14 vezes (Mitchell et al., 2012). A posição lateral aumenta também o risco de SMSL, sendo que alguns estudos relatam que esse risco é semelhante ao da posição ventral (Duncan & Byard, 2018).

Partilhar a mesma superfície para dormir: os estudos apontam para um aumento de 12% a 50% no número de SMSL / mortes inesperadas quando há partilha da mesma superfície para dormir. Esses dados apoiam o argumento de que compartilhar uma superfície para dormir, principalmente camas e sofás, aumenta o risco de morte infantil devido ao risco de deslizar para cima do recém-nascido, sufocação ou sobreaquecimento. No entanto, partilhar as mesmas superfícies para dormir com um recém-nascido não é um fenómeno específico dos tempos modernos e continua a ser uma prática comum em muitas comunidades em todo o mundo, sem um aumento associado de SMSL/morte infantil (Schluter, Paterson & Percival, 2007). Assim, pode-se argumentar que práticas contemporâneas, em particular o uso de camas com superfícies mais moles, podem aumentar o risco. Em contrapartida, partilhar uma superfície para dormir facilita a amamentação, sendo que esta parece reduzir o risco de SMSL (Huang et al., 2013). Portanto, são necessários mais estudos nesta área para entender completamente a razão da existência das diferenças nos estudos. Embora a partilha da cama aumente o risco de SMSL/morte infantil, as recomendações de sono seguro defendem que os recém-nascidos durmam no mesmo quarto, pois isso diminui o risco. Não há aumento no risco de SMSL para recém-nascidos que dormem na cama com um cuidador acordado (Duncan & Byard, 2018).

Roupa de cama e superfícies inadequadas para dormir: as superfícies de dormir, e em particular as camas com colchão mole, também contribuem para o risco de SMSL/morte infantil inesperada, independentemente da posição, apesar de ser maior se estiver em decúbito ventral. Supõe-se que superfícies moles cedem com o peso do recém-nascido e ele não consegue posicionar-se, resultando em risco de asfixia ou sobreaquecimento. Cobertores e almofadas também podem constituir superfícies macias para dormir e podem aumentar o risco de compromisso da respiração. O risco de morte infantil aumenta cerca 66,9 vezes quando os recém-nascidos são colocados a dormir no sofá, especialmente se isso ocorrer em associação com a partilha da superfície com um adulto (mais do que partilhar a cama) (Tappin, Ecob & Brooke, 2005).

Sobreaquecimento, excesso de roupa e cobrir do rosto: o aumento de temperatura está associado a muitos casos de SMSL; cobrir o rosto pode não apenas aumentar o risco de sobreaquecimento, mas também pode contribuir para o risco de SMSL devido ao aumento a probabilidade de compromisso na respiração, com consequente hipoxia e hipercapnia (Duncan & Byard, 2018).

¹²⁵ Estima-se que 90% dos casos ocorram nos primeiros 6 meses de vida, com um valor máximo entre os dois e os quatro meses. Parece haver um predomínio nos meses de inverno e ao fim-de-semana. O sexo masculino é mais atingido numa proporção de três meninos para duas meninas.

¹²⁶ Estudos demonstraram que a posição mais segura é “deitado de costas” com diminuição da mortalidade em 20-67%, sem aumento do número de mortes por aspiração de vômito. Existem algumas raras situações clínicas que contraindicam o decúbito dorsal, nomeadamente malformações orofaciais ou graves casos de refluxo gastroesofágico.

cação para que o recém-nascido adote outras posições, como por exemplo ventral ou lateral, quando acordado. Aliás, a posição do recém-nascido deve ser alterada, para fortalecer os músculos do pescoço e costas e contrariar posições preferenciais da cabeça, evitando deformações (designado por plagiocefalia posicional).

2) Explicar medidas de segurança para prevenção do sobreaquecimento: Os recém-nascidos têm uma capacidade limitada de regular a sua própria temperatura corporal, tornando-os mais suscetíveis ao sobreaquecimento. Assim, a adoção de medidas de segurança adequadas para prevenir o sobreaquecimento é fundamental, nomeadamente as relacionadas com a roupa. As medidas de segurança a considerar são:

- Evitar o uso de capas plásticas ou fraldas de pano para tapar o dispositivo onde o recém-nascido adormece, já que estes adereços poderão contribuir para o aumento da temperatura local e diminuição da oxigenação.
- Vestir o recém-nascido com roupa em quantidade que não provoque sobreaquecimento, nomeadamente para dormir.
- A roupa da cama deverá ficar ao nível do tronco e o recém-nascido deverá ficar com os pés a tocar no fundo do berço para evitar o deslizamento por debaixo da roupa da cama.

3) Explicar medidas de segurança relacionadas com o ambiente/local onde o recém-nascido dorme: durante os primeiros meses de vida, o local de sono do bebé torna-se um espaço central na sua rotina, e os riscos associados a esse ambiente podem ter consequências significativas. As medidas de segurança a considerar são:

- É recomendado que durante os primeiros 12 meses, o bebé durma no quarto da mãe e do pai (*co-sleeping*), num equipamento próprio e adequado (American Academy of Pediatrics, 2016; Ball & Taylor, 2020).
- A temperatura ambiente deverá estar entre os 18-21°C.
- A recomendação da partilha da cama ou outra superfície para dormir com a mãe ou o pai (*bedsharing*), embora possa contribuir para acalmar o choro, favorecer o sono e a amamentação (com a mãe), é controversa¹²⁷. O *bedsharing*¹²⁸ está associado a um aumento do risco de relacio-

¹²⁷ Há um consenso generalizado de que o *bedsharing* (definido como partilhar qualquer superfície para dormir) em circunstâncias inseguras aumenta o risco de morte. Nas suas recomendações de 2022, a American Academy of Pediatrics defende que não pode recomendar a partilha de cama em nenhuma circunstância (Moon et al., 2022). No entanto, nem todos os especialistas concordam que a partilha de cama é universalmente insegura (Blair et al., 2019). Autoridades de saúde em Espanha, Reino Unido e Noruega já não se posicionam contra a partilha de cama quando não existem riscos (Sánchez Ruiz-Cabello et al., 2016; NICE, 2021; Norwegian SIDS and Stillbirth Society, 2021).

¹²⁸ Partilhar a cama (*bedsharing*) é um tipo de prática de dormir em que a superfície de dormir (por exemplo, cama, sofá ou poltrona, ou outra superfície) é compartilhada entre o recém-nascido e outra pessoa. Os possíveis motivos pelos quais escolhem compartilhar a cama incluem: facilidade na amamentação; regulação da temperatura (evitar a hipotermia); passar tempo de qualidade com o recém-nascido; ajudar o recém-nascido a dormir e ser capaz de confortá-la facilmente caso ele fique agitado; ser capaz de atendê-lo rapidamente em caso de algum acidente; fornecer cuidados perto durante uma doença e promoção do vínculo afetivo. No entanto, para muitas famílias em todo o mundo, a prática de compartilhar a cama não é uma escolha (Das et al., 2021). Nos países desenvolvidos, a partilha da cama é considerada uma prática controversa e tem chamado atenção especial no que diz respeito ao seu papel na síndrome da morte súbita infantil (SMSL). Mas em países em desenvolvimento, compartilhar a cama tem sido a prática padrão para muitos grupos. Nessas sociedades, acredita-se que compartilhar a cama contribui para: períodos mais longos de amamentação; aumento do tempo e da duração da excitação do recém-nascido; diminuição do tempo e da duração do sono profundo e aumento da consciência da mãe sobre a condição do recém-nascido (Das et al., 2021).

nada com o sono em certas circunstâncias de risco. Para ser realizado em segurança¹²⁹, as circunstâncias de risco precisam ser eliminadas (Thompson et al., 2017; Blair et al., 2019; Ball et al., 2016; Marinelli et al., 2019; Ball, 2017; Peter et al., 2019; Moon et al., 2022). As circunstâncias de risco incluem:

- ◆ Partilha de superfícies moles, como por exemplo sofás, colchões moles, etc.
- ◆ Exposição ao fumo de tabaco.
- ◆ Dormir com um adulto sob efeito de álcool.
- ◆ Partilhar a mesma superfície com um bebé de baixo peso à nascença ou prematuro.

4) Explicar fatores de proteção em relação à síndrome da morte súbita: Na literatura são descritos como fatores protetores (American Academy of Pediatrics, 2016):

- Amamentar¹³⁰.
- Manter o recém-nascido a dormir no mesmo quarto (*co-sleeping*).
- Evitar ambientes com fumo.
- Usar chupeta para dormir.
- Mãe e pai não fumador(a) e ambiente sem fumo.
- Mãe sóbria (sem efeito de droga e/ou álcool).
- Recém-nascido saudável e de termo.

4.1.1.5. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por manipulação inadequada

A fase neonatal, que abrange as primeiras semanas de vida de um recém-nascido, é marcada por uma enorme fragilidade física e fisiológica. O sistema músculo-esquelético do recém-nascido, em particular a estrutura do pescoço e da cabeça, ainda não está completamente desenvolvido, tornando-o particularmente vulnerável a lesões. Neste contexto, a manipulação inadequada do recém-nascido pode conduzir a consequências adversas que vão desde desconforto temporário até lesões mais graves. Portanto, torna-se essencial que as mães e os pais estejam devidamente informados sobre as melhores práticas de manipulação segura de um recém-nascido, garantindo assim o seu bem-estar e desenvolvimento saudável, e serem capazes de:

- Manipular o recém-nascido de modo a respeitar a sua fragilidade.

¹²⁹ Na verdade, muitas mães que dizem que não partilham a cama, mas na realidade fazem-no (Ball, Hooke & Kelly, 1999). As novas mães, mesmo que não planeiem partilhar a cama com o bebé, nos estudos mostram que, eventualmente, 60 a 75% o farão, pelo menos ocasionalmente (Ball, 2007). Por isso, ter a cama preparada com antecedência é apenas um “cinto de segurança” (ninguém espera que aconteça um acidente, mas acontecem; por isso que é que se usa um cinto de segurança, não é que se esteja a planear ter um acidente, pois os acidentes nunca são planeados).

¹³⁰ Os estudos mostraram que a amamentação está associada a um menor risco de síndrome de morte súbita infantil (Thompson et al., 2017; Hauck et al., 2011) e morte súbita inesperada em lactentes, e a associação com síndrome de morte súbita é considerada provavelmente causal (Bartick et al., 2022). Na sua meta-análise sobre amamentação e risco de síndrome de morte súbita, Hauck et al. (2011) propuseram possíveis mecanismos, incluindo uma maior capacidade de despertar da criança e as imunoglobulinas e citocinas presentes no leite materno, que podem proteger a criança durante o período vulnerável da síndrome de morte súbita (especialmente considerando que a síndrome de morte súbita é frequentemente precedida por uma infeção menor). A American Academy of Pediatrics (AAP) recomendou a “alimentação com leite humano” nas suas diretrizes de 2022 para prevenir a síndrome de morte súbita (Moon et al., 2022). No entanto, não está claro quais aspetos da amamentação conferem esta proteção, e se é a amamentação em si mesma ou o efeito do leite humano.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar como manipular o recém-nascido: O recém-nascido deve estar bem seguro e a cabeça estar bem apoiada, pois em comparação com o resto do corpo, a cabeça é mais pesada e a musculatura do pescoço ainda não se encontra totalmente desenvolvida, não existindo assim um bom suporte destas estruturas.

- Apoiar a cabeça e o pescoço:
 - ◆ O pescoço do recém-nascido não consegue suportar o peso da cabeça. Ao pegar ou transportar o recém-nascido, é essencial usar uma mão para apoiar a cabeça e o pescoço. A estrutura óssea do pescoço, os ligamentos e os músculos são pouco desenvolvidos e incapazes de sustentar o peso da cabeça. Se a cabeça de um recém-nascido for deixada em pêndulo ou for movimentada bruscamente, pode ocorrer uma tensão excessiva nos músculos e ligamentos do pescoço. Isso pode levar a lesões musculares, estiramentos ou a danos nos nervos ou medula espinhal.
- Posição correta ao pegar:
 - ◆ Deslizar a mão por baixo das costas e nádegas e a outra mão deve apoiar a cabeça e o pescoço.
- Evitar movimentos bruscos:
 - ◆ Movimentos rápidos ou bruscos podem ser prejudiciais. Evitar sacudir o recém-nascido, seja em brincadeiras ou em momentos de frustração. Sacudir violentamente pode causar lesão cerebral traumática ou mesmo a morte. Os efeitos adversos devem-se, em grande parte, ao facto de os músculos do pescoço dos serem frágeis e o cérebro e vasos sanguíneos ainda estarem em desenvolvimento¹³¹.
- Cuidado ao vestir:
 - ◆ Ao trocar a roupa, mover com cuidado os braços e pernas do recém-nascido através das mangas ou pernas das roupas. Nunca puxar ou forçar os membros de forma abrupta. Ao introduzir o braço na manga, começar por segurar gentilmente na mão do recém-nascido, guiando-o suavemente pela manga. Evitar torcer ou dobrar abruptamente o braço. A roupa deve deslizar facilmente. Se se sentir resistência, parar e ajustar conforme necessário. Da mesma forma que com os braços, ao vestir as pernas, segurar gentilmente no tornozelo do recém-nascido e deslizar a perna através da abertura da roupa. A movimentação deve ser suave e alinhada com a anatomia natural da perna. Na cabeça e golas, este é frequentemente o passo que causa mais ansiedade ao vestir. É necessário certificar-se de que a gola está totalmente aberta. Apoiar suavemente a cabeça e pescoço do recém-nascido, passando a cabeça pela gola com delicadeza. Evitar forçar ou fazer movimentos bruscos. Se uma peça de roupa parece estar muito justa ou difícil de vestir, é melhor optar por outra. Forçar pode não só ser desconfortável para o recém-nascido, como também aumenta o risco de ferimentos. Enquanto se veste o recém-nascido, é necessário estar atento aos sinais que este emite. Se chorar ou mostrar desconforto, parar e verificar o que pode estar a causar a perturbação. Pode ser necessário ajustar a roupa ou a posição em que se está a segurar o recém-nascido.

¹³¹ Efeitos e consequências de sacudir um recém-nascido: 1) Lesão cerebral (o cérebro move-se para trás e para a frente dentro do crânio, e isso pode causar hemorragias); 2) Hemorragia da retina, que pode resultar em cegueira permanente; 3) Fraturas: os ossos são frágeis, e o sacudir violento pode causar fraturas nas costelas ou em outros ossos; 4) Paralisia ou outras deficiências motoras; 5) atrasos no desenvolvimento ou deficiências intelectuais; 6) Dificuldades de aprendizagem; 7) Problemas de comportamento, incluindo dificuldades de atenção e hiperatividade; 8) Convulsões, que podem ser crónicas e persistir ao longo da vida; 9) Morte.

4.1.1.6. Ensinar sobre medidas de segurança: aspiração

Em recém-nascidos, o risco de aspiração é mais elevado devido ao seu sistema respiratório ainda imaturo e à sua incapacidade de expelir eficazmente substâncias indesejadas. Para garantir a segurança de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas de prevenção da aspiração relacionadas com a alimentação.
- Adotar medidas de prevenção da aspiração relacionadas com o dormir.
- Adotar medidas de prevenção da aspiração relacionadas com produtos de higiene.
- Reconhecer medidas de primeiros socorros.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar medidas de segurança relacionadas com a alimentação: A aspiração ocorre quando partículas de líquido passam para as vias respiratórias. Esta situação é particularmente preocupante nos primeiros meses de vida, quando o sistema de deglutição do bebé ainda está em desenvolvimento e o reflexo de tosse pode não ser tão eficaz. Assim, as medidas de segurança visam minimizar o risco de aspiração e garantir que o processo alimentar seja seguro. As medidas de segurança a considerar são:

- Colocar o recém-nascido na posição semi-ereta, mantido numa posição inclinada a cerca de 45°, para garantir que o leite vá diretamente para o estômago e não para as vias aéreas.
- Se usar biberão, verificar se o furo da tetina é adequado, pois um furo muito grande pode libertar o leite demasiado depressa, aumentando o risco de aspiração.
- Evitar alimentar durante o choro.

2) Explicar medidas de segurança relacionadas com o dormir: A imaturidade do sistema digestivo e respiratório torna o recém-nascido mais vulnerável a complicações, nomeadamente a aspiração de conteúdo gástrico aquando de regurgitação. As medidas de segurança a considerar são:

- Promover a eructação antes de deitar.
- Deitar em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada¹³².
- Não elevar a cabeceira do colchão. Elevar a cabeceira do colchão do berço ou manter o recém-nascido com a cabeceira elevada não reduz o refluxo (American Academy of Pediatrics, 2016). Ao contrário da crença popular, colocar os recém-nascidos para dormir de costas não aumenta o

¹³² Várias razões anatómicas e fisiológicas apoiam essa recomendação, especialmente quando se trata da prevenção da aspiração se houver regurgitação: 1) Estrutura das vias aéreas: o recém-nascido tem uma traqueia curta e estreita. Quando deitado de costas, a entrada da laringe fica acima da entrada do esôfago. Isso significa que, se o recém-nascido regurgitar, o leite é menos provável que entre na laringe e cause aspiração; 2) Posição do epiglote e da laringe: nos recém-nascidos, a laringe está situada mais elevada no pescoço, em comparação com os adultos. O epiglote está mais próximo do palato mole nos recém-nascidos. Esta proximidade ajuda a coordenar a deglutição e a respiração, e permite que o recém-nascido respire e degluta ao mesmo tempo. Em decúbito dorsal, esta disposição anatómica é otimizada, reduzindo o risco de aspiração; 3) Reflexo faríngeo: é uma reação natural que impede que substâncias estranhas entrem nas vias respiratórias. Quando o recém-nascido está em decúbito dorsal e regurgita, é mais provável que esse reflexo seja ativado eficazmente, ajudando a expelir qualquer substância da boca ou da faringe; e, 4) Drenagem natural: quando o recém-nascido está em decúbito dorsal, qualquer secreção na boca ou na faringe tem uma tendência natural de drenar para fora, ajudada pela gravidade, em vez de ir para as vias respiratórias.

risco de asfíxia e aspiração, mesmo naqueles com refluxo gastroesofágico. Pode, antes, resultar no deslizamento do recém-nascido para uma posição que pode comprometer a respiração.

- Não fumar perto do recém-nascido e evitar que seja exposto a quaisquer fumos ou vapores que possam irritar as vias respiratórias.

3) Explicar medidas de segurança relacionadas com produtos de higiene: Dada a anatomia e a fisiologia únicas dos recém-nascidos, é essencial tomar precauções adicionais para garantir que produtos de higiene não se tornem ameaças. A medida de segurança a considerar é:

- Evitar o uso de talco (o talco em pó, quando aplicado, pode levantar partículas que o recém-nascido pode inalar).

4) Explicar medidas de primeiros socorros: Dada a delicadeza e especificidades do sistema respiratório de um recém-nascido, a rapidez e eficácia na atuação são cruciais:

- Verificar a respiração (observar se o recém-nascido está a ter dificuldade em respirar, se está a fazer ruídos estranhos ou se a pele está a ficar azulada).
- Ligar ou pedir a alguém para ligar para o 112.
- Posicionar o recém-nascido (se o recém-nascido ainda estiver consciente, colocá-lo de barriga para baixo, apoiado no antebraço, com a cabeça numa posição mais baixa que o corpo, mantendo a mão na cabeça do recém-nascido para apoiá-la).
- Administrar pancadas suaves:
 - ◆ Usar a palma da mão livre, dar até 5 pancadas firmes e suaves entre as omoplatas. Muitas vezes, isso pode ajudar a expelir o leite.

4.1.1.7. Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras

As queimaduras em recém-nascidos representam uma preocupação significativa, não só devido à gravidade potencial da lesão, mas também devido à delicadeza e sensibilidade da pele do recém-nascido. A pele dos recém-nascidos é significativamente mais fina e vulnerável do que a de adultos, tornando-os mais suscetíveis a lesões térmicas, mesmo com exposições breves a fontes de calor. Para garantir a segurança de um recém-nascido a potenciais queimaduras importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Preparar a água na temperatura adequada.
- Adotar medidas de proteção face à exposição ao sol.
- Preparar o leite na temperatura adequada (se uso de dispositivo de alimentação).

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar como preparar a água do banho: A pele delicada e sensível dos recém-nascidos torna-os particularmente vulneráveis a lesões térmicas. Assim, a preparação adequada da água do banho é essencial para garantir uma experiência segura e agradável para o recém-nascido. As medidas de segurança a considerar são:

- A temperatura da água do banho deverá rondar os 37°C.
- A primeira água a ser colocada na banheira deverá ser a fria e depois a quente. Esta estratégia minimiza a possibilidade de a água atingir temperaturas superiores à necessária e, consequentemente, provocar queimaduras na pele.

2) Explicar medidas de segurança face à exposição solar: A exposição solar, apesar de ser benéfica em doses adequadas pela sua capacidade de promover a síntese da vitamina D, pode acarretar riscos para a pele sensível e imatura dos recém-nascidos. O sol emite raios ultravioleta (UV) que podem causar queimaduras, danos celulares e, a longo prazo, contribuir para o desenvolvimento de problemas de pele. Para os recém-nascidos, que ainda não têm todas as defesas da pele completamente desenvolvidas, é essencial adotar medidas de segurança rigorosas para prevenir queimaduras solares. As medidas de segurança a considerar são:

- A exposição solar direta no primeiro mês de vida não está recomendada, aliás a exposição solar durante o primeiro ano está desaconselhada por várias organizações devido ao maior risco de cancro da pele mais tarde devido à radiação UV.
- Sempre que for inevitável, a pele do recém-nascido deverá estar coberta por roupa e este deverá estar num local com sombra e fresco.
- Para os passeios ao ar livre preferir o horário antes das 10 horas e depois das 16 horas como forma de minimizar a exposição aos raios solares (American Academy of Pediatrics, 2011; Bedaso et al., 2019; Jindal et al., 2020)¹³³.
- O uso de óculos de sol pode ser entendido também como medida de proteção de danos dos raios UV; importa que sejam duráveis e confortáveis, armações flexíveis e não tóxicas e lentes de plástico; deverão possuir uma alta percentagem de proteção UV e lentes polarizadas.
- No carro, importa usar sistema de proteção solar que abranja todo o corpo do recém-nascido.

3) Explicar medidas de segurança na preparação do leite: A alimentação do recém-nascido, especialmente quando envolve a preparação de fórmula infantil ou o aquecimento do leite materno, requer cuidados meticulosos para garantir não só a nutrição adequada, mas também a segurança na temperatura

¹³³ Ao final da primeira semana após o nascimento, o nível de vitamina D do recém-nascido está relacionado ao nível de suas mães durante a gravidez. A exposição à luz solar traz muitos benefícios para a saúde dos recém-nascidos, pois ajuda o corpo a produzir vitamina D que ajuda o corpo a absorver o cálcio (Reed, 2017; Bedaso et al., 2019). A luz solar visível aos olhos traz benefícios para a saúde devido à sua associação com o tempo de síntese de melatonina e manutenção de ritmos cardíacos normais. A vitamina D sintetizada na pele por estimulação dos raios ultravioleta (UV) do sol tem sido considerada suficiente para atender a quase 90% das necessidades diárias (Jindal et al., 2020). A necessidade diária de vitamina D pode ser obtida por 15-30 minutos de exposição à luz solar duas ou três vezes por semana (Jindal et al., 2020). Alguns autores referem que a quantidade de exposição ao sol necessária para sintetizar a vitamina D adequada depende do tipo de pele, a hora do dia, o mês do ano e a latitude (Reichrath e Rass, 2014). Embora a exposição de recém-nascidos e crianças tenha vantagens (conforme listado acima), há algumas evidências de que esta prática pode estar associada ao risco a longo prazo de desenvolver cancro da pele e o risco é maior se tal exposição ocorrer em crianças muito pequenas, como um recém-nascido (Jindal et al., 2020). Os autores realizaram um estudo com o objetivo de conhecer os conhecimentos e as práticas associadas à exposição solar das crianças de idade inferior a 1 ano que recorreram aos serviços de saúde da Aleta Wondo Health Center na Etiópia. A amostragem foi de 313 pessoas e foram avaliados os conhecimentos das mães sobre o tema e as práticas parentais no que se referia à exposição solar com recurso a um questionário desenvolvido pelos autores. Puderam concluir que em 62% dos casos as mães tinham conhecimento adequado sobre a exposição solar durante a infância, mas em apenas 32% as mães tinham boas práticas no que a este aspeto diz respeito (Bedaso et al., 2019). A exposição solar na Índia ocorre na maior parte do ano, contudo são encontrados dados que mostram um défice de vitamina D significativo nas crianças. Os autores realizaram uma revisão da literatura sobre os benefícios e os riscos associados à exposição solar na infância principalmente nos fotótipos IV e VI. Com base na informação encontrada, expõem algumas recomendações sobre o tema que podem ser úteis para promover práticas parentais seguras no que se refere à exposição solar das crianças ao longo do seu desenvolvimento (Jindal et al., 2020).

do leite, que pode, se não for na temperatura adequada, causar queimaduras na delicada mucosa oral. Assim, as medidas de segurança a considerar são:

- Aquecer o leite em água quente e testar o leite na pele antes de oferecer ao recém-nascido (não deve ser usado o micro-ondas para aquecer porque pode criar pontos mais quentes que podem queimar a boca).

4) Explicar medidas de proteção com equipamentos quentes: O ambiente doméstico está repleto de aparelhos e equipamentos que geram calor, que mesmo sendo essenciais para o cotidiano, representam potenciais riscos para os recém-nascidos. Sejam estes equipamentos aquecedores, ferros de engomar, jarros elétricos, entre outros, o seu uso inadequado ou a proximidade de recém-nascidos pode resultar em incidentes. As medidas de segurança a considerar são:

- Manter o recém-nascido afastado de aquecedores, radiadores, lareiras e outros aparelhos que geram calor.
- Manter ferros de engomar, secadores de cabelo e outros eletrodomésticos quentes fora do alcance, por isso, enquanto estiverem quentes se estiver com o recém-nascido ao colo não deve aproximar-se.

5) Explicar medidas de proteção gerais na manipulação de líquidos/objetos quentes: A manipulação adequada de líquidos e objetos quentes é crucial para prevenir acidentes domésticos, particularmente queimaduras. Estes incidentes são muitas vezes evitáveis. As medidas de segurança a considerar são:

- Pousar todas as bebidas quentes na mesa antes de pegar ou segurar no recém-nascido.
- Não segurar o recém-nascido enquanto estiver a cozinhar.
- Se são crianças pequenas (menos que 5 anos), não deixar velas acesas ou outros objetos com chama desacompanhados (manter longe do alcance das crianças e em locais onde não possam ser derrubados perto do recém-nascido).

4.1.1.8. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por brinquedo

Os brinquedos desempenham um papel significativo no desenvolvimento cognitivo e motor de uma criança, desde que sejam adequados e seguros. O risco de lesão é uma realidade que não pode ser negligenciada. Para garantir a segurança de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Escolher brinquedos seguros para o recém-nascido.
- Garantir a segurança do recém-nascido no contacto com os brinquedos.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a utilidade dos brinquedos no período de recém-nascido: Após o nascimento e ao longo do primeiro mês de vida a presença de brinquedos não parece contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de um recém-nascido (American Academy of Pediatrics, 2016). Os estímulos dos órgãos dos sentidos através da observação da face humana, da audição da voz humana ou de música, da observação de cores e padrões e do toque podem promover o desenvolvimento. Assim, no primeiro mês o melhor brinquedo do bebé é a mãe, o pai e os irmãos, se existirem. Todavia, sabe-se que os

brinquedos desempenham um papel social e são muitas vezes parte das ofertas, por parte de amigos e familiares, para a preparação do seu enxoval ou para celebrar o nascimento (Dejtjar Waksman & Harada, 2005)¹³⁴.

2) Explicar critérios de escolha dos brinquedos: Os brinquedos que poderão estimular os órgãos dos sentidos do recém-nascido com segurança são:

- Sem peças pequenas: não devem ter peças pequenas que possam ser facilmente destacadas.
- Materiais não tóxicos: não devem conter tintas à base de chumbo ou outras substâncias tóxicas.
- Superfície sem arestas e fácil de limpar: sem bordas afiadas ou ásperas; fácil de limpar, pois os recém-nascidos têm um sistema imunológico ainda imaturo.
- Certificação de segurança: possuir a marca CE, que significa que cumprem as normas de segurança estabelecidas para a produção dos brinquedos na União Europeia; ter uma etiqueta que com a idade de utilização recomendada. Quando tem o símbolo de proibição com os algarismos 0-3 e com a descrição contraindicado para crianças com menos de 36 meses.
- Estimulação sensorial: para promover o desenvolvimento, os brinquedos ideais para recém-nascidos costumam ter cores contrastantes, padrões variados e/ou produzem sons suaves (estes estímulos ajudam na diferenciação visual e auditiva).
 - ◆ Os móveis são um dos primeiros brinquedos com os quais muitos recém-nascidos têm contacto, e são desenhados especificamente pensando no desenvolvimento inicial:
 - Incentiva a focar num objeto específico e a seguir o seu movimento, exercitando assim os músculos oculares e a melhorar a coordenação entre os dois olhos.
 - Os recém-nascidos veem melhor os contrastes, especialmente preto e branco. Móveis com padrões contrastantes são mais fáceis para os recém-nascidos reconhecerem e focarem. Esse reconhecimento ajuda a desenvolver a acuidade visual.
 - À medida que os objetos do móvel se movem para mais perto ou mais longe do campo de visão do recém-nascido, ele começa a desenvolver a noção de profundidade, uma componente fundamental da visão tridimensional.
 - Os recém-nascidos começarão a reconhecer diferentes formas, tamanhos e padrões nos móveis. Esse reconhecimento inicial de padrões é um precursor fundamental para habilidades mais avançadas, como a leitura.
 - Alguns móveis vêm com recursos adicionais, como música, que podem fornecer estímulo auditivo:
- Sons suaves e melodias podem ajudar a afinar a audição do recém-nascido, permitindo que identifique e se familiarize com diferentes tons e ritmos.

¹³⁴ Os brinquedos fazem parte do dia a dia das crianças e contribuem para o seu desenvolvimento a vários níveis: físico, social e intelectual. Os autores propuseram-se a rever e analisar de forma crítica as funções dos brinquedos, a importância do seu uso para a criança nas respetivas faixas etárias e as recomendações para o seu uso no que se refere à segurança de utilização. Os autores refletem também sobre a utilização de brinquedos por irmãos gémeos e crianças com necessidades especiais. Os autores descrevem assim por faixas etárias sobre o tipo de brinquedo, os brinquedos educativos e/ou para desenvolver determinadas habilidades como por exemplo o pensamento estratégico, a criatividade, análise de relações espaciais e a motricidade (Dejtjar Waksman & Harada, 2005).

- A música suave tem o potencial de acalmar um recém-nascido agitado, especialmente se for uma melodia repetitiva e tranquilizante. Isso pode ajudar a estabelecer uma rotina de sono mais consistente, pois o recém-nascido passa a associar a música com a hora de dormir.
- À medida que o recém-nascido cresce e ouve a mesma música repetidamente, pode começar a reconhecê-la. Esse reconhecimento auditivo precoce é um precursor da memória auditiva.
- Ouvir música pode ser uma introdução inicial à linguagem, especialmente se a música tiver letra. Mesmo que o recém-nascido não entenda as palavras, o ritmo e a melodia podem prepará-lo para os padrões da fala.
- A música tem a capacidade de evocar emoções. Músicas suaves podem proporcionar uma sensação de segurança e conforto, enquanto músicas mais animadas podem captar a atenção e a curiosidade do recém-nascido.
- Embora a música em móveis possa ser benéfica, é crucial que escolham móveis com sons não muito altos ou abruptos. Músicas muito altas podem ser desconfortáveis para a audição delicada do recém-nascido e, em vez de o acalmarem, podem provocar agitação.

3) Explicar medidas de segurança a adotar com os brinquedos: Os brinquedos são relevantes para o desenvolvimento cognitivo, físico e emocional de uma criança, mas precisam estar nas melhores condições para não acrescentar risco de lesão para o recém-nascido. Assim, as medidas de segurança a considerar são (Healey & Mendelsohn, 2019):

- Garantir a frequente higienização dos brinquedos, pela sua especial predisposição para a acumulação de ácaros ou pó, e vigilância da integridade.
- Assegurar a acomodação dos brinquedos nas melhores condições.
- Não colocar brinquedos dentro do berço/cama quando o recém-nascido está lá deitado.
- Brinquedos, como por exemplo peluches, não devem ter fechos, fitas, botões, espuma ou pelo que possam ser destacados pelo manuseamento.
- A altura do móvel deve ser ajustada com alguma regularidade, para impedir que caia acidentalmente sobre o berço.
- Os móveis com emissão sonora deverão respeitar um limite máximo de emissão sonora de 85 decibéis, já que a exposição prolongada ao ruído poderá trazer consequências negativas na acuidade auditiva futura e na quantidade e qualidade do sono (Hugh et al., 2014)¹³⁵.

4.1.1.9. Ensinar sobre medidas de segurança: lesão por animal doméstico

A introdução à convivência entre recém-nascidos e animais domésticos exige um planejamento metódico e medidas de segurança rigorosas. A presença de um recém-nascido em casa pode desencadear comportamentos imprevisíveis em animais, mesmo nos mais dóceis. Para garantir a segurança de um

¹³⁵ Option Consommateurs e Audio Conseil recomendam que os níveis de ruído de brinquedos destinados a crianças de 0 a 3 anos não ultrapassem 87 dBA, onde esses níveis são medidos em condições que simulam uma proximidade entre o brinquedo e o ouvido (disponível em <https://option-consommateurs.org/wp-content/uploads/2017/08/oc-noisy-toys-eng1004.pdf>).

recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas de proteção em relação a acidentes que envolvam o animal doméstico.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar medidas de proteção gerais:

- Certificar-se que o animal de estimação está saudável, com os cuidados veterinários regulares (vacinação, desparasitação e higiene).
- Garantir que ambos, o recém-nascido e o animal de estimação, tenham os seus próprios espaços (por exemplo, o quarto do recém-nascido deve ser uma zona livre de animais).
- Nunca deixar o recém-nascido sozinho com o animal, independentemente do quão confiável o animal de estimação parecer ser.
- Supervisionar quando este estiver perto do recém-nascido.
- Evitar que o animal aproxime o focinho e/ou lamba o recém-nascido.
- Assegurar que não se deita junto ao recém-nascido.
- Desencorajar comportamentos indesejados, como saltar ou ladrar excessivamente.
- Dedicar tempo ao animal de estimação, mesmo com a chegada do recém-nascido. Isto pode reduzir o potencial de ciúmes ou ansiedade.

4.2. Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança

A capacidade de transportar um recém-nascido de forma segura é uma habilidade crucial e multifacetada que vai além do simples ato físico de carregar. Envolve a aptidão para reconhecer e adaptar-se às necessidades em constante mudança do bebé, a destreza para utilizar equipamentos de segurança de forma adequada, e a prudência para antecipar e prevenir potenciais riscos. A maioria dos recém-nascidos faz a sua primeira viagem de automóvel à saída da maternidade, por isso, torna-se fundamental capacitar antecipadamente as mães e os pais para promover a mestria no transporte do filho. A utilização de dispositivos de transporte exige um conjunto de medidas de segurança para não comprometer a sua eficácia e função. Segundo a APSI, para que as mães e os pais usem os dispositivos de transporte de forma segura necessitam de informação e treino. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação da capacidade para transportar o recém-nascido em segurança (Tabela 22).

Tabela 22. Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
	(A) Sem experiência anterior (e não quer demonstrar)
Imagine(m) que vai/ vão colocar a cadeira no carro. Como faria(m)? (usar modelo de banco de carro e cadeira-auto)	(A) Demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Fixa a base da cadeira no banco traseiro. • Coloca a cadeira no sentido contrário ao da marcha.
E como colocariam o recém-nascido na cadeira-auto? (usar modelo de recém-nascido)	(A) Demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Posiciona o modelo semirreclinado. Coloca os cintos do dispositivo ajustados (folga entre o cinto e os ombros do recém-nascido não seja superior a um dedo).
E se fosse usar (especificar dispositivo de transporte ao colo referido pela mãe e pai), como faria? (usar dispositivo especificado)	(A) Se <i>sling</i> , demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de colocar o bebé, coloque o <i>sling</i> de forma que a parte mais larga fique no meio das costas. No caso de um <i>sling</i> de argolas, as argolas devem estar posicionadas sobre o ombro, com o tecido distribuído uniformemente. • Inserir o modelo de recém-nascido – Manter o modelo num ângulo reclinado, com as pernas fletidas como se estivesse na posição fetal Assegura-se de que a cabeça do bebé está bem apoiada. • Garante que o tecido do <i>sling</i> está bem distribuído e que o modelo está seguro e confortável. Em <i>slings</i> de argolas, puxar o tecido através das argolas para ajustar. • Verifica a posição do modelo: o queixo do modelo não deve estar encostado ao peito, evitando assim risco de asfixia; a cabeça deve estar suficientemente alto para que se possa beijar com facilidade; a coluna deve estar na posição natural, em “C”, e as pernas na posição “M” ou de “sapo”. • Para retirar o modelo, mantê-lo bem apoiado. (A) Se pano porta-bebé, demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Localiza o centro do pano, marcado por uma etiqueta ou logótipo. • Começa com o centro do pano contra o abdómen. • Passa as duas extremidades por cima de cada ombro, criando um X nas costas. • Passa as extremidades sob as alças na cintura e cruzá-las, trazendo-as de volta para a frente. • Dependendo do comprimento do pano, amarra na frente ou continua a envolver em volta da cintura e amarra nas costas (na frente ficará formada pelo tecido uma espécie de bolsa). • Coloca o modelo de recém-nascido – segura o modelo contra si, na posição vertical, com cuidado, desliza o modelo para dentro da bolsa formada pelo pano, garantindo que as pernas estão fletidas numa posição natural; distribui o tecido de forma uniforme sobre as costas e nádegas do modelo, esticando-o de joelho a joelho, ajustando o tecido sobre os ombros e sob as suas axilas para distribuir o peso uniformemente. • Verifica a posição: a cabeça do modelo deve estar à altura de beijo, e a coluna em uma posição natural. Certifica-se de que as vias respiratórias estão desobstruídas e que o queixo não está encostado ao peito do recém-nascido. (A) Demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de colocar o bebé, ajusta as alças e cintas, de modo que fiquem confortáveis. • Coloca o modelo de recém-nascido no marsúpio, assegurando que a coluna e pescoço estão bem apoiados. O “bebé” deve estar numa posição de “M” ou de sapo, com os joelhos mais altos do que as nádegas. • Ajusta as alças de modo que o “bebé” fique seguro e próximo do seu corpo. A cabeça do bebé deve estar à altura de um beijo, está bem apoiada e as vias respiratórias estão desobstruídas.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar capacidade para transportar o recém-nascido em segurança** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 23).

Tabela 23. Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não demonstra A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar capacidade para transportar o recém-nascido em segurança	Instruir a transportar em segurança
		Treinar a transportar em segurança
Demonstra A	Capacidade para transportar o recém-nascido em segurança facilitadora	----

Fonte: autoras, 2024

4.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria no transporte do recém-nascido em segurança

Transportar o recém-nascido em segurança é uma das tarefas parentais que exige atenção e habilidades específicas. Esta competência envolve a capacidade de realizar as tarefas de forma segura, eficiente e com confiança para proteger a integridade física do recém-nascido e proporcionar conforto durante o transporte.

4.2.1.1. Instruir e treinar a transportar em segurança: uso de dispositivo de retenção infantil

Dispositivo de retenção infantil refere-se a equipamentos projetados para proteger crianças durante o transporte em veículos. Esses dispositivos têm como objetivo principal reduzir o risco de lesões em caso de colisões. A habilidade sobre o uso correto desses dispositivos, garante a instalação e a utilização adequadas, proporcionando a máxima proteção e segurança para o recém-nascido durante o transporte. Assim, fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Instalar a cadeira-auto de acordo com o tipo de sistema de retenção.
- Colocar o recém-nascido na cadeira-auto.

Atividades que concretizam as intervenções¹³⁶:

1) Demonstrar como colocar a cadeira-auto no banco do carro: A chegada de um recém-nascido traz consigo uma série de novas responsabilidades, incluindo a garantia de sua segurança durante as viagens de carro. Uma das primeiras medidas de precaução é a instalação adequada da cadeira-auto no banco traseiro do veículo. Esta tarefa, embora possa parecer simples, requer atenção meticulosa aos detalhes para assegurar que o recém-nascido esteja o mais protegido possível em caso de travagens súbitas ou colisões. Assim, para desenvolver competências para instalar a cadeira-auto no banco do carro importa:

- Escolher o lugar certo: o lugar mais seguro para a cadeira-auto é o banco traseiro, preferencialmente no centro, desde que o carro permita a instalação segura nessa posição.

¹³⁶ Para a implementação desta intervenção é essencial a existência de equipamento para demonstrar (banco do carro e sistema de retenção infantil adequada para recém-nascidos).

- Posicionar a base: se a cadeira-auto tiver uma base separada, é necessário colocá-la no banco, garantindo que esteja voltada para trás (posição recomendada para recém-nascidos).
- Fixar o dispositivo:
 - ◆ ISOFIX: se a cadeira-auto for compatíveis com o sistema ISOFIX, conectar os encaixes ISO-FIX da base ou cadeira-auto aos pontos de ancoragem ISOFIX do veículo. Estes pontos geralmente estão localizados entre o assento e o encosto do banco. Verificar os sinais de correta fixação (visualização de “verde”).
 - ◆ Cinto de segurança: se usar o cinto de segurança do carro, é necessário passá-lo pelas ranhuras indicadas da cadeira-auto. Assegurar-se de que o cinto não fica torcido.
- Verificar o nível de inclinação: se a cadeira estiver muito inclinada, o recém-nascido pode escorregar; se estiver muito ereta, pode não ser tão eficaz em caso de colisão.

2) Demonstrar como colocar o modelo de recém-nascido no sistema de retenção: Saber como posicionar corretamente o recém-nascido no sistema de retenção é igualmente vital quanto a própria decisão de usar a cadeira. Assim, demonstrar como o fazer e desenvolver a habilidade para o fazer bem antecipadamente constitui uma mais-valia. Com recurso a um modelo de recém-nascido pode-se:

- Colocar o modelo de recém-nascido, numa posição semi-sentada, com a cabeça, as costas e as nádegas bem apoiadas e as pernas do naturalmente fletidas.
- Sem agasalhos ou mantas.
- Passar o cinto de segurança na altura dos ombros. O cinto deve ficar plano e sem torções, ajustado ao corpo do recém-nascido deixando apenas uma folga de um a dois dedos¹³⁷ (distribui a força de impacto pelas zonas ósseas do corpo em caso de travagem ou acidente).
- A zona do arnês deve ser encaixada de forma que fique no nível da virilha, evitando que o recém-nascido deslize.
- Ter em atenção também a quantidade de roupa que o recém-nascido tem vestida, pois quanta mais roupa possuir maior é a folga entre o corpo e o cinto;
- Manter a capa de proteção e a pega da cadeira elevadas durante o movimento do carro.

4.2.1.2. Instruir e treinar a transportar em segurança: uso de dispositivos de transporte ao colo

Os dispositivos de transporte ao colo são comumente designados de *babywearing*. Embora a produção científica sobre este tema seja ainda reduzida, o *babywearing* parece ter um efeito benéfico tanto para quem transporta como para a criança. Assim, parece contribuir positivamente para ligação mãe/pai-recém-nascido e para o processo de amamentação, diminui o choro do recém-nascido e diminui a ocorrência de depressão pós-parto (Azaman et al., 2017; Whittle, 2019). Tal como em qualquer outro dispositivo importa considerar as condições de segurança recomendadas. A forma como os dispositivos são colocados poderá comprometer a segurança da sua utilização. De forma a aumentar a segurança na utilização destes equipamentos poderá trazer benefícios, tanto na confiança da mãe e/ou do pai como para a segurança do recém-nascido, demonstrar o modo de uso do dispositivo de modo que sejam capazes de:

- Usar dispositivo como o *sling*, o pano porta-recém-nascido ou mochila porta-bebé (marsúpio) com segurança.

¹³⁷ Teste da “pinça”: se junto aos ombros for possível conseguir fazer uma dobra com o cinto, significa que está largo e precisa ser ajustado.

Atividades que concretizam as intervenções¹³⁸:

1) Demonstrar/treinar o uso de sistema de transporte ao colo: É possível utilizar o *babywearing* em várias posições que vão depender da idade, contexto, da personalidade do recém-nascido, assim como, da preferência de quem o transporta.

- Pano porta-bebê (pode ser utilizado desde o nascimento até aos 3/4 anos de idade ou 18 kg):
 - ◆ Escolher do pano porta-bebê: o pano deve ser suficientemente longo e resistente para suportar o peso do bebê (normalmente apresenta 4 a 5 metros de comprimento e 70 cm de largura). Normalmente, são feitos de algodão, mas podem também incluir materiais como bambu ou linho. Certificar-se de que o tecido é respirável e de boa qualidade.
 - ◆ Colocar o pano: localizar o centro do pano, marcado por uma etiqueta ou logótipo. Começar com o centro do pano contra o abdômen. Após encontrar o meio, colocá-lo de frente, com a etiqueta voltada para fora e circundar a cintura e trazer as pontas para a frente passando as duas extremidades por cima de cada ombro, criando uma espécie de X nas costas. À frente, passam-se as duas pontas do pano por dentro da faixa da cintura e abre-se bem o pano sem o torcer ou enrolar. Cruzar na frente, voltar atrás, cruzar atrás e voltar à frente onde se dá um a dois nós, bem firmes.
 - ◆ Para colocar o recém-nascido: segurar o bebê contra o peito, na posição vertical. A perna esquerda do recém-nascido fica mais junto ao corpo, na tira mais próxima ao corpo e a perna direita fica na tira mais afastada. Deslizar o recém-nascido para dentro da bolsa formada pelo pano, garantindo que as pernas ficam na posição em M, e estende-se o pano nas costas do recém-nascido.
 - ◆ Ajustar o tecido sobre os ombros e sob as axilas para distribuir o peso uniformemente.
 - ◆ Verificação da posição do recém-nascido: a cabeça do recém-nascido deve estar à altura de um beijo, e a coluna numa posição natural. Certificar-se de que as vias respiratórias estão desobstruídas e que o queixo não está encostado ao peito do recém-nascido.
 - ◆ Medidas de segurança: assegurar-se sempre de que o recém-nascido está bem apoiado e que o pano está bem amarrado. De cada vez que usar o pano, verificar se não há rasgos ou zonas desgastadas.
 - ◆ Retirar o recém-nascido: retirar o recém-nascido pela ordem inversa em que foi colocado e só depois de o pousar em segurança é que se retira o pano.
- *Sling* (pode ser utilizado até aos 2 anos ou 13 kg). Existem dois tipos, o *pouch sling* (*sling* de bolsa) e o *sling* de argolas. Relativamente ao *pouch sling*, este é constituído por um tecido com as extremidades unidas numa costura, que se coloca a tiracolo de maneira a formar uma bolsa. Este método de transporte é o mais fácil de utilizar, uma vez que é só colocar a tiracolo, não necessitando de ajustes, no entanto, como não é ajustável, não pode ser utilizado por pessoas com alturas diferentes. Relativamente ao *sling* de argolas, é constituído por tecido com duas argolas fixas numa das extremidades. Através das argolas prendem as duas pontas e regulam o tamanho do tecido a ser usado, podendo ser ajustado à altura de quem o usa.

¹³⁸ Para a implementação desta intervenção é essencial a existência de equipamento para demonstrar (pano porta-recém-nascido, *sling* e marsúpio). Poderá também facilitar a existência de um boneco que possa simular um recém-nascido para treinar o seu a sua colocação/remoção dos dispositivos.

- ◆ Colocar o *sling*: coloca-se a tiracolo de maneira a formar uma “bolsa” e depois de bem apoiada coloca-se o recém-nascido.
- ◆ Colocar o recém-nascido: manter o recém-nascido num ângulo reclinado, com as pernas fletidas como se estivesse na posição fetal. Assegurar-se de que a cabeça do recém-nascido está bem apoiada.
- ◆ Ajuste: garantir que o tecido do *sling* está bem distribuído e que o recém-nascido está bem seguro e confortável. Em *slings* de argolas, puxar o tecido através das argolas para ajustar.
- ◆ Verificação da posição do recém-nascido: O queixo do recém-nascido não deve estar encostado ao peito, evitando assim risco de asfixia. O recém-nascido deve estar suficientemente alto para que possa beijar a cabeça com facilidade, consegue-se ver a face do bebé a qualquer momento e que o nariz e a boca estão desobstruídos. O tecido deve passar de joelho a joelho, suportando as pernas e nádegas do bebé e a coluna deve estar na posição natural, em “C”, e as pernas na posição “M” ou de sapo.
- ◆ Retirar o recém-nascido: retirar o recém-nascido do *sling*, apoiando com segurança e só depois retirar o *sling*.
- Mochila porta-bebé (marsúpio): se for usado importa garantir que fornece o apoio da cabeça e a posição em M da articulação coxofemoral (Okemuo, Anekwu & Ojukwu, 2018; Ojukwu et al., 2017).
 - ◆ Antes de colocar o recém-nascido: ajustar as alças e cintos de modo que fiquem confortáveis para quem transporta o recém-nascido.
 - ◆ Colocar o recém-nascido: assegurar que a coluna vertebral e pescoço estão bem apoiados, a cabeça está bem apoiada, as vias respiratórias estão desobstruídas e que as pernas estão numa posição em “M” ou de sapo, ou seja, com os joelhos mais altos do que as nádegas.
 - ◆ Prender o marsúpio: erguer cuidadosamente o painel traseiro sobre as costas do recém-nascido e colocar as alças nos ombros. Ajustar as alças, de modo que fique seguro e próximo do corpo de quem o transporta, e com a cabeça do à altura que seja possível dar-lhe um beijo.
 - ◆ Verificação de segurança: verificar todas as fivelas e ajustes para garantir que estão bem fixados, se o recém-nascido está bem posicionado e se o marsúpio não está demasiado apertado ou demasiado solto.
 - ◆ Remover o recém-nascido: retirar primeiro o recém-nascido, pousá-lo em segurança e só depois retirar o marsúpio.

4.3. Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança

A autoeficácia, conceito introduzido pelo psicólogo Bandura, refere-se à crença do indivíduo na sua capacidade de realizar determinadas ações e alcançar resultados específicos (Bandura, 1997). Este constructo é especialmente pertinente no contexto do cuidado a recém-nascidos, onde as mães e os pais, muitas vezes ansiosos, são confrontados com a responsabilidade de garantir a segurança. Ao abordar o transporte seguro do recém-nascido, a autoeficácia não apenas implica a posse de conhecimento adequado e as habilidades, mas também a confiança intrínseca em os aplicar eficazmente. Uma autoeficácia robusta neste contexto pode minimizar erros, reduzir a ansiedade associada ao transporte do bebé e, em última análise, promover práticas mais seguras. Reconhecer e fortalecer a autoeficácia das mães e dos

pais é, portanto, uma pedra angular para garantir o transporte seguro do recém-nascido. A “complexidade” aparente do uso dos sistemas de retenção das crianças poderão determinar alguma insegurança nas primeiras utilizações. Os desafios motivam as pessoas a desenvolver e exercitar a sua eficácia, no sentido que quanto mais treinar melhor será o desempenho na sua execução. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação da autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança (Tabela 24).

Tabela 24. Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
<p>O que o leva a pensar que a colocação do recém-nascido no dispositivo de transporte será um desafio? / O que o leva a pensar que não será capaz de usar os dispositivos pano/<i>sling</i>/marsúpio com segurança?</p> <p>O que a leva a pensar que não irá conseguir adaptar corretamente o dispositivo de retenção no automóvel?</p>	<p>(A) Valorizar falta de experiência anterior</p> <p>(A) Valorizar expressões usadas que revelem insegurança ou hesitação, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tenho a certeza se estou a fazer isto corretamente. • Sinto-me inseguro(a) sobre a melhor forma de o(a) transportar. • Nunca fiz isto antes e estou nervoso(a). • O que acontece se eu fizer algo errado? • Sinto que preciso de mais treino ou ajuda para fazer isto bem. • Não sei se a cadeira está instalada corretamente. • Estou constantemente preocupado(a) que algo de mau aconteça durante o transporte. • Prefiro que alguém mais experiente faça isto. • Sinto que nunca vou conseguir dominar isto.
	<p>(B) Valorizar expressões que refletem e tranquilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinto-me confortável e confiante transportando o bebé • Estudei e pratiquei como colocar o bebé na cadeira-auto. Sei que está seguro. • Entendi as instruções e sinto-me bem em seguir os passos corretamente. • Sei exatamente o que fazer para garantir que meu filho esteja seguro durante o transporte. • Tenho certeza de que posso ajustar e verificar a cadeira-auto corretamente. • Mesmo que encontre um desafio, sei onde procurar informações ou a quem pedir ajuda. • Cada vez que treino como transportar o bebé, mais confiança sinto nas minhas habilidades. • Sei que estou a tomar todas as precauções necessárias para a segurança do meu filho. • Confio nas minhas decisões quando se trata de transportar o meu bebé. • Sinto que estou bem preparado(a) e informado(a) sobre como garantir a segurança do meu recém-nascido durante o transporte.
<p>Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 25).

Tabela 25. Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança	Treinar o uso de dispositivo de retenção infantil
		Treinar o uso de dispositivos de transporte ao colo
		Elogiar o desempenho da/o cliente
Se B	Autoeficácia para transportar o recém-nascido em segurança facilitadora	-----

Fonte: autoras, 2024

4.3.1. Intervenções contribuem para a autoconfiança no transporte do recém-nascido em segurança

A confiança na sua capacidade de realizar determinada tarefa de forma eficaz é fundamental para garantir a segurança do recém-nascido e a tranquilidade de quem a realiza. Contudo, nem todas as mães ou pais sentem, de imediato, essa autoconfiança. Assim, importa implementar intervenções direcionadas à promoção da confiança parental. Estas intervenções visam não só instruir as habilidades, mas também reforçar a crença das mães/dos pais na sua capacidade de transportar o recém-nascido em segurança.

4.3.1.1. **Treinar a transportar em segurança: dispositivo de retenção infantil / transporte ao colo**

Na multiplicidade de novas responsabilidades e preocupações, o transporte seguro do recém-nascido é uma das mais prementes. Neste cenário, o uso adequado do dispositivo de retenção infantil e de transporte ao colo é essencial. No entanto, a mera aquisição destes equipamentos não é garantia da sua utilização correta. Frequentemente, as mães e os pais sentem-se inseguros e incertos quanto à instalação e ajuste destes dispositivos, e isso influencia a sua autoeficácia. Portanto, é essencial não só disponibilizar informações, mas também proporcionar treinamento prático, possibilitando que vivenciem e se familiarizem com o processo. Esta abordagem centrada na promoção da autoeficácia visa não apenas assegurar a correta utilização do dispositivo, mas também fortalecer a confiança de cada mãe e de cada pai nas suas habilidades. Durante o treino bem estruturado, a mãe e o pai têm a oportunidade de praticar e aprimorar as suas habilidades. Isso aumenta a confiança e, consequentemente, a autoeficácia na realização da tarefa. Além disso, um *feedback* positivo e o reconhecimento do progresso durante o treino também podem contribuir para o fortalecimento da autoeficácia¹³⁹.

¹³⁹ As atividades que concretizam estas intervenções estão descritas anteriormente.

4.3.1.2. Elogiar o desempenho da/o cliente

A implementação desta intervenção reporta a oportunidade para reforçar o desempenho adequado, tendo por base a persuasão verbal por pessoas significativas. Promover a autoeficácia é fundamental para a motivação e o progresso pessoal. Elogiar o desempenho de um(a) cliente é uma estratégia poderosa nesse sentido. Ao usar o elogio para promover a autoeficácia, o objetivo é reforçar a crença da mãe/pai nas suas próprias capacidades, incentivando-a(o) a enfrentar novos desafios com confiança e determinação.

Atividades que concretizam as intervenções:

1) Observação atenta: Antes de elogiar, é essencial observar atentamente o comportamento ou habilidade a desenvolver ou melhorar.

2) Identificação de pontos positivos: Em vez de se concentrar apenas em áreas que precisam de melhorias, identificar os pontos fortes e as ações bem executadas.

3) Elogio específico: Elogiar de forma específica e não vaga. Por exemplo, em vez de dizer “fez bem”, é mais útil dizer “notei a maneira como abordou essa tarefa (...). Isso foi excelente.”

4) Elogio sincero: O elogio deve ser genuíno e honesto (as pessoas geralmente percebem elogios que não são sinceros, o que pode ter o efeito oposto ao desejado).

5) Associe o elogio ao esforço: Enfatizar o esforço e a dedicação do cliente (dizer algo como “o seu esforço e determinação realmente mostraram resultados”) pode reforçar a crença na relação entre esforço e sucesso.

6) Reforçar a autoeficácia: Relacionar o sucesso com as habilidades e escolhas (por exemplo “a sua habilidade de analisar a situação e adaptar-se fez toda a diferença”).

7) Encorajamento para o futuro: Use o elogio como uma ponte para futuros desafios. (dizer, por exemplo: “com essa abordagem, estou confiante de que lidará bem com desafios semelhantes no futuro”).

8) Criar um ambiente positivo: Manter uma abordagem encorajadora e positiva em geral, e não apenas quando elogiar. Isso cria um ambiente onde a pessoa se sente apoiada e valorizada.

9) Pedir feedback: Depois de elogiar, peça *feedback* à mãe/pai. Isso pode dar-lhe perspetivas sobre como a mãe e o pai percebem os seus próprios sucessos e desafios e como se sentem em relação ao elogio recebido.

10) Evitar comparar: Cada indivíduo é único. Evitar comparações com outras pessoas, pois isso pode diminuir a autoestima e a autoeficácia daquela pessoa em concreto.

4.4. Significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido

Os dispositivos de segurança, como cadeira-auto e dispositivos de transporte ao colo, não são apenas ferramentas práticas, mas carregam um peso simbólico que transcende a sua funcionalidade imediata. O uso destes dispositivos reflete as normas culturais, expectativas sociais e a evolução da compreensão sobre segurança infantil. A intersecção entre prática e significado fornece uma lente através da qual podemos entender mais profundamente as atitudes das mães e dos pais, a influência da sociedade e a

dinâmica que molda os comportamentos em relação à segurança durante o transporte. Sempre que o significado atribuído for de valorização das medidas de segurança será mais provável que as mães e os pais atuem no sentido de garantir a segurança. Pelo contrário, a desvalorização poderá conduzir a decisões/ações menos seguras (por exemplo, “a distância é curta, pode ir ao colo no automóvel”). Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido (Tabela 26).

Tabela 26. Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo de diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Desvalorização <ul style="list-style-type: none"> Desvaloriza as medidas de segurança, dizendo por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> “Para uma distância tão curta, não é necessário fixar a cadeira, apertar os cintos”. “Isso tudo é exagero, os bebés não precisam de tantas proteções”. “Estas normas de segurança são tão modernas, parece que querem que tratemos os bebés como se fossem feitos de vidro”. ... 	Valorização <ul style="list-style-type: none"> Valoriza as medidas de segurança como elemento central nos cuidados ao recém-nascido.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 27).

Tabela 27. Significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança de transporte do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido	Assistir cliente a analisar o significado dificultador
Se B	Significado atribuído ao uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2024

4.4.1. Intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos à segurança no transporte do recém-nascido

As reformulações de significados constituem um enorme desafio para as(os) EEESMO. Significados facilitadores podem trazer ganhos, que neste contexto contribuem para a otimização de um desenvolvimento infantil.

4.4.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador

A valorização negativa atribuída à ação e/ou circunstâncias em torno do uso de dispositivos/segurança de transporte do recém-nascido poderá condicionar a disposição para a ação. Assim, a reformulação do significado pode ser conseguida pela promoção da reflexão sobre as razões e emoções associadas a este cuidado ao recém-nascido, de modo a cada mãe e pai possa reformular o seu modo de pensar e a tonalidade emocional atribuída à tarefa parental. Importa, por isso, criar momentos de reflexão sobre o significado atribuído, de modo a ressignificar o modo como entende o uso de dispositivos/segurança no transporte do recém-nascido de forma que seja capaz de:

- Reformular o significado dificultador.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o que um significado: O significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: *“O modo como pensa o impacto da chegada do recém-nascido é apenas uma ideia, não é um facto, não é uma verdade absoluta; sendo pensamentos de cada pessoa são modificáveis a qualquer momento por essa mesma pessoa”*.

2) Colocar questões de reflexão sobre o assunto: Para promover a reflexão e a análise do modo como pensa, e de que forma o modo como pensa poderá influenciar a ação, poderão ser feitas questões, como por exemplo:

- O que a/o leva a pensar que... (especificar)? (por exemplo, o que a/o leva a pensar que curtas distâncias eliminam o risco de acidentes com consequências graves para os ocupantes do veículo? O que a/o leva a pensar que a utilização de dispositivos de retenção no automóvel não confere segurança aos recém-nascidos transportadas dessa forma?)
- Pensou sempre assim?
- Existe alguém que conheça que tenha tido uma experiência bem-sucedida (especificar)? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência?
- O que ganha e o que perde por pensar dessa forma?
- De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência pós-parto/ o regresso a casa com o recém-nascido que gostaria de ter?
- Do que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar “dessa forma”/pensar no assunto de forma mais positiva?

5. COMPETÊNCIA PARENTAL: HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO

No contexto do assegurar a higiene e a manutenção da pele saudável de um recém-nascido, a competência parental envolve a compreensão e a aplicação de cuidados de higiene corporal e da pele Cardoso (2014). Assegurar a higiene e manter a pele saudável é importante para prevenir infecções e irritações e promover o conforto do recém-nascido. Isso geralmente inclui decisões e ações como: 1) escolha do material para o banho, designadamente os critérios de escolha dos produtos de higiene e de aplicação tópica na pele; 2) como dar banho; 3) como cortar as unhas; 4) como realizar a higiene perineal; e 5) cuidados ao coto umbilical.

A competência parental nesse contexto envolve conhecimento sobre essas práticas, a capacidade de reconhecer as necessidades do recém-nascido e a sensibilidade para responder a essas necessidades de forma adequada. Importa ainda considerar o ajustamento às necessidades específicas do recém-nascido, já que cada bebé é único e pode ter exigências individuais em relação ao cuidado da pele e higiene.

5.1. Conhecimento sobre higiene do recém-nascido

A higiene do recém-nascido refere-se ao conjunto de cuidados que são implementados para manter o recém-nascido limpo, saudável e confortável. Na manutenção da higiene importa considerar que a pele é o maior órgão do corpo humano, sendo responsável por diversas funções. A pele é o órgão que protege o organismo contra ações mecânicas, térmicas e químicas, e agentes agressores infecciosos e tóxicos. A sua ação de barreira, previne a desidratação, a absorção de substâncias prejudiciais e a invasão de microrganismos. Por outro lado, constitui uma importante forma de comunicação com o meio externo devido aos numerosos recetores sensoriais que se encontram na sua superfície.

No sentido de perceber o nível de preparação da mãe e do pai para assegurarem a higiene do recém-nascido, importa considerar as questões e os critérios de diagnóstico relativos ao conhecimento sobre a higiene do recém-nascido (Tabela 28).

Tabela 28. Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
Cuidar da higiene do bebé vai ser uma tarefa a integrar no dia a dia. Consegue(m) imaginar-se a dar banho ao (bebé/ nome)?	[Introduzir o assunto e orientar a pessoa para ação. Se já tiverem escolhido, designar “recém-nascido” pelo nome próprio].
Lá em casa, onde pensam dar banho ao bebé? Como prepararia(m) o ambiente e a água?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente temperatura agradável para estar de manga curta e sem correntes de ar. • Temperatura da água entre 36/37°C.
Trocar a fralda do recém-nascido será outro cuidado a realizar várias vezes ao longo do dia. Como o faria(m)? (usar um modelo, se oportuno)	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar água morna e compressas ou toalhetes secos/toalhetes húmidos sem elevado teor de produtos químicos na sua composição. • Se for uma menina: afastar ligeiramente os grandes lábios; limpar a parte externa que se encontra em contacto com a fralda, no sentido vagina-ânus Se for um menino: limpar a zona do prepúcio, sem forçar e sem puxar para trás o prepúcio. • Secar cuidadosamente com toalhete/toalha seca.

O recém-nascido fica com uma pequena porção do cordão umbilical, à qual chamamos de “coto umbilical”. Para que seque e caia precisa de alguns cuidados. Que cuidados considera necessários e como os faria?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Manter limpo durante o banho e secar (<i>dry care</i>). • Após queda do coto, se a pele ainda tiver ferida, limpar com soro fisiológico e compressas limpas até à cicatrização completa da pele.
E cortar as unhas do bebê... Imagine(m) que ia(m) cortar as unhas ao seu recém-nascido, que material utilizaria(m)? De que forma cortaria(m) as unhas das mãos? E as dos pés?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar tesoura de pontas arredondas e/ou corta unhas pediátrico e lima suave. • Cortar as unhas dos pés a direito e não muito rente. • Cortar as unhas das mãos em redondo e limar os cantos para não ficarem arestas.
A pele do recém-nascido é sensível a todos os materiais/ produtos em que toca. Atualmente, existem várias opções de produtos de higiene a utilizar durante e após o banho. Imagine(m) que vai/vão adquirir os produtos de higiene para o banho... qual(is) escolheriam(?)	(B) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Optar por “sabão sem sabão” (<i>syndets</i>), com pH ácido (4,5-5,5). • Optar por produtos sem perfume, parabenos ou álcool e com pH ácido.
Na observação da pele coberta pela fralda, como identificaria um eritema pela fralda? E o que fazia para ajudar a pele a ficar novamente saudável?	(C) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Rubor e calor (ao toque) e erupção cutânea. • Aplicar pomada rica em vitamina D e óxido de zinco. • Proporcionar períodos de exposição ao ar e manter a pele seca.
A lavagem da boca do recém-nascido, mesmo antes de ter dentes, ajuda a manter a boca sem grandes quantidades de bactérias e contribui para habituar o recém-nascido à higiene oral. Se tivesse de limpar a boca do recém-nascido, como o faria?	(D) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Limpar a boca com, por exemplo, uma compressa/ fralda de pano limpa e humedecida. • Realizar, no mínimo, duas vezes ao dia.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 29).

Tabela 29. Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica/resultado	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido	Ensinar sobre higiene do recém-nascido
Se não refere B e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido
Se não refere C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre eritema pela fralda
Se não refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre higiene oral do recém-nascido
Se refere : A e B e C e D	Conhecimento sobre higiene do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

5.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria para assegurar a higiene do recém-nascido e manter a pele saudável

A higiene da pele é uma atividade básica e diária realizada desde o nascimento até o final da vida. As atividades de higiene da pele são influenciadas por diferentes fatores, como cultura, conhecimento, desenvolvimentos industriais e atividades de marketing. Cuidar da higiene e manter a pele saudável é fundamental para o bem-estar e o desenvolvimento saudável do recém-nascido¹⁴⁰. O conhecimento da mãe e do pai sobre a higiene é relevante para a saúde do recém-nascido, nomeadamente protege contra infeções, promove o conforto e previne problemas de pele. Ao adquirir essas informações, as mães e os pais ficam mais preparados para cuidar da higiene e pele sensível de um recém-nascido, garantindo o seu bem-estar e desenvolvimento saudável.

5.1.1.1. Ensinar sobre higiene do recém-nascido

A higiene do recém-nascido refere-se aos cuidados que incluem a limpeza adequada do corpo, como dar banho, limpeza dos olhos, nariz e orelhas, trocar a fralda, cuidados com o coto do cordão umbilical, higiene das mãos, cuidados com as unhas, e manter a pele saudável. Por isso, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Trocar a fralda:
 - ◆ escolher o material e os produtos de higiene perineal adequados às características do recém-nascido.
- Dar banho:
 - ◆ gerir o ambiente do local onde o recém-nascido vai tomar banho;
 - ◆ identificar o material necessário para o banho do recém-nascido;
 - ◆ preparar a água para o banho do recém-nascido;
 - ◆ lavar as pálpebras, ouvidos e nariz;
 - ◆ manipular o recém-nascido em segurança durante o banho.
- Cortar as unhas do recém-nascido.

¹⁴⁰ A pele dos recém-nascidos revela diferenças em comparação com a pele adulta. Imediatamente após o nascimento, ocorre a necessidade de adaptação de um ambiente quente e húmido no útero para um ambiente mais frio e seco. A adaptação da pele inclui a redução do pH e a produção de fatores hidratantes naturais que ligam a água, além do aumento da função antimicrobiana da barreira epidérmica (Visscher et al., 2021). Ao nascimento, a hidratação estrato córneo é menor. Os valores de perda transepidérmica de água (TEWL) indicam uma função competente da barreira de permeabilidade basal em recém-nascidos sem doenças cutâneas, e os valores de pH indicam acidificação nos primeiros meses de vida (Ludriksone et al., 2014). Apesar da rápida maturação da pele, a capacidade funcional e a resistência a estressores internos e externos são menores. A relação entre a maturação dos corneócitos e a resistência mecânica como um dos “passos mais críticos na formação de uma barreira eficaz na camada córnea” (Évora et al., 2021). Quando a morfologia dos corneócitos é perturbada, observa-se uma função de barreira comprometida, podendo ocorrer algumas doenças de pele (Évora et al., 2021). Além da função de barreira da pele de recém-nascidos e bebês não estar totalmente desenvolvida, a sua pele possui também menor resistência mecânica a danos devido à epiderme, derme e hipoderme mais finas, juntamente com uma junção dermoepidérmica mais plana e as características bioquímicas também apresentam diferenças (de Bengy et al., 2022; Lintzeri et al., 2022). Em resumo, a integridade da pele do bebé é frágil no primeiro ano de vida e passa por processos de maturação, necessitando assim de proteção da integridade da pele. As intervenções de cuidados com a pele devem manter a saúde da pele e não prejudicar a maturação da pele frágil.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar condições do local para dar banho: Preparar o ambiente visa minimizar a exposição do recém-nascido a diferenças de temperatura ambiente acentuadas, uma vez que a capacidade de termorregulação é ainda imatura. O local deve estar a uma temperatura entre os 24-26°C, mantendo as janelas e as portas fechadas, de modo a evitar correntes de ar. Para verificar se a temperatura ambiente está adequada, sentir-se confortável de manga curta pode ser uma referência. Antes de despir o recém-nascido, verificar se têm reunido todo o material necessário para diminuir o tempo de exposição ao frio.

2) Explicar a troca da fralda (higiene perineal): A troca da fralda é realizada em média cerca de 8x/dia. O critério para trocar a fralda é se urina e/ou fezes presentes. Os cuidados a considerar são:

- a) Escolha de um local seguro: numa superfície dura e estável, ao nível da cintura, para que o local seja confortável para quem está a executar a troca da fralda e com o material necessário reunido previamente.
- b) Escolha do tipo de fralda: as fraldas descartáveis e as reutilizáveis. Para a escolha importa ter em conta fatores como: o custo, o conforto, a capacidade de absorção (é recomendado que a fralda mantenha um ambiente seco na zona perineal do recém-nascido) e serem adequadas à idade e ao peso da criança.
- c) Escolha dos toalhletes para a higiene: para limpar a urina e/ou fezes, podem ser usados:
 - Toalhletes de pano reutilizáveis ou toalhletes secos descartáveis, ambos embebidos em água.
 - Toalhletes húmidos descartáveis. Recomenda-se que os toalhletes húmidos sejam de algodão puro biológico e isentos de parabenos, glicerina, álcool ou cloro. A presença de ácido cítrico na composição dos toalhletes é garante de um pH ácido. Atualmente, existem à venda toalhletes húmidos com uma elevada percentagem de água (97-99%) e sem outras substâncias químicas na sua composição¹⁴¹.

3) Explicar como dar banho ao recém-nascido: Dar banho pode ser um dos momentos em que podem aproveitar para interagir com o recém-nascido, mantendo-o confortável e assegurando a sua higiene corporal. Para dar banho importa considerar:

- A escolha da banheira – existem diversos modelos de banheiras, e qualquer uma poderá ser usada, porém, recomenda-se que esta cumpra requisitos de segurança e de comodidade, apresentando uma estrutura firme, sem paredes ásperas, para que não magoem o recém-nascido, e um fundo antiderrapante para que não escorregue. Não é indicado dar banho no lavatório uma vez que, por ser pouco fundo, há maior risco de queda e a torneira pode magoar o recém-nascido. Também é contraindicado dar banho no lava-louça, uma vez que a superfície é de metal e pode aquecer em demasiado e provocar queimaduras.

¹⁴¹ Foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de avaliar a segurança e eficácia dos toalhletes secos embebidos em água e dos toalhletes húmidos com produtos químicos na sua composição. Como resultado, verificou-se que: 1) dois dos estudos analisados afirmaram não existirem diferenças relevantes entre os dois grupos; 2) dois dos estudos afirmaram que o pH da pele é mais elevado com a utilização de toalhletes secos embebidos em água; e, 3) três dos estudos afirmaram que a frequência de eritema na região perineal foi significativamente mais baixa nos grupos que utilizaram toalhletes húmidos. Os autores concluíram que face aos avanços nos últimos anos em relação ao desenvolvimento de toalhletes húmidos, vários estudos clínicos demonstraram que os mesmos, adequadamente formulados podem ser benéficos em relação a toalhletes secos humedecidos com água. No entanto, acrescentam a ressalva de que nem todos os toalhletes húmidos possuem a mesma composição química e é de extrema importância selecioná-los com base nos seus perfis de segurança (Cunningham et al., 2020).

- A preparação da água: a temperatura segura preconizada é em torno dos 37°C¹⁴²; para testar a temperatura da água do banho pode usar-se um termómetro de água ou a mão, misturando a água; colocar primeiro a água fria e depois a quente.
- A hora do banho: não existe uma hora ideal para dar banho ao recém-nascido, uma vez que depende da disponibilidade da mãe e/ou do pai, bem como das características do recém-nascido. Se o banho promove o relaxamento ao recém-nascido pode ser dado ao final do dia, antes da última mamada e, assim, relaxá-lo para dormir. Se o banho estimula o recém-nascido, optar por dá-lo de manhã, preparando-o para o resto do dia. É apenas recomendado que o banho não seja dado após a refeição, visto que os movimentos realizados podem fazer com que o recém-nascido regurgite.
- A frequência do banho¹⁴³: 2 a 3 banhos por semana são suficientes para manter uma higiene adequada. Isto porque os banhos em demasia podem provocar alterações na pele. Todavia, é indicado que determinados cuidados sejam prestados diariamente, nomeadamente o cuidado aos olhos (lavar as pálpebras), ao nariz e ao pavilhão auricular; e a zona coberta pela fralda deve ser limpa e seca sempre que necessário.

4) Explicar como pentear o cabelo do recém-nascido: Pode usar-se uma escova macia. O ato de pentear pode ajudar a prevenir a descamação do couro cabeludo, através da remoção de crostas. Para estimular o crescimento do cabelo, recomenda-se que se penteie no sentido do crescimento, isto é, na parte anterior, o sentido é do topo da cabeça para a testa e, na parte posterior, do topo da cabeça para a nuca.

5) Explicar como cortar as unhas: Para cortar as unhas, pode-se utilizar uma tesoura própria para o efeito, de pontas arredondas e encurvadas ou um corta-unhas específico e uma lima fina. A curvatura da tesoura pode servir para adaptar a posição da mesma ao formato da unha, sendo que para cortar as unhas das mãos, é indicado que a curvatura da tesoura fique voltada para cima e para cortar as unhas dos pés a curvatura deve ficar voltada para baixo. Pode-se utilizar a lima para evitar que as unhas das mãos fiquem com arestas. Para o corte propriamente dito, recomenda-se que se isole o dedo e se destaque a polpa do dedo da unha que se vai cortar, de modo a expor a área da unha a cortar, e, em seguida, cortar a direito cuidadosamente. As unhas não devem ficar muito curtas para que não encravem. Não existe um momento certo para o fazer, sendo apenas recomendado que o façam numa altura em que o

¹⁴² Um centro de queimaduras pediátrico de Detroit realizou um estudo retrospectivo que incluiu 71 crianças tratadas por queimaduras involuntárias associadas ao banho, entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de julho de 2017. Verificou-se que 65% das queimaduras ocorreram na casa de banho e 35% na cozinha, sendo que o banho era mais frequentemente dado por um dos pais (79%), seguido por outro adulto (11%), avós (7%) e ama (*babysitter*) (3%). No que diz respeito às circunstâncias relatadas, confirmou-se que 73% das queimaduras deveram-se ao facto de abrir a torneira da água quente ou fechar a torneira da água fria, sendo que, em metade desses casos, a pessoa a dar banho distraiu-se por breves instantes quando a torneira foi aberta. Em 10% dos casos, a própria pessoa a dar banho abriu a torneira na direção errada, ficando apenas água quente a correr; noutros 10%, as queimaduras ocorreram quando a temperatura da água corrente mudou repentinamente e nos restantes 7% dos casos as queimaduras ocorreram quando a temperatura da água não foi verificada antes de colocar o recém-nascido na banheira, sendo que, nesse grupo, 4% das crianças foram colocadas na água pelo irmão e 3% por um adulto. Os resultados demonstraram que as queimaduras associadas ao banho podem ser reduzidas com educação adequada, destacando a importância de verificar a temperatura da água primeiro, limitando as distrações e não colocando responsabilidades no banho nos irmãos mais velhos (Borg et al., 2020).

¹⁴³ As evidências que abordam aspetos dos procedimentos básicos de cuidados com a pele, como frequência de banho, duração do banho e aplicação de produtos em pele saudável, geralmente pouco discutidos (Wilborn et al., 2023). Por exemplo, a temperatura da água do banho muitas vezes não é descrita em estudos. Apesar das evidências disponíveis, as recomendações frequentemente são inconsistentes e até mesmo contraditórias. Por exemplo, a Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) recomenda que os recém-nascidos tomem banho a cada dois dias (Brandon et al., 2018), enquanto o NICE recomenda banho diário (NICE, 2020). Em relação à pele coberta pela fralda, a AWHONN recomendou a aplicação de uma camada espessa na pele para prevenir o eritema pela fralda, enquanto o NICE recomendou uma camada fina na pele.

recém-nascido esteja calmo. Assim, pode-se cortar as unhas, em especial as dos pés, depois do banho, uma vez que podem estar mais amolecidas e, portanto, mais fáceis de cortar ou quando o recém-nascido se encontre a dormir.

6) Explicar sobre aplicação de emoliente: No final do banho, poder-se-á aplicar um emoliente na pele do recém-nascido; todavia, o efeito protetor da aplicação por rotina é incerto¹⁴⁴.

5.1.1.2. Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

A pele do recém-nascido é um órgão dinâmico e complexo em processo de maturação. Os recém-nascidos possuem uma pele mais fina, com uma área de superfície corporal maior, tornando-os propensos à absorção transcutânea de substâncias prejudiciais. Isso pode levar a lesões na pele, sensibilização a alérgenos específicos e à perda da função da barreira epidérmica, que está envolvida no mecanismo da dermatite atópica (também conhecida como eczema) juntamente com a inflamação cutânea (Kelleher et al., 2021; Wilborn et al., 2023). Para manter a pele do recém-nascido saudável importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Escolher os produtos de higiene adequados às características da pele do recém-nascido.

¹⁴⁴ Os emolientes são emulsões que contêm lipídios, que amaciam e restauram a elasticidade e homeostase da pele, evitando a perda transepidérmica de água. O filme lipídico que os emolientes deixam na pele preenche os espaços entre os corneócitos do estrato córneo, o que leva, tanto à atração da água para a pele como ao impedimento da sua evaporação. Ao possuírem estas propriedades humectantes e oclusivas, os emolientes podem, assim, diminuir a frequência de dermatite, prevenir ressecamento e fissuras da pele, diminuir a perda de água transepidérmica e melhorar a integridade da pele. Sabe-se que os emolientes são indicados para o cuidado diário da pele seca, em dermatoses descamativas e/ou atópicas. O indicado é que os emolientes conttenham um equilíbrio fisiológico de lipídios epidérmicos (colesterol, ceramida, linolato, palmitato) ou que conttenham óleo de girassol, que apresenta melhor prestação na velocidade de recuperação da barreira cutânea e na toxicidade e potencial para desenvolver dermatite de contacto, quando comparado aos óleos de oliva, mostarda e soja. Para além disso, é necessário ter em conta que a maioria dos emolientes contêm ingredientes inativos, como conservantes, corantes e perfumes que podem provocar irritação cutânea e dermatite de contacto alérgica, especialmente, em recém-nascidos, lactentes e crianças mais suscetíveis. Já no que diz respeito à forma de apresentação do emoliente, os cremes e as loções são mais fáceis de espalhar na pele e promovem o efeito humectante. Quanto ao momento de aplicação, sabe-se que a eficácia de qualquer emoliente aumenta quando este é aplicado na pele ainda húmida, por exemplo, imediatamente após o banho (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011). Numa revisão sistemática sobre os cuidados à pele em recém-nascidos de termo saudáveis, que pretendeu comparar o uso de emoliente com o não uso, verificou-se que, no geral, a hidratação foi favorecida com o uso deste produto, o que não foi observado quanto à perda de água transepidérmica ou ao pH da superfície da pele (Cooke et al., 2018). Numa revisão sistemática, com meta-análise, desenvolvida por Priyadarsh et al. (2022), que visou avaliar o efeito da aplicação de emolientes em comparação com a não aplicação de emolientes em recém-nascidos saudáveis a termo ou próximos do termo. Nos 16 estudos randomizados elegíveis envolveram 5.643 participantes. Cinco ensaios recrutaram 3.352 recém-nascidos saudáveis (termo = 728; gestação ≥ 35 semanas = 2624); e 11 ensaios incluíram 2.291 recém-nascidos a termo que estavam “em risco” de desenvolver atopia. A aplicação de emolientes (cremes ou óleos de nozes, sementes e vegetais) iniciou-se no período neonatal e continuou durante quatro semanas a dois anos em vários estudos. A meta-análise para recém-nascidos saudáveis a termo sugere que a aplicação tópica de emolientes pode ter um efeito pequeno ou nulo na dermatite atópica (RR = 1,29, IC 95% = 0,96-1,72; dois ensaios, 1408 recém-nascidos; estudos com baixo nível de evidência). Foram incertos os efeitos na alergia alimentar (RR = 0,84; IC 95% = 0,42-1,70; um ensaio, 233 recém-nascidos), sensibilização alérgica a alérgenos alimentares (RR 1,31; IC 95% 1,03 a 1,68; um ensaio, 234 recém-nascidos) e alérgenos inalatórios (RR = 0,97; IC 95% = 0,44, 2,14; 1 ensaio, 234 recém-nascidos), pele seca (RR = 0,74, IC 95% = 0,55-1,00; dois ensaios, 294 recém-nascidos) e problemas de pele (RR = 0,92, IC 95% = 0,81-1,05; dois ensaios, 292 recém-nascidos). A meta-análise para recém-nascidos ‘em risco’ sugere que a intervenção provavelmente reduz o risco de dermatite atópica (RR = 0,74, IC 95% = 0,63-0,86; 11 estudos, 1988 bebés; evidência de moderada certeza), mas pode ter um efeito pequeno ou nulo na alergia alimentar e sensibilização alérgica a alimentos ou alérgenos inalatórios. O efeito na pele seca e na erupção cutânea foi incerto. Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Chalmers et al. (2020), que incluiu 1394 recém-nascidos (que foram aleatoriamente atribuídos aos grupos de estudo; 693 foram atribuídos ao grupo de emolientes e 701 ao grupo de controlo), concluíram que não há evidências de que a aplicação diária de emolientes durante o primeiro ano de vida previna o eczema em crianças de alto risco e há algumas evidências que sugerem um aumento do risco de infeções cutâneas. O estudo demonstrou ainda que famílias com história de eczema, asma ou rinite alérgica não devem utilizar emolientes por rotina para prevenir o eczema nos seus recém-nascidos.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar as características da pele de um recém-nascido: A pele do recém-nascido constitui uma barreira protetora e o principal órgão de defesa. Comparativamente à pele de um adulto, a pele de um recém-nascido é mais frágil e mais sensível, visto que a epiderme e a derme são mais finas tornando-o mais suscetível à ação de microrganismos e à absorção de substâncias tóxicas. Ao aplicar qualquer produto químico na pele do recém-nascido, este será absorvido em maior quantidade. A manutenção da acidez da pele do recém-nascido é uma das principais medidas protetoras da função inibidora do crescimento de bactérias. O uso de produtos de higiene, que contêm químicos, podem provocar alterações no pH da pele, tornando-a mais alcalina diminuindo a sua capacidade de ação antibacteriana¹⁴⁵.

2) Explicar os critérios de escolha dos produtos de higiene: A escolha dos produtos a aplicar na pele de um recém-nascido devem ser selecionados criteriosamente¹⁴⁶. Um dos produtos de higiene que se podem utilizar na pele do recém-nascido são os “*syndets*”, também conhecidos como “sabão sem sabão”. Os *syndets* são detergentes sintéticos e têm um pH ligeiramente ácido, fazem pouca espuma, são suaves, hipoalergénicos, não contêm constituintes químicos prejudiciais à pele do recém-nascido e não provocam irritação da pele, podendo apresentar-se sob forma líquida ou sólida¹⁴⁷. Se não usar *syndets*, recomenda-se usar somente água nas 2/3 primeiras semanas. Ainda assim, quando forem introduzidos produtos de higiene disponíveis no mercado, os constituintes a evitar são: os parabenos, o sódio lauril sulfato (SLS), o sódio laureth sulfato (SLES), a metilisotiazolina e o álcool e todos os seus componentes derivados. Estes elementos podem causar dermatite, alergias cutâneas, pele seca e áspera, ardência cutânea. Os sabonetes de glicerina também não são recomendados, porque tendem a absorver água, podendo causar secura e irritações cutâneas. O gel de banho apresenta na sua constituição sabão, o que faz com que remova a camada lipídica da pele, pelo que também não é aconselhado. Quanto ao champô, a sua utilização não é indicada até um ano de idade, sendo suficiente lavar o cabelo com a solução de limpeza usada para o banho, isto porque o cabelo é curto, fino e frágil. Estes produtos de higiene deverão conter na sua composição ácido cítrico. Neste sentido, é indicado ler as informações no rótulo da composição dos produtos de higiene, isto porque expressões no rótulo como: “dermatologicamente testado”, “pH balanceado” ou feitos à base de “ingredientes naturais”, não garante a segurança dos componentes do produto¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Fernandes, Machado & Oliveira (2011) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de reunir informação sobre as especificidades do cuidado à pele do recém-nascido no que concerne aos cuidados de higiene, banho, uso de agentes de limpeza, utilização de produtos tópicos e a sua toxicidade cutânea. Os autores descrevem em cada um destes tópicos os cuidados preventivos que deverão ser implementados nos cuidados ao recém-nascido e concluem que atualmente a oferta no mercado é muito apelativa ao consumo e tem uma enorme diversidade de produtos, alguns com potenciais substâncias tóxicas na sua composição alertando para a necessidade de adequar os hábitos de consumo às reais necessidades cutâneas do recém-nascido.

¹⁴⁶ A aplicação tópica de produtos pode afetar a fisiologia da pele e aumentar o risco de reações adversas (Ananthapadmanabhan, Subramanyan & Nole, 2013; Mahrhauser et al., 2015). Portanto, as reações adversas resultantes de cuidados com a pele em recém-nascidos devem ser evitadas reduzindo a exposição desnecessária e escolhendo ingredientes para produtos de cuidado que sejam adequados e especialmente selecionados para a pele frágil de recém-nascidos.

¹⁴⁷ O aumento temporário, ou a longo prazo, do pH da superfície da pele, devido, por exemplo, a exposições repetidas e prolongadas a sabões alcalinos, pode levar a danos na barreira cutânea, irritação e colonização patológica (Ananthapadmanabhan, Subramanyan & Nole, 2013).

¹⁴⁸ Mendes et al. (2016) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o pH dos sabonetes infantis, antibacterianos e *syndets* (*synthetic detergents*), habitualmente usados em crianças, e verificar se no rótulo desses produtos existe a informação sobre o seu pH. Neste estudo foram analisados 90 sabonetes, nas apresentações em barra e líquida, sendo 67 infantis (grupo 1), 17 antibacterianos (grupo 2) e 6 *syndets* (grupo 3). Procedeu-se à mensuração do pH das amostras após diluição a 1%. Dentro dos resultados verificou-se que o pH variou consideravelmente entre as formas líquida e em barra, com pH menores (de 4,4 a 7,9) nos líquidos ($p < 0,05$). Os *syndets* mostraram pH próximos ao ideal (levemente ácidos) e os antibacterianos apresentaram os maiores pH (até 11,34) ($p < 0,05$). Apenas dois dos sabonetes analisados apresentavam no rótulo a indicação do pH. Dos resultados do estudo, concluiu-se que os sabonetes líquidos, nomeadamente os *syndets*, são os mais adequados para o uso em recém-nascidos para garantir a eficácia da barreira cutânea existente na pele que lhes permite uma proteção contra patogénicos (Mendes et al., 2016). Topan (2019) realizou um ensaio clínico randomizado, controlado e duplamente cego, com o objetivo de avaliar a efetividade de um sabonete infantil com pH fisiológico (levemente ácido) na manutenção do pH cutâneo e hidratação da pele do recém-nascido após o primeiro banho. Participaram no

5.1.1.3. Ensinar sobre higiene do coto umbilical

Ao nascimento, o cordão umbilical é cortado e clampeado, ficando apenas uma pequena porção (coto) que protege a zona do umbigo até à cicatrização da pele (Zupan, Garner & Omari, 2004). A partir do momento em que o cordão umbilical é cortado inicia-se o processo de mumificação. O coto umbilical é um local importante de colonização bacteriana. Uma possível consequência da colonização bacteriana é a onfalite. O risco de infecção aumenta até que o coto caia. Para cuidar do coto umbilical de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Realizar a higiene do coto umbilical (*drycare*).
- Identificar sinais de infecção do coto umbilical.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a evolução do coto umbilical: Inicialmente, o coto umbilical tem uma cor branco-azulada e um aspeto gelatinoso, ao longo do tempo pode adquirir um aspeto humedecido e coloração cada vez mais escura (preta). O escurecimento do coto umbilical é um processo natural e fisiológico que ocorre à medida que o coto seca e se desprende da pele, à medida que os tecidos internos se contraem e se secam. Com a falta de suprimento sanguíneo, o coto seca e a cor muda para um tom mais escuro, muitas vezes se aproximando-se da cor preta¹⁴⁹.

2) Explicar o tempo médio para a queda do coto: A queda do coto acaba por acontecer entre o 5.º e o 14.º dia após o nascimento¹⁵⁰.

3) Explicar a frequência da higiene do coto e da pele peri-umbilical: É recomendado que a limpeza do coto seja realizada uma vez por dia, assegurando que se mantenha limpo e seco, uma vez que a humidade é o principal fator para a proliferação bacteriana. Caso o coto se encontre húmido, com secreções ou sujo com urina e/ou fezes, é recomendado que seja limpo mais do que uma vez ao dia.

ensaio 204 crianças divididas em dois grupos: o grupo de controlo e o grupo de estudo (102 crianças em cada). O grupo de controlo (GC) utilizou o sabonete líquido já padronizado na maternidade e o grupo experimental (GE) utilizou sabonete líquido infantil com pH fisiológico. Após o banho, no GC houve aumento na frequência e gravidade de eritema ($p < 0,001$). No GE a frequência e o grau de descamação diminuíram após o banho ($p < 0,001$) e o grau de hidratação foi mais alto ($p < 0,01$). Mesmo sem a utilização de sabonetes, houve elevação significativa do pH após o banho ($p < 0,001$) nos dois grupos. Concluiu-se que houve melhoria dos parâmetros clínicos após o banho com o uso do sabonete infantil com pH fisiológico: maior hidratação, menos eritema e menos descamação quando comparado com o GC. Os achados corroboram a necessidade da utilização de produtos suaves, com pH adequado e especialmente destinados a recém-nascidos (Topan, 2019).

¹⁴⁹ Devido à falta de irrigação sanguínea, os tecidos perdem água e desidratam, o que leva a concentração de pigmentos e substâncias presentes nas células mortas. Os pigmentos presentes nos tecidos, como a hemossiderina (é um pigmento proveniente da degradação da hemoglobina), começam a concentrar-se e a oxidar. A oxidação dessas substâncias leva à formação de compostos escuros, que contribuem para a coloração preta da área necrosada.

¹⁵⁰ No estudo analítico observacional longitudinal quantitativo com amostra aleatória estratificada, realizado por López-Medina et al. (2020), cujo objetivo foi explorar o tempo de separação do coto do cordão umbilical, os preditores e as complicações da cicatrização desde o nascimento até ao mês de idade. Foram incluídos 106 recém-nascidos nascidos após 35-42 semanas de gestação, cujo coto do cordão umbilical foi tratado com água e sabão e posteriormente seco, cujas mães tiveram uma gravidez de baixo risco. Os autores verificaram que o tempo médio de separação do coto do cordão umbilical foi de 6,61 dias ($\pm 2,33$, IC 95%: 6,16–7,05). A incidência de onfalite foi de 3,7%; o granuloma foi de 8,6%. Os preditores do tempo de separação foram a recorrência de humidade, peso ao nascer, administração de antibióticos intraparto e Apgar < 9 ($R2 = 0,439$, $F: 15,361$, $p < 0,01$). Os resultados apoiam as recomendações da Organização Mundial de Saúde, isto é, os cuidados com o cordão umbilical mantido seco são uma prática segura que leva à queda precoce do coto do cordão umbilical.

4) Explicar *dry care*: A limpeza pode ser feita durante o banho ou com água e compressa fora da hora do banho e secar muito bem após a lavagem. O princípio é manter limpo e seco (*dry care*)¹⁵¹. Para manter um ambiente seco, é recomendado ainda fechar a fralda abaixo do local de inserção do coto umbilical, fazendo uma dobra. Pela mesma razão, também é recomendado que não se utilizem faixas ou redes no coto umbilical, visto que comprimem a pele e coto e retêm a humidade.

5) Explicar os cuidados à pele após queda do coto umbilical: É indicado continuar a limpeza da zona umbilical até que a ferida cicatrize completamente. Pode ser utilizado soro fisiológico e compressas para limpar a ferida uma vez por dia. Aquando da queda do coto pode aparecer uma gota de sangue, o que se considera um achado normal.

6) Explicar sinais de alerta: As complicações associadas à mumificação do coto umbilical podem ser:

- Sinais de granuloma¹⁵²: pequeno nódulo de tecido com dimensões de 3-10 mm, sendo macio, húmido, cor-de-rosa e geralmente pedunculado. Os granulomas umbilicais são as massas umbilicais mais comuns e podem tornar-se visíveis após a separação do coto umbilical¹⁵³.
- Sinais de infeção (onfalite): estes sinais podem ser rubor na base do coto, edema, calor, presença de secreções purulentas/esverdeadas e cheiro fétido.
- Atraso na queda do coto: superior a 3 semanas.

5.1.1.4. Ensinar sobre tratamento do coto umbilical

A recomendação atual é que o uso de produtos como o álcool etílico a 70% ou clorexidina em concentrações de 0,5% a 4%, seja prescrito apenas em casos excecionais, em que há maior risco de contaminação por patógenos ou condições insalubres, e, por consequência, maior risco de infeção. Assim,

¹⁵¹ López-Medina et al. (2019) desenvolveram uma revisão sistemática com meta-análise com o objetivo de comparar o efeito entre o *dry care* e a aplicação de clorexidina no coto do cordão umbilical em recém-nascidos em riscos de desenvolver onfalite. Foram selecionados 9 artigos que descreviam a incidência de onfalite nos recém-nascidos nos quais foi utilizada a técnica de *dry care* ou o uso de clorexidina. A meta-análise foi realizada com os 9 estudos e um total de 118.903 recém-nascido, dos quais 50,61% realizaram a técnica de *dry care*. A análise conjunta dos estudos mostra uma redução significativa do risco de onfalite no grupo da clorexidina em comparação com a técnica de *dry care* (RR=0,58; IC 0,53-0,64). Entretanto, na análise por subgrupos, o tratamento com clorexidina não reduziu o risco de onfalite em nascimentos que ocorreram no hospitalar (RR = 0,82; IC: 0,64-1,05), em países com baixa taxa de mortalidade infantil (RR = 0,8; IC: 0,5-1,28), ou com concentrações de clorexidina abaixo de 4% (RR = 0,55; IC: 0,31-1). A clorexidina atuou como fator de proteção na concentração de 4% (RR = 0,58; IC: 0,53-0,64), aplicada em recém-nascidos cujo nascimento ocorreu no domicílio (RR = 0,57; IC: 0,51-0,62) e em países com taxas de mortalidade infantil elevadas (RR = 0,57; IC: 0,52-0,63). Os autores concluíram que em países com baixa taxa de mortalidade infantil e em casos de partos em ambiente hospitalar a técnica *dry care* é eficaz. Porém em países com elevada taxa de mortalidade infantil e em casos de partos no domicílio, a clorexidina 4% é usada como fator de proteção (López-Medina et al., 2019). Num outro estudo, ensaio clínico (caso-controlo), desenvolvido por Quattrin et al. (2016), envolvendo 239 recém-nascidos, foram comparados dois procedimentos diferentes para o cuidado ao coto do cordão umbilical: *dry care* versus álcool 70%. Dos resultados, não foi observada diferença significativa entre os dois procedimentos, nomeadamente na ocorrência de onfalite, granuloma e hemorragia; em relação ao tempo queda do coto, este foi significativamente menor no grupo *dry care* (Quattrin et al., 2016).

¹⁵² O granuloma umbilical é a anormalidade do umbigo mais frequente em recém-nascidos e resulta de um supercrescimento do tecido de granulação, que persiste na base do cordão umbilical após a sua queda, resultando de uma infeção subclínica que determina a proliferação de células endoteliais com inadequada epitelização (Saleh, 2016; Karagüzel & Aldemir, 2016). O tratamento convencional é realizado pela cauterização química com nitrato de prata. Estudo recente mostrou resolução completa do granuloma umbilical após aplicação do sal, sob oclusão por 24 horas (Bagadia et al., 2019). Como conclusão, os autores referem que o sal de cozinha tem propriedade dessecante, diminuindo o tecido de granulação, sendo procedimento totalmente indolor (Bagadia et al., 2019; Saleh, 2016).

¹⁵³ Sugere-se aplicar o sal quando o bebé está a dormir, seguindo os seguintes passos: 1) limpar a área do umbigo com água morna/soro fisiológico e compressa; 2) aplicar uma pequena pitada de sal de mesa/cozinha sobre o granuloma umbilical; 3) cobrir a área com compressa e adesivo para manter o sal no local durante 30 minutos; 4) limpar a área do umbigo com água morna/soro fisiológico e compressa; e, 5) repetir este procedimento duas vezes por dia durante 5 dias consecutivos. Se não houver melhoria no tamanho após 5 dias, então deve ser considerado um diagnóstico alternativo.

nos casos em que se verifiquem condições favoráveis ao desenvolvimento de infecção (Palazzi & Brandt, 2023; López-Medina et al., 2020; Imdad et al., 2013¹⁵⁴). Os critérios habitualmente considerados são condições insalubres ou um padrão de higiene insuficiente para oferecer proteção. Assim, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Tratar o coto umbilical do recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar como proceder ao tratamento com álcool a 70% ou clorexidina: A realização do tratamento do coto umbilical tem implícito um conjunto sequencial de passos:

- Reunir material necessário: compressas e álcool a 70% ou clorexidina a 4%¹⁵⁵;
- Posicionar o recém-nascido: deitar numa posição confortável e segura, e com a área umbilical facilmente acessível;
- Molhar a compressa: humedecer cuidadosamente a compressa no produto, que deve ficar húmida, mas não encharcada para evitar que o excesso de líquido escorra para áreas indesejadas;
- Aplicar álcool a 70% ou clorexidina a 4%: o objetivo é aplicar antisséptico suficiente para desinfetar, mas sem encharcar o coto. Assim, segurando no clamp:
 - ◆ Limpar a base do coto umbilical, movimentos suaves e circulares ao redor da base do coto evitando tocar excessivamente na pele. Isso ajuda a garantir que o antisséptico entre em contacto com todas as superfícies, incluindo quaisquer reentrâncias ou dobras. Esta é a área mais crítica.
 - ◆ A partir da base, mover gradualmente em direção à extremidade do coto, em movimentos ascendentes e sem usar a mesma parte da compressa mais do que uma vez, aplicando o antisséptico uniformemente. Certificar-se de que as duas faces do coto recebem o antisséptico.
- Secagem: deixar o coto umbilical secar ao ar, não cobrindo imediatamente com fralda ou roupa.

5.1.1.5. Ensinar sobre eritema pela fralda

A manutenção da saúde da pele coberta pela fralda é essencial, já que interfere na saúde geral do recém-nascido. O eritema pela fralda (também designado de dermatite pela fralda), faz com que a pele fique sensível e dolorosa ao toque; o contacto da pele irritada com urina e fezes pode causar desconforto e dor ao urinar ou defecar, tornando a troca de fralda ainda mais desconfortável, causa prurido agitação (podem ficar irritados e chorar mais do que o usual); e a pele danificada e irritada pode ser mais suscetível a infecções bacterianas e fúngicas, como candidíase. A irritação contínua da pele pode dificultar o

¹⁵⁴ Na revisão sistemática com meta-análise da Cochrane, desenvolvida por Imdad et al. (2013), conclui que a aplicação tópica de clorexidina no coto do cordão umbilical poderá ser benéfica em reduzir a mortalidade neonatal e a onfalite, especialmente em ambientes comunitários em países em desenvolvimento. Todavia, este procedimento pode aumentar o tempo de separação do coto, sem, contudo, existir evidências que aumente o risco subsequente de mortalidade ou infecção. Por outro lado, em países desenvolvidos e em ambientes hospitalares, a evidência é menos clara. De acordo com os resultados da meta-análise, não há evidências suficientes para apoiar a aplicação de um antisséptico no coto do cordão umbilical em comparação com o drycare nestes contextos de cuidados. Em muitos serviços de saúde de países desenvolvidos, a prática padrão é deixar o coto do cordão umbilical secar naturalmente sem a aplicação de antissépticos, a menos que haja sinais de infecção ou outras complicações.

¹⁵⁵ De acordo com WHO (2022), a aplicação diária de clorexidina a 4% (solução aquosa ou gel de digluconato de clorexidina a 7,1%, fornecendo 4% de clorexidina) no coto do cordão umbilical na primeira semana após o nascimento é recomendada apenas em contextos específicos.

processo de cicatrização, prolongando a condição e causando desconforto contínuo para o bebê. Assim, para garantir a saúde da pele coberta pela fralda, importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Identificar sinais de eritema pelas fraldas.
- Adotar medidas de prevenção do eritema pelas fraldas.
- Escolher os produtos de higiene perineal adequados às características da pele do recém-nascido.
- Adotar medidas para tratar o eritema pelas fraldas.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o que é o eritema pela fralda: Caracteriza-se pela presença de erupção cutânea; rubor e calor na pele coberta pela fralda. Há vários fatores que concorrem para o seu aparecimento: 1) a presença da fralda, associado a humidade pela presença de fezes e urina; 2) o uso de produtos de higiene contendo químicos que fragilizam a pele; e 3) a fricção entre a fralda e a pele.

2) Explicar as medidas de prevenção: As medidas a adotar são: 1) trocar a fralda sempre que esta estiver com fezes e/ou urina; 2) evitar o uso de produtos que contenham substâncias irritantes para a pele; e 3) expor a pele ao ar durante alguns períodos do dia. A utilização de cremes de barreira não está indicada como medida preventiva do eritema pela fralda, mas sim para o seu tratamento. O uso deste tipo de cremes em pele íntegra poderá favorecer a irritação e o consequente aparecimento de alterações da fisiologia da pele.

3) Explicar medidas de tratamento: Na presença de eritema pela fralda, ou seja, presença de rubor, calor e erupções cutâneas, o indicado será criar condições favoráveis para que a pele possa regenerar.

- Escolha do produto a usar no tratamento: para favorecer a regeneração da pele, pode ser aplicado um creme de barreira à base de óxido de zinco, vitamina A e vitamina D. A vitamina A e D têm poder cicatrizante e regenerador, e o óxido de zinco cria uma barreira que possui uma ação anti-infecciosa e anti-inflamatória. Estes compostos permitem à pele recuperar as suas características naturais¹⁵⁶. Recomenda-se a utilização de um produto tópicos em forma de creme, uma vez que é fácil de aplicar pela sua consistência semifluida e é facilmente removido da pele quando em

¹⁵⁶ A revisão da literatura desenvolvida por Fernandes, Machado e Oliveira (2009) teve como objetivo de compreender o quadro clínico e o tratamento da dermatite na zona coberta pela fralda. Os autores verificaram que a dermatite pela fralda atinge as regiões do corpo cobertas pela fralda, como por exemplo o perineo, as nádegas, o abdômen inferior e as coxas. O aumento local da temperatura e da humidade provoca maceração da pele, que a torna mais suscetível à irritação, concomitante com o contacto prolongado com urina e/ou fezes. O uso na pele de pós, óleos, sabões e pomadas irritantes podem agravar o quadro clínico. Além disso, é frequente o aparecimento de infeção secundária por *Candida albicans* ou por bactérias como *Bacillus faecalis*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*. O eritema pela fralda caracteriza-se, então, por apresentar lesão eritematosa confluenta, brilhante, que varia de intensidade ao longo do tempo. Pode manifestar-se através de pápulas eritematosas associadas a edema e leve descamação. Atinge, tipicamente, as regiões de maior contacto com a fralda e é caracteristicamente conhecida como “dermatite em W”. As pregas são, habitualmente, poupadas, e os locais mais acometidos são as superfícies convexas das nádegas, coxas, parte inferior do abdômen, púbis, grandes lábios ou escroto. Para dermatite instalada de grau leve, o mais importante consiste no aumento da frequência de trocas e na utilização de fraldas superabsorventes (nem todas as marcas o são). O uso rotineiro de preparações tópicas para prevenir dermatite da área das fraldas não é necessário para crianças com pele normal. Os aditivos dessas preparações têm o potencial de causar sensibilização de contacto, irritação e/ou toxicidade percutânea. Assim, a sua utilização pode ser dispensada se as medidas de higiene e troca forem executadas com frequência (Fernandes, Machado & Oliveira, 2009). Quando a pele já está danificada, podem-se utilizar cremes de barreira ou pastas mais espessas e aderentes, à base de óxido de zinco, dióxido de titânio e amido ou cremes com dexpanthenol, uma vez que esses produtos aderem à epiderme e podem ajudar a prevenir o contacto direto entre a pele e as fezes. Com estas medidas evita-se a humidade excessiva da área das fraldas, minimizando-se as perdas transepidermicas de água e diminuindo a permeabilidade da pele. Estes produtos podem não ser facilmente removidos com água; o uso de óleos pode ajudar na remoção sem fricção da pele e não devem ser retirados a cada muda de fralda para não aumentar a irritação da pele.

contacto com a água. As pomadas são mais espessas e deixam resíduo na pele, sendo por vezes, difícil de remover.

- Modo de aplicação: quanto à quantidade de creme recomenda-se que se coloque apenas uma fina camada, na área afetada, uma vez que é suficiente para que a pele beneficie da ação dos constituintes do creme. Se ao trocar a fralda for observado que a pele ainda apresenta creme da última aplicação, é recomendado que este seja removido antes de aplicar uma nova camada.
- Produtos a evitar: há alguns anos, era muito comum utilizar o pó de talco. Atualmente sabe-se que este produto em contacto com a urina e com as fezes pode desencadear ainda mais irritação na pele, sendo desaconselhado. Para além disso, também pode estar associado a problemas respiratórios devido ao risco de inalação accidental.
- Reforçar as medidas de prevenção: o eritema pela fralda pode ser prevenido trocando a fralda sempre que esta estiver suja e/ou molhada; evitando o uso de produtos que contenham substâncias irritantes para a pele; e expondo a pele ao ar durante alguns períodos do dia.

5.1.1.6. Ensinar sobre higiene oral do recém-nascido

A saúde bucal de um recém-nascido é um aspeto muitas vezes negligenciado. Todavia, defende-se que a higiene oral adequada desde os primeiros dias de vida é fundamental para estabelecer bases sólidas de saúde bucal ao longo da infância. Para assegurar a higiene oral de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai para que sejam capazes de:

- Assegurar a higiene oral do recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar os benefícios da higiene oral: A higiene oral ajuda a manter limpa a cavidade oral, já que o recém-nascido pode ficar com restos alimentares na boca, nomeadamente açúcares presentes no próprio leite materno, que podem originar um ambiente ideal para a proliferação de bactérias. Com a cavidade oral limpa, o recém-nascido tem menor risco de aparecimento de doenças, como a candidíase oral. A limpeza e a massagem das gengivas antes da erupção dos primeiros dentes favorecem a erupção num meio limpo, sem resíduos alimentares e microrganismos, para além de motivar a criança, mais tarde, a seguir os hábitos de higiene oral¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Oliveira, Moura e Oliveira (2008) realizaram uma revisão da literatura, com o objetivo de realizar uma sobre a higiene oral em recém-nascidos entre os 0 e os 6 meses de idade, de forma a destacar a sua importância para a saúde oral do recém-nascido. Para esta revisão foram utilizados 19 estudos, dos quais a maioria (17 dos 19) afirma que quanto mais cedo se iniciar a higiene oral, mesmo antes do aparecimento do primeiro dente, melhor será o desenvolvimento da saúde geral e oral. Dos resultados do estudo, verificou-se que a maioria das mães não tem conhecimento sobre a altura do início da higiene oral. Segundo Doshi (1985), que avaliou os hábitos de higiene oral, opiniões e conhecimento de 282 grávidas, verificou-se que 41,8% das mães inicia a higiene oral após a erupção do primeiro dente; 25% inicia quando a criança completava um ano de idade e 20% inicia aos 3 anos de idade. Ainda, nesta revisão, alguns autores deram importância à realização da higiene oral antes do primeiro dente. A justificação apresentada foi a constatação de que a principal causa de cárie é a falta de limpeza oral. Assim, os autores defendem que a mãe, ou o pai, deve iniciar a limpeza da boca do recém-nascido nos primeiros meses de vida, mesmo antes do aparecimento do primeiro dente. A limpeza deverá ser realizada com uma gaze ou fralda humedecida em água filtrada, limpando a gengiva, língua e bochechas (Oliveira, Moura & Oliveira, 2008).

2) Explicar a frequência da higiene oral: Enquanto não existem dentes, é recomendado que a higiene seja realizada, no mínimo, duas vezes ao dia, sendo que uma deve ser realizada antes do período mais prolongado de sono.

5.2. Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

A capacidade e a confiança para cuidar da higiene do recém-nascido é relevante para a saúde do recém-nascido e para a satisfação com o desempenho parental. O desenvolvimento da capacidade para assegurar a higiene do recém-nascido, nomeadamente dar banho, realizar a higiene oral, higienizar o coto umbilical e trocar a fralda ainda durante a gravidez, por simulação, facilita a integração dos gestos necessários para realizar essas tarefas de forma sensível, cuidadosa e atenta às necessidades específicas do recém-nascido. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação da capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido, que pode ser simultânea à avaliação do conhecimento (Tabela 30).

Tabela 30. Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
(Valorizar experiências anteriores)	(A) Sem experiência anterior (e não quer demonstrar).
Imagine que ia dar banho ao recém-nascido. Como o faria (simule neste modelo)? [especificar os cuidados, se necessário: como lavaria as pálpebras? Como segurava no bebé para o colocar na banheira? Como secaria a pele do bebé depois do banho? Como lavaria e secaria o coto umbilical?	(A) Simula com o modelo: <ul style="list-style-type: none"> • Preparação do ambiente, da roupa a vestir depois do banho e da água (refere temperatura a 37/38°C). • Lava o rosto e as pálpebras. • Verifica a fralda. • Despe o modelo completamente. • Segura coloca o modelo na “banheira”. • Lava o coto umbilical. • Lava as costas mantendo o modelo seguro. • Retira o modelo da banheira com agilidade. • Seca o modelo por pressão (não fricção), dando especial atenção ao coto umbilical.
Imagine que o coto umbilical apresentava secreções ou fezes/urina. Como procederia à limpeza e secagem do coto? E se tivesse de realizar a desinfecção com álcool? Como faria?	(B) Simula com o modelo: <ul style="list-style-type: none"> • Segura no clamp. • Limpa em movimentos ascendentes – da base para a extremidade, em movimentos únicos (sem passar a compressa duas vezes pelo mesmo local).
Se tivesse de realizar a limpeza da boca, como o faria?	(C) <ul style="list-style-type: none"> • Enrola uma compressa no dedo. • Simula os gestos que faria na boca do recém-nascido.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 31).

Tabela 31. Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não realiza apropriadamente alguns dos gestos descritos em A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido	Instruir a dar banho
		Treinar a dar banho
Se não realiza apropriadamente alguns dos gestos descritos em B e disponibilidade para aprender		Instruir a tratar do coto umbilical
		Treinar a tratar do coto umbilical
Se não realiza apropriadamente C e disponibilidade para aprender		Instruir a cuidar da higiene oral
Se realiza apropriadamente A e/ou B e/ou C		Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido facilitadora

Fonte: autoras, 2024

5.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria para assegurar a higiene e manter a pele saudável

O desenvolvimento de habilidades para assegurar a higiene e manter a pele saudável do recém-nascido é uma tarefa diária, que contribui para o bem-estar geral do recém-nascido, prevenindo problemas de pele e promovendo uma sensação de conforto. Aprender como realizar os cuidados ao recém-nascido como dar banho, tratar do coto umbilical e garantir a higiene oral podem ser treinados desde a gravidez.

5.2.1.1. Instruir e treinar a dar banho

Capacitar a mãe e o pai para oferecer um banho seguro e confortável ao recém-nascido e um momento prazeroso para ambos é importante para a saúde de todos. De facto, dar banho a uma filha(o) é um gesto de amor e não um procedimento, e deverá ser nesta tonalidade que o instruir e o treinar deverão ser pautados. Assim, importa criar condições para o treino, em simulação, das decisões e das ações de forma que a mãe e o pai sejam capazes de:

- Dar banho ao recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção¹⁵⁸:

1) Demonstrar a preparação do material/roupa: A roupa deve estar pronta para vestir para evitar que o recém-nascido seja exposto ao ambiente mais frio mais tempo do que o estritamente necessário. A toalha deve estar disposta de forma segura e de fácil acesso para pousar o recém-nascido.

¹⁵⁸ Para demonstrar como a ação poderá ser realizada importa que se disponha dos materiais para a simulação (modelo de recém-nascido, idealmente com coto do cordão umbilical, roupa, toalha, fraldas (descartáveis e reutilizáveis), banheira (preferencialmente de pelo menos dois modelos – tradicional e *shantala*) e produtos (com rótulos com a composição, e preferencialmente sem marca comercial, para treinar a tomada de decisão da sua escolha ou não).

2) Demonstrar como lavar as pálpebras/treinar: Podem ser lavadas aquando da limpeza do rosto, com a água da banheira (caso não sejam usados produtos de higiene no banho, pois podem irritar os olhos). Se existirem secreções, lavar utilizando água e compressas antes de colocar o recém-nascido na banheira, começando por remover as secreções, num movimento único, no sentido descendente junto ao nariz. Depois de removidas as secreções, recomenda-se lavar as pálpebras do canto interno para o canto externo, para evitar a obstrução dos orifícios dos canais lacrimais superior e inferior. Se utilizarem compressas, é recomendado que sigam o princípio “um movimento, uma parte da compressa”, ou seja, a parte da compressa com a qual limpam um dos olhos não deve ser utilizada para limpar o outro. Por último, secam-se as pálpebras, com movimentos suaves no sentido do canto interno para o canto externo.

3) Demonstrar como lavar as narinas/treinar: Exemplificar sobre como fazer um torcido humedecido com uma compressa ou uma fralda de pano e realizar a limpeza de cada narina, num movimento suave e rotativo. Caso as narinas se encontrem com secreções secas ou obstruídas, pode aplicar-se soro fisiológico para fluidificar as secreções e facilitar a limpeza.

4) Demonstrar como lavar os pavilhões auriculares/treinar: É indicado que a zona atrás dos pavilhões auriculares seja limpa todos os dias pois pode acumular humidade e microrganismos¹⁵⁹. O uso dos cotonetes está desaconselhado uma vez que estes podem empurrar a cera para dentro do ouvido e/ou podem causar traumatismos no tímpano, podendo ocorrer a compactação da cera.

5) Demonstrar como segurar o recém-nascido para o colocar na banheira: É recomendado segurar o recém-nascido fazendo um anel com os dedos polegar e médio em torno do braço junto à axila, no braço mais afastado, de modo que a cabeça fique apoiada na face interna do antebraço de quem o segura. Para o levantar, mantém-se o “anel” na axila e segura-se com a outra mão nas nádegas, sentando-o na banheira. É recomendado mantê-lo seguro pela axila para que não escorregue.

6) Demonstrar como lavar o corpo/treinar: Levar a água à cabeça com a mão em forma de concha de modo a não escorrer a água para a cara; depois, pode lavar-se sequencialmente o pescoço e as axilas, os membros superiores e tronco. Ao lavar o tronco, aproveita-se para lavar, gentilmente, o coto umbilical com a água do banho e com os dedos indicador e polegar. Depois, lavam-se os membros inferiores e as costas.

7) Demonstrar estratégias para lavar as costas/treinar: Existem três formas de segurar o recém-nascido para lavar as costas, e cada mãe ou pai decidirá pela que se sentir mais confiante:

- Rodar para ventral, segurando o recém-nascido pelo “anel”, apoiando-o no antebraço, assegurando que o pescoço não fica pressionado pelo braço, nem o nariz fique submerso.
- Mantendo o recém-nascido sentado, apoiando o peito do recém-nascido no antebraço – ficando inclinado para a frente, e, com a mão que ficou livre, lavar as costas.
- Sem mudar o recém-nascido de posição e mantendo-o seguro, usar a mão livre para lavar o tronco, a parte anterior e posterior.

¹⁵⁹ Foi realizado um estudo cujo propósito foi avaliar as lesões auriculares relacionadas com os cotonetes em indivíduos com menos de 18 anos, entre 1990 e 2010. Como resultado observou-se um total de 263 338 lesões auriculares provocadas por cotonetes entre 1990 e 2010, o que perfaz uma média de 12 540 lesões por ano. Destas lesões, 99,4% ocorreram em casa e 40,2% das mesmas atingiram crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 3 anos de idade. Os motivos mais frequentes para recorrerem às urgências foram: sensação de corpo estranho (39,2%), sangramento (34,8%) e dor (17,1%). Percebeu-se, ainda, que o diagnóstico mais comumente associado a estas lesões foi a perfuração da membrana timpânica (Zeenath et al., 2017).

8) Demonstrar como segurar no recém-nascido para o retirar da banheira.

9) Demonstrar como secar: Colocar o recém-nascido sobre a toalha e secar a pele por pressão suave, tendo particular atenção os pavilhões auriculares, as zonas de pregas, como as axilas e as virilhas, e a zona coberta pela fralda. Secar cuidadosamente o coto umbilical.

5.2.1.2. Instruir a trocar fralda¹⁶⁰

A intervenção visa contribuir para a capacitação para realizar a troca de fralda de forma higiénica, segura e confortável, tendo em vista promover que a pele coberta pela fralda se mantenha saudável.

*As atividades que concretizam a intervenção:***1) Demonstrar a preparação/disposição do material.**

2) Demonstrar como deitar o recém-nascido: Pô-lo sobre a base impermeável e de seguida despir a roupa dos membros inferiores.

3) Demonstrar como desaperter a fralda: Segurar o recém-nascido pelos calcanhares, elevar ligeiramente as pernas do recém-nascido e expor as nádegas, deslizando a fralda por debaixo das nádegas do recém-nascido, este movimento ajuda a remover parte das fezes, caso existam.

4) Demonstrar como proceder à limpeza da zona coberta pela fralda: Seguir o princípio da zona mais limpa para a mais suja:

- Se menina, começar pelas virilhas, limpando em movimentos ântero-posteriores, não usando mais do que uma vez a parte do toalhete; depois, afastar ligeiramente os grandes lábios, e limpar com um movimento unidirecional no sentido vagina-ânus – este movimento evita contaminar o trato urinário com microrganismos do ânus, prevenindo infeções urinárias. No final, limpa-se a região internadegueira, no sentido das costas para o ânus.
- Se menino, começar pelas virilhas, limpando em movimentos ântero-posteriores, não usando mais do que uma vez a parte do toalhete para limpar; depois, limpar a base e o corpo do pénis e a zona da glande, cuidadosamente, sem retrair o prepúcio; de seguida, limpa-se o escroto, elevando ligeiramente os testículos. E por fim, limpa-se a região internadegueira, no sentido das costas para o ânus.

5) Demonstrar como secar: Secar cuidadosamente a pele, por pressão e não por fricção, com uma toalha seca e suave.

6) Demonstrar como apertar a fralda limpa: Ajustar a fralda à cintura e às coxas do recém-nascido, de modo que não fique nem muito apertada nem folgada demais. Enquanto tiver o coto umbilical, a fralda não o deverá tapar.

¹⁶⁰ Para implementar a intervenção importa dispor de um modelo de recém-nascido, fralda e toalhetes (de diferentes características para treinar a tomada de decisão de escolha).

5.2.1.3. Instruir e treinar a tratar do coto umbilical

Para tratar do coto umbilical, poder-se-á realizar a desinfecção com álcool a 70° ou toalhetes alcoolizados.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Demonstrar como desinfetar o coto: a desinfecção faz-se da base do coto umbilical para a extremidade:

- Com uma compressa seca, limpar a pele no local da inserção do coto;
- Com uma compressa embebida em álcool a 70°/toalhetes alcoolizados, limpar o coto umbilical, de um lado e de outro com partes diferentes da compressa (não passar o lado da compressa já usada);
- Com outra compressa embebida em álcool a 70°/toalhetes alcoolizados, limpar o clampe e extremidade do coto.

5.3. Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido

A chegada de um recém-nascido constitui uma situação nova. A crença na sua própria eficácia afeta as escolhas de vida, o nível de motivação, a qualidade do funcionamento, na resiliência à adversidade e a vulnerabilidade ao estresse e a novas situações. A crença da mãe e do pai na sua capacidade para dar banho é relevante para tornar o momento do banho uma experiência prazerosa e segura. A confiança para cuidar do recém-nascido, nomeadamente para lhe dar banho constitui um dos grandes desafios. A noção de que o recém-nascido é frágil e vulnerável poderá desencadear uma perceção de insegurança e incompetência para lhe dar banho. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação da autoeficácia para dar banho ao recém-nascido (Tabela 32).

Tabela 32. Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido:

possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Crítérios de diagnóstico
O banho vai ser uma tarefa que vai integrar o vosso quotidiano. Consegue(m) imaginar-se a dar banho ao recém-nascido? [poderá não ser necessário fazer uma questão específica; na avaliação do conhecimento a perceção que a mãe e o pai a perceção da sua capacidade poderá ser abordada espontaneamente OU durante a simulação poderá referir-se à sua <i>falta de jeito/não irá conseguir fazê-lo</i> , etc.]	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Refere pensar em dar banho lhe traz pensamentos/sentimentos de insegurança (refere/demonstra incapacidade/ dificuldade em dar banho, manipular o recém-nascido na banheira; refere receio de colocar o recém-nascido em perigo na banheira durante o banho, de o deixar cair, de magoar, etc.) e, por isso, é melhor ser outra pessoa a fazê-lo. • (B) Refere confiança para dar banho/demonstra segurança na manipulação do “modelo”.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar autoeficácia para dar banho ao recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 33).

Tabela 33. Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar autoeficácia para dar banho ao recém-nascido	Treinar a dar banho
		Elogiar o desempenho da/o cliente
Se refere B	Autoeficácia para dar banho ao recém-nascido facilitadora	-----

Fonte: autoras, 2024

5.3.1. Intervenções que contribuem para a autoconfiança no assegurar a higiene do recém-nascido

A tarefa de dar banho ao filho é um momento íntimo e importante na rotina das tarefas parentais. No entanto, essa atividade pode ser fonte de ansiedade e insegurança, especialmente para a mãe e pai que estão a enfrentar essa responsabilidade pela primeira vez. A confiança na sua capacidade de realizar essa atividade afeta o seu desempenho. Mãe e pai que se sentem autoeficazes em relação a essa tarefa tendem a abordá-la de maneira mais positiva e calma, lidando com os desafios que podem surgir, como segurar o recém-nascido corretamente, com maior determinação. Isso ocorre porque eles acreditam que têm as competências necessárias para superar qualquer obstáculo que possa surgir. A autoeficácia não é um traço fixo, já que pode ser influenciada e moldada por várias fontes, como experiências anteriores, observação de modelos, persuasão verbal e respostas fisiológicas. Assim, as intervenções que promovem esta sensação de confiança têm impacto positivo na autoeficácia parental.

5.3.1.1. Treinar a dar banho

A implementação desta intervenção reporta a oportunidade dada à mãe e ao pai para experienciar em simulação e, com isso, ganhar confiança nas suas capacidades.

5.3.1.2. Elogiar o desempenho da/o cliente

A persuasão verbal por pessoas significativas constitui uma oportunidade para reforçar o desempenho adequado. Poderão ter efeito positivo sobre a autoeficácia para dar banho ao filho, enquanto a mãe/o pai treina, expressões como por exemplo:

- A sua forma de lidar com este desafio é inspiradora.
- Lembre-se que só falha quem tenta, e eu sei que é determinada(o) demais para desistir.
- Este treino é uma preparação para fazer melhor na próxima!

5.4. Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical

O significado resulta da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve, experiência e apreende. Para algumas mães e alguns pais, tratar do coto umbilical do filho constitui um grande desafio. A percepção negativa associada ao aspeto do coto umbilical (“parece uma tripa”) e o receio de magoar o recém-nascido (“se lhe mexer, vai doer-lhe”). A noção de que o recém-nascido é frágil e vulnerável poderá contribuir para significados dificultadores.

Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à valorização do(s) significado(s) atribuído ao tratamento do coto umbilical (Tabela 34). Poderá não ser necessário fazer uma questão específica sobre a importância atribuída à ação e/ou às suas consequências pois o assunto poderá ser abordado espontaneamente aquando da avaliação do conhecimento e/ou capacidade relativa ao cuidar do coto umbilical.

Tabela 34. Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Repulsa <ul style="list-style-type: none"> O aspeto do coto umbilical é “estranho” e, por isso, é melhor ser outra pessoa a fazê-lo. Desvalorização <ul style="list-style-type: none"> Não é preciso fazer nada; o melhor é nem “mexer”. 	Valoriza os cuidados com o coto umbilical <ul style="list-style-type: none"> O tempo em que o bebé tem o coto umbilical, representa um tempo de aceitação passagem de feto (dentro do útero) a recém-nascido. Contribui para a saúde do recém-nascido.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar significado atribuído ao tratamento do coto umbilical** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 35).

Tabela 35. Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o significado atribuído ao tratamento do coto umbilical	Assistir cliente a analisar o significado dificultador
Se B	Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2024

5.4.1. Intervenções que contribuem para a reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao tratamento do coto umbilical

O coto umbilical é uma parte sensível e vulnerável do corpo do recém-nascido, exigindo atenção especial para prevenir infecções e promover a cicatrização adequada da pele. O significado refere-se à representação mental ou interpretação que uma pessoa atribui a algo, tendo por referência as experiências individuais, crenças, valores, cultura e contexto em que uma pessoa está inserida. As intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores visam, por isso, influenciar a mãe e o pai na forma como percebem e compreendem o tratamento do coto umbilical e o que está a afetar os pensamentos, emoções e comportamentos.

5.4.1.1. Assistir a/o cliente a analisar o significado dificultador

A valorização negativa atribuída à ação e/ou circunstâncias em torno do tratamento do coto umbilical poderá condicionar a disposição para e o início da ação. Assim, a reformulação do significado pode ser conseguida pela promoção da reflexão sobre as razões e emoções associadas a este cuidado, de modo que cada mãe e pai possa reformular o seu modo de pensar e a tonalidade emocional atribuída à ação. Importa, por isso, criar momentos de reflexão sobre o significado atribuído, de modo a ressignificar o modo como entende o tratamento do coto umbilical de forma que seja capaz de:

- Reformular o significado dificultador.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o que é um significado: O significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: “*O modo como pensa o impacto da chegada do recém-nascido é apenas uma ideia, não é um facto, não é uma verdade absoluta; sendo pensamentos e, por isso, é modificável a qualquer momento*”.

2) Colocar questões de reflexão sobre o assunto, como por exemplo:

- O que a leva a pensar que (especificar)? A presença do coto umbilical durante a 1.ª/2.ª semana de idade do bebé pode ser entendida como um tempo/período para se habituar à ideia de que agora o recém-nascido já está “cá fora” (ambiente extrauterino) ... já tinham passado nisso?
- Pensou sempre assim?
- Existe alguém que conheça que tenha tido uma boa experiência ao tratar o coto umbilical? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência no modo como pensa agora/neste momento?
- De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência pós-parto/ o regresso a casa com o recém-nascido que gostaria de ter?
- O que a/o ajudaria a pensar no tratar do coto umbilical de modo mais positivo e satisfatório?

6. COMPETÊNCIA PARENTAL: LIDAR COM O CHORO DO RECÉM-NASCIDO

A competência parental: lidar com o choro circunscreve as atitudes, os conhecimentos e as habilidades necessárias para interpretar e lidar com o choro do recém-nascido, nas primeiras semanas após o nascimento (Cardoso, 2014). No primeiro mês, o choro, o tônus muscular, o olhar, o movimento corporal, fazem parte da “linguagem”, sendo usadas pelo recém-nascido para comunicar as suas necessidades. Decifrar o choro é um desafio que mistura sensibilidade, conhecimento, percepção e aprendizagem por parte de quem cuida de um recém-nascido, em especial a mãe e o pai. Com o passar do tempo, vão descobrindo e aprendendo que chora de diferentes modos, tons e sonoridades, consoante as suas necessidades e sensações.

6.1. Conhecimento sobre choro do recém-nascido

O choro do recém-nascido constitui uma forma de comunicar as suas necessidades. Numa fase inicial é essencialmente uma resposta reflexa. O conhecimento que a mãe e o pai possuem sobre as necessidades que o recém-nascido pode expressar através do choro permite valorizar, reconhecer e dar uma resposta apropriada ao que o recém-nascido necessita realmente. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre o choro do recém-nascido (Tabela 36).

Tabela 36. Conhecimento sobre choro do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
O choro do recém-nascido é uma forma que ele tem de comunicar. Tem ideia de que necessidades podem ser expressas através do choro?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Pode chorar por dor e/ou desconforto e/ou fadiga/sono e/ou fome e/ou, após o 1.º mês, por tédio.
Para além do choro, o que poderia observar no recém-nascido que a/o levaria a identificar a causa desse choro?	(B) Refere <ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos, circunstâncias que poderão ajudar a contextualizar a necessidade.
(em função da resposta) E se o recém-nascido chorar por (especificar em função das respostas anteriores) o que faria para satisfazer essa necessidade/lidar com a situação?	(D) Refere <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia(s) apropriada(s).
Há características intrínsecas a um bebé que influenciam a quantidade de choro e o modo como respondem aos estímulos. Tem ideia de que características são estas?	(F) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Identifica o temperamento como fator influenciador do padrão de choro.
Há recém-nascidos que apresentam um quadro de choro que para acalmar é desafiante para mães/pais. Já ouviu falar sobre isso?	<ul style="list-style-type: none"> • G) Não. • (H) Sim.
(Se sim). Tem ideia de como se caracteriza? E o que se pode fazer para lidar com a situação?	<ul style="list-style-type: none"> • G) Não identifica as características da PURPLE nem as estratégias passíveis de serem usadas. • (H) Identifica as características da PURPLE e descreve estratégias passíveis de serem usadas.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre choro do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 37).

Tabela 37. Conhecimento sobre choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica/resultado	Intervenção
Se não refere A e/ou B e/ou D e/ou F e/ou G e Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	Potencial para melhorar o conhecimento sobre choro do recém-nascido	Ensinar sobre choro
		Ensinar sobre temperamento
		Ensinar sobre estratégias para lidar com o choro
Se refere A, B, C e D, E, F e H	Conhecimento sobre choro do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

6.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria no lidar com o choro do recém-nascido

Manter a calma, com um recém-nascido a chorar, é mais fácil de “dizer do que fazer”. Para lidar com o choro é um desafio que pode ser superado com o tempo, conhecendo o recém-nascido chora e como acalmá-lo. Por isso, implementar intervenções que nutram a mestria para lidar com o choro trazem vantagens quer para a mãe e/ou pai quer para o recém-nascido, nomeadamente diminuir a probabilidade do *shaken baby syndrome*¹⁶¹.

6.1.1.1. Ensinar sobre choro

Para lidar com o choro de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Identificar parâmetros que pode usar para identificar as necessidades do recém-nascido e decidir como atuar face à necessidade identificada.
- Identificar síndrome de cólica (PURPLE) e compreender a diferença existente entre esta e os restantes tipos de choro.
- Identificar o choro que pode traduzir sinal de alerta.

(Esta intervenção poderá ser mais efetiva se forem usados recursos multimédia – vídeos com som – para explicar os critérios para distinguir os tipos de choro.)

¹⁶¹ A síndrome do bebé sacudido, *Shaken Baby Syndrome* (SBS), refere-se a lesões cerebrais traumáticas em bebés, resultantes de serem violentamente sacudidos. As lesões resultantes ocorrem devido ao facto de que o cérebro do bebé ser relativamente grande em proporção ao seu pescoço e músculos do pescoço subdesenvolvidos. Quando um bebé é abanado, a cabeça tende a balançar para trás e para a frente de forma rápida, causando o que é conhecido como “efeito chicote”. Isso pode resultar em lesões no cérebro, como hemorragias, edema e danos nos vasos sanguíneos. As lesões cerebrais podem levar a consequências graves, incluindo incapacidade permanente, deficiência cognitiva, convulsões, paralisia cerebral e, em casos extremos, a morte. Geralmente, isso ocorre quando um adulto, frustrado com o choro contínuo de uma criança, a sacode com força. A síndrome é mais comum em bebés com menos de 1 ano de idade, sendo os recém-nascidos particularmente vulneráveis devido à fragilidade dos seus cérebros em desenvolvimento. Os sintomas podem incluir choro inconsolável, letargia, dificuldade em alimentar-se, dificuldade em respirar, vômitos, convulsões e alterações no estado de consciência.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar que o choro é uma forma de comunicação: O choro é uma das estratégias que um recém-nascido possuiu para manifestar as suas necessidades, por isso, o desafio para as mães e para os pais é começar a decifrar a “linguagem do recém-nascido”. A capacidade de comunicação evolui à medida que o recém-nascido cresce e se desenvolve: inicialmente o choro, e outros componentes da linguagem não verbal, como a expressão facial e o movimento do corpo, são formas de comunicar; com o tempo, consegue expressar-se através dos gestos e tornando esta atitude intencional, ao ver que é respondido e provoca uma determinada reação no adulto.

2) Explicar o choro enquanto ato reflexo e ato intencional: Durante o primeiro mês de idade, o choro constitui um ato reflexo, ou seja, é uma forma inata de sinalizar as suas necessidades, sendo que não é motivado por qualquer tipo de propósito ou pensamento cognitivo ou racional, é uma reação intuitiva. A partir do primeiro mês, já poderá existir alguma intencionalidade. À medida que o recém-nascido interage com a realidade vai aprendendo e respondendo aos estímulos, passando a ser um comportamento iminentemente voluntário e intencional.

3) Explicar os princípios orientadores da resposta ao choro: O choro, no primeiro mês, é ativado de forma espontânea pelo organismo do recém-nascido, expressa uma necessidade que precisa de ser atendida, sendo, por isso, essencial, uma resposta imediata. Existem estudos que afirmam que a resposta rápida para este tipo de choro leva ao desenvolvimento de autoconfiança, da construção de um estilo de proximidade saudável, interação interpessoal positiva e vinculação mais segura. Assim, quando se aproximam do recém-nascido, importa identificar a necessidade expressa pelo choro para agir em conformidade. Após 2/3 meses, face ao choro por tédio, há autores que defendem que se deve “deixar o bebé a chorar” durante algum tempo – sem dar resposta imediata – para que este aprenda formas de se acalmar sozinho, e a estimular o desenvolvimento de estratégias de autoconsolo. Todavia, esta atitude deve ter em consideração que estudos recentes refutaram esta ideia, uma vez que verificaram que deixar um recém-nascido a chorar durante algum tempo tem consequências prejudiciais no seu desenvolvimento e efeitos negativos a nível emocional e físico, que se prolongam para além da infância. As consequências poderão ocorrer a nível neurológico, pois um choro prolongado provoca libertação de hormonas de estresse que são potencialmente prejudiciais para um cérebro ainda em desenvolvimento, particularmente no sistema cerebral e límbico, uma vez que inibe a formação de conexões entre neurónios, acabando por causar a sua degeneração. Para além disso, a angústia prolongada no início da vida pode resultar num mau funcionamento do nervo vago que poderá ter como consequência a síndrome do intestino irritável no futuro; tornam-se mais apreensivos e quando as necessidades do recém-nascido são ignoradas por muito tempo, este desenvolve um senso de falta de confiança nas relações com o mundo. O que importa é que, com o tempo, consiga(m) identificar o tempo de espera equilibrada para cada bebé e aumentar progressivamente a resposta ao seu choro.

4) Explicar o padrão esperado de choro: Apesar de cada bebé ter o seu próprio padrão de choro, os estudos apresentam um padrão esperado. Os bebés choram aproximadamente duas horas por dia nas primeiras semanas, atingindo um pico de choro por volta das seis semanas de idade, e o choro gradualmente diminuiu nas semanas seguintes¹⁶². A duração diária do choro por volta nas primeiras duas semanas de

¹⁶² Um estudo longitudinal conduzido por Lester et al. (2017) investigou a evolução do choro em recém-nascidos saudáveis durante os primeiros três meses de vida. Os resultados mostraram que o choro máximo ocorreu por volta das seis semanas de idade e diminuiu significativamente até as 12 semanas. Os autores também observaram que o choro geralmente ocorria em padrões de choro-fome-sono, onde o choro da criança é seguido por alimentação e, subsequentemente, pelo sono. Todavia, na revisão sistemática e meta-análise desenvolvida por Wolke, Bilgin e Samara (2017), não foi encontrada evidência estatística de um pico universal de choro às 6 semanas de idade em todos os estudos. Em vez disso, a média de duração de irritabilidade/choro nos estudos foi estável em 117-133 minutos (DPs: 66-70) nas primeiras 6 semanas e diminuiu para uma média de 68 minutos (DP: 46,2) entre 10-12 semanas de idade.

idade é de cerca de 120 minutos, ou seja, 2 horas. Por volta das 5/6 semanas atinge o seu pico máximo, sendo que o recém-nascido pode chorar até cerca de 135 minutos por dia¹⁶³. Este pico de choro corresponde a um pico de crescimento que existe entre as 5-6 semanas. Neste pico de crescimento, é característico que os recém-nascidos demonstrem sinais de fome e prontidão para mamar e com maior duração do período de choro. Esta condição resolve-se espontaneamente em 2/3 dias. Os fatores que influenciam o padrão de choro são a idade da criança, temperamento e resposta de quem cuida da criança.

5) Explicar os parâmetros a usar para identificar as necessidades do recém-nascido: O choro – o som é apenas um dos elementos que pode ser usado na identificação das necessidades. Os outros são: a linguagem corporal (movimentos do corpo), a expressão facial e outros dados, como por exemplo as condições ambientais (calor, frio, agitação, etc.), hora e duração da última mamada, tempo que decorreu desde a última mamada, etc. As necessidades expressas pelo choro, desde o nascimento até aos 3 meses de vida, poderão ser desconforto, fome e dor (sendo a dor por cólica a mais frequente num recém-nascido), e o choro por cansaço/sono e choro por tédio (que surge a partir do primeiro mês, quando o recém-nascido está apto a relacionar certos acontecimentos e a reagir de forma intencional a eles, ou seja, já tem “noção” e consciência do meio que o envolve).

6) Explicar características de choro por desconforto e estratégia a usar: O choro por desconforto é um tipo de choro que ocorre por uma resposta do recém-nascido perante um determinado agente que gera no recém-nascido desconforto ou irritação. Quando alguma coisa está a incomodar o recém-nascido, tal como nos adultos, sobem os níveis de estresse, ocorrendo um aumento da concentração de hormonas como a adrenalina e o cortisol. O choro por desconforto pode ter várias causas, nomeadamente a fralda que precisa de ser trocada, as roupas que podem estar a magoar ou a aquecer demais ou não aquecer o suficiente, o berço ou os cobertores ou lençóis que podem estar a irritar o recém-nascido ou até mesmo pela necessidade de eructar. O choro é de intensidade moderada, embora apresente momentos de maior intensidade. O som característico do choro por desconforto é o “Heh”, sendo que, quando o recém-nascido chora por desconforto devido à necessidade de eructar, o som é mais característico, sendo expresso pela forma “Eh”. Consegue-se distinguir um do outro pela acentuação do “h”¹⁶⁴. Para além deste som, pode ser valorizada a expressão corporal – apresenta os olhos inquiridores, a testa franzida e os braços e as pernas estão mais tensos do que o habitual. Perante este choro, no caso de o recém-nascido ter mamado há pouco tempo e não tiver eructado, o seu desconforto pode estar a ser desencadeado pela necessidade de eructar; se a fralda estiver com urina e/ou fezes, trocar; se tiver frio/calor¹⁶⁵, ajustar a temperatura ambiente e/ou vestuário; se estiver numa posição pouco confortável, reposicionar.

¹⁶³ Numa revisão sistemática que envolveu 8690 crianças dos 0-12 semanas de idade, de sete países – Dinamarca, Holanda, Canadá, Japão, Itália, Reino Unido e Alemanha – cujo objetivo foi determinar a duração média de agitação e choro e prevalência de choro excessivo usando os critérios de Wessel modificados em recém-nascidos nos primeiros 3 meses de vida. Dos resultados, verificou-se que a duração média do choro entre os estudos foi estável em torno de 117-133 minutos (DP: 66-70) nas primeiras 6 semanas, diminuindo para uma média de cerca de 68 minutos (DP: 46,2) pelas 10-12 semanas. A síndrome de cólicas foi muito mais frequente nas primeiras 6 semanas (17-25%) do que depois (11% nas 8-9 semanas e 0,6% nas 10-12 semanas) e menor na Dinamarca e no Japão (Wolke, Bilgin & Samara, 2017).

¹⁶⁴ A *Dunstan Baby Language* é um sistema que foi divulgado em novembro de 2006 por Priscilla Dunstan, uma antiga mezzo-soprano e mãe, que diz ter “memória fotográfica de sons”. Este sistema identifica cinco tipos diferentes de sons, independentemente da cultura ou grupos linguísticos, tendo estes significados diferentes no período de aquisição linguísticas das crianças. A recolha de dados foi feita através de um registo diário em vídeo do choro do recém-nascido, de forma a ser possível compreender as suas necessidades. Priscilla Dunstan descreve o som deste tipo de choro como sendo associado à comunicação de estresse através do som “heh” (Brătılı, 2015, cit. Dunstan, 2006).

¹⁶⁵ Se o recém-nascido estiver com frio, a sua pele pode estar pálida; apresentar tremores; extremidades, como os dedos e lábios de cor arroxeada e/ou estar menos reativo; se o recém-nascido estiver com calor, a sua pele está quente ao toque, húmida e suada.

7) Explicar características de choro por cansaço/sono e estratégia a usar: O som característico deste choro é o “Owh”, baseado no reflexo de bocejar, podendo ser expresso de forma longa e pronunciada¹⁶⁶. O choro de cansaço começa por ser ligeiro, quase um gemido, intermitente e ritmado, que tende a aumentar de tom gradualmente, até se tornar mais intenso. Ao nível da expressão corporal, este tipo de choro pode ser identificado quando o rosto do recém-nascido se encontra distendido, com um ligeiro enrugamento no sobrolho que alterna com o relaxamento do corpo e do rosto, a boca encontra-se aberta em forma oval. Pode ainda ser identificado quando o recém-nascido esfrega os olhos e boceja. O choro por fadiga é um sinal tardio de cansaço. Normalmente, está associado a um dia agitado, à interação com muitas pessoas ou a um local com barulho. Para lidar com a necessidade de descanso, procurar um ambiente calmo, sem ruídos ou *white noise* e com luminosidade reduzida para ajudar o recém-nascido a adormecer; outra forma de lidar com este tipo de choro é falar calmamente com o recém-nascido, o que transmitirá tranquilidade e, por sua vez, vai ajudar o recém-nascido a relaxar e a adormecer; poder-se-á ainda colocar uma música tranquila e ritmada que acalma o recém-nascido (podem utilizar um móvel, caixinha de música/música/lengalenga); outra estratégia poderá ser embalar, andar com o recém-nascido ao colo, embalando-o, pois o movimento e o contacto pele com pele é calmante, ou embalar num equipamento, fã-lo sentir-se seguro e confortável. Caso nenhuma destas estratégias resulte, então, a solução é esperar que o recém-nascido adormeça por si.

8) Explicar características de choro por fome e estratégia a usar: O choro por fome é considerado um sinal tardio de fome. De facto, a sinalização de fome é evidenciada pela ativação do reflexo de busca (procura abocanhar qualquer objeto que encontre perto da boca), podendo sugar vigorosamente os dedos e mostrar-se inquieto¹⁶⁷. Se esta necessidade não for detetada e satisfeita, o recém-nascido vai sinalizá-la através do choro. O choro por fome é caracterizado pelo som “Neh”, que se apresenta em soluços contínuos, curtos e não muito altos. Em relação à expressão corporal, esta é caracterizada por alguns movimentos corporais persistentes, nomeadamente, movimentos da cabeça de um lado para outro, boca entreaberta, levando as mãos à boca. Nesta situação, importa acalmar o recém-nascido e alimentá-lo.

9) Explicar características de choro por tédio e estratégia a usar: Este tipo de choro aparece mais tardiamente, a partir do primeiro/segundo mês de vida, quando o recém-nascido já tem consciência do meio que o envolve. O choro é caracterizado por “choramingar em soluços”, em que, o rosto e o corpo estão relaxados, os olhos e as mãos abertos, enquanto os pés se agitam no ar como se estivesse a pedalar. Deste modo, cada recém-nascido chora quando está aborrecido e deseja interação (pretende que alguém fale ou brinque com ele, etc.). A forma de o acalmar é aproximar-se, falar com ele, tocar-lhe, pegar ao colo, colocar música, etc.

10) Explicar características de choro por dor e estratégia a usar: O som característico é o “Eairh”, percebe-se um lamento curto, agudo, alto e forte, com um início súbito que inclui longos períodos de apneia, ou seja, o recém-nascido para de respirar momentaneamente, dando em seguida outro grito. Relativamente à expressão facial e corporal, quando chora por dor apresenta um rosto

¹⁶⁶ O choro por cansaço ou sono distingue-se dos restantes tipos de choro, porque é precedido de movimentos em que o recém-nascido esfrega os olhos com as mãos e ao ser colocado na cama pela mãe fica confortado e o choro cessa. Dunstan (2006) refere que o som associado ao choro por sono assemelha-se ao som emitido quando se boceja “Owh” (Brătılı, 2015). Para gerir o choro por fadiga deve procurar-se um ambiente calmo, falar com o recém-nascido calmamente, colocar uma música tranquila, caminhar com ele ao colo de um lado para o outro, embalando-o. Se nenhuma forma de o acalmar resultar, a solução é esperar que o recém-nascido adormeça por si (Cardoso, 2014).

¹⁶⁷ Os indicadores de fome são mais facilmente percebidos pelas mães e pelos pais do que os indicadores de saciedade. Os indícios por parte dos recém-nascidos são muito divergentes e podem ser influenciados por fatores como a idade, sexo, genótipo, maturidade desenvolvimental e método de alimentação (McNally et al., 2016).

fechado, os olhos cerrados e os braços e as pernas encontram-se fletidos e contraídos junto ao corpo¹⁶⁸. Quando o recém-nascido apresentar este tipo de choro é essencial compreender a sua origem. Para isto pode-se pressionar levemente todas as partes do seu corpo até o recém-nascido manifestar choro intenso em alguma das zonas pressionadas. O recém-nascido chora por estar a sentir dor, por exemplo, numa determinada posição, por algo lhe estar a magoar (os botões ou adornos da roupa, etc.). Assim, a solução é mudar o recém-nascido de posição e retirar o que lhe está a causar dor. Se não acalmar, procurar ajuda profissional.

11) Explicar características de choro por cólica: O som é intenso e agudo, com o som “Eairh”. A expressão facial e a linguagem corporal são características – o recém-nascido apresenta a face ruborizada, os olhos fechados, movimenta intensamente os braços com as mãos fechadas, flete as pernas contra o abdómen e tem as costas arqueadas. A cólica é caracterizada como uma dor aguda no abdómen, intensa e intermitente. É uma dor de etiologia multifatorial:

- **Imaturidade gastrointestinal:** Esta imaturidade pode afetar o modo como os alimentos são digeridos e absorvidos, bem como a maneira como os resíduos são eliminados.
 - ◆ **Motilidade intestinal:** Refere-se à contração e ao relaxamento dos músculos do trato gastrointestinal que movem o alimento ao longo do sistema. Em recém-nascidos, o ritmo e a coordenação destas contrações podem ainda não estar totalmente desenvolvidos, levando a movimentos desordenados. Isso pode causar espasmos ou contrações irregulares que resultam em dor.
 - ◆ **Enzimas digestivas:** A produção e atividade de enzimas digestivas no sistema gastrointestinal são essenciais para a quebra e absorção de nutrientes. Em recém-nascidos, a atividade enzimática pode ser insuficiente, particularmente para a lactose, o açúcar encontrado no leite. Esta insuficiência temporária pode causar mal absorção e fermentação excessiva no intestino, levando à formação de gás e desconforto.
 - ◆ **Flora intestinal:** O intestino de um recém-nascido não é colonizado por bactérias à nascença. A colonização começa no nascimento e continua nos primeiros dias e semanas de vida. A composição e o equilíbrio da microbiota intestinal são cruciais para a digestão e a saúde geral do intestino. Um desequilíbrio nesta fase inicial pode contribuir para o desconforto gastrointestinal.
 - ◆ **Desenvolvimento do reflexo gastrocólico:** este é um reflexo normal que ocorre após a ingestão de alimentos, levando a movimentos no intestino grosso e à evacuação. Em recém-nascidos, este reflexo pode ser hiperativo, causando movimentos intestinais frequentes e possivelmente a espasmos após a alimentação.
- **Presença de gases e/ou fezes no intestino¹⁶⁹.** O trato gastrointestinal de todos os seres humanos produz gás como parte normal da digestão. As bactérias presentes no intestino quebram os hidra-

¹⁶⁸ Como os recém-nascidos não conseguem verbalizar de forma clara quando estão a sentir dor, fazem-no através de outras formas. Em termos fisiológicos verifica-se um aumento na frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, consumo de oxigénio, tónus muscular e pressão intracraniana, podendo ser acompanhado de midríase, sudoração e rubor. Verificam-se também alterações na expressão facial, tais como: cerrar os olhos, adejo nasal, comissura nasolabial profunda, encurvamento da língua e tremor do queixo. Em termos de movimentos corporais verificam-se as seguintes alterações: cerrar os punhos, arquear as costas e abanar a cabeça (Derebent & Yigit, 2008).

¹⁶⁹ Existem várias causas que podem estar associadas ao choro por dor tipo cólica. Segundo Waddell (2014), as potenciais causas da cólica infantil são: alergia à proteína do leite de vaca, intolerância transitória à lactose e produção excessiva de gases, aumento de hormonas do trato gastrointestinal (motilina e grelina) que causam hiperperistaltismo do cólon e o facto de a mãe ser fumadora durante o período em que amamenta que, por sua vez, aumenta o nível de motilina no recém-nascido, aumentando, consequentemente, o peristaltismo.

tos de carbono não digeridos, levando à formação de gás. Em recém-nascidos, a flora intestinal está ainda em fase de colonização e maturação, e a digestão de alguns açúcares, como a lactose, pode não ser eficiente, levando à produção excessiva de gás.

- ◆ Engolir ar: A ingestão do ar pode ocorrer durante a mamada devido a uma pega inadequada ou se obstrução nasal.
- ◆ Dificuldade em expelir o gás: Devido à imaturidade do seu sistema digestivo, os recém-nascidos podem ter dificuldade em expelir o gás, seja através de eructar após as refeições ou através de flatulência. O gás retido pode distender o intestino e causar desconforto e dor.
- ◆ Maior sensibilidade: Acredita-se que alguns recém-nascidos são mais sensíveis à sensação de gás no intestino, sentindo mais desconforto ou dor do que outros.
- ◆ Alimentos na dieta materna: Alguns estudos sugerem que certos alimentos na dieta da mãe que amamenta podem influenciar a formação de gás no intestino de alguns recém-nascido. Alimentos como leguminosas, couve-flor, brócolos e alguns laticínios podem aumentar a produção de gás. Todavia, as respostas dos recém-nascido são diversas. Assim, por princípio não é recomendado a eliminação de nenhum dos alimentos da dieta.

12) Explicar características do choro excessivo – PURPLE: É caracterizada por episódios de choro excessivo e inconsolável, irritabilidade e agitação por parte do recém-nascido, sem razão aparente, num recém-nascido que cresce normalmente – fora do período de choro excessivo tem um comportamento “normal” e apresenta crescimento e desenvolvimento conforme o esperado¹⁷⁰. A duração diária do choro de um recém-nascido com choro excessivo, por volta das primeira-segunda semanas de idade, é de cerca de 225 minutos (ou seja, aproximadamente 4 horas), enquanto nos recém-nascidos que não apresentam um padrão de choro excessivo é de cerca de 120 minutos (2 horas). Por volta das 5/6 semanas atinge o seu máximo, correspondendo a um pico de crescimento, sendo que o recém-nascido pode chorar até cerca de 250 minutos por dia (aproximadamente a 4 horas)¹⁷¹. No que diz respeito à designação “PURPLE”¹⁷², cada letra significa uma característica do padrão de choro. Este período PURPLE surge por volta da 2.^a/3.^a semana, atingindo um pico por volta do 2.^o mês e começa a diminuir a partir do 3/5.^o mês. Assim sendo, a letra “P – *Peak of crying*” refere-se ao pico de choro, em que o recém-nascido apresenta um choro inconsolável durante um período específico por dia.; a letra “U – *Unexpected*” (inesperado) – corresponde ao facto do choro ser inesperado, em que o recém-nascido começa e para de chorar sem que se perceba qual o motivo; a letra “R – *Resists soothing*” refere-se à resistência que o recém-nascido apresenta em ser tranquilizado, inconsolável, pois pode não parar de chorar, independentemente daquilo que se tente fazer para o acalmar; a letra “P – *Pain-like face*” – corresponde à expressão facial de dor do recém-nascido; a letra “L – *Long lasting*” – refere-se ao facto de ser um choro de longa

¹⁷⁰ As causas orgânicas ocorrem em menos de 5% dos recém-nascidos com choro excessivo, sendo que as causas de etiologia desconhecida são as mais prevalentes – PURPLE, acontece em 12-20% dos recém-nascidos, em que os bebés choram inconsolavelmente sem razão aparente (Wolke, Bilgin e Samara, 2017).

¹⁷¹ Um recém-nascido que não apresenta um padrão de choro excessivo, com o mesmo surto de crescimento, poderá chorar cerca de 135 minutos (aproximadamente 2 horas e meia).

¹⁷² A sigla “PURPLE” traduz as características do padrão de choro da síndrome de cólicas. O P (*peak of crying*) significa pico do choro; o U (*unexpected*) traduz que esse mesmo pico de choro surge de forma inesperada; o R (*resists soothing*) indica que é inconsolável; o P (*pain-like face*) significa que o recém-nascido apresenta uma expressão facial de dor mesmo na ausência dela; o L (*long lasting*) representa que este tipo de choro tem uma duração longa; por último, o E (*evening*) indica que o período do dia mais frequente para que esta síndrome aconteça se concentra no final da tarde e prolonga-se pela noite (Barr et al., 2011).

duração, que pode durar, por dia, 5 ou mais horas e até aos 3-4 meses, por fim, a letra “E” – *Evening*” – corresponde à tendência do recém-nascido chorar mais ao final da tarde ou início da noite, frequentemente à mesma hora, entre as 18 e as 24 horas.

13) Explicar características do choro como sinal de alarme: Podem ser considerados sinais de alerta:

- Duração e intensidade: um choro contínuo, inconsolável, especialmente se for mais intenso e agudo do que o choro habitual.
- Alterações no padrão do choro: se o choro muda de repente e passa a ser muito mais frequente, muito mais forte ou muito mais fraco e tipo gemido persistente, caracterizado como um choro baixo e constante.
- Choro associado a sintomas físicos: febre (temperatura superior a 38°C); vômitos ou regurgitação em grande quantidade ou com aspeto anormal; diarreia ou alterações nas fezes; lesões ou marcas na pele; falta de apetite ou recusa em mamar/ser alimentado; respiração acelerada, dificuldade respiratória ou pausas na respiração.
- Choro acompanhado de alterações comportamentais: letargia ou dificuldade em despertar o recém-nascido; irritabilidade extrema; convulsões ou movimentos anormais ou olhar vidrado.
- Choro com postura anormal: um recém-nascido que chora arqueando as costas pode estar a experienciar desconforto ou dor abdominal, por exemplo.
- Choro pós trauma: qualquer choro que ocorra depois de uma queda, traumatismo ou outro tipo de lesão deve ser avaliado para garantir que o recém-nascido não sofreu nenhum dano.

6.1.1.2. Ensinar sobre temperamento

À medida que vão convivendo com o filho, importa que a mãe e o pai identifiquem o temperamento do recém-nascido, uma vez que este tem influência nas suas reações aos estímulos do meio que o envolve, no tipo, duração e frequência do choro, bem como, influencia a interação da mãe e do pai com o recém-nascido, podendo resultar numa melhor compreensão das reações do recém-nascido. Para que a mãe e/ou o pai identifique o temperamento do seu filho e de forma influencia o padrão de choro importa fornecer informação para que sejam capazes de:

- Identificar o temperamento do recém-nascido e a sua influência no padrão esperado de choro.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar características do temperamento: O temperamento refere-se às características individuais¹⁷³ de cada recém-nascido, sendo que estas influenciam o modo de responder aos estímulos e a como reagem a novas situações. O temperamento refere-se a características individuais que têm base biológica ou genética e que determinam as reações afetivas, motoras e de atenção em variadas

¹⁷³ Thomas, Chess e colaboradores identificaram nove dimensões do temperamento: 1) nível de atividade; 2) ritmicidade (ou regularidade); 3) aproximação ou afastamento (ou reação inicial); 4) adaptabilidade; 5) limiar de responsividade; 6) intensidade da reação; 7) qualidade do humor; 8) distratibilidade; e, 9) persistência e atenção à tarefa.

situações. O temperamento constitui o traço da personalidade que nasce com cada indivíduo, mas que vai sendo modificado à medida que o recém-nascido cresce e se desenvolve. Estão descritos três tipos de temperamento, o fácil, o difícil e um intermédio ao qual se dá o nome de “aquecimento lento”.

- Um recém-nascido com temperamento fácil é geralmente mais calmo, observador, “bem-humorado”, mais lento a reagir e a “começar” a chorar, normalmente desenvolve estratégias para se acalmar sozinho (autoconsolo). Este temperamento inclui ciclos regulares para comer e dormir, adaptação fácil a mudanças, apresentando respostas positivas a novas situações e boa tolerância à frustração.
- Um recém-nascido com temperamento difícil apresenta uma agitação e choro mais frequente e uma maior dificuldade em se acalmar, sendo, também, um recém-nascido mais difícil de acalmar e com tendência a ter um humor mais “negativo”. Um recém-nascido com este temperamento tem ciclos irregulares para comer e dormir e tende a reagir de forma negativa à presença de novos estímulos, demorando mais tempo a adaptar-se às mudanças. Assim, é um tipo de recém-nascido que tende a chorar face a novos estímulos, sendo o seu padrão de choro maior do que o esperado.
- Um recém-nascido com temperamento de “aquecimento lento”, tem um temperamento que é meio-termo entre o fácil e o difícil. Um recém-nascido com este tipo de temperamento tende geralmente a ser calmo, com reações pouco marcadas, podendo ser tanto positivas como negativas. Neste tipo de temperamento vai existindo uma adaptação gradual aos novos estímulos após contactos repetidos com os mesmos. Comparativamente aos outros temperamentos, este tende a chorar em maior quantidade do que os recém-nascidos com temperamento fácil e em menor quantidade do que os de difícil.

6.1.1.3. Ensinar sobre estratégias para lidar com o choro

Conhecer as estratégias para lidar com o choro poderá dar uma possibilidade de soluções, em particular numa fase inicial, por isso importa fornecer informação à mãe e/ou pai para que sejam capazes de:

- Escolher as estratégias para lidar com o choro.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar as estratégias gerais que tem impacto na redução da quantidade de choro diário: A quantidade de choro diário diminui com o menor intervalo entre as refeições, o menor tempo de resposta materna ou paterna às necessidades e com a maior quantidade de tempo ao colo/contacto pele com pele.

2) Explicar como lidar com o choro por cólica: Para lidar com a cólica é preciso ter em consideração que a sua etiologia é multifatorial. Assim poder-se-á atender a vários objetivos:

- Prevenir a ingestão de ar (facilitar o eructar); facilitar a eliminação de ar (executar massagem abdominal; mudança de posição; promover o relaxamento – uso de calor no abdómen com a almofada térmica, banho com banheira *shantala*).

- Usar probióticos com bactéria chamada *Lactobacillus reuteri*¹⁷⁴ (100 milhões de UFC (Unidades Formadoras de Colônias) por dia, em gotas diretamente na boca do bebê ou misturadas com um pouco de leite materno ou fórmula, dependendo das recomendações específicas do produto). Os probióticos não devem ser misturados com líquidos quentes, pois o calor pode destruir as bactérias vivas.
- Ajustar a dieta materna. Se a mãe está a amamentar, sugerir uma dieta sem alimentos alergênicos comuns, como laticínios, ovos, frutos secos e trigo. Também pode tentar eliminar alimentos potencialmente irritantes, como couve, cebolas ou bebidas com cafeína.

3) Explicar como lidar com a PURPLE: Nos últimos três meses de gravidez, é ativado um reflexo sensorial, pelo ambiente intrauterino: o movimento, o toque, o calor, a ligeira pressão na cabeça e o som, que permanece até aos 3/4 meses de idade da criança¹⁷⁵. A melhor forma de o ativar é através da imitação das condições do útero materno. Para lidar com a PURPLE, uma das soluções é a Técnica dos 5 S. A técnica baseia-se na ideia de recriar sensações semelhantes às do útero materno:

- (*Swaddle*) “Embrulhar”¹⁷⁶: Colocar um cobertor ou uma manta especial de “swaddle” esticado sobre uma superfície, em forma de diamante; dobrar a parte superior para baixo cerca de 15 centímetros, formando um triângulo invertido. Colocar o recém-nascido de costas no centro do cobertor, com a cabeça acima da parte dobrada e os pés apontando para a ponta inferior. Puxar o canto esquerdo do cobertor por cima do corpo do recém-nascido, segurando o braço esquerdo para baixo. Envolver o cobertor por baixo do corpo do recém-nascido, garantindo que o braço

¹⁷⁴ Ellwood, Draper-Rodi e Carnes (2020) desenvolveram uma revisão sistemática de revisões sistemáticas e diretrizes nacionais, publicados de 2009 a 2019, para avaliar a eficácia de quatro abordagens de tratamento (terapia manual, probióticos, inibidores de bomba de prótons e simeticona) nos sintomas de cólicas, incluindo tempo de choro do bebê, desconforto no sono e eventos adversos. Foram incluídos 32 estudos. Evidências de alto nível demonstraram que os probióticos foram mais eficazes na redução do tempo de choro em bebês amamentados (variação de -25 minutos a -65 minutos ao longo de 24 horas). Terapias manuais apresentaram evidências de qualidade moderada a baixa, mostrando redução no tempo de choro (variação de -33 minutos a -76 minutos por 24 horas). A simeticona apresentou evidências moderadas a baixas, não demonstrando benefício ou efeito negativo. Uma meta-análise não apoiou o uso de inibidores de bomba de prótons para a redução do tempo de choro e agitação. Três orientações (*guidelines*) recomendaram unanimemente a utilização de educação, aconselhamento e orientação, bem como avaliação clínica da mãe e do bebê. Não houve consenso em relação a outros conselhos e tratamentos. Como conclusão, os autores defendem que a evidência mais robusta para o tratamento das cólicas foi observada nos probióticos para bebês amamentados, seguida por evidências mais fracas, mas favoráveis, para a terapia manual indicada pelo tempo de choro. Ambas as formas de tratamento apresentaram um baixo risco de eventos adversos graves. As orientações revistas não refletiram essas descobertas.

¹⁷⁵ Harvey Karp (2002) desenvolveu a Técnica dos 5 S (porque todas as palavras em inglês começam por “S”): *Swaddling*, *Side stomach position*, *Shushing*, *Swinging* e *Sucking*, que constituem os cinco passos, usados sequencialmente, para imitar as sensações sentidas no útero, o que se constatou ser eficaz para acalmar o recém-nascido, parando-se no passo em que o choro acalme. Quando o recém-nascido se encontrava dentro do útero, estava “apertado” e numa posição fetal, envolvido por uma parede uterina “morna”; balançando na maior parte do tempo. Também ouvia, constantemente, um barulho “shhhuuuu”, com um volume muito alto, por exemplo, dos batimentos cardíacos e dos intestinos da mãe. A Técnica dos 5 S pode acalmar um recém-nascido de forma efetiva até aos três meses de vida.

¹⁷⁶ Imagem para ilustrar a descrição do *swaddling*:



Disponível em <https://motherhoodhq.com/how-to-swaddle-baby/>

Outras soluções.

direito e a perna direita permaneçam livres. Pegar na ponta inferior do cobertor e dobre-a sobre os pés do recém-nascido. Dependendo do tamanho do recém-nascido e do cobertor, pode optar por dobrá-lo sob as pernas ou por cima do ombro esquerdo. Puxar o canto direito do cobertor sobre o recém-nascido, mantendo o braço direito para baixo, e envolva-o por baixo do recém-nascido. O recém-nascido deve agora estar firmemente envolvido no cobertor, com apenas a cabeça visível.

- (*Side or Stomach*) Deitar o recém-nascido de lado com o abdómen apoiado no antebraço¹⁷⁷.
- (*Shush*) Fazer um som de “shhhh” perto do ouvido do recém-nascido, imitando o ruído contínuo que ele ouviria no útero, com o volume do choro e diminuindo se o choro diminuir.
- (*Swing*) Utilizar movimentos suaves e ritmados para balançar o recém-nascido. Estes movimentos podem imitar as sensações que sentia quando estava no útero.
- (*Suck*) Permitir que o recém-nascido sugue algo, seja uma chupeta, o dedo ou a mama. A sucção é um reflexo natural e pode ser muito calmante para o recém-nascido.

Considerar as seguintes medidas de segurança: Certificar-se que o *swaddle* não está demasiado apertado, o recém-nascido deve poder mover as pernas livremente para evitar o risco de displasia da anca. O recém-nascido não deve estar demasiado quente, o excesso de calor pode ser perigoso para os recém-nascidos. Colocar o recém-nascido de costas para dormir, mesmo quando em *swaddle*, para reduzir o risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente, pois pode ser uma ferramenta útil para ajudar a acalmar e promover um sono mais prolongado, especialmente nas primeiras semanas de vida.

4) Explicar outras estratégias que poderão ser úteis para acalmar o recém-nascido: É natural que o recém-nascido esteja fisicamente próximo de sua mãe, por isso estratégias que promovam esta proximidade, como o contacto pele com pele, massagem e o transporte ao colo, com ou sem dispositivos, terão impacto no acalmar o choro, a curto e a longo prazo. Os estudos demonstram que o aumento do contacto físico tende a diminuir a quantidade de choro e que o contacto físico aliado ao movimento tem efeito mais significativo¹⁷⁸. Os recém-nascidos transportados em porta-recém-nascidos choram menos; o facto de manter o recém-nascido por perto, ajuda a mãe e/ou o pai a conhecê-lo e a identificar os seus sinais e comportamentos: quando tem fome, está aborrecido, com a fralda suja, etc. Este ciclo de interação positiva entre mãe e/ou o pai / recém-nascido aprofunda a ligação afetiva entre ambos; permite confortar a criança, dar-lhe carinho e acariciar o seu corpo de modo espontâneo; com porta-recém-nascidos, poderá ter as mãos livres para outras pequenas atividades – dar atenção, por exemplo, aos outros filhos, fazer compras, passear, dedicar-se a pequenas tarefas domésticas, entre tantas outras situa-



177

Disponível em <https://www.zozwanger.nl/harvey-karp-methode-bij-een-huilbaby/>

¹⁷⁸ Nos estudos desenvolvidos por Esposito et al. (2013; 2015) foi verificado que recém-nascidos com menos de 6 meses de idade transportados ao colo pela mãe, em movimento, pararam imediatamente os movimentos voluntários e o choro e exibiram uma rápida diminuição da frequência cardíaca, em comparação os recém-nascidos ao colo com a mãe sentada.

ções do dia a dia; facilita a amamentação (Azamanet et al., 2017; Whittle, 2019)¹⁷⁹. Existem algumas soluções que permitem transportar o recém-nascido no colo, proporcionando as “mãos livres” (“*baby-wearing*”). Existem disponíveis três tipos de dispositivos: pano porta-recém-nascido, *sling* e mochila porta bebê (marsúpio). O uso destes dispositivos por períodos diários superiores a três horas, mesmo sem ser como resposta ao choro, está relacionado com menor quantidade de choro diário¹⁸⁰. Todavia, estas estratégias poderão não ter impacto em casos de PURPLE e cólica¹⁸¹. Há outras estratégias que promovem o autoconsolo, como por exemplo a sucção. Por exemplo, a chupeta tem como vantagens promover a sucção não nutritiva¹⁸² e/ou ser um elemento promotor da distração e calma, tendo efeito positivo no alívio da dor¹⁸³. Um recém-nascido pode passar entre 1 e 3 horas diariamente em sucção não nutritiva, distribuídas ao longo do dia. Este tempo pode ser maior em alguns dias, especialmente se o recém-nascido estiver mais agitado ou desconfortável (por exemplo, durante surtos de crescimento).

¹⁷⁹ A utilização de porta-bebê tem vindo a tornar-se cada vez mais uma prática generalizada em várias partes do mundo. Sabemos que a maioria destes dispositivos são produzidos tendo em conta as necessidades do recém-nascido, mas muitas vezes sem ter em conta as necessidades de quem os transporta. Um grupo de investigadores fez a análise de alterações corporais tendo por base a análise de um sistema de investigação 3D e uma plataforma para estudo das forças envolvidas. A amostra foi de 15 mulheres saudáveis e jovens que alternaram posicionamentos com e sem cargas utilizando um modelo de recém-nascido com o peso real e um pano porta-recém-nascido transportando o recém-nascido de frente, à retaguarda e lateralmente. O estudo mostrou que a utilização de porta-recém-nascido poderá ter impacto negativo no deslocamento da articulação pélvica e no ombro do utilizador. Recomendam assim a realização e mais estudos que possam a funcionalidade e o conforto para quem recorre à utilização de porta-recém-nascidos (Aizreena et al., 2014). As práticas de transporte ocupam grande parte do tempo dos cuidados parentais nos primeiros meses de vida. Os autores propuseram-se a estudar o desenvolvimento de anomalias músculo-esqueléticas relacionadas com o transporte das crianças. Assim foi aplicado um questionário a 277 mulheres das quais 77% transportavam os seus filhos na região das costas com diferentes métodos. Conseguiram compreender que o conforto para o utilizador foi o fator mais relevante para a escolha do método de transporte e que as principais queixas associadas ao transporte dos filhos foi a dor na região inferior das costas superior (74,9%) e inferior (82,8%) que se tornou mais prevalente nas mulheres que optavam por transportar os seus filhos na região das costas (Ojukwu, 2017).

¹⁸⁰ Um dos primeiros estudos que procurou relacionar o uso de dispositivos de transporte ao colo (*sling*) e o choro foi realizado por Hunziker e Barr (1986), no qual participaram 99 mães, distribuídas aleatoriamente em dois grupos. Ao grupo experimental (N = 49) foi pedido para usar o *sling* por, pelo menos, três horas por dia. O comportamento do recém-nascido foi registado em um diário pelos pais, anotando o tempo gasto a dormir, a ser alimentado, a chora ou agitado, e acordado durante um período de 24 horas em intervalos de duas semanas, da idade das quatro às 12 semanas. Os autores verificaram que no grupo de intervenção, a frequência e a duração do choro e agitação foram significativamente menores e o tempo acordado foi significativamente maior, em comparação com o grupo de controlo. Os autores concluíram que o uso de *sling* reduz a frequência e a duração do choro e a agitação dos recém-nascidos. Num outro estudo observacional realizado por St James Roberts et al. (2006) para avaliar se diferentes formas de cuidar do recém-nascido associadas a diferentes padrões de choro. Participaram no estudo mães e pais de Londres (N = 75) e Copenhaga (N = 57). Foi pedido que as mães e os pais registassem o comportamento do recém-nascido ao longo das 24 horas. O tempo médio de transporte do recém-nascido ao colo foi de 15 horas por dia, os de Copenhaga foi por dez horas e os de Londres foi por oito horas. Globalmente, em comparação, foi observado que os de Londres tiveram cerca de metade do contacto físico com seus recém-nascidos. Os resultados mostraram que as diferenças nos cuidados, contacto físico/proximidade, estavam associadas a diferenças na quantidade de choro. Com duas e cinco semanas de idade, os recém-nascidos londrinos choravam 50% mais do que os recém-nascidos dinamarqueses. Todavia, os autores verificaram que os recém-nascidos com maior contacto físico, às 12 semanas de idade choravam com mais frequência à noite do que os do outro grupo.

¹⁸¹ Barr et al. (1991) replicaram o estudo de Hunziker e Barr (1986) com recém-nascidos (N = 66) entre as quatro e as 12 semanas com PURPLE ou cólicas. Os autores não verificaram diferenças significativa na duração do choro e agitação entre os grupos, concluindo que o uso de *sling* é ineficaz no alívio da cólica ou acalmar o recém-nascido com PURPLE.

¹⁸² A amamentação parece não satisfazer completamente a necessidade de sucção das crianças, por isso, uma chupeta tem sido oferecida para proporcionar satisfação adicional (Haapanen & Markkanen-Leppänen, 2013).

¹⁸³ Num RCT, que envolveu 42 recém-nascidos de termo (20 no grupo de controlo e 22 no grupo experimental), no qual se testou o efeito do uso da chupeta no alívio da dor por punção no calcanhar, os autores verificaram que a sucção não nutritiva é considerada um método seguro e eficaz para o alívio da dor durante o procedimento de punção no calcanhar em recém-nascidos a termo (Vu-Ngoc et al., 2020).

6.2. Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido

O choro pode ser solucionado/acalmado com estratégias apropriadas a cada necessidade específica. A capacidade para usar a estratégia certa, e no momento certo, permite resolver a necessidade do recém-nascido. Assim, desde o período pré-natal poder-se-á promover o desenvolvimento de capacidades da mãe e do pai para dar resposta às necessidades do recém-nascido, nomeadamente a massagem abdominal, a Técnica dos 5 S e usar dispositivos de transporte ao colo. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação da capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido (Tabela 38).

Tabela 38. Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
(Explorar e valorizar experiências anteriores) Existem algumas medidas que podem ser adotadas para acalmar o recém-nascido em situações mais desafiantes, como por exemplo a cólica ou um choro agitado do final do dia...tem experiência em lidar com este tipo de situações? O que fez e que resultado obteve?	(A) Se experiência anterior (não quer demonstrar).
Imagine que o seu recém-nascido apresentava com frequência cólica e como medida de prevenção decidia realizar uma massagem abdominal. Como faria essa massagem (simular no modelo)?	(A) Demonstra como: <ul style="list-style-type: none"> • Posiciona o modelo em decúbito dorsal. • Coloca os dedos no abdômen na posição certa. • Executa a sequência de movimentos (ILU) certa.
O uso de uma almofada térmica também poderá ser útil para aliviar a dor por cólica. Imagine que o recém-nascido estava a manifestar dor por cólica e decidiu usar a almofada. Como o faria? (simular no modelo, com várias almofadas/botijas disponíveis, com diferentes temperaturas (escritas).	(A) Demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Escolher a almofada térmica com temperatura a 37°C e coloca-a com proteção sobre a zona inferior do abdômen.
Alguns recém-nascidos, poucos é certo, mas existem... apresentam um quadro de choro difícil de consolar e que surge ao final do dia, e parece que nada os acalma. Imagine decidia implementar a Técnica dos 5 S para acalmar o seu recém-nascido. Como faria (simular no modelo)?	(A) Demonstra: <ul style="list-style-type: none"> • Prepara a manta. • Posiciona o modelo. • Posiciona adequadamente os braços. • “Embrulha” com a pressão e sequência apropriadas. • Posiciona o modelo em lateral • Segura a cabeça • Embala com suavidade • Oferece sucção

<p>Se refere como possibilidade de uso de dispositivo para transportar o recém-nascido ao colo. Como o usaria? (dispor material – <i>sling</i>, pano porta-recém-nascido e marsúpio (mochila) – e modelo)</p>	<p>(A) Se <i>sling</i>, demonstra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de colocar o bebé, coloque o <i>sling</i> de forma que a parte mais larga fique no meio das costas. No caso de um <i>sling</i> de argolas, as argolas devem estar posicionadas sobre o ombro, com o tecido distribuído uniformemente • Inserir o modelo de recém-nascido – Manter o modelo num ângulo reclinado, com as pernas fletidas como se estivesse na posição fetal. Assegura-se de que a cabeça do bebé está bem apoiada. • Garante que o tecido do <i>sling</i> está bem distribuído e que o modelo está seguro e confortável. Em <i>slings</i> de argolas, puxar o tecido através das argolas para ajustar. • Verifica a posição do modelo: o queixo do modelo não deve estar encostado ao peito, evitando assim risco de asfixia; a cabeça deve estar suficientemente alto para que se possa beijar com facilidade; a coluna deve estar na posição natural, em “C”, e as pernas na posição “M” ou de “sapo”. • Para retirar o modelo, mantê-lo bem apoiado <p>(A) Se pano porta-bebé, demonstra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localiza o centro do pano, marcado por uma etiqueta ou logótipo • Começa com o centro do pano contra o abdómen • Passa as duas extremidades por cima de cada ombro, criando um X nas costas • Passa as extremidades sob as alças na cintura e cruzá-las, trazendo-as de volta para a frente • Dependendo do comprimento do pano, amarra na frente ou continua a envolver em volta da cintura e amarra nas costas (na frente ficará formada pelo tecido uma espécie de bolsa) • Coloca o modelo de recém-nascido – segura o modelo contra si, na posição vertical, com cuidado, desliza o modelo para dentro da bolsa formada pelo pano, garantindo que as pernas estão fletidas numa posição natural; distribui o tecido de forma uniforme sobre as costas e nádegas do modelo, esticando-o de Joelho a Joelho, ajustando o tecido sobre os ombros e sob as suas axilas para distribuir o peso uniformemente. • Verifica a posição: a cabeça do modelo deve estar à altura de beijo, e a coluna em uma posição natural. Certifica-se de que as vias respiratórias estão desobstruídas e que o queixo não está encostado ao peito do recém-nascido. <p>(A) Demonstra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de colocar o bebé, ajusta as alças e cintas, de modo que fiquem confortáveis • Coloca o modelo de recém-nascido no marsúpio, assegurando que a coluna e pescoço estão bem apoiados. O bebé deve estar numa posição de “M” ou de sapo, com os joelhos mais altos do que as nádegas • Ajusta as alças de modo que o bebé fique seguro e próximo do seu corpo. A cabeça do bebé deve estar à altura de um beijo, está bem apoiada e as vias respiratórias estão desobstruídas
<p>Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 39).

Tabela 39. Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não demonstra A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido	Instruir a usar estratégias para lidar com o choro
		Treinar a usar estratégias para lidar com o choro
Se demonstra A	Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido facilitadora	-----

Fonte: autoras, 2024

6.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria no usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido

O domínio de estratégias para lidar com o choro do recém-nascido são essenciais para o bem-estar do recém-nascido e para o desenvolvimento saudável da relação entre mãe/pai e filho. As intervenções visam capacitar a mãe e o pai a lidarem de forma efetiva e saudável com o choro do recém-nascido, promovendo o desenvolvimento de habilidades parentais e de um ambiente de segurança e conforto e redução do estresse parental.

6.2.1.1. Instruir e treinar estratégias para lidar com o choro

Para as mães e para os pais, aprender a interpretar e responder adequadamente ao choro, é crucial para estabelecer um ambiente seguro e de confiança para o recém-nascido. No entanto, enfrentar episódios prolongados de choro, especialmente quando não se consegue identificar a causa, pode ser exasperante e emocionalmente desgastante. Por isso, para lidar com o choro de um recém-nascido importa instruir e treinar algumas habilidades para que a mãe e/ou o pai sejam capazes de:

- Realizar a massagem abdominal.
- Aplicar almofada térmica.
- Implementar a Técnica dos 5 S.
- Usar dispositivo de transporte ao colo.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Demonstrar /treinar a massagem abdominal “pedalar”: Realiza-se com o recém-nascido deitado em decúbito dorsal, mobilizando-se as pernas imitando o movimento de pedalar numa bicicleta, e, de seguida, fazer uma ligeira pressão sobre o abdómen e, depois, rodar os joelhos e a bacia no sentido

dos ponteiros do relógio. Pode-se realizar a massagem 2 a 3 vezes por dia¹⁸⁴. Tem como objetivo facilitar a expulsão de gases, o que irá prevenir a acumulação de gases nos intestinos.

2) Demonstrar/treinar a massagem abdominal “I Love You” (ILU): É uma massagem realizada no sentido dos movimentos intestinais das fezes e gases no intestino, sendo neste sentido que a massagem é executada, esvaziando primeiro a parte final do intestino (I), seguido da parte transversal (L invertido) e por último a parte inicial (U invertido). É realizado um movimento de “arrasto”, com o dedo médio e o indicador, pressionando até 2 centímetros na localização do colon ascendente. O recém-nascido deverá estar deitado em decúbito dorsal, utilizando-se dois ou três dedos para desenhar a letra “I” no lado direito com movimentos firmes, mas suaves. Começar por baixo das costelas e descer em direção à crista ilíaca, “esvaziando-se” a porção final do intestino. De seguida, “esvazia-se” a parte transversal do intestino, deslizando a mão da esquerda para a direita ao longo do abdômen do recém-nascido, formando a parte mais longa do “L” invertido, e esvazia-se novamente a porção final, de cima para baixo, de modo a completar o “L”. Por último, “esvazia-se” todo o intestino, desenhando um “U” invertido. A massagem não deverá ser feita após a refeição ou se o recém-nascido evidenciar dor, porque pressionar o abdômen distendido, vai provocar ainda mais dor. Caso o recém-nascido não apresente nenhuma destas situações, a massagem pode ser realizada em qualquer momento do dia, num ambiente confortável e aquecido.

3) Demonstrar/treinar a aplicação de almofada térmica: A aplicação de calor alivia a dor por cólica. O calor promove o relaxamento muscular pela vasodilatação subsequente. A aplicação de calor no abdômen do recém-nascido pode ser realizada através do uso de uma almofada térmica. A almofada deve ser aquecida no micro-ondas durante 1 minuto e a temperatura deverá estar em torno dos 37°C; a sua aplicação no abdômen deve ser feita com uma proteção e durante 10 minutos. A aplicação de botija de água quente está desaconselhada.

4) Demonstrar/treinar a Técnica dos 5 S: A técnica dos 5 S foi popularizada pelo Dr. Harvey Karp no seu livro “The Happiest Baby on the Block”. A técnica é apresentada como uma abordagem eficaz para acalmar os bebés agitados e reduzir o choro. O método baseia-se na teoria de que ao recriar sensações semelhantes às do útero, os bebés sentem-se mais seguros e tranquilos.

- *Swaddling:* Trata-se de uma estratégia que consiste em aconchegar os braços ao tronco longitudinalmente, envolvendo-o num cobertor, manta ou lençol, numa determinada sequência¹⁸⁵ ou usar um *swaddle*.
 - ◆ Escolher um local plano, como uma cama ou fraldário.
 - ◆ Colocar um cobertor ou uma manta especial de *swaddle* esticado nesse local, em forma de diamante. Dobrar a parte superior para baixo cerca de 15 centímetros, formando um triângulo invertido.
 - ◆ Posicionamento do recém-nascido: de costas no centro do cobertor, com a cabeça acima da parte dobrada e os pés apontando para a ponta inferior.
 - ◆ Enrolar o lado esquerdo: puxar o canto esquerdo do cobertor por cima do corpo do recém-nascido, segurando o braço esquerdo para baixo. Envolver o cobertor por baixo do corpo do recém-nascido, garantindo que o braço direito e a perna direita permaneçam livres.

¹⁸⁴ Numa revisão da literatura que envolveu nove artigos, com o objetivo de identificar estratégias de alívio da dor por cólica, foi observado que a massagem, tanto isolada como combinada com aromaterapia, promove a vasodilatação sanguínea, com efeito a nível do relaxamento da musculatura lisa e libertação e endorfinas, que promovem a diminuição da dor (Gamazo, 2016).

¹⁸⁵ Consultar <https://www.happiestbaby.com/blogs/baby/dudu-swaddle>

- ◆ Enrolar os pés: pegar na ponta inferior do cobertor e dobrá-la sobre os pés do recém-nascido. Dependendo do tamanho do recém-nascido e do cobertor, pode-se optar por dobrá-lo sob as pernas ou por cima do ombro esquerdo.
- ◆ Enrolar o lado direito: puxar o canto direito do cobertor sobre o recém-nascido, mantendo o braço direito para baixo, e envolvê-lo por baixo do recém-nascido. O recém-nascido deve agora estar firmemente envolvido no cobertor, com apenas a cabeça visível.
- ◆ Medidas de segurança:
 - Certificar-se de que o *swaddle* não está demasiado apertado e que o recém-nascido consegue mover as pernas livremente, para evitar o risco de displasia da anca.
 - Não envolver o recém-nascido de forma a ficar demasiado quente, para evitar o sobreaquecimento.
 - Colocar o recém-nascido de costas para dormir, mesmo quando “embrulhado”, como fator protetor da síndrome de morte súbita do lactente.
- *Side stomach position*: consiste em virar o recém-nascido sobre o estômago ou de lado sobre o antebraço (*in utero*, passava a maior parte do tempo na posição fetal, ou seja, de cabeça para baixo, coluna encolhida e joelhos contra a barriga, por isso esta é uma posição que lhe dá segurança). Deitar o recém-nascido de lado pode ajudar a acalmar as cólicas e também pode prevenir a regurgitação, já que a posição facilita a expulsão de gases.
- ◆ Segurar o recém-nascido de lado ou colocá-lo de abdômen para baixo/lateral no antebraço ou colo.
- ◆ Medida de segurança:
 - Esta posição não deve ser usada para adormecer, mas apenas como medida calmante enquanto está acordado e sob supervisão.
- *Shushing*: está relacionado com proporcionar um ruído monocórdico junto do ouvido do recém-nascido “shuuuuu”. Nas primeiras vezes que as mães e/ou os pais tentam acalmar o recém-nascido com esta estratégia, demoram cerca de 2 minutos a consegui-lo, mas com a prática que vão adquirindo ao longo do tempo, acabarão por sossegá-lo em pouco segundos.
- ◆ Coloca-se a boca 10-20 cm de distância dos ouvidos do recém-nascido e fazer “shuuuuu”. Este som deve ser reproduzido tão alto como o choro do recém-nascido e ir diminuindo à medida que se acalma e baixa o tom do choro.
- ◆ Existem outros sons que podem substituir o “shuuuuu”, como por exemplo: secador de cabelo, rádio, aspirador do pó, ventilador ou exaustor, água corrente, brinquedo com sons de batimentos cardíacos, máquina de lavar louça ou roupa ou, até, o barulho do carro a trabalhar.¹⁸⁶

¹⁸⁶ Os ruídos brancos são sons que contêm todas as frequências audíveis em igual medida. Para acalmar os recém-nascido, os ruídos brancos são frequentemente usados como um som de fundo contínuo. Assim como o “shhh”, os ruídos brancos simulam o ambiente acústico do útero. Estes sons consistentes e monótonos podem mascarar outros ruídos perturbadores do ambiente, ajudando o recém-nascido a relaxar e, muitas vezes, a adormecer. A familiaridade e a constância do ruído branco podem oferecer conforto e segurança, lembrando o ambiente uterino. Atualmente, existem diversos dispositivos e aplicações para smartphones dedicados a reproduzir ruídos brancos, muitos dos quais são especialmente concebidos para bebés.

- *Swinging*: Refere-se ao balançar ou embalar o recém-nascido, com movimentos rápidos e curtos.
 - ◆ Fazer movimentos suaves e ritmados de embalo, seja com o auxílio das mãos, seja usando dispositivos como cadeirinhas ou balaços próprios.
 - ◆ Quanto mais chorarem, mais rápido deve ser o movimento. Mover para trás e para a frente lentamente, deixando a cabeça abanar suavemente; a cabeça do recém-nascido move no máximo 2-4 cm de um lado para o outro e deve estar sempre alinhada com o corpo, isto para não correr o risco de mover a cabeça para uma direção e o corpo na direção oposta. Outras estratégias que podem introduzir este efeito do movimento é o andar de carro, berço próprio (ex. “*snoo*”, etc.)¹⁸⁷.
 - ◆ Medidas de segurança:
 - Garantir que está seguro enquanto é balançado; se estiver a usar um dispositivo, certificar-se de que está de acordo com as normas de segurança e é adequado para a idade e peso.
 - Garantir que a cabeça do recém-nascido está bem apoiada e não oscila de forma descontrolada, pois os músculos do pescoço ainda são fracos.
 - Se o bebê parecer desconfortável ou agitado, pode ser necessário ajustar o movimento.
- *Sucking*: proporcionar a sucção, na mama, dedo ou chupeta. Quando combinado com os outros passos da Técnica dos 5 S, o sugar pode ser particularmente eficaz. Por exemplo, um recém-nascido que é suavemente balançado enquanto tem sucção não nutritiva numa chupeta ou no dedo pode acalmar-se mais rapidamente.
- Critério para parar ou modificar um dos passos:
 - ◆ Resposta do recém-nascido: Se um dos passos parece estar a causar mais desconforto ou agitação, mesmo aguardando 3-4 minutos, deve ser interrompido.
 - ◆ Efetividade: Se o recém-nascido acalmar com os primeiros passos já implementados, já não é necessário prosseguir com os próximos.

5) Demonstrar/treinar o uso de sistema de transporte ao colo: É possível utilizar o *babywearing* em várias posições que vão depender da idade, contexto, da personalidade do recém-nascido, assim como, da preferência de quem o transporta.

- Pano porta-bebé (pode ser utilizado desde o nascimento até aos 3/4 anos de idade ou 18 kg):
 - ◆ Escolha do pano porta-bebé: o pano deve ser suficientemente longo e resistente para suportar o peso do bebê (normalmente apresenta 4 a 5 metros de comprimento e 70 cm de largura). Normalmente, são feitos de algodão, mas podem também incluir materiais como bambu ou linho. Certificar-se de que o tecido é respirável e de boa qualidade.

¹⁸⁷ Durante os nove meses de gestação, o feto está habituado ao movimento contínuo. No útero, é embalado pelo movimento da mãe, seja enquanto ela caminha, ou até mesmo pela sua respiração. Depois de nascer, o balançar simula essa sensação familiar, proporcionando conforto ao recém-nascido. Para além disso, o balançar estimula o sistema vestibular, que está relacionado ao equilíbrio e à percepção espacial. Esse estímulo pode ajudar a acalmar o sistema nervoso do recém-nascido e promover o relaxamento. O movimento contínuo serve também como uma forma de distração para o recém-nascido, ajudando-o a desviar a atenção de desconfortos ou estímulos perturbadores.

- ◆ Colocar o pano: localizar o centro do pano, marcado por uma etiqueta ou logótipo. Começar com o centro do pano contra o abdômen. Após encontrar o meio, colocá-lo de frente, com a etiqueta voltada para fora e circundar a cintura e trazer as pontas para a frente passando as duas extremidades por cima de cada ombro, criando uma espécie de X nas costas. À frente, passa-se as duas pontas do pano por dentro da faixa da cintura e abre-se bem o pano sem o torcer ou enrolar. Colocar o pano à volta da cintura – cruzar na frente, voltar atrás, cruzar atrás e voltar à frente onde se dá um a dois nós, bem firmes, para não se soltarem com o peso do recém-nascido.
- ◆ Para colocar o recém-nascido: Segurar o bebé contra o peito, na posição vertical. Passar uma perna do recém-nascido na tira mais próxima do corpo e outra na tira mais afastada. Deslizar o recém-nascido para dentro da bolsa formada pelo pano, garantindo que as pernas ficam na posição em M, e estende-se o pano nas costas do recém-nascido.
- ◆ Ajustar o tecido sobre os ombros e sob as axilas para distribuir o peso uniformemente.
- ◆ Verificação da posição do recém-nascido: o recém-nascido deve numa posição em que seja possível beijar a cabeça/testa com facilidade, ver a face em qualquer momento e que o nariz e a boca estejam desobstruídos, e a coluna em uma posição natural.
- ◆ Medidas de segurança: assegurar-se sempre de que o recém-nascido está bem apoiado e que o pano está bem amarrado. De cada vez que usar o pano, verificar se não há rasgos ou zonas desgastadas.
- ◆ Retirar o recém-nascido: retirar o recém-nascido pela ordem inversa em que foi colocado e só depois de o pousar em segurança é que se retira o pano.
- *Sling* (pode ser utilizado até aos 2 anos ou 13 kg, dependendo das orientações do fabricante). Existem dois tipos, o *pouch sling* e o *sling* de argolas. Relativamente ao *pouch sling*, este é constituído por um tecido com as extremidades unidas numa costura, que se coloca a tiracolo de maneira a formar uma bolsa. Este método de transporte é o mais fácil de utilizar, uma vez que é só colocar a tiracolo, não necessitando de ajustes, no entanto, como não é ajustável, não pode ser utilizado por pessoas com alturas diferentes. Relativamente ao *sling* de argolas, é constituído por tecido com duas argolas fixas numa das extremidades. Através das argolas prendem as duas pontas e regulam o tamanho do tecido a ser usado, podendo ser ajustado à altura de quem o usa.
 - ◆ Colocar o *sling*: coloca-se a tiracolo de maneira a formar uma “bolsa” e depois de bem apoiada coloca-se o recém-nascido.
 - ◆ Colocar o recém-nascido: manter o recém-nascido num ângulo reclinado, com as pernas fletidas como se estivesse na posição fetal. Assegurar-se de que a cabeça do recém-nascido está bem apoiada.
 - ◆ Ajuste: garantir que o tecido do *sling* está bem distribuído e que o recém-nascido está bem seguro e confortável. Em *slings* de argolas, puxar o tecido através das argolas para ajustar.
 - ◆ Verificação da posição do recém-nascido: o queixo do recém-nascido não deve estar encostado ao peito, evitando assim risco de asfixia. O recém-nascido deve estar suficientemente alto para que seja possível beijar a cabeça/testa com facilidade, ver a face a qualquer momento e o nariz e a boca estejam sempre desobstruídos. O tecido deve passar de Joelho a Joelho, suportando as pernas e nádegas do bebé e a coluna deve estar na posição natural, em “C”, e as pernas na posição “M” ou de sapo.
 - ◆ Retirar o recém-nascido: retirar o recém-nascido do *sling*, pousá-lo em segurança e só depois retirar o *sling*.

- Mochila porta-bebê (marsúpio): Se for usado importa garantir que fornece o apoio da cabeça e a posição em M da articulação coxofemoral (Okemuo, Anekwu & Ojukwu, 2018; Ojukwu et al., 2017).
 - ◆ Antes de colocar o recém-nascido: ajustar as alças e cintos de modo que fiquem confortáveis para quem transporta o recém-nascido.
 - ◆ Colocar o recém-nascido: assegurar que a coluna vertebral e pescoço estão bem apoiados, a cabeça está bem apoiada, as vias respiratórias estão desobstruídas e que as pernas estão numa posição em “M” ou de sapo, ou seja, com os joelhos mais altos do que as nádegas.
 - ◆ Prender o marsúpio: ajustar as alças, de modo que o recém-nascido fique seguro e próximo do corpo de quem o transporta, e com a cabeça a uma altura em que seja possível dar-lhe um beijo.
 - ◆ Verificação de segurança: verificar todas as fivelas e ajustes para garantir que estão bem fixados; se o recém-nascido está bem posicionado e se o marsúpio não está demasiado apertado ou demasiado solto.
 - ◆ Remover o recém-nascido: retirar primeiro o recém-nascido, pousá-lo em segurança e só depois retirar o marsúpio.

6.3. Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido

Para além da preparação, a confiança que a mãe e o pai possuem na capacidade para lidar com o choro de um recém-nascido é essencial para oferecer as respostas adequadas¹⁸⁸. A falta de autoeficácia para interpretar o choro e identificar a resposta que o acalme, interfere na competência, real ou percebida, para cuidar do recém-nascido¹⁸⁹. A mãe e o pai podem possuir os conhecimentos e as capacidades necessárias para lidar com o choro do recém-nascido, mas terem desempenhos diferentes em função da autoeficácia percebida. No que se refere ao lidar com o choro, a percepção da autoeficácia¹⁹⁰ determina

¹⁸⁸ O choro do recém-nascido poderá causar angústia e sentimentos de incompetência em muitas mães e pais. Esses sentimentos frustrantes podem levar a cuidados negligentes ou até mesmo a abuso infantil. Os estudos centrados nos efeitos do choro do recém-nascido revelam que o comportamento das mães/dos pais também pode aumentar o choro do recém-nascido. Neste estudo, os autores verificaram que face ao choro, os participantes experimentaram mais afetividade mais negativa, estado de ansiedade e menos confiança na sua capacidade de assumirem o papel de mãe/pai no futuro (Cock et al., 2015).

¹⁸⁹ O choro excessivo tem prevalência de 10% a 30% em recém-nascidos até 12 semanas de idade. O desafio de lidar com quadro de choro excessivo coloca as famílias em risco de conflito conjugal, estresse parental e maus-tratos infantis (Botha et al., 2020). Estudos têm associado a dificuldade em lidar com o choro excessivo a compromisso na autoeficácia percebida, interrupção da amamentação, depressão materna e paterna e problemas de adaptação na infância (Botha, Joronen e Kaunonen, 2019; Halpern e Coelho, 2016; Oddi et al., 2013).

¹⁹⁰ De acordo com os PQCEESMO (2021), a autoeficácia é definida como a crença de alguém sobre as suas próprias capacidades para desempenhar com sucesso uma tarefa específica, variando de situação para situação (Bandura, 2006). A crença na sua própria eficácia afeta as escolhas de vida, o nível de motivação, a qualidade do funcionamento, a resiliência à adversidade e a vulnerabilidade ao estresse e a novas situações. Pessoas com elevado sentido de eficácia abordam os desafios difíceis como algo a ser superado ao invés de ameaças a serem evitadas; tendem a aumentar e a sustentar os seus esforços nos fracassos e recuperam mais rapidamente o sentido de eficácia após insucessos; assumem que o insucesso resultou de esforço insuficiente ou à falta de conhecimento e habilidades, os quais são adquiríveis. Pelo contrário, as pessoas que colocam em causa as suas capacidades e ficam intimidadas face a desafios difíceis, entendendo-os ameaças, centram-se nos défices pessoais, nos obstáculos e no grau de dificuldade face aos recursos que julgam possuir; tendem a desistir mais facilmente face às dificuldades e são mais lentos a recuperar o sentido de eficácia após um fracasso. Pessoas com baixo nível de autoeficácia, entendem o seu desempenho como insuficiente e, por isso, o vislumbre de fracasso é suficiente para perderem a “fé” nas suas capacidades. A autoeficácia constitui uma crença relevante para a transição na medida em que corresponde à convicção que cada um possui na sua capacidade própria para conseguir executar com sucesso o comportamento desejado e produzir o resultado esperado. Bandura apresenta quatro fontes de informação, que contribuem para a construção da crença de autoeficácia: as experiências anteriores, as experiências vicariantes (*vicarious experience*), a persuasão verbal por pessoas significativas e as reações fisiológicas e afetivas (Bandura, 2006).

as escolhas, o esforço e a persistência face à adversidade/situações desafiantes. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação da autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido (Tabela 40).

Tabela 40. Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
Chorar é a forma principal de comunicação de um recém-nascido. Consegue(m) imaginar-se a acalmar o recém-nascido se ele estiver a chorar? [poderá não ser necessário fazer uma questão específica OU na avaliação do conhecimento/capacidade, da percepção da autoeficácia, percebida pela mãe e pelo pai, o assunto poderá ser abordado espontaneamente OU durante a simulação de algum cuidado ao bebé poderá referir-se à sua <i>falta de jeito</i> não irá conseguir fazê-lo, irá chamar gente, etc.]	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Refere que só de pensar nisso, sente muita insegurança e sensação de que de não será capaz (ex. identificar o que o recém-nascido necessita e agir em conformidade). • (B) Refere que se sente capaz para perceber, porque o recém-nascido chora e como dar resposta a essa necessidade, e com o tempo e experiência conseguirá melhorar.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 41).

Tabela 41. Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido	Treinar a identificar os tipos de choro
		Treinar a usar estratégias para lidar com o choro
		Elogiar o desempenho da/o cliente
Se B	Autoeficácia para lidar com o choro do recém-nascido facilitadora	----

Fonte: autoras, 2024

6.3.1. Intervenções que contribuem para a autoconfiança para lidar com o choro do recém-nascido

As intervenções promotoras da autoconfiança são essenciais para ajudar as mães e os pais a lidarem de maneira segura e eficaz com o choro do recém-nascido. Quando se sentem confiantes nas suas habilidades e compreendem as necessidades do recém-nascido, sentem-se mais capazes de responder de maneira adequada, fortalecendo o vínculo afetivo e proporcionando um ambiente seguro e tranquilo para o desenvolvimento saudável da criança. De facto, muitas vezes, as mães e os pais poderão interpretar o choro como um sinal de falha ou de que algo está errado, o que pode gerar *stress*, frustração e sentimentos de incompetência.

6.3.1.1. Treinar a identificar os tipos de choro

Compreender que o recém-nascido manifesta as necessidades de diferentes formas e sentir-se capaz de identificar essas necessidades a partir dos sinais emanados pelo recém-nascido, mesmo que em simulação, contribui para uma crença de eficácia mais elevada¹⁹¹. Assim, o momento de treino contribui para desenvolvimento da responsividade¹⁹² para interpretar o som e os comportamentos do recém-nascido de modo que a mãe e/ou o pai se sintam mais confiantes para:

- Identificar as necessidades do recém-nascido através do choro.
- Adotar responsividade às necessidades do recém-nascido.

Para implementar esta intervenção importa desenvolver um recurso multimídia que inclua vários vídeos com recém-nascidos a chorar que sirva de base à implementação da intervenção.

As atividades que concretizam a intervenção:

Para cada tipo de choro poder-se-á:

1) Ensaiar a identificação das necessidades do recém-nascido valorização dos comportamentos e expressões faciais: Proporcionar a oportunidade para ver o vídeo relativo a determinado tipo de necessidade e interpretar o comportamento e expressões faciais que o recém-nascido evidencia (sem som), colocando questões como por exemplo: *“O que poderá valorizar no comportamento do recém-nascido que poderá ser uma pista para o que necessita?”* (valorizar as respostas adequadas com reforços positivos).

2) Ensaiar a identificação das necessidades do recém-nascido acrescentando a valorização do choro: Proporcionar a oportunidade para ver o vídeo anterior e interpretar o comportamento e expressões faciais associado ao choro (som) que o recém-nascido evidencia, colocando questões como por exemplo: *“e agora? O que valoriza no choro? É alto, é baixo? É contínuo ou para? Que comportamento tem associado? Como está o rosto?”* (valorizar as respostas adequadas com reforços positivos).

3) Ensaiar a identificação das necessidades do recém-nascido: Depois do treino da identificação dos sinais isolados, colocar questão como por exemplo: *“(fazer síntese dos comportamentos, expressões faciais e características do som) face a tudo isto, qual a necessidade que o recém-nascido parece estar a comunicar?”* (valorizar as respostas adequadas com reforços positivos). Fazer este exercício várias vezes.

¹⁹¹ O choro de um recém-nascido pode desencadear respostas empáticas e sensíveis ou provocar frustração e ansiedade em quem cuida dela. No estudo experimental realizado por Klamann et al. (2021), os autores examinaram o efeito da exposição a gravação de choro de um recém-nascido (em alta e em baixa frequência) ou riso no nível de autoeficácia dos participantes. Os resultados destacaram que os participantes com níveis mais elevados de autoeficácia expostos ao choro da criança em alta frequência apresentaram nível mais alto de reações emocionais centradas nas necessidades da criança e o nível mais baixo de reações centradas em si quando comparadas com os participantes com baixa autoeficácia.

¹⁹² A responsividade materna refere-se à capacidade de uma mãe reconhecer, interpretar e responder de maneira oportuna e adequada aos sinais e necessidades do seu filho. Este conceito engloba respostas emocionais e físicas, abrangendo uma variedade de comportamentos maternos, desde alimentar o bebé quando tem fome até confortá-lo quando chora. aspetos-chave da responsividade materna incluem: 1) Sensibilidade: reconhecer e interpretar corretamente os sinais e pistas do filho; 2) Contingência: reagir de forma oportuna e adequada às necessidades ou sinais do filho; e, 3) Adequação: responder de uma forma que seja adequada ao estágio de desenvolvimento e às necessidades imediatas do filho (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1997).

6.3.1.2. Treinar estratégias para lidar com o choro

A simulação sobre como realizar determinadas estratégias constitui uma oportunidade para integrar os gestos na manipulação dos dispositivos e do recém-nascido (mesmo que em modelo) e a sequência para a implementação, de modo a aumentar a autoeficácia percebida para:

- Realizar a Técnica dos 5 S.
- Realizar massagem abdominal.

6.3.1.3. Elogiar o desempenho da/o cliente

A percepção que a mãe e/ou o pai têm sobre a autoeficácia é determinante, influenciando as suas respostas às necessidades do recém-nascido. Cada pessoa forma as suas crenças de autoeficácia interpretando informações de quatro fontes principais: as experiências anteriores (por exemplo, uma mulher/homem com experiência anterior de cuidar de recém-nascido e foi bem-sucedida(o) sentir-se-á mais segura(o) quanto ao seu desempenho); experiência vicariante (observação de outras mulheres/homens, alterando as crenças por via da comparação com as conquistas dos outros); persuasão social ou verbal (incentivo por parte de significativos que tem as capacidades para atender as necessidades de um recém-nascido) e os estados emocionais e fisiológicos (capacidade, força e vulnerabilidade a cada momento).

No âmbito da promoção da adaptação à parentalidade, no desenvolvimento das capacidades através do treino destacam-se duas fontes de informação: 1) a persuasão verbal, centrada na promoção de crenças positivas de autoeficácia através de reforços positivos durante o treino; e 2) a experiência vicariante, se o treino for implementado em grupo, pois permite que cada mulher/homem se compare com os restantes elementos do grupo e compreender que “se os outros conseguem, também consigo”.

Quando a mãe e o pai se sentem capazes, os níveis de estresse e ansiedade são baixos, isto é, quando acreditam que conseguem lidar com situações desafiantes, não desenvolvem padrões de pensamentos negativos; já os casos em que sentem que a situação é demasiado desafiadora para os seus recursos, são ativados os mecanismos de resposta ao estresse com ativação do sistema simpático. O nível de ativação afetiva face a situações de estresse é influenciado pela percepção que cada pessoa tem de ser capaz de controlar apreensões cognitivas negativas, assim como a percepção de conseguir lidar eficazmente com a situação. Assim, a persuasão verbal poderá ser um fator relevante para promover a criação de pensamentos positivos face à sua capacidade de desempenho parental, nomeadamente para lidar com o choro do recém-nascido.

6.4 Significado atribuído ao choro do recém-nascido

Ao longo do desenvolvimento de um recém-nascido são aprimoradas habilidades sensoriais, motoras e cognitivas, que se interligam e possibilitam um maior número de ações e interações. Essas habilidades não são isentas de significado. A compreensão da intencionalidade da “comunicação das necessidades” – linguagem do recém-nascido –, leia-se choro, poderá ser entendido como algo positivo, negativo ou até mesmo indiferente¹⁹³. De facto, se no entendimento da mãe e/ou pai de que o recém-nascido é um “chorão” (porque chora por tudo e por nada, ao contrário de outros recém-nascidos), aqueles tenderão a

¹⁹³ De acordo com os PQCEEMO (2021), o significado é entendido como o valor, importância de alguma coisa. O significado atribuído a algo é construído a partir da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e experiência. A partir valorização individual, e em cada momento, tendo por base as experiências vividas e a percepção da realidade, cada pessoa vai definindo a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser em relação a tudo o que é importante para si e para os que lhe são significativos. Assim se compreende a influência dos significados atribuídos às vivências no modo de lidar com a transição. De acordo com a forma como os significados são entendidos – positivos, neutros ou negativos, podem constituir condições facilitadores ou inibidores da transição. A atribuição de significado positivo ou neutro à experiência pode ser facilitador da transição na medida em que tem o potencial de fomentar o envolvimento e ajustamento à mudança necessários para lidar com a nova condição. Se, pelo contrário, o significado atribuído à mudança é negativo, o processo de transição pode estar comprometido.

desvalorizar o choro e as necessidades que este pode expressar através do choro. A irritabilidade parental face ao choro associada a um temperamento difícil desencadeia, então, um ciclo vicioso, ou seja, as mães e/ou os pais mais irritados percebem o filho como mais “chorão”, mais difícil de acalmar e mais imprevisível, comprometendo a interação mãe/pai-recém-nascido e a responsividade parental. Por isso, durante o período pré-natal importa perceber qual o significado que a mãe e o pai atribuem ao choro de um recém-nascido. O significado atribuído ao choro do filho pode ser inferido a partir de expressões valorativas usadas pela mãe ou pai quando aborda os assuntos relacionados com o choro. Para além da linguagem verbal, a valorização da linguagem não verbal poderá, também, contribuir para a identificação dos pensamentos e das emoções que a mãe e o pai associam ao choro de um recém-nascido¹⁹⁴. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do significado atribuído ao choro do recém-nascido (Tabela 42). Poderá não ser necessário fazer uma questão específica sobre a importância atribuída à ação e/ou às suas consequências pois o assunto poderá ser abordado espontaneamente aquando da avaliação do conhecimento e/ou capacidade (por exemplo, quando estiver a visualizar um vídeo/som com um recém-nascido a chorar, poder-se-á estimular a expressão dos significados com questões, como por exemplo: “O que é que este som desperta em si?”).

Tabela 42. Significado atribuído à amamentação: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Incompreensão <ul style="list-style-type: none"> • Desperta pensamentos/emoções negativas (castigo, irritação, incompetência, etc.). • Palavras/reações tendencialmente negativas. 	É natural <ul style="list-style-type: none"> • É algo que traz pensamentos/emoções positivas e que chorar faz parte da interação do recém-nascido com o ambiente e as pessoas que o rodeiam. • Faz parte da comunicação das necessidades. • Palavras/reações positivas que refletem noção de padrão esperado de choro.
Desvalorização <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido precisa aprender a acalmar-se sozinho/não criar maus hábitos/”se for logo, ele vai habituar-se e depois não quer outra coisa”. • É preciso deixá-lo chorar se não “ganha manha”. 	
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o significado atribuído ao choro do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 43).

Tabela 43. Significado atribuído ao choro do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o significado atribuído ao choro do recém-nascido	Assistir cliente a analisar o significado dificultador
Se B	Significado atribuído ao choro do recém-nascido facilitador	----

Fonte: autoras, 2024

¹⁹⁴ A linguagem não verbal corresponde a 55% da comunicação nas interações. No final dos anos 60, Mehrabian e colaboradoras fizeram um estudo de que resultou o conhecido gráfico da importância relativa das várias componentes da comunicação. Este estudo levou à generalização de que as palavras que usamos têm um peso de 7% na comunicação, o tom de voz (velocidade, tom, volume) tem um peso de 38% e a linguagem corporal (os movimentos e as expressões faciais) tem um peso de 55%. Os padrões mentais, cultura, estado de espírito, valores e a mensagem ajudam a compreender o significado.

6.4.1. Intervenções que contribuem para a reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao choro do recém-nascido

As intervenções promotoras da reformulação dos significados dificultadores atribuídos ao choro do recém-nascido visam ajudar as mães e os pais a desenvolverem uma perspectiva mais saudável e positiva em relação ao choro e a reconhecerem que o choro de um recém-nascido é uma forma normal e saudável de comunicação ou ainda que não está necessariamente relacionado com falhas no desempenho do papel ou problemas.

6.4.1.1. Assistir a/o cliente a analisar o significado dificultador

A desvalorização e/ou a valorização negativa atribuída ao choro condiciona a responsividade face às necessidades do recém-nascido, podendo ter efeito no desenvolvimento do recém-nascido. A reformulação do significado pode ser conseguida pela promoção da reflexão sobre as razões e emoções associadas a este cuidado, de modo que cada mãe e pai possa reformular o seu modo de pensar e a tonalidade emocional atribuída à ação. Assim, importa criar momentos de reflexão sobre o modo como pensa e reassignificar o modo como entende o choro do recém-nascido, de forma que seja capaz de:

- Reformular o significado dificultador.

As atividades que concretizam a intervenção:

Para promover a reflexão e a análise do modo como pensa, e de que forma o modo como pensa poderá influenciar a ação, poderão ser colocadas questões que permitam essa reflexão e, com isso, a reformulação dos pensamentos e emoções.

1) Explicar o que é um significado: O significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: *“O modo como pensa o impacto da chegada do recém-nascido é apenas uma ideia, não é um facto, não é uma verdade absoluta; sendo pensamentos seus são modificáveis por si quando quiser”*.

2) Colocar questões de reflexão sobre o assunto, como por exemplo:

- O que a leva a pensar que (especificar)? O chorar de um recém-nascido é uma coisa muito interessante, pois é uma forma brilhante que os recém-nascidos possuem para chamarem a atenção e comunicarem as suas necessidades. Já tinha pensado nesta perspetiva?
- Pensou sempre assim?
- Existe alguém que conheça que tenha tido uma experiência bem-sucedida (especificar)? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência?
- O que ganha e o que perde por pensar dessa forma? O que ganha e o que perde o seu bebé por pensar dessa forma?
- De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência pós-parto/o regresso a casa com o recém-nascido que gostaria de ter?
- O que necessitaria que acontecesse para pensar no assunto de forma mais positiva (especificar se possível)?

7. COMPETÊNCIA PARENTAL: ESTIMULAÇÃO DO RECÊM-NASCIDO E CRIAR HÁBITOS PARA DORMIR

No momento do nascimento, e durante os primeiros meses, o recém-nascido não tem a capacidade de sobreviver de forma independente a nível motor, cognitivo e social. O desenvolvimento cerebral não se dá somente quanto ao tamanho; para o desenvolvimento e fortalecimento das conexões entre os neurónios é necessário ser estimulado e uma parte significativa desse processo ocorre fora do útero nos meses após o nascimento. A exo-gestação corresponde ao tempo que o recém-nascido precisa fora do útero para atingir uma certa maturidade¹⁹⁵. Os estímulos ambientais recebidos neste período são essenciais para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo. Importa tomar em consideração que a experiência sensorial é essencial nos primeiros anos, enquanto o cérebro está no auge da plasticidade.

7.1. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido

Chegar a casa com um recém-nascido nos braços é um desafio enorme para cada mãe e cada pai. Para além dos desafios inerentes aos cuidados básicos – alimentação, troca de fraldas, etc. – há o conseguir compreender as suas reações aos estímulos. Assim, ainda durante a gravidez, importa que a mãe e o pai desenvolvam o conhecimento e a sensibilidade/disposição para conseguirem conhecer o recém-nascido, dia após dia, e compreender o comportamento e reações, e como potenciar o seu desenvolvimento. Tendo em consideração todos estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido (Tabela 44).

Tabela 44. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
Ao nascer, um bebé já possui algumas competências para lidar com o mundo que o rodeia, nomeadamente através dos órgãos dos sentidos? Tem ideia de como é a visão, audição, tacto, paladar e olfato de um recém-nascido?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Consegue ver a 20-25 cm, a audição, paladar, olfacto e tacto estão completamente desenvolvidos e podem ser estimulados.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

¹⁹⁵ O ser humano nasce muito antes de completar seu desenvolvimento como resultado da adaptação evolutiva à posição ereta. Devido à posição em pé, a pelve das mulheres estreitou-se e agora é muito pequena para a cabeça de um recém-nascido completamente desenvolvida. Quando um recém-nascido nasce, o seu cérebro tem apenas 25% do tamanho de um adulto. Ao contrário do que acontece em outros mamíferos, para um recém-nascido humano atingir a metade do tamanho do cérebro de adulto no útero, levaria cerca de 18 meses de gestação. De facto, a combinação do aumento do tamanho do cérebro e da saída pélvica mais estreita da mãe (devido à verticalidade) causou uma grande mudança na duração da gestação do ser humano. Atualmente, cada vez mais correntes científicas afirmam que o período de gestação de um ser humano não é de 9 meses, mas de 18 meses: nove meses no útero (“endogestação”) e nove meses fora (“exo-gestação”). A gravidez também é conhecida como endogestação (*endo*, do latim, significa “dentro”) com duração de 266 dias, contando da concepção ao nascimento. Depois do nascimento, há outros 266 dias importantes para o desenvolvimento da criança. Este período é chamado de exo-gestação (“exo”, do latim *eso*, significa “fora”) com duração de 266 dias, desde o nascimento ao gatinhar. Neste entendimento, o nascimento representa uma série complexa e altamente importante de mudanças funcionais que servem para preparar o recém-nascido para a passagem pela ponte entre a gestação dentro do útero e a gestação continuada fora do útero.

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 45).

Tabela 45. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido	Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido
Se A	Conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido facilitador	----

Fonte: autoras, 2024

7.1.1. Intervenções que contribuem para a compreensão das características do recém-nascido

O recém-nascido, pela sua fragilidade aparente, poderá causar, em quem cuida dele, alguma sensação de insegurança, por não conseguir interpretar os comportamentos e/ou reações a estímulos. Assim, importa, desde a gravidez, contribuir para a criação de expectativas realistas em relação às características de um recém-nascido e compreender e interpretar as suas reações habituais.

7.1.1.1. Ensinar sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

Para compreender as respostas e comportamentos de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou o pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer as características dos órgãos dos sentidos.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a capacidade de visão: A visão é o órgão dos sentidos menos desenvolvido ao nascimento. O olho é constituído por diversas estruturas, mas é especificamente na retina que existem dois tipos de células: os cones, responsáveis pela distinção das cores, e os bastonetes, sensíveis à luz. Para funcionarem adequadamente, estas estruturas necessitam de um estímulo luminoso relativamente brilhante. Dentro do útero, o feto não recebe estímulos luminosos suficientemente brilhantes para estimular o desenvolvimento destas estruturas, por isso quando nasce, o recém-nascido não consegue focar as imagens, nem distinguir as cores. À medida que vão recebendo estímulos luminosos do meio exterior, estes componentes do olho vão-se desenvolvendo, permitindo que a capacidade visual do recém-nascido vá melhorando gradualmente. Ao nascimento consegue ver a preto, branco e cinzento; a partir dos 10 dias de vida, consegue reconhecer a face materna e normalmente a partir dos 3 meses de idade começa a reconhecer os rostos familiares e distinguir as cores com mais clareza (Franklin & Davies, 2004). Inicialmente o recém-nascido só é capaz de focar a uma distância de 20-25 cm, o que normalmente corresponde à distância entre o seu rosto e o de quem lhe pega ao colo. Ao longo do primeiro ano, a acui-

dade visual vai aumentando e, aos 6 meses, é capaz de focar a uma distância de 6-7 metros de distância. Durante os primeiros meses de vida, o bebê tem uma visão bidimensional, visto que o cérebro ainda não é capaz de identificar a profundidade dos ambientes. Somente quando atingem os seis meses de idade é que desenvolvem completamente as habilidades visuais primárias, como a identificação de profundidade espacial, cor, forma e o controle do movimento dos olhos. O sistema visual é um dos mais complexos de todo o organismo humano – o que justifica que ocupe uma maior parte do cérebro. E mesmo que se desenvolva tardiamente, quando comparada com a progressão dos outros sentidos, a visão é uma das formas mais estimulantes e enriquecedoras para a construção do mundo durante a primeira infância.

2) Explicar a capacidade de audição: A audição é muito mais desenvolvida do que a visão ao nascimento; nos últimos meses de gestação, o feto podia ouvir o bater coração da mãe, o timbre da sua voz, e conseguia distinguir certos barulhos externos. No primeiro mês pós-nascimento, os recém-nascidos preferem os sons ritmados (por exemplo, móveis musicais) e sentem-se incomodados pelos sons mais fortes e agudos; o que um recém-nascido mais aprecia ouvir é a voz humana, principalmente a voz da mãe (Lee & Kisilevsky, 2014).

3) Explicar a capacidade de olfato: O sistema olfativo começa a desenvolver-se a partir da 28.^a semana de gestação. Ao longo do terceiro trimestre de gravidez, a placenta torna-se cada vez mais permeável, possibilitando que o recém-nascido entre em contacto com uma vasta gama de cheiros. Estudos comprovaram que um recém-nascido, desde os primeiros dias de vida reage a diferentes cheiros, mostrando preferência ou desagrado (Macfarlane, 1975; Vaglio, 2009)¹⁹⁶. Aliás, na primeira hora de vida, é capaz de “rastejar” até ao mamilo da mãe pelo estímulo do cheiro próprio da mãe (Loos, Rege & Schaal, 2019; Mizuno et al., 2004). Durante as primeiras semanas, o cérebro do recém-nascido começa a fazer associações entre as emoções que sente e os aromas que cheira durante as atividades (Cakırlı & Acikgoz, 2021). Os cheiros agradáveis associados a um toque gentil podem criar memórias duradouras. No entanto, apesar dos recém-nascidos já serem capazes de diferenciar os cheiros, tanto quanto os adultos, eles não possuem a percepção consciente dos estímulos, sendo as respostas norteadas pelo reflexo. O olfato e o tacto são sentidos que norteiam as experiências primárias dos recém-nascidos na interação com o ambiente.

4) Explicar a capacidade do tacto: É o primeiro dos sentidos a surgir antes mesmo do nascimento e a principal forma de interação e apropriação de estímulos do ambiente. O tacto pode ser dividido em quatro tipos de habilidades sensoriais: a capacidade de sentir o toque, isto é, sentir quando a pele está em contacto com outro ser ou objeto, diferentes temperaturas, dor e noção de posição e movimento do próprio corpo. Todas essas sensações iniciam-se na pele, onde estão localizados os recetores, que captam os estímulos e as transmitem ao cérebro. Isso torna o tacto um dos sentidos essenciais não só para o desenvolvimento da sensibilidade ao toque, mas para a progressão do sistema cognitivo. Contudo, os recém-nascidos não são capazes de perceber esses estímulos com a rapidez de um adulto, bem como não conseguem organizar e interpretar todas essas sensações, o que ocorre apenas aos seis anos.

¹⁹⁶ Em 1975, Macfarlane chamou a atenção para a pouca valorização da percepção olfativa no recém-nascido humano. A autora realizou estudos experimentais que examinam a possibilidade de os recém-nascidos poderem usar o cheiro para localizar uma fonte de alimento e diferenciar a sua própria mãe de outra mulher com base no cheiro. Virar a cabeça para a compressa foi usado como indicador de preferência. Os resultados evidenciaram que, embora o recém-nascido não pareça ser capaz de usar o cheiro para localizar uma fonte de alimento, significativamente mais recém-nascidos, aos cinco dias de idade, passavam mais tempo virado para a compressa que esteve em contacto com a mama da sua própria mãe do que para uma compressa limpa. Aos seis dias de idade, os recém-nascidos apresentavam uma resposta diferencial entre a compressa com cheiro da mama da sua própria mãe do que com a compressa com a compressa com cheiro de outra mulher, embora essa diferenciação não estivesse presente aos dois dias de idade.

5) Explicar a capacidade do paladar: O sistema gustativo surge durante o terceiro trimestre de gestação e a sua relevância não se circunscreve ao aspeto nutricional, mas também a uma dimensão emocional. Os recém-nascidos são capazes de sentir diferentes sabores antes mesmo de nascer. Muitos dos sabores que estão presentes no líquido amniótico também estão no leite materno, e isso poderá influenciar a preferência por determinados alimentos (Doucet et al., 2009). Estudos demonstram que os bebés são capazes de reagir positiva ou negativamente para substâncias adocicadas ou amargas, tendo preferência por sabores doces, que se assemelham ao sabor adocicado do leite materno (Mennella & Beauchamp, 1999).

7.2. Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

Houve tempos em que se acreditava que o desenvolvimento do recém-nascido dependia apenas da carga genética, não se valorizando as experiências até aos três anos de idade¹⁹⁷. Atualmente, defende-se que o desenvolvimento do recém-nascido resulta da interação entre os genes e as suas experiências de vida, ou seja, é necessário que haja estimulação para que o cérebro se desenvolva no seu total potencial e se dê a aquisição de conhecimentos e habilidades. A produção das ligações entre as sinapses é feita em resposta a estímulos ambientais, através dos órgãos dos sentidos. Com a estimulação as conexões no cérebro tornam-se mais fortes e o desenvolvimento cerebral torna-se mais rápido, o que contribui para um melhor desempenho cognitivo, adaptação social, desenvolvimento da linguagem, da visão e controlo sobre as emoções. Assim, se a mãe e o pai compreenderam que quanto mais precoce e frequente for a estimulação sensorial, maior é o potencial de desenvolvimento do recém-nascido. Tendo em consideração todos estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido (Tabela 46).

Tabela 46. Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
A estimulação de um recém-nascido contribui para o seu desenvolvimento saudável. Tem ideia de como integrar nos cuidados habituais estratégias que podem ao mesmo tempo estimularem o desenvolvimento?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Pode estimular em todos os momentos que cuida do bebé e dá exemplos concretos de como estimula a visão, tacto, paladar, olfato e audição.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

¹⁹⁷ Uma parte considerável do desenvolvimento cerebral ocorre na fase embrionária (cerca de duas semanas após a fecundação) formando-se o tubo neuronal que dará origem ao cérebro e a medula espinal e que a maioria dos neurónios será produzida entre o 4.º e o 6.º mês de gravidez. Estes neurónios vão subdividir-se, agrupando-se, de acordo com as suas funções específicas. De forma a ser possível a transmissão de informação entre os neurónios, formam-se ligações eletroquímicas – as sinapses. Segundo o Center on the Developing Child, da Universidade de Harvard, o ser humano é capaz de realizar cerca de 700 a 1000 sinapses por minuto na sua fase fetal; no entanto, importa perceber que o cérebro produz mais neurónios e sinapses do que necessita – aquelas que não são estimuladas ou não funcionam corretamente entram em apoptose até cerca dos 3 anos de idade – havendo uma depuração das células e conexões em excesso, procurando formar um sistema nervoso eficiente (Tierney & Nelson, 2009; Gilmore, Knickmeyer & Gao, 2018). Ao ter conhecimento disto, consegue-se perceber que, se a criança não for adequadamente estimulada, terá uma maior perda de neurónios e, por consequência, realizar menos sinapses na fase adulta.

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 47).

Tabela 47. Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Crítérios de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido	Ensinar estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido
Se refere A	Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

7.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria na estimulação do recém-nascido

Estimular o recém-nascido não é uma “tarefa” com hora marcada. A implementação de estratégias de estimulação deverá, então, estar presente a cada interação com o recém-nascido ou sempre que o recém-nascido esteja em estado de vigília.

7.2.1.1. Ensinar estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

Cada interação, cada toque e cada momento compartilhado contribuem para a formação do cérebro, das habilidades motoras e da base emocional do recém-nascido. Para promover o desenvolvimento de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou o pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Reconhecer quando o recém-nascido está disponível para estimulação.
- Reconhecer que a estimulação sensorial pode ser incluída nos cuidados e rotinas do dia a dia.
- Reconhecer as atividades que promovem o desenvolvimento do recém-nascido.
- Adotar atividades que estimulem os órgãos dos sentidos do recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o momento mais adequado para a estimulação: A estimulação não tem um momento próprio para realizar, sendo que pode ser integrada nos hábitos e rotinas do dia a dia de cada mãe, pai e família. Para potenciar o efeito da estimulação importa que o recém-nascido esteja recetivo, ou seja, quando se encontra tranquilo e alerta ativo – olhos abertos e evidenciando atividade corporal. O recém-nascido está mais alerta após um período de sono, por isso é um bom momento para interagir.

2) Explicar estratégias de estimulação ao acordar: É possível estimular o recém-nascido logo ao acordar – conversar sobre diversos assuntos, tais como, mostrar-lhe o quarto e os seus brinquedos enquanto, referindo os seus nomes corretamente, para que comece a associar os nomes aos objetos. Este comportamento promove o desenvolvimento da linguagem, tornando familiares as palavras e a língua materna – o ritmo, a musicalidade e os sons fonéticos, favorecendo, assim, a aprendizagem da linguagem. Neste momento, todos os sentidos podem ser estimulados – pegar-lhe ao colo, pois este comportamento não só irá contribuir para a afetividade entre o recém-nascido e quem o segura, como também irá estimular a visão, uma vez que, do colo, o recém-nascido tem a possibilidade de observar o ambiente que o rodeia de diferentes ângulos; para além disso, ao colo sentirá o cheiro de quem o segura.

3) Explicar estratégias de estimulação durante a higiene: O momento da troca da fralda ou durante o banho, pode realizar-se massagem e o toque com diferentes pressões e até com diferentes texturas (por exemplo, usando uma esponja de algas). Despi-lo também é uma oportunidade para o expor a diferentes temperaturas (exemplo, quando se usa os toalhetes húmidos ou a água do banho), e texturas (através da fralda e da toalha do banho). As terminações nervosas sensíveis à temperatura não se encontram apenas nas mãos, mas também ao longo de todo o corpo, ou seja, ao permitir que ele experiencie temperaturas diferentes, está-se a promover a memória dessas sensações no futuro. A hora do banho, pode, ainda, ser um momento privilegiado para deixar que o recém-nascido toque na própria pele, o que possibilita o desenvolvimento da autopercepção.

4) Explicar estratégias de estimulação durante a alimentação (amamentação): Permite estimular a sensibilidade da boca e do reflexo de sucção. Este momento permite, também, a estimulação visual, pois a face da mãe (de quem o alimenta) encontra-se perto do rosto; o leite estimula o paladar e o olfato¹⁹⁸. O toque pelo contacto pele com pele pode ser privilegiado durante a amamentação, se a mãe e o recém-nascido ficarem com o tronco despido (Crenshaw, 2014; Uvānas-Moberg & Prime, 2013). Ainda durante a amamentação, conversar com o recém-nascido ou cantar, enquanto trocam olhares, é uma atividade que promove o laço emocional e cria memórias para toda a vida.

5) Explicar estratégias de estimulação durante o transporte ao colo: É exposto a diferentes sensações tácteis, como o calor da pele de quem o transporta, os movimentos e o som do bater do coração, o que contribui para o desenvolvimento sensorial. Contribui para fortalecer os músculos do pescoço, costas e tronco. O recém-nascido é exposto ao ambiente circundante de uma perspetiva confortável e segura, o que pode ser estimulante para o seu interesse pelo mundo. Pode-se descrever o que se está a fazer, promovendo-se a aprendizagem da linguagem.

6) Explicar estratégias de estimulação durante o passeio: Não há momento específico para passear com o recém-nascido; a exposição à luz solar faz bem, pois ajuda o recém-nascido a desenvolver a visão devido às variações de luminosidade e de cor, sendo que para além disto, a exposição solar (com os devidos cuidados) aumenta a absorção de vitamina D pelo organismo do recém-nascido, o que melhora a formação óssea do recém-nascido. Para além disso, fica exposta a diferentes odores e sons. Estes passeios podem ser aproveitados para apresentar o recém-nascido a outros familiares, para que esta se familiarize com os rostos, o que contribui para sua adaptabilidade social. Para além disso, recém-nascidos que saem de casa e experimentam níveis de luz diurna, quando comparados com os que são mantidos dentro de casa o dia todo, conseguem desenvolver mais facilmente ritmo circadiano (Tsai et al., 2012). Pode descrever-se o que se está a ver, promovendo-se a aprendizagem da linguagem.

¹⁹⁸ O sabor e o cheiro do leite materno podem ser influenciados por aquilo que a mãe come, o que já acontecia dentro do útero materno em que a alimentação influenciava o sabor do líquido amniótico.

7) Explicar estratégias de estimulação durante as tarefas domésticas: Aproveitar para conversar explicando o que está a fazer e permitindo que olhe e cheire os alimentos, expor o recém-nascido aos diferentes sons (como o aspirador, varinha mágica, o exaustor), para que esta se habitue às rotinas da casa. Além disso, alguns destes sons podem ter um efeito relaxante no recém-nascido, pois o seu ritmo pode assemelhar-se aos sons que ouvia no útero. Pode-se descrever o que se está a fazer, promovendo-se a aprendizagem da linguagem.

8) Explicar estratégias de estimulação da visão: O recém-nascido tem preferência por: objetos em movimento; imagens bem formadas, como é o caso da face humana; por contrastes de preto e branco; e por objetos de grandes dimensões. Assim, para estimular a visão pode-se mover face/objetos perto da sua face para permitir que acompanhe o seu movimento – o recém-nascido foca-se face/objeto e demonstra interesse (se sossegado, começa a mexer-se; se estava a espernear fica imóvel a olhar; segue o objeto com os olhos enquanto este se movimenta dentro do seu campo de visão).

9) Explicar estratégias de estimulação através do toque (massagem): O contacto físico provoca mudanças na frequência cardíaca e respiratória do recém-nascido, na oxigenação do sangue, na temperatura e aumenta a confiança em quem cuida dele. A massagem, para além de promover o desenvolvimento neurológico adequado, potencia o ganho de peso, crescimento e sono (Juneau, Aita & Héon, 2015; Cooke, 2015; Bennett, Underdown & Barlow, 2013)¹⁹⁹. O colo, e o toque que este proporciona, é uma das formas completas de estimulação, já que aconchegar o recém-nascido ativa uma série de processos psiconeurobiológicos. O colo pode ser a resposta para um recém-nascido que ainda “não percebeu que saiu do útero”, trazendo calor, aconchego e segurança. A quantidade de contacto próximo e reconfortante entre recém-nascidos e quem dele cuida pode afetar o recém-nascido, com efeito detetável a nível molecular detetável quatro anos depois²⁰⁰. Há autores que designam os primeiros três meses pós-nascimentos de o 4.º trimestre exatamente devido a esta necessidade do recém-nascido²⁰¹.

¹⁹⁹ Bennett, Underdown e Barlow (2013) desenvolveram uma revisão com objetivo de avaliar o impacto da massagem infantil nos resultados mentais e físicos para diádes mãe-recém-nascido saudáveis nos primeiros seis meses de vida. Um total de 34 estudos randomizados foram incluídos. Neste estudo foram analisados 14 indicadores de saúde física e 18 de saúde mental ou desenvolvimento. Os resultados mostram benefícios limitados para uma série de aspetos da saúde física (por exemplo, peso, comprimento, circunferência da cabeça/braço/perna, duração do sono nas 24 horas; tempo gasto a chorar ou agitado; bilirrubina no sangue e número de episódios de doença) e saúde/desenvolvimento mental (por exemplo, habilidades motoras finas/grossas, comportamento pessoal e social e desenvolvimento psicomotor). Com os resultados os autores concluíram que não há benefício nas medidas avaliadas com o uso de massagem infantil com grupos de mães/pais e recém-nascidos de baixo risco. Todavia, os autores acrescentam que as evidências disponíveis são de baixa qualidade e muitos estudos não abordam a plausibilidade biológica dos resultados medidos ou os mecanismos pelos quais a mudança pode ser alcançada.

²⁰⁰ Num estudo promovido por University of British Columbia and BC Children’s Hospital Research que envolveu 94 crianças saudáveis, os cientistas encontraram diferenças consistentes de metilação entre crianças com elevado contacto e baixo contacto em cinco locais específicos do DNA. Dois destes locais estão dentro de genes: um desempenha um papel no sistema imunitário e o outro está envolvido no metabolismo. No entanto, ainda não se conhecem os efeitos subsequentes destas alterações epigenéticas no desenvolvimento e saúde da criança. Para a concretização deste estudo, Moore et al. (2017) pediram às mães e pais de recém-nascidos de 5 semanas que mantivessem um diário do comportamento dos seus recém-nascidos (como dormir, agitado, chorar ou alimentar), bem como a duração dos cuidados que envolviam contacto físico. Quando as crianças tinham cerca de 4 anos e meio, o DNA foi recolhido por meio de esfregão na parte interna das bochechas. Os estudos demonstram que ao experimentar a sensação de angústia (*distress*) e receber pouco contacto físico, a criança tende a apresentar um perfil molecular subdesenvolvido para a idade. Este é o primeiro estudo a mostrar que o simples ato de tocar, no início da vida, tem raízes profundas e consequências significativas sobre a expressão genética.

²⁰¹ O conceito do 4.º trimestre (Karp, 2002) visa a compreensão das necessidades e do desenvolvimento do recém-nascido, bem como a criação de um ambiente que promova a segurança, a proximidade e o conforto, como se o bebé ainda estivesse no útero. Essa abordagem enfatiza a importância de atender às necessidades do bebé e de oferecer o apoio físico e emocional necessário durante essa fase inicial de adaptação ao mundo exterior. O 4.º trimestre é caracterizado por algumas características fundamentais, nomeadamente recriar o ambiente conhecido com o que tinha durante o tempo que passou no útero (sensação de segurança e conforto proporcionada pelo ambiente confinado e bater do coração da mãe), através do uso de técnicas como o embrulhar, o embalamento e o transporte ao colo.

7.3. Conhecimento sobre sono do recém-nascido

O sono é uma fase fundamental para o desenvolvimento de um recém-nascido, na medida em que, é nesta fase que ocorre um pico de libertação da hormona de crescimento. O sono tem impacto na saúde do recém-nascido, uma vez que este desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do sistema nervoso central, bem como no desenvolvimento da função imunitária, crescimento, aprendizagem e memória (Ednick et al., 2009). Tendo em consideração todos estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre sono do recém-nascido (Tabela 48).

Tabela 48. Conhecimento sobre sono: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
O sono é vital para a saúde e desenvolvimento do recém-nascido. Quando pensa no sono do recém-nascido, quais são as expectativas em relação ao padrão de sono no primeiro mês? [Dorme muito, dorme pouco? ...]	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • O recém-nascido passa a maior parte do tempo a dormir independentemente de ser dia ou noite, dormindo por curtos períodos, sendo estes regulados pela fome e saciedade.
Os recém-nascidos evidenciam alguns comportamentos quando tem sono. Tem ideia de que comportamentos poderia observar no recém-nascido que indicariam sonolência?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Começa a encerrar os olhos e/ou bocejar, “esfregar” os olhos e pálpebras entreabertas; pode apresentar expressões faciais que geralmente não faz quando está tranquilo e pode procurar aconchego.
Para começar desde o período de recém-nascido existem algumas estratégias que podem ajudar a criar rotinas na hora de dormir, tem ideias de quais podem ser?	(B) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Refere estratégias, como por exemplo colocar o bebé acordado no berço para aprender a adormecer sozinho, como distinguir o dia da noite, etc.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre sono** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 49).

Tabela 49. Conhecimento sobre sono: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre sono	Ensinar sobre sono
Se B disponibilidade para aprender		Ensinar sobre promoção de hábitos para dormir
Se A e B	Conhecimento sobre sono do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

7.3.1. Intervenções que contribuem para a mestria no criar hábitos para dormir desde o período de recém-nascido

Intervenções promotoras da mestria no criar hábitos para dormir desde o período de recém-nascido não apenas beneficiam o sono, mas também contribuem para a harmonia familiar e o bem-estar de todos os envolvidos. Estabelecer uma rotina de sono saudável desde cedo estabelece as bases para um sono tranquilo e reparador. A noção de que dormir e a capacidade de se autoconsolar são habilidades prontamente disponíveis desde o nascimento pode colocar muita pressão sobre as mães e os pais, por superestimarem o quanto seu recém-nascido é capaz e desencadear alguma frustração e culpa, quando o sono não ocorre conforme o esperado. Por isso importa abordar estas questões com as mães e os pais, ajudando-os a criar expectativas realistas sobre o sono e os efeitos de criar hábitos para dormir desde o nascimento.

7.3.1.1. Ensinar sobre sono

Para promover o sono de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou o pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Identificar o padrão de sono.
- Reconhecer sinais de sono/cansaço.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar benefícios do sono de um recém-nascido: Os cérebros dos recém-nascidos são frequentemente mais ativos no sono do que quando acordados. O crescimento das conexões neurais entre áreas do cérebro é intenso e rápido no primeiro ano. Durante o sono, o cérebro do recém-nascido, liberta hormonas de crescimento, cresce e repara tecidos e consolida a aprendizagem. O sono é necessário para facilitar a capacidade do cérebro de aprender e se adaptar (Kurth et al., 2015; Tononi & Cirelli, 2006). Por isso o tempo que o recém-nascido passa a dormir é essencial para o seu desenvolvimento.

2) Explicar sinais de sono/cansaço: Para além do choro característico do sono/cansaço, o recém-nascido apresenta uma linguagem corporal muito característica, tal como bocejar, “esfregar” os olhos e pálpebras entreabertas; podem ainda apresentar expressões faciais que geralmente não faz quando está tranquilo e procurar aconchego. Estes sinais são os mais comuns, mas cada recém-nascido é único e expressará que tem sono ao seu próprio jeito.

3) Explicar padrão de sono de um recém-nascido: Os recém-nascidos necessitam de até 18 horas de sono durante cada período de 24 horas (Galland et al., 2012). A maioria dos recém-nascidos dorme em média de 16 a 17 horas nas primeiras quatro semanas; à quinta semana a média passa para 14 horas (Iglowstein et al., 2002). O recém-nascido tem ciclos de sono de 40-50 minutos com despertares no final de cada ciclo, 4 a 6 vezes por noite. Ao longo do dia e da noite, o recém-nascido dorme e acorda, alternando curtos períodos de vigília com períodos de sono de 3/4 horas. O recém-nascido apresenta apenas dois estados de sono: ativo e tranquilo. O sono ativo é o sono REM, e nessa fase o recém-nascido desperta mais facilmente – apresenta movimentos rápidos dos olhos a respiração é rápida e irregular e pode ter movimentos corporais ocasionais e vocalizações (grunhidos ou breves gritos). O sono tranquilo é caracterizado por ondas cerebrais lentas, respiração rítmica, poucos movimentos e sem movimentos rápidos dos olhos, sendo mais difícil acordá-lo. Por isso, nos primeiros 20-30 minutos de sono, o recém-nascido é facilmente despertado se mudar a posição ou local em que está a dormir. Após 40-50 minutos pode ter

um despertar leve podendo voltar logo a dormir ou despertar completamente será necessário começar novamente todo o processo de colocá-lo para dormir. No primeiro mês, não possui ritmo circadiano²⁰².

7.3.1.2. Ensinar sobre promoção de hábitos para dormir

Mesmo nos primeiros dias, o sono é uma parte crucial do desenvolvimento do recém-nascido, impactando diretamente no seu crescimento, saúde e bem-estar geral. Ensinar sobre a promoção de hábitos para dormir nessa fase inicial não apenas estabelece as bases para uma rotina saudável, mas também oferece ferramentas essenciais para nutrir um ambiente propício ao descanso do recém-nascido. Compreender as melhores práticas para instaurar padrões de sono adequados desde os primeiros dias de vida é um ato de cuidado que pode influenciar positivamente não apenas o recém-nascido, mas também a dinâmica familiar como um todo. Para promover o sono de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Criar hábitos para dormir.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar os benefícios de criar rotinas na hora de dormir: O adormecer é um ritual que se aprende, e ao criar hábitos para dormir contribui para essa mesma aprendizagem – saber o que vai acontecer durante o dia e a repetição destes acontecimentos cria um ambiente saudável, fazendo com que o recém-nascido se sinta confortável e seguro. As rotinas, permitem que o recém-nascido comece a associar determinados comportamentos à “hora de dormir”. Estas rotinas permitem a indução de um estado calmo e propício ao adormecer e sono adequados (Galland et al., 2012; Middlemiss et al., 2017; Dubief, 2017). Ao criarem uma rotina, o mais relevante será manter a ordem das atividades efetuadas e no mesmo horário.

2) Explicar estratégias para criar rotinas para dormir: As estratégias a adotar desde os primeiros dias incluem:

- Várias atividades: Como o banho, se for relaxante para o recém-nascido; o vestir o pijama que o recém-nascido irá começar a associar à hora de dormir; o trocar a fralda, que o recém-nascido associará ao momento que precede o sono, para além de que, ao ter a zona coberta pela fralda limpa e seca, o recém-nascido ficará mais confortável; e o alimentar o recém-nascido antes de ele dormir, o que fará com que consiga dormir por mais tempo, para além de o relaxar favorecendo a indução do sono.
- Colocar o recém-nascido no berço ainda acordado, dando-lhe oportunidade de aprender a adormecer sozinho (Ferber, 2006). Isto permite que o recém-nascido, caso acorde durante a noite, consiga mais facilmente adormecer novamente sozinho, sem que seja necessária a intervenção de alguém. Poderiam, por exemplo, embalar no colo até adormecer, mas se isso se tornar uma rotina, acabará por desejá-la sempre que vai dormir ou despertar durante a noite (Anuntasere et

²⁰² Nos primeiros 2 meses de vida, o recém-nascido não faz distinção entre o dia e a noite como acontece num recém-nascido aos 6 meses (Galland et al., 2012). A influência do dia e da noite condiciona o ritmo biológico e a produção das hormonas responsáveis pelo acordar e o adormecer, a melatonina e o cortisol. A melatonina é a hormona responsável por fazer ter sono, enquanto o cortisol é o responsável por fazer despertar. No adulto, há um ciclo de diminuição da produção de cortisol e aumento da produção de melatonina ao fim do dia, induzindo o sono e, no início do dia, ocorre o inverso – aumenta a produção de cortisol e diminui a produção de melatonina, induzindo o despertar. A produção de melatonina no recém-nascido ainda não está bem estabelecida e, por isso, não ocorre este ciclo responsável pela distinção entre o dia e a noite. É pelo 2.º/3.º mês que esta produção começa a estabelecer-se, promovendo a diminuição de períodos de sono diurno e aumento do sono noturno (Rikvees, 2003). A partir dos 3/4 meses, o bebé já dorme cerca de 5 horas contínuas durante a noite. Aos 6 meses os bebés já são capazes de dormir durante dois longos períodos noturnos e a partir do primeiro ano de vida o padrão de sono é similar ao do adulto, adormecendo mais tarde, mas dormindo durante um longo período noturno e fazendo apenas duas sestas diurnas. Um fator que pode influenciar os níveis de melatonina no recém-nascido é a amamentação durante a noite, isto porque através do leite materno é possível transferir melatonina da mãe para o recém-nascido, que o ajudará a dormir durante períodos mais longos durante a noite (Cúbero et al., 2005).

al., 2007). Com o passar do tempo, isso será desafiante. Importa criar um padrão para voltar a adormecer – os recém-nascidos que adormecem no mesmo lugar em que acordam têm mais facilidade de voltar a adormecer. As mães e os pais podem escolher uma abordagem que faça sentido para eles e fazê-lo de forma consistente, permitindo pelo menos 4 ou 5 dias para ver qualquer mudança. Os bebês frequentemente resistem às mudanças na rotina e, portanto, os primeiros dias podem ser desafiadores. Frequentemente ao 3.º dia, já poderão ser observadas melhorias.

- Distinguir o dia da noite: manter o ambiente com claridade, durante o dia, mesmo enquanto o recém-nascido estiver a dormir (mesmo que se diminua ligeiramente a claridade), e realizando as atividades normais do dia a dia, tais como aspirar, ver televisão e conversar (Thomas et al., 2016). Estes comportamentos não irão incomodar o sono do recém-nascido e acabarão por habituá-lo à noção de que o dia é diferente da noite. Por seu turno, para o ajudarem a perceber que é de noite, o ambiente poderá estar mais escurecido e se tiverem de alimentar ou trocar a fralda ao bebês, durante este período, é recomendado que o façam em silêncio ou sussurrando, mantendo sempre pouca luminosidade – e com luz de tonalidade avermelhada e com temperatura em torno de 18-21°C.
- Sons e limitação de movimentos corporais: não é necessário eliminar todos os sons de fundo para ajudar no sono; em vez disso, certos tipos de som rítmico abafado podem influenciar o sono, estimulando o cérebro a adotar ou manter as ondas cerebrais rítmicas mais lentas associadas ao sono (Hugh et al., 2014). Para alguns recém-nascidos, dormir “embrulhados” (*swaddling*) restringe os movimentos e, como resultado, é menos provável que acordem totalmente devido aos movimentos dos membros nos despertares passando mais tempo a dormir (Franco et al., 2005). Se esta for a opção importa não embrulhar muito apertado – para permitir os movimentos respiratórios – e manter decúbito dorsal (Pease et al., 2016; Newberry, 2019). Apesar de o *swaddling* nesta fase favorecer a continuidade do sono, pelos 3-4 meses o mesmo deverá ser desaconselhado, pela aquisição da capacidade motora de rolar, o que condiciona a segurança do bebé durante o sono.

8. COMPETÊNCIA PARENTAL: PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

A competência parental para cuidar adequadamente do recém-nascido, oferecendo um ambiente seguro, saudável e estimulante para o seu desenvolvimento, através de melhorar e manter a saúde do recém-nascido e identificar possíveis problemas numa fase inicial. A promoção e a vigilância da saúde de um recém-nascido constituem desafios para uma mãe e para um pai, quando o propósito é garantir o seu pleno potencial de desenvolvimento (WHO, 2015; Smith, Portela & Marston, 2017).

8.1. Conhecimento sobre promoção e a vigilância da saúde do recém-nascido

A promoção da saúde inclui as ações proativas para assegurar que o recém-nascido receba os cuidados necessários para um crescimento saudável. A vigilância refere-se à observação contínua e cuidadosa do estado de saúde do recém-nascido. O conhecimento sobre os aspetos relativos à sua saúde e desen-

volvimento, o que é normal ou não e como interpretar esses achados é essencial para que as mães e os pais consigam compreender e interpretar adequadamente as necessidades de vigilância de saúde e como a promover, de modo a garantir o potencial máximo de saúde e desenvolvimento do recém-nascido.

Assim, para perceber o nível de preparação da mãe e do pai para promoverem e vigiarem a saúde do recém-nascido, importa considerar as questões e os critérios de diagnóstico na avaliação do conhecimento sobre promoção da saúde e vigilância do recém-nascido (Tabela 50).

Tabela 50. Conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
O recém-nascido logo após o nascimento ainda é frágil e os órgãos ainda são imaturos para lidar com as circunstâncias da vida extrauterina, como por exemplo ao nível do controlo da temperatura. Tem ideia de como o recém-nascido consegue manter-se quente e como perceber se tem frio ou calor?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Para produzir calor o recém-nascido usa os alimentos que ingere. • Para perceber se o e recém-nascido tem frio fica mais pálido e a pele fica mais fria ao toque (não considerar as mãos) e se tem calor fica rosto rosado e se tocar abdómen, peito e/ou costas estas encontram-se húmidas e quentes.
O teste do pezinho é realizado nos primeiros dias de vida. Tem ideia quando e como é ser feito?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • É a colheita de sangue do calcanhar do recém-nascido e que deve ser realizado entre o 3.º e o 6.º dia pós-nascimento, habitualmente realizado no centro de saúde.
Um recém-nascido poderá apresentar características próprias, por exemplo na cabeça, na pele... tem ideia do que poderá ser normal na aparência de um recém-nascido? E em relação ao peso de um recém-nascido, o que é esperado que aconteça?	(A) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Exemplos de elementos considerados normais num recém-nascido (por exemplo, cabeça assimétrica, presença de vernix, coloração da pele, perda fisiológica de peso, etc.).
A vacinação é uma estratégia de proteção precoce contra várias doenças. Tem ideia de qual a primeira vacina que é administrada a um recém-nascido e onde pode consultar o esquema de vacinação?	(B) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • A primeira vacina é contra a hepatite B, e que poderá consultar o esquema de vacinação no Boletim de Vacinas.
Para além dos achados normais, poderão existir alguns sinais que poderão indicar algum problema de saúde? Tem ideia quais poderão ser esses sinais?	(C) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Alteração no padrão, cor e consistência das fezes em relação ao esperado/habitual. • Alteração no padrão e cor da urina. • Febre e/ou vômitos.
Num recém-nascido poderão aparecer algumas situações que nós designamos de “problemas comuns”, como obstrução nasal, febre, diarreia ou obstipação... se o recém-nascido tivesse alguma dessas situações como faria?	(D) Refere: <ul style="list-style-type: none"> • Exemplos de medidas para lidar com alguma das situações.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 51).

Tabela 51. Conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido	Ensinar sobre promoção da saúde e vigilância
Se não refere B e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre vacinação
Se não refere C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre sinais de alerta
Se não refere D e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre como lidar com os problemas comuns no recém-nascido
Se refere A e B e C e D	Conhecimento sobre conhecimento sobre promoção e vigilância da saúde do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

8.1.1. Intervenções que contribuem para a mestria nos comportamentos promotores da saúde do recém-nascido

Logo após o nascimento, o recém-nascido apresenta um período vulnerável de adaptação ao ambiente externo, que pode impactar no seu bem-estar. Ao longo do primeiro mês, capacitar as mães e os pais a adotarem práticas parentais saudáveis e seguras, promotoras da saúde do recém-nascido e serem capazes de reconhecer quando existem alterações que exijam cuidados diferenciados.

8.1.1.1. Ensinar sobre promoção da saúde e vigilância

Para promover e vigiar a saúde de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou o pai, de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Adotar medidas de manutenção da temperatura corporal.
- Assegurar a realização do rastreio neonatal.
- Seguir esquema de consultas de vigilância infantil.
- Reconhecer os achados normais no recém-nascido.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a termorregulação do recém-nascido: O centro termorregulador, ou seja, o que regula a temperatura corporal do recém-nascido encontra-se pouco desenvolvido ao nascimento, pelo que o recém-nascido tem dificuldade em regular a sua temperatura, tendo maior risco de perda de calor nas primeiras semanas de vida. O recém-nascido gasta a gordura castanha e oxigénio para produzir calor, produzindo desta forma o aumento da temperatura corporal. Por isso, se o recém-nascido for exposto ao

frio em vez de “engordar”, vai gastar as energias a produzir calor, podendo eventualmente não aumentar de peso, não por ter uma alimentação insuficiente, mas por despende energia do leite ingerido para manter-se aquecido. A promoção do contacto pele com pele tem efeito positivo pois promove a estabilidade da temperatura corporal pelo contacto direto com a pele da mãe²⁰³. Nesta fase, pode também pôr-se um gorro na cabeça do recém-nascido e vestir roupa por camadas para diminuir a perda de calor.

2) Explicar os sinais de frio e calor: Se o recém-nascido tem calor demonstra como sinais de irritação, o rosto e orelhas rosadas e se tocar abdómen, peito e/ou costas estas encontram-se húmidas e quentes. Quando apresenta frio, o recém-nascido pode encontrar-se mais apático e pálido, procurando aconchego. Contrastando com o calor, se se tocar na nuca, abdómen, peito e/ou costas estas apresentam-se frias ao toque. Não é recomendado verificar a temperatura corporal pela temperatura das extremidades (mãos ou pés), pois estas vão apresentar-se, habitualmente, mais frias do que o resto do corpo.

3) Explicar o “teste do pezinho” (rastreo neonatal): É uma prova de rastreio neonatal que visa detetar precocemente determinadas doenças metabólicas congénitas²⁰⁴ que podem causar deficiência mental, problemas de saúde graves ou até a morte, se não forem tratadas atempadamente. O teste é realizado através da colheita de gotas de sangue do calcanhar do recém-nascido, idealmente entre o 3.º e o 6.º dia de vida. Antes do 3.º dia os valores dos marcadores existentes do sangue do bebé podem não ter valor diagnóstico. Após o 6.º dia alguns marcadores perdem sensibilidade, e há o risco de atrasar o início do tratamento. A colheita de sangue faz-se com uma picada no calcanhar²⁰⁵, colhendo sangue para o papel de filtro da ficha que, depois de seco, é enviado, para laboratório. A análise é suportada pelo SNS. A realização do teste não é obrigatória.

4) Explicar esquema das consultas de vigilância infantil: O esquema de consultas de vigilância infantil poderá ser variável, dependendo das necessidades da criança. A primeira consulta está, por norma, recomendada preferencialmente até ao 10.º dia. A amamentação pode ser desafiante para algumas mães nas primeiras semanas e desencadear insegurança em relação à ingestão nutricional; se isso acontecer, poderá recorrer à(o) EEESMO num serviço habitualmente designado de “Cantinho de amamentação”. De todo o modo, de acordo com as consultas programadas de Saúde Infantil e Juvenil, em função do calendário de vigilância preconizado pelas circulares normativas da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde, está previsto pelo menos duas consultas para o recém-nascido no primeiro mês: até às 3 semanas de idade e ao 1 mês.

²⁰³ Numa revisão para a Cochrane, foi verificado que o contacto pele com pele ajuda a estabilizar os níveis de glicose, diminui choro e promove a estabilização cardiopulmonar em recém-nascidos com idade gestacional entre as 34-37 semanas (Moore et al., 2012). Numa outra revisão Cochrane, publicada em 2016, cujo objetivo foi avaliar os efeitos do contacto pele com pele, imediato ou precoce, em recém-nascidos saudáveis, os autores verificaram que os recém-nascidos revelaram maior estabilidade do sistema cardiopulmonar; apresentavam níveis de glicemia mais elevados; já a nível da temperatura corporal não foi observada diferença significativa (Moore et al., 2016).

²⁰⁴ As doenças atualmente rastreadas são: hipotiroidismo congénito; fibrose quística; doenças hereditárias do metabolismo (Aminoacidopatias (Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninémias | Tirosinemia Tipo I | Tirosinemia Tipo II | Leucínose (MSUD) | Citrulinemia Tipo I | Acidúria Arginino-Succínica | Hiperargininemia | Homocistinúria Clássica | Hipermetioninemia (Déf. MAT)); Acidúrias Orgânicas (Acidúria Propiónica (PA) | Acidúria Metilmalónica (MMA, Mut-) | Acidúria Isovalérica (IVA) | Acidúria 3-Hidroxi-3-Metilglutárica (3-HMG) | Acidúria Glutárica Tipo I (GA I) | 3-Metilcrotonilgluticúria (Déf. 3-MCC) | Acidúria Malónica); Doenças Hereditárias da β-oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos (Def. da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Média (MCADD) | Def. da Desidrogenase dos Ácidos Gordos de Cadeia Muito Longa (VLCADD) | Def. da Desidrogenase de 3-Hidroxi-Acetil-CoA de Cadeia Longa (LCHADD)/TFP | Def. em Carnitina-Palmitoil Transferase I (CPT I) | Def. em Carnitina-Palmitoil Transferase II (CPT II)/CACT | Def. Múltipla das Acil-CoA Desidrogenases dos Ácidos Gordos (Acidúria Glutárica Tipo II) | Def. Primária em Carnitina (CUD)).

²⁰⁵ A punção, que é, geralmente, realizada na zona lateral do calcanhar do recém-nascido; o local deve estar limpo e seco (desinfetar e deixar secar completamente); as primeiras gotas de sangue descartadas; não pressionar o calcanhar de forma excessiva, pois isso pode causar a hemólise das células ou diluir o sangue com líquido intersticial; deixar a amostra secar completamente em ambiente natural, sem exposição direta ao sol ou fontes de calor, e longe de superfícies contaminadas.

5) Explicar achados normais na pele: ao nascimento, as estruturas cutâneas do recém-nascido ainda não atingiram a maturidade, podendo ser facilmente lesadas. Contudo, importa realçar que a maioria das alterações cutâneas que ocorrem pós-parto são fisiológicas e transitórias, não sendo necessário qualquer tipo de terapêutica:

- a) O *vérnix caseoso*: é uma substância gordurosa esbranquiçada, podendo ter uma espessura fina ou densa, atua como lubrificante, protege contra os efeitos do líquido amniótico e exerce um papel antibacteriano. Não é aconselhável a sua remoção, pois confere proteção cutânea contra a colonização bacteriana e facilita a regulação da temperatura. Normalmente, o *vérnix caseoso* desaparece entre as primeiras 12-24 horas.
- b) O *lanugo*: é um revestimento que pode estar presente nas costas, ombros, lóbulos da orelha e testa. Desaparece nas primeiras semanas sendo substituído por pelo corporal definitivo.
- c) O *eritema tóxico*: é uma erupção cutânea transitória, também denominada de *eritema neonatal* ou *eritema do recém-nascido* e ocorre a partir do 1.º ao 4.º dia de vida. É possível observar erupções cutâneas brancas ou amarelo-claras e as áreas habitualmente mais afetadas são a face, o tronco, os braços e as nádegas, sendo raro o envolvimento das regiões palmar e plantar. Este achado na pele não requer tratamento, regredindo espontaneamente.
- d) A *milium*: são pontos brancos do tamanho da cabeça de um alfinete, com cerca de um a dois milímetros, que resultam de substâncias retidas nas glândulas sebáceas. Podem ser observadas no nariz e no queixo do recém-nascido nos primeiros 6 meses, sendo que desaparece espontaneamente. Estes pontos não devem ser espremidos, nem rebentados.
- e) As *manchas mongólicas*: caracterizam-se como áreas de pigmentação azulada, irregulares, que podem aparecer em qualquer região do corpo, desde as costas ou nádegas, podendo também aparecer na genitália e na base das unhas, sendo mais frequente na região sacrococcígea. Costumam desaparecer gradualmente, num período que varia entre alguns meses e alguns anos, havendo a possibilidade de permanecer até à adolescência. Por vezes, pode ser confundida com uma equimose.

6) Explicar o estrabismo fisiológico: A imaturidade ocular dá uma perceção de que o recém-nascido tem estrabismo. Durante os primeiros meses, o recém-nascido tem dificuldade em focar os objetos, apresentando movimentos descoordenados das pupilas, até porque a sua capacidade de fixação monocular (capacidade de fixar um campo visual com apenas um olho) só estará bem desenvolvida aos 2 meses e a binocular (capacidade de fixar um campo visual com ambos os olhos simultaneamente) só estará bem desenvolvida entre os 3 e 7 meses. Assim, é normal, que durante os primeiros meses, ao tentar focar os objetos, os olhos do recém-nascido apresentem movimentos descoordenados para dentro ou para fora durante somente alguns momentos. Para além disto, a sensação de que os olhos parecem mal alinhados, é provocada pelo próprio formato do rosto dos recém-nascidos. As pregas (epicantais) do canto interno do olho são formadas por dobras excessivas de pele que se estendem do alto do nariz até à terminação interna da sobrancelha, sendo assim capazes de sobrepor parcial ou completamente o canto interno do olho, resultando nesta falsa impressão de falta de alinhamento (pseudoestrabismo).

7) Explicar o formato da cabeça do recém-nascido: Os ossos que formam o crânio não estão totalmente desenvolvidos, existindo ainda cartilagem, o que permite a moldagem da cabeça ao canal de parto; ao nascimento, existem espaços entre os ossos ocupados por uma membrana não ossificada designada de fontanela. A assimetria da cabeça é uma condição normal do recém-nascido e que regride espontaneamente em pouco tempo pós-nascimento.

8) Explicar a causa da coloração icterícia da pele: O excesso de glóbulos vermelhos presente ao nascimento irá normalizar nos primeiros dias pela sua destruição, até atingir os valores normais para as necessidades de um recém-nascido. Um dos produtos resultante deste processo é a bilirrubina que, que será processada no fígado e eliminada através das fezes. A bilirrubina é uma proteína pigmentada formada a partir da degradação dos glóbulos vermelhos que, quando concentrada, apresenta uma cor amarelada/acastanhada. A bilirrubina produzida é insolúvel em água, sendo assim designada por “bilirrubina não conjugada” ou “bilirrubina indireta”. Para ser eliminada, esta bilirrubina é transportada no sangue ligada a uma proteína chamada albumina até ao fígado. No fígado, a bilirrubina é processada (conjugada) para se tornar solúvel em água. Esta forma solúvel é chamada “bilirrubina conjugada” ou “bilirrubina direta”. A bilirrubina conjugada é então excretada na bile, que passa para o intestino. No intestino, a bilirrubina é transformada por bactérias em urobilinogénio, que é em parte reabsorvido para a circulação e em parte excretado nas fezes, dando-lhes a sua cor característica. A icterícia ocorre quando há um desequilíbrio entre a produção e a eliminação de bilirrubina. Este desequilíbrio pode ser devido a uma produção excessiva de bilirrubina, uma diminuição da capacidade do fígado em processá-la, ou uma obstrução que impede a bilirrubina conjugada de ser excretada. Quando a bilirrubina se acumula no sangue, ela pode depositar-se na pele, mucosas e olhos, dando-lhes um tom amarelado. A tonalidade amarela da pele pode surgir a partir das 24 horas de vida extrauterina, raramente persistindo na segunda semana de vida. A sua resolução é espontânea na maior parte dos recém-nascidos. Fatores que concorrem para a icterícia são: 1) produção aumentada: recém-nascidos com uma quantidade maior de glóbulos vermelhos, e estes têm uma vida mais curta, levando a uma produção elevada de bilirrubina; 2) fígado imaturo: o fígado do recém-nascido pode ainda não estar completamente desenvolvido para processar eficientemente a bilirrubina; e 3) reabsorção no intestino: a bilirrubina pode ser reabsorvida para a circulação a partir do intestino mais facilmente em recém-nascidos, especialmente se não está a alimentar-se regularmente e a eliminar as fezes com frequência. Quando os níveis de bilirrubina são superiores aos esperados, o recém-nascido poderá ter necessidade de ser submetido a fototerapia.

9) Explicar a causa de regurgitação como um achado normal: Corresponde à exteriorização do conteúdo gástrico devido à imaturidade do esfíncter esofágico; habitualmente é em pequena quantidade e acontece com maior frequência após a refeição.

10) Explicar características da eliminação intestinal: A primeira dejeção, chamada mecónio, ocorre dentro das primeiras 48 horas após o nascimento e é constituída por substâncias do líquido amniótico, e células originárias da mucosa intestinal. Apresenta uma cor verde-escura e consistência viscosa; A partir do 2-3.º dia, aparecem as fezes de transição, de cor verde-acastanhada a amarelo-acastanhada. A coloração depende do tempo de permanência no intestino (se estiverem mais tempo no intestino, por efeito da substância biliverdina, tendem a ser mais acastanhadas); são mais líquidas do que o mecónio e contém restos alimentares. Pela rápida digestão do leite materno, os recém-nascidos tendem a defecar, pelo menos, 5 vezes por dia (alguns durante ou logo após a refeição), sendo as fezes de coloração amarela, verde ou castanha, de consistência pastosa e lisa, com forte odor. É esperada uma alteração no aspeto da eliminação consoante o tipo de leite ingerido – materno ou adaptado. Quando alimentado com fórmula infantil, as fezes são, geralmente, amarelas ou castanhas, com uma textura semelhante a um pudim (mais consistente) e com um cheiro mais intenso. A digestão deste leite é mais lenta do que quando ingere leite materno, as dejeções são de 3 ou 4 por dia. O número de dejeções varia ao longo do tempo: em média, na primeira semana são esperadas 3 dejeções por dia, verificando-se um aumento do número na segunda semana, passando para 3 a 5 por dia; ao longo dos meses, o número de dejeções vai diminuindo, sendo que ao quinto mês já só tem 1 a 3 dejeções por dia, e no segundo ano acaba por estabilizar com apenas uma dejeção por dia.

11) Explicar características da eliminação urinária: A bexiga de um recém-nascido tem a capacidade de cerca de 40 ml (3 colheres de sopa, aproximadamente), portanto é compreensível que este tenha necessidade de a esvaziar várias vezes ao dia. O número de micções vai aumentando gradualmente, sendo que a partir do quarto dia é esperado que tenha entre 6 e 8 micções por dia. A bexiga é pouco desenvolvida e os rins ainda são imaturos, pelo que, nos primeiros dias podem surgir umas manchas alaranjadas na fralda resultantes da presença de cristais de urato na urina, sendo considerado um achado normal. É esperado que a urina estabilize numa coloração amarela, pálida e límpida. Nas meninas é possível surgir umas manchas avermelhadas na fralda com características mucoides e vestígios de sangue; este achado resulta de níveis aumentados de estrogénio durante a gravidez, que passaram através do cordão umbilical e que diminuem drasticamente, após o nascimento, causando uma “pseudo-menstruação”; esta situação poderá acontecer 1 ou 2 vezes e é considerado um achado normal.

8.1.1.2. Ensinar sobre vacinação

A vacinação no recém-nascido não é apenas uma medida preventiva para ele próprio, mas também um pilar essencial na promoção da saúde pública. Vacinar os recém-nascidos, não corresponde somente a protegê-los de doenças potencialmente graves, mas também a contribuir para comunidades mais saudáveis e resilientes. Neste sentido, importa sensibilizar a mãe e o pai para a relação entre a vacinação e a saúde do recém-nascido e fornecer informação de modo que sejam capazes de:

- Promover a saúde do recém-nascido através da vacinação.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar benefícios das vacinas: As vacinas desempenham um papel crucial na proteção contra uma série de doenças potencialmente graves ou até fatais:

- Prevenção de doenças: as vacinas são preparações de antigénios (partículas estranhas ao organismo) que, quando administradas num determinado indivíduo, provocam uma resposta imunitária protetora específica de um ou mais agentes infecciosos. Os antigénios podem ser vírus ou bactérias, mortos ou atenuados, ou apenas fragmentos desses microrganismos. Basicamente, ao serem vacinados, o organismo vai reconhecer aqueles vírus ou bactérias e criar anticorpos específicos que os protegerão, no futuro, caso tenham contacto com esses microrganismos ativos. Doenças como a tosse convulsa, o tétano neonatal ou certas formas de meningite podem ser prevenidas através da vacinação.
- Imunidade precoce: o sistema imunitário dos recém-nascidos ainda está em desenvolvimento, tornando-os particularmente vulneráveis a infeções. As vacinas proporcionam uma imunidade “emprestada” que pode protegê-los durante este período crítico de crescimento.
- Redução dos custos de saúde: a prevenção de doenças através da vacinação reduz os custos associados ao tratamento e hospitalização. A longo prazo, isso significa uma economia substancial para os sistemas de saúde e para as famílias.
- Qualidade de vida: prevenir doenças infecciosas desde cedo pode evitar complicações a longo prazo e garantir que o recém-nascido tenha um desenvolvimento saudável, sem as sequelas que algumas destas doenças podem deixar.

2) Explicar esquema de vacinação: A primeira vacina é administrada nos primeiros dias após o nascimento (1.ª dose da vacina contra a hepatite B).

8.1.1.3. Ensinar sobre sinais de alerta

O período neonatal é uma fase crítica na vida de um recém-nascido, caracterizada por intensas mudanças fisiológicas e adaptações ao ambiente extrauterino. Durante este período, o recém-nascido é particularmente vulnerável a uma série de complicações. Por isso, é essencial estar atento a certos sinais e sintomas que podem indicar problemas de saúde. Para vigiar a saúde de um recém-nascido importa que a mãe e/ou o pai compreendam o que é normal e não normal. Assim, a informação fornecida deverá melhorar o conhecimento para que sejam capazes de:

- Identificar os sinais de alerta.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar sinais de vômito: O vômito é uma expulsão repentina e em jato do conteúdo gástrico, na maior parte das vezes é acompanhada de queixas abdominais. A persistência de vômitos por período superior a 6 horas requer observação por profissional de saúde.

2) Explicar sinais de alteração nas fezes: Se apresentarem coloração branca ou vermelha com vestígios de sangue; se mudarem subitamente de consistência ou de frequência e acompanhadas de febre e/ou vômito.

3) Explicar sinais de obstipação: A obstipação é caracterizada por uma diminuição no padrão de eliminação e fezes duras (resultado da reabsorção de água pelo intestino, com fezes mais secas e duras e com mais dificuldade em ser expulsas), habitualmente acompanhada de dor e/ou distensão abdominal.

4) Explicar sinais de diarreia: A diarreia caracteriza-se por fezes líquidas, em quantidade superior ao padrão habitual, com aumento do número de dejeções.

5) Explicar sinais de desidratação: Os sinais incluem apatia, irritabilidade, lábios e/ou boca secos, eliminação intestinal e vesical diminuídas e, quando presente, urina escura e de odor muito forte; nos casos mais graves, com sonolência excessiva, extremidades frias e afundamento da fontanela.

6) Explicar sinais de alerta relativos à eliminação urinária: Urina com cor amarelo-escuro e cheiro intenso, ou a ausência de qualquer eliminação vesical superior a 18 horas.

7) Explicar sinais de alerta relativos à temperatura corporal: Se a temperatura axilar se encontrar 1°C acima da temperatura média individual basal ou acima dos 37,6°C, podemos considerar que o recém-nascido tem febre. A temperatura varia de acordo com o local da medição, sendo que a temperatura corporal pode situar-se entre os 36,5°C e os 37,2°C.

8) Explicar critérios de escolha de termómetro: para avaliar a temperatura existem diferentes tipos de termómetros, sendo eles: digital, chupeta, auricular, temporal e cutâneo de fita. De uma forma geral, o termómetro deve ser fácil, seguro e confortável de usar e a sua medição não deve ser influenciada pela temperatura ambiente.

- Termómetro digital – é de fácil leitura da temperatura no visor digital. Estes podem ser usados para avaliar a temperatura axilar e oral, com modelos diferentes para cada via. Por exemplo, termómetros digitais em forma de chupeta. Este é um termómetro de fácil uso que permite fazer uma avaliação durante o sono, mas se estiver acordado é necessária a cooperação do recém-nascido para manter a chupeta sobre a língua.

- Termômetro auricular – para se ter uma leitura precisa é necessário apontar para a membrana timpânica do recém-nascido o que se torna difícil devido à curvatura do canal auditivo sendo necessário puxar levemente o lóbulo da orelha para baixo e para trás. Para além disto, este exige que se compre regularmente cápsulas protetoras de plástico que tornam o uso do termômetro mais dispendioso.
- Termômetro cutâneo – é constituído por uma fita, a qual se coloca diretamente em contacto com a pele do recém-nascido, e faz-se a leitura através da cor representada na fita. Sendo que cada cor representa um valor de temperatura. Esses termómetros são convenientes, especialmente para recém-nascidos, pois podem ser fixados suavemente na pele para monitorizar a temperatura continuamente.
- Termômetro infravermelho, que tanto pode medir a temperatura no ouvido (inserir a ponta do termómetro no canal auditivo), como na testa (geralmente entre 1 e 5 cm). Os termómetros de infravermelhos têm-se tornado populares devido à sua rapidez, precisão e natureza não invasiva.

9) Explicar sinais de alerta relativos à perda de peso: É esperado uma perda de peso no recém-nascido resultado da eliminação de urina e mecónio, a perda de líquidos extracelulares, etc. A percentagem é variável, mas é esperado que não ultrapasse os 12% do seu peso à nascença. É esperado que pelo menos aos 21 dias de idade tenha o peso que tinha ao nascer (Paul et al., 2016). Para análise da situação é necessário considerar, pelo menos, as variáveis: peso ao nascer, dia pós-nascimento, tipo de parto, peso atual e tipo e padrão de alimentação.

10) Explicar sinais de onfalite: A infeção do coto umbilical é incomum; caracteriza-se pela presença de mau odor (cheiro fétido), secreções esverdeadas e rubor no local de inserção (López-Medina et al., 2019; Stewart & Benitz, 2016)²⁰⁶.

11) Explicar quando procurar profissional de saúde: Aquando da identificação de situações que evidenciem problemas de saúde do recém-nascido importa procurar o profissional de saúde que poderá contribuir para uma avaliação mais precisa da situação (exemplo, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica).

8.1.1.4. Ensinar sobre como lidar com os problemas comuns no recém-nascido

O período neonatal, que abrange as primeiras quatro semanas de vida, é uma fase crítica no ciclo de vida de um ser humano. Durante este curto espaço de tempo, o recém-nascido enfrenta uma série de adaptações fisiológicas e metabólicas. A fragilidade resulta, não apenas da sua pequena constituição física, mas também da sua imunidade ainda em desenvolvimento. Para promover a saúde de um recém-nascido importa fornecer informação à mãe e/ou ao pai sobre como lidar com problemas comuns de um recém-nascido, de forma que integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Atuar caso o recém-nascido apresente eritema pela fralda.
- Atuar caso o recém-nascido apresente febre.

²⁰⁶ A onfalite é uma das causas de infeção mais prevalentes no período neonatal. Os fatores de risco para onfalite incluíram parto domiciliar, corioamnionite materna, rotura prolongada de membranas, baixo peso ao nascer e cateterização dos vasos umbilicais (Stewart & Benitz, 2016). Bactérias aeróbias estão presentes em aproximadamente 85% das infeções, predominando *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* do grupo A, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis*.

- Atuar caso o recém-nascido apresente obstrução nasal.
- Adotar medidas de prevenção à regurgitação.
- Atuar caso o recém-nascido apresente obstipação.
- Atuar caso o recém-nascido apresente diarreia.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar atuação face a eritema pela fralda: Manter a área afetada limpa e seca; realizar trocas frequentes de fralda, utilizando produtos suaves de limpeza (água morna/toalhetes à base de água); aplicar pomadas ou cremes de barreira, contendo óxido de zinco e vitaminas antioxidantes (Stamatas et al., 2017; Atherton & Mills, 2018; Koning et al., 2019)²⁰⁷.

2) Explicar atuação se febre: Começar por despir o bebê, para ver se se verifica a diminuição da temperatura; se associada a dificuldade respiratória, irritação, recusa alimentar, vômitos ou à pele quente é recomendado recorrer a uma avaliação profissional, para ser possível descobrir a causa adjacente e, assim, o tratamento mais adequado.

3) Explicar atuação se obstrução nasal: Se o recém-nascido apresentar o nariz obstruído, convém ajudá-lo para que possa respirar melhor, contribuindo para que consiga dormir calmamente e mamar sem dificuldade em respirar. Para isso, aplica-se soro fisiológico, com o recém-nascido deitado em decúbito dorsal fazendo uma ligeira hiperextensão da cabeça e aplicar as gotas em cada uma das narinas (poder-se-á realizar suave pressão no nariz de modo que as gotas de soro fisiológico progridam para o interior do nariz com maior facilidade). Em situações em que a aplicação de soro fisiológico não resultar, poder-se-á usar um aspirador nasal depois da aplicação do soro fisiológico, uma vez que este amolece o muco e facilita a sua exteriorização (não é aconselhável usar o aspirador de secreções sem ter colocado soro fisiológico anteriormente). Recomenda-se um limite do uso do aspirador de duas ou três vezes ao dia, para não irritar a mucosa nasal. Existem vários modelos de aspiradores nasais:

- Aspirador manual, que apresenta uma espécie de bomba em forma de pera, fazendo com que haja a deslocação do muco para dentro do dispositivo; antes de o utilizar, é necessário apertá-lo para retirar o ar contido no seu interior, de modo a criar vácuo, depois coloca-se na narina e liberta-se a pressão promovendo a aspiração das secreções. Este tipo de aspirador tem um custo baixo, contudo o seu uso contínuo não é indicado uma vez que a pressão efetuada não é controlada podendo fazer vácuo no nariz do recém-nascido, acabando por ferir a mucosa nasal. Para além disto, este aspirador é difícil de lavar pois não apresenta nenhuma abertura, o que leva à acumulação de secreções no seu interior.
- Aspirador por aspiração, que apresenta um tubo que é colocado no nariz do recém-nascido e uma peça na boca do adulto, de maneira que quando se realiza a aspiração, o muco se desloque para o recipiente. As secreções do recém-nascido não chegam à boca de quem aspira. Normalmente estes aspiradores trazem um filtro substituível, que previne que os germes cheguem à boca. Para manter este dispositivo limpo não é necessário substituir a recarga a cada utilização pois esta pode ser lavada com água e sabão.
- Aspirador nasal elétrico, que é simples de usar – basta pressionar o botão, colocar a sonda no nariz do recém-nascido e esperar que o muco seja aspirado. Apresenta um reservatório lavável.

²⁰⁷ O estudo conduzido por Koning et al. (2019) avaliou a eficácia de um produto contendo óxido de zinco associado a vitaminas antioxidantes no tratamento do eritema da fralda. Os resultados demonstraram uma melhoria significativa na gravidade e na duração do eritema em comparação com o grupo controlo, que utilizou apenas óxido de zinco. Os autores sugeriram que a adição de antioxidantes pode ter propriedades protetoras e regenerativas para a pele do recém-nascido.

4) Explicar atuação face a regurgitação frequente: A regurgitação é processo fisiológico normal em recém-nascidos, contudo, há estratégias que contribuem para diminuir a ocorrência de episódios:

- Colocar a eructar no final de cada refeição;
- Ajustar a quantidade de leite ao tamanho do estômago (no primeiro dia de vida, é de 5-7 ml; ao terceiro dia, terceiro dia, a capacidade quase quadruplica, passando a conseguir conter 25 ml; ao final de um mês, o estômago consegue conter 100 ml);
- Evitar gestos de manipulação excessiva ou que pressionem a região abdominal, como vestir ou trocar a fralda.

5) Explicar atuação face a obstipação: Para facilitar a expulsão das fezes poder-se-á realizar a massagem abdominal (ILU) e/ou a mobilização dos membros inferiores (“pedalar”); aumentar da ingestão de líquidos (por exemplo, oferecer com mais frequência a mama, promovendo a ingestão do leite do início da mamada); promover o relaxamento, por exemplo um banho na banheira *shantala*; se não resolver, contactar um profissional de saúde.

6) Explicar atuação face a diarreia: Depois de identificar a causa (contactar um profissional de saúde), importa prevenir a desidratação, que poderá resultar de uma perda excessiva de água pelo organismo. Para além do tratamento prescrito para a diarreia, importa aumentar da ingestão de líquidos (por exemplo, oferecer com mais frequência a mama, promovendo a ingestão do leite do início da mamada).

8.2. Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido

Crescimento está relacionado com o aumento do comprimento e do peso. O crescimento é influenciado por fatores genéticos, nutricionais e ambientais. Se a mãe e o pai tiverem uma noção de como o crescimento se processa durante o primeiro mês de idade e compreender o que é esperado contribui para a identificação de sinais de saúde na criança, com consequente efeito na confiança no exercício do papel parental. Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre crescimento do recém-nascido (Tabela 52).

Tabela 52. Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico/resultado

Questões orientadoras do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/Critérios de diagnóstico/resultado
O peso do recém-nascido é um indicador de crescimento. Tem ideia de como o peso evoluiu ao longo do primeiro mês?	(A) Refere <ul style="list-style-type: none"> • É esperado uma perda de peso nos primeiros dias e que após três semanas começará a aumentar de peso.
As curvas de percentil permitem monitorizar a evolução do peso, do comprimento e do perímetro cefálico do recém-nascido. Tem ideia do que significam? Por exemplo, se está no percentil 60 em relação ao peso, como interpretaria esse dado?	<ul style="list-style-type: none"> • (B) Faz a interpretação adequada: a cada 100 recém-nascidos da mesma idade e do mesmo sexo, 40 apresentam um peso superior e 59 inferior.
Disponibilidade para aprender (é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2024

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre crescimento do recém-nascido** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 53).

Tabela 53. Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se não refere A e/ou B e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre crescimento do recém-nascido	Ensinar sobre crescimento
Se refere A e B	Conhecimento sobre crescimento do recém-nascido facilitador	-----

Fonte: autoras, 2024

8.2.1. Intervenções que contribuem para a mestria nos comportamentos promotores do crescimento do recém-nascido

A promoção de mestria na promoção de crescimento do recém-nascido e a identificação de compromisso no padrão do crescimento do recém-nascido poderão ajudar as mães e os pais a compreender os padrões e as alterações esperadas ao longo do primeiro mês de vida e a saber interpretar a forma como o seu recém-nascido se encontra em termos de crescimento. A interpretação correta desses dados poderá contribuir para promover a confiança nos cuidados que estão a prestar ao recém-nascido.

8.2.1.1. Ensinar sobre crescimento (padrão de perda e aumento do peso)

A informação centrada no crescimento do recém-nascido, nomeadamente ao nível da evolução do peso contribui para que a mãe e/ou o pai integrem o conhecimento necessário para que sejam capazes de:

- Compreender a evolução do peso.

As atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a evolução esperada do peso: Na primeira semana é esperado que se verifique uma perda de peso, tendo em consideração o peso ao nascer, devido ao facto de o recém-nascido fazer uso das reservas de gordura e de água que armazenou durante a vida intrauterina para compensar o baixo teor de açúcar e gordura presentes no colostro. A partir dessa altura, começam a recuperar o peso que tinham ao nascimento entre o 15-21.º dia de idade. Há alguns fatores que podem influenciar a perda e a recuperação do peso do recém-nascido, por exemplo o tipo de parto e o tipo de alimento que ingerem – se materno ou fórmula. Os recém-nascidos que nascem por parto vaginal não perdem tanto peso, do que, aqueles que nascem por cesariana. Tal acontece, porque a cesariana tem como consequência um atraso na subida de leite. Todavia, a partir dos 21 dias de vida, a recuperação do peso do recém-nascido nascido por parto vaginal ou cesariana é equivalente. Os recém-nascidos alimentados de leite materno em exclusivo poderão perder, inicialmente, mais peso do que os alimentados de leite artificial, a partir dos 21 dias de vida o peso é equivalente.

2) Explicar a interpretação das curvas de percentis: Representam a evolução esperada do peso, altura e perímetro cefálico ao longo dos meses/anos. Cada recém-nascido nasce com certas características antropométricas que expressam a sua tendência nas curvas de percentis, em relação ao parâmetro específico e à comparação entre os diferentes parâmetros. Por exemplo, se o recém-nascido nasce com peso, que correspondente ao percentil 15; isso não quer dizer que esteja com falta de peso, significa apenas que, a cada 100 recém-nascidos da mesma idade e do mesmo sexo, 85 apresentam um peso superior e 14 inferior.

9. SAÚDE MENTAL E SOCIAL NO ÂMBITO DA ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

A transição para a parentalidade é um processo que traz mudanças profundas e duradouras nos relacionamentos e na identidade da mãe e do pai, bem como na estrutura e organização da vida diária (Meleis et al., 2000). Tornar-se mãe e tornar-se pai pode ser uma tarefa altamente gratificante, mas também é muito exigente (Cardoso, 2014). É amplamente reconhecido que a gravidez, o parto e o período pós-parto são etapas do ciclo de vida reprodutivo plenas de desafios para mulheres, homens e suas famílias. Constituem fases marcadas por inúmeras mudanças, não apenas físicas nas mulheres, mas também emocionais, relacionais, sociais e econômicas para todos. Tais mudanças, mesmo quando se trata de um filho/a desejado/a, predisõem as mães e os pais a alguma vulnerabilidade, já que se trata de acontecimentos emocionalmente intensos, que implicam ajustes de papéis e reformulação da identidade no seu contexto familiar, profissional e social²⁰⁸. Por isso, a transição parental é um período potencialmente vulnerável para a saúde mental tanto das mulheres como dos homens.

A gravidez é um período de mudanças biopsicológicas complexas. Socialmente a maternidade e a paternidade são, muitas vezes, glorificadas, o que faz com que a mãe e pai se sintam culpados por experimentar emoções negativas (Satyanarayana et al., 2011). De acordo com o Relatório de Avaliação do Plano Nacional para a Saúde Mental, a saúde materna “*é considerada uma das áreas em que existe maior impacto potencial ao nível da saúde mental e o contributo desta última, para a saúde global é hoje inquestionável*” (2017, p. 56). De facto, os estudos evidenciam que muitas mulheres e muitos homens experimentam sintomatologia subclínica de depressão e ansiedade, bem como estresse, baixa autoestima e perda de confiança na preparação e exercício do papel de mãe/papel de pai (McLeish & Redshaw, 2017).

A gravidez, o parto e a parentalidade inicial podem ser estressantes porque podem alterar a identidade, a saúde física e a situação económica das mulheres. A ansiedade e a depressão perinatais no período perinatal são comuns, afetando cerca de 1 em 10 mulheres em países de alto rendimento (Dennis, Falah-Hassani & Shiri, 2017; Woody et al., 2017) e uma em cinco em países de rendimento baixo e médio, indicando a importância do apoio à saúde mental perinatal a nível global (Gelaye et al., 2016).

²⁰⁸ No estudo comparativo entre mulheres e homens, Moura Ramos e Canavarro (2007), salientam que, no 1.º mês pós-parto as mudanças operadas tendem a ser considerado mais desafiantes para as mulheres. A par de todas as modificações que ocorrem no corpo feminino, do “convalescer” de uma situação limite como o parto, as mulheres têm de lidar com a crença, ainda muito enraizada de que serão as principais cuidadoras do filho. Terão de ser perfeitas para serem “boas mães” e continuar a assegurar sozinhas o equilíbrio e harmonia familiar. Por vezes, a culpa de não estarem a corresponder às suas expectativas e às dos outros, pode vir a transformar-se em algo muito penoso e emocionalmente difícil de superar.

As prevalências de depressão gestacional e pós-parto variam entre 13% e 25% para as mães e entre 8,4% e 10% para os pais. Os transtornos de ansiedade também são altamente prevalentes, com taxas de incidência entre 10% e 18% para mães e 5% a 10% para pais durante o período perinatal (Aktar et al., 2019; Darwin et al., 2017; Bergstrom, 2013; Carlberg, Edhborg & Lindberg, 2018).

A psicopatologia nas mães e nos pais pode interferir na experiência da transição parental e alterar o comportamento nas interações diárias com o bebê. Globalmente, os sintomas depressivos estão associados a história de práticas parentais adversas, incluindo o uso reduzido de práticas de segurança e negligência na promoção do desenvolvimento infantil, aumento de punições, ideação suicida e/ou medo de magoar ou fazer mal ao recém-nascido (McLearn et al., 2006). Além disso, a depressão pós-parto está associada à redução da sensibilidade/responsividade materna e paterna, o que pode afetar adversamente o desenvolvimento da regulação emocional e da ligação mãe/pai-filho (Burke, 2003). Estudos demonstram que as mães deprimidas e ansiosas são menos responsivas e/ou menos sensíveis aos sinais do recém-nascido do que mães sem depressão ou ansiedade durante as primeiras interações (Bernard et al., 2018; Ierardi et al., 2018). As mães deprimidas também exibem um afeto mais neutro e negativo e menos positivo durante suas interações com o filho. A deterioração da saúde mental está associada a maiores riscos de complicações obstétricas (como por exemplo, pré-eclâmpsia, hemorragia, parto pré-termo e nado-morto) e suicídio (Howard & Khalifeh, 2020). Além disso, as mulheres podem ser menos propensas a comparecer a consultas pré-natais e pós-parto (Alder et al., 2007). Uma condição de saúde mental não tratada numa mulher pode levar a um resultado de parto/nascimento desfavorável, como baixo peso do recém-nascido, e maiores riscos de doença física e dificuldades emocionais (Lasater et al., 2017). Os recém-nascidos também podem correr um risco aumentado de dificuldades na alimentação e na criação de laços efetivos com a mãe/pai (Alder et al., 2007).

À semelhança do que acontece com a mulher no processo de tornar-se mãe, também o homem, durante o processo de tornar-se pai, poderá ter impacto na sua saúde mental. Quando existe depressão paterna, as crianças enfrentam maior risco de resultados emocionais e comportamentais adversos, independentemente da saúde mental materna (Darwin et al., 2017). Frequentemente, o pai experimenta sofrimento psicológico no período perinatal. Os homens podem revelar relutância em expressar as suas necessidades de apoio ou em procurar ajuda porque recebem que isso distrairá o atendimento das necessidades da mulher. As evidências sugerem que a depressão nos pais está relacionada com quantidades sub-ótimas de estimulação da criança, por exemplo, pais deprimidos leem, cantam ou brincam com seus filhos com menos frequência (Ierardi et al., 2018). Diferentemente dos pais deprimidos, os pais ansiosos não diferem dos pais de referência nas suas expressões faciais positivas ou negativas durante as primeiras interações (Aktar et al., 2017). Pais ansiosos, todavia, apresentam “comportamento exagerado”²⁰⁹ (Aktar et al., 2019).

A saúde mental materna e paterna influenciam-se mutuamente²¹⁰. O pai pode ser protetor em relação ao desenvolvimento de problemas de saúde mental perinatais maternos. Por isso, prevenir e tratar os problemas de saúde mental do pai e promover o bem-estar psicológico paterno pode beneficiar a família como um todo. Apoiar o bem-estar emocional das mães e dos pais ao longo da assistência pré-natal, parto e no pós-parto, constituem, “janelas de oportunidades” para promover a saúde global, e para a saúde mental em particular, com benefícios para todos. Tal deve, pois, merecer a atenção de todos os

²⁰⁹ Definido por alta intensidade e frequência de olhares, expressões faciais e vocalizações inadequadas em relação ao tempo e conteúdo.

²¹⁰ O estudo de Silva e Piccinini (2009) revela que o envolvimento do pai na transição parental tem efeito protetor já que pode diminuir a influência e o impacto da depressão pós-parto na mãe.

profissionais envolvidos, dado o seu impacto na mulher/família, sendo salientado por vários autores como tão importante como atender a saúde física da mãe e do feto/recém-nascido (Maternal Mental Health Pathway, 2012; NICE, 2014; DGS, 2005). Devido ao impacto na saúde perinatal, as organizações de saúde recomendam o rastreio universal do humor depressivo no período perinatal (ACOG, 2018).

9.1. Adaptação à parentalidade: Avaliação da saúde mental

A transição para a parentalidade é uma fase de grande transformação emocional, física e social, na qual é comum surgirem desafios e alterações no estado mental da mulher.

Um compromisso na saúde mental pode afetar negativamente a saúde das mulheres e o bem-estar dos seus bebés e famílias. Da mesma forma, uma má saúde ou circunstâncias difíceis nas vidas das mulheres, dos seus bebés e famílias podem impactar negativamente a saúde mental das mulheres (WHO, 2022). Muitas mulheres experienciam alterações na sua saúde mental durante a gravidez e pós-parto. De acordo com o *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services* (WHO, 2022), 1 em cada 5 mulheres irá experienciar uma condição de saúde mental durante a gravidez ou no ano seguinte ao parto. Algumas mulheres com problemas de saúde mental podem sentir agravamento durante o período perinatal. Todavia, outras podem começar a ter problemas pela primeira vez neste período.

Portanto, é fundamental que a saúde mental seja avaliada e acompanhada de forma proativa durante esse período. É comum que as mulheres experimentem uma ampla gama de emoções, desde alegria e entusiasmo até ansiedade. A avaliação da saúde mental durante a gravidez permite identificar precocemente quaisquer sinais de sofrimento emocional ou transtornos mentais, permitindo intervenções adequadas e suporte necessário.

9.1.1. Avaliação da saúde mental: Humor depressivo e ansiedade

O humor depressivo é um estado emocional caracterizado por uma tristeza profunda, persistente e duradoura. É um dos principais sintomas da depressão e pode afetar significativamente a qualidade de vida de uma pessoa. No humor depressivo, a tristeza é intensa e está presente na maioria dos dias, por um período prolongado, geralmente por duas semanas ou mais. A depressão perinatal, que inclui episódios depressivos *major* e *minor* que ocorrem durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto, é uma das complicações mais comuns durante a gravidez e no período pós-parto, afetando uma em cada sete mulheres (ACOG, 2018). A depressão perinatal pode, facilmente, manter-se oculta durante a gravidez, porque as mudanças no sono, no apetite e na libido podem ser atribuídas a mudanças normais na gravidez e no pós-parto²¹¹.

O ACOG recomenda o rastreio, pelo menos uma vez durante o período perinatal, de sintomas de depressão e ansiedade usando uma ferramenta padronizada e validada, acrescentando que a própria avaliação tem em si benefícios clínicos (ACOG, 2018). A identificação das mulheres com sintomas de

²¹¹ As mães estão deprimidas interagem menos, quer em qualidade quer em quantidade, com os filhos, e têm mais comportamentos negativos. Na revisão realizada por Mihelic, Morawska e Filus (2018) foram identificados vários fatores de risco na transição para a parentalidade, associados a uma série de resultados negativos para as mães e os pais e, subsequentemente, seus filhos. Os fatores de risco não modificáveis incluem baixo nível socioeconómico e gravidez não planeada. Os fatores de risco modificáveis incluem a depressão e a ansiedade pré-natal, baixa satisfação com a relação conjugal, baixo suporte social e baixa nível de autoconfiança. Em particular, a ansiedade e a depressão no período pré-natal e pós-natal têm sido associadas a resultados adversos para a criança, incluindo o desajustamento infantil e menor desenvolvimento cognitivo e psicomotor infantil.

depressão e ansiedade²¹² permite o encaminhamento para avaliação de saúde mental mais formal e o acompanhamento adequado.

Os sintomas gerais a pesquisar e a valorizar em todas as consultas (WHO, 2022):

- Sentir-se triste, chorar facilmente ou mais do que o habitual.
- Não encontrar prazer em experiências ou atividades que antes eram apreciadas.
- Faltar energia ou motivação.
- Preocupar-se ou “pensar demais”.
- Sono não reparador.
- Falta de apetite.
- Redução da concentração.
- Dificuldade em tomar decisões.
- Sentimentos de culpa ou desesperança.
- Sentir-se sem valor (desvalorizar-se).
- Pensar que algo mau está prestes a acontecer ou que o futuro é desesperançado.
- Pensamentos de auto-lesão ou suicídio.
- Dores corporais inespecíficos e outros sintomas físicos.
- Sentir-se perturbado por memórias ou sonhos sobre experiências negativas.

Para o rastreio da sintomatologia depressiva na grávida, a Escala de Depressão de Edimburgo (EPDS) (ANEXO I) parece ser uma estratégia adequada²¹³. A interpretação dos resultados do somatório, em que cada resposta é cotada de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 13 ou mais nesta escala tem sensibilidade moderada e alta especificidade para rastrear uma possível depressão em mulheres grávidas e uma pontuação de 10 ou mais tem sensibilidade e especificidade moderadas, sendo uma recomendação de alta qualidade de acordo com diretrizes internacionais (NICE 2015; Department of Health, 2020). Independentemente da pontuação total na EPDS, mulheres grávidas com pontuação positiva na Questão 10 podem estar em risco de se prejudicar a si próprias e/ou aos seus filhos e uma avaliação mais aprofundada é necessária.

A ansiedade é uma resposta emocional natural e comum diante de situações percebidas como desafiadoras, ameaçadoras ou estressantes. É uma sensação de preocupação ou apreensão que pode ser acompanhada por sintomas físicos, como taquicardia, tensão muscular, sudorese e dificuldade de concentração. Embora a ansiedade seja uma resposta normal do organismo, em alguns casos ela pode

²¹² Prevalência pontual de transtorno de ansiedade de um em cada cinco no terceiro trimestre de gravidez foi relatado (Giardinelli et al., 2012). Altos níveis de ansiedade materna durante a gravidez estão associados ao aumento da exposição do feto ao cortisol materno e ao risco de resultados adversos do neurodesenvolvimento (O'Donnell et al., 2012).

²¹³ Sendo uma ferramenta de autorrelato, a EE geralmente é preenchida pela mulher, de preferência sem consulta com outras pessoas (uma versão eletrônica da EE poderá ser uma boa estratégia) (Department of Health, 2020).

tornar-se excessiva, persistente e interferir na vida diária de uma pessoa. Quando a ansiedade se torna desproporcional à situação e dificulta o funcionamento normal, pode ser indicativo de um transtorno de ansiedade.

A ansiedade é um achado comum durante a gravidez e deve ser considerada na avaliação clínica mais ampla. Os itens 3, 4 e 5 da EPDS podem dar indicações sobre o nível de ansiedade da grávida. Por seu turno, a ansiedade é uma característica proeminente dos transtornos do humor perinatal, assim como a insônia. Pode ser útil perguntar a uma mulher se ela está tendo pensamentos intrusivos ou assustadores ou se não consegue dormir.

Os momentos-chave para a avaliação são:

- o mais cedo possível durante a gravidez e repetir, pelo menos uma vez, mais tarde na gravidez;
- para uma grávida com uma pontuação na EPDS entre 10 e 12, repetir a avaliação em 4-6 semanas.

Durante a gravidez é esperado o desenvolvimento do vínculo afetivo com o feto, considerada uma tarefa basilar no processo de tornar-se mãe e tornar-se pai (Cardoso, 2014; Mercer, 1995, Rubin 1972). Durante o primeiro trimestre da gravidez, as futuras mães e os futuros pais necessitam de adaptar-se a novas representações mentais de si mesmos e do futuro recém-nascido, o que pode desencadear ambivalência e uma sensação de desorientação (Premberg et al., 2011). Evidência atual aponta para associação negativa entre quadros de humor depressivo/depressão durante a gravidez e criação desenvolvimento dos laços afetivos com o feto (Rollè et al., 2020) (ver Ligação mãe/pai-filho). Por isso importa considerar também alguns sintomas mais específicos (WHO, 2022):

- Incapacidade de parar de se preocupar com o bebê.
- Sentir-se incapaz ou sem vontade de cuidar do bebê.
- Pensamentos negativos sobre o bebê.

Durante as consultas de assistência pré-natal, centrada na adaptação à adaptação à parentalidade importa identificar os fatores socioculturais (por exemplo as crenças sobre a maternidade/paternidade, as condições de vida, situação laboral, etc.) e familiares (tipo de família, situação conjugal, a existência, ou não, de uma figura paterna ou de outra pessoa significativa, dinâmica e funcionamento familiar, etc.). Estes fatores são aspetos essenciais pois permitem identificar a rede de suporte (familiar/social) e outros recursos mobilizáveis durante o processo de transição para a parentalidade. Para além disso, na consulta de avaliação inicial, importa atribuir especial atenção à aparência geral, humor, expressão facial, linguagem corporal e discurso quer da mãe, quer do pai (OPAS, 2020; DGS, 2005). A relação terapêutica e a comunicação assertiva estabelecidas entre a(o) EEESMO-mãe/pai são fatores primordiais, já que são determinantes para o sucesso da recolha de dados. A avaliação das necessidades de mulheres e homens passa por colocar questões-chave que pretendem compreender como está a ser percecionado o processo de transição para a parentalidade, acolhendo e valorizando as emoções e ajudando a antecipar eventuais dificuldades (Figura 6).

1
.
a

C
o
n
s
u
l
t
a

R
e
s
t
a
n
t
e
s

C
o
n
s
u
l
t
a
s

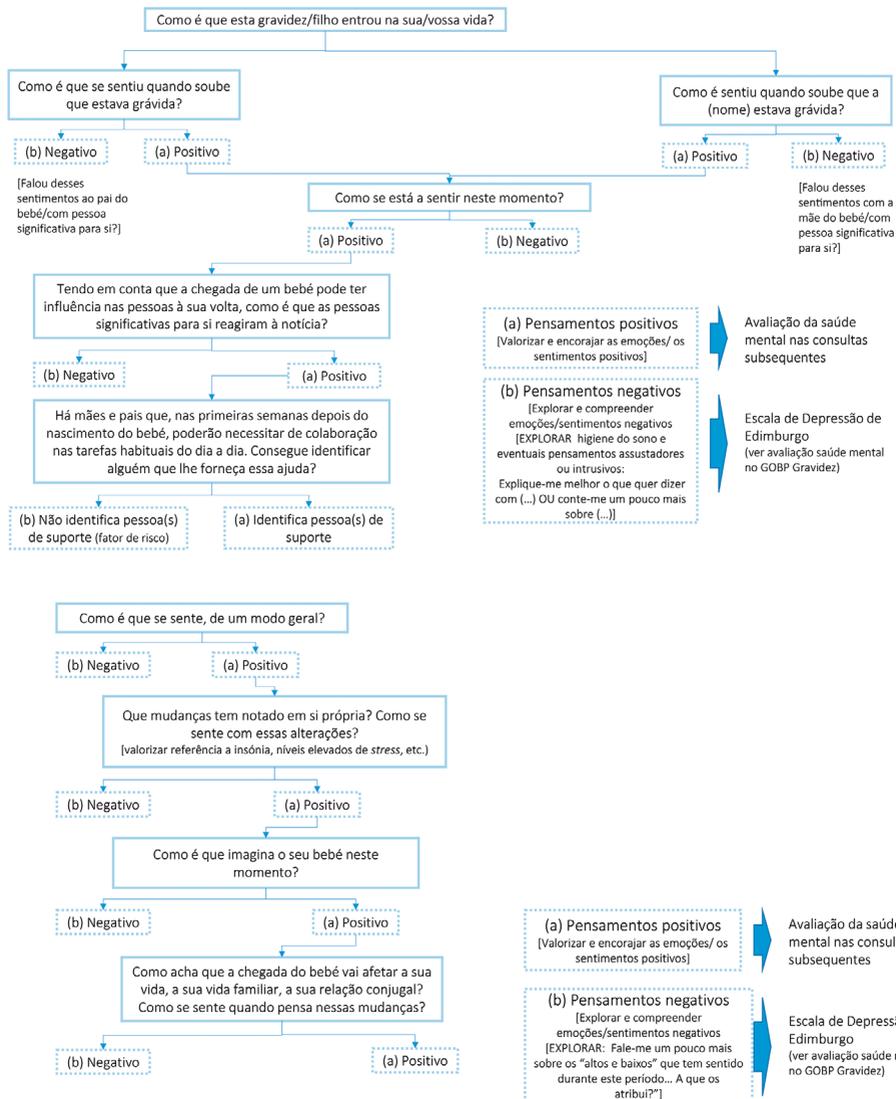


Figura 6. Algoritmo orientador da avaliação do significado atribuído ao filho e à gravidez e saúde mental.

9.1.1.1. Referenciar humor depressivo

Os cuidados a prestar às mulheres e homens face à saúde mental deverá ser em conformidade com as suas necessidades. De acordo com a OMS, uma abordagem por níveis resulta no uso mais eficiente dos prestadores de serviços de saúde materna e infantil e recursos para a prestação de cuidados de saúde mental (Figura 7) (WHO, 2022; Ho et al., 2016).



Figura 7. Abordagem por níveis para a saúde mental perinatal (WHO, 2022, p. 13)

A aplicação da EPDS para avaliar o humor depressivo exige a clarificação prévia do sistema de encaminhamento antes de identificar as mulheres com condições de saúde mental. Se isso não for feito, as expectativas de ajuda podem não ser atendidas e a confiança pode ser quebrada, o que terá um impacto negativo na utilização futura dos serviços de saúde. Quando se usa a EPDS, os critérios de referência de **humor depressivo** são:

- Pontuação total igual ou superior a 13.
- Pontuação superior a 0 na questão 10.

9.2. Adaptação à Parentalidade: Avaliação da saúde psicossocial e vulnerabilidade para condições de saúde mental

Algumas mulheres são mais vulneráveis a condições de saúde mental durante o período perinatal (WHO, 2022). A avaliação da saúde psicossocial, no período perinatal, é uma abordagem que procura compreender o bem-estar social e as condições sociais que afetam a saúde e o funcionamento das pessoas desde a gravidez ao ano após o parto. Essa avaliação tem como objetivo identificar e analisar os determinantes sociais da saúde, ou seja, os fatores sociais, económicos, culturais e ambientais que

influenciam o estado de saúde. A saúde social engloba uma ampla gama de aspetos relacionados com a vida em sociedade. Isso inclui a qualidade das relações interpessoais, a inclusão social, a coesão comunitária, o acesso a serviços sociais, a segurança e o apoio social disponível. Além disso, a saúde social também abrange questões como desigualdades sociais, discriminação, pobreza e acesso a recursos básicos, como condições de habitabilidade, educação e trabalho.

Mulheres e homens que têm necessidades adicionais durante a gravidez têm maior probabilidade de experienciar maior estigmatização e podem ter dificuldade em envolver-se com os serviços por várias razões (WHO, 2022). Apesar de o maior fator de risco para o compromisso perinatal da saúde mental ser a história pregressa de problemas de saúde mental, a presença de fatores de risco psicossociais pode estar associada a maior risco de aparecimento, recaída ou exacerbação das condições de saúde mental. Mulheres que se sentem isoladas são mais propensas a desenvolver problemas de saúde mental no período perinatal (Austin et al., 2015). A probabilidade também é maior para mulheres que experimentaram eventos/processos de vida estressantes, como por exemplo, problemas familiares, perda(s), violência familiar ou deficiência (Austin et al., 2015). Vários autores defendem ainda que a experiência da gravidez e da maternidade e paternidade difere para cada mulher e cada homem e é influenciada pela estabilidade dos relacionamentos e da rede de suporte. Assim, ao longo das consultas importa identificar, na história clínica, os fatores concorrentes para compromissos na saúde mental (Figura 8).

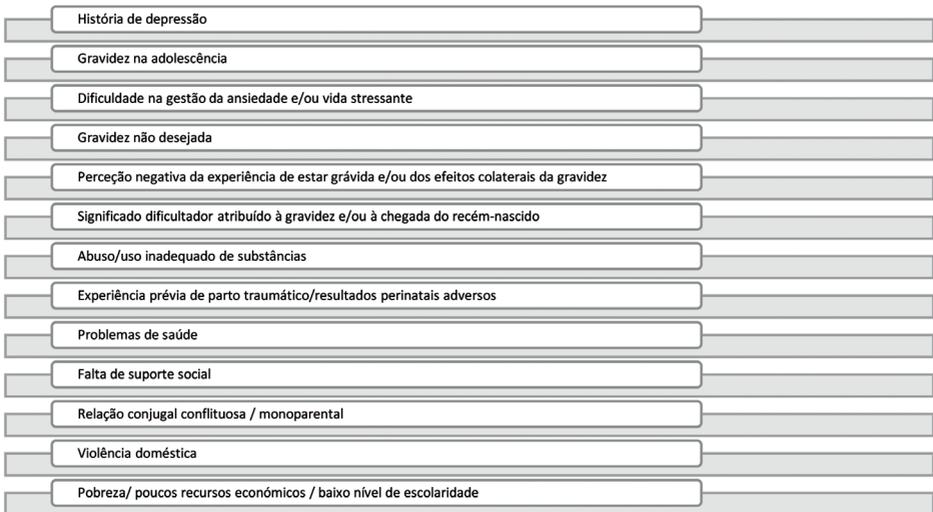


Figura 8. Fatores psicossociais de risco da saúde mental perinatal
(adaptado de WHO, 2022; ACOG, 2018 e NICE, 2021)

Dado o impacto potencial que os fatores de risco psicossociais podem ter na saúde mental de uma mulher/família, importa que sejam disponibilizadas a mulheres e a homens informações sobre a natureza dos fatores de risco que podem impactar na saúde mental. Por sua vez, isso oferece uma oportunidade para identificar os fatores de proteção para auxiliar na prevenção de condições de saúde mental e/ou aumentar a consciencialização sobre a importância do reconhecimento atempado dos sintomas para

facilitar a detecção e intervenção precoces. De facto, a saúde mental não é apenas a ausência de “doença” mental, mas um estado de bem-estar no qual os indivíduos podem realizar o seu potencial e lidar com o estresse diário. De acordo com a OMS (WHO, 2022) podem constituir fatores protetores:

- Apoio social forte (presença de família e amigos atenciosos e profissionais de saúde competentes).
- Oportunidades para gerar rendimento (capacidade de pagar as despesas).
- Experiências positivas de gravidez e parto (sentir-se informada e capaz de tomar decisões).
- Serviços de saúde materna e infantil de alta qualidade (profissionais de saúde empáticos e competentes que tratam as mulheres com respeito e dignidade).

Durante a gravidez há determinantes sociais que são relevantes para a adaptação à parentalidade, das quais se destacam a violência, a migração, a adolescência e famílias monoparentais.

Violência

A violência durante a gravidez é uma realidade perturbadora e preocupante que afeta muitas mulheres em todo o mundo (WHO, 2013; WHO, 2021; Bacchus et al., 2018). A violência durante a gravidez é um problema complexo, e as suas causas são multifatoriais. Pode estar relacionada a questões de poder e controlo, desequilíbrios de género, crenças culturais, histórico de violência doméstica, uso de substâncias, problemas económicos e outros fatores sociais e individuais. É importante destacar que nenhuma mulher é responsável por ser vítima de violência, independentemente do seu status social, etnia, religião ou qualquer outro aspeto.

A violência²¹⁴ durante a gravidez pode assumir várias formas, incluindo violência física, sexual, emocional e verbal. A violência física pode envolver agressões físicas diretas, como empurrões, socos, pontapés ou qualquer forma de violência física que cause danos à mulher grávida e possa colocar em risco a saúde e a segurança do feto. A violência sexual durante a gravidez também é uma forma grave de violência, envolvendo coerção sexual, abuso sexual ou qualquer atividade sexual não consensual que cause sofrimento físico ou emocional à mulher grávida. Além da violência física e sexual, a violência emocional e verbal também pode ocorrer durante a gravidez. Isso pode incluir insultos, ameaças, humilhações, controlo excessivo, isolamento social, manipulação psicológica e qualquer comportamento que cause angústia emocional à mulher grávida.

O impacto da violência durante a gravidez pode ser grave e duradouro tanto para a mulher quanto para o feto (WHO, 2021). A mulher grávida pode enfrentar uma série de consequências físicas, como lesões, complicações obstétricas, parto pré-termo, baixo peso ao nascer e até mesmo morte. Além disso, a violência durante a gravidez também tem efeitos psicológicos significativos, incluindo trauma, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e dificuldades na ligação mãe-filho.

²¹⁴ Avaliação da Violência Doméstica (AIHW, 2015). Estudos apontam para o facto de as mulheres considerarem aceitável serem questionadas sobre o assunto e, quando questionadas, estão dispostas a relatar a situação (Baird et al., 2013; Stockl et al., 2013; Salmon et al., 2015; Decker et al., 2013). Algumas das questões que podem ser postas durante a consulta são:

- No último ano, alguma vez foi agredida, esbofeteadada ou ferida de outras maneiras pelo seu parceiro ou ex-parceiro? OU No último ano, alguém da sua família (ou em casa) já a empurrou/bateu/chutou/socou ou de outra forma a magoou?
- Tem receio do seu parceiro ou ex-parceiro (ou de alguém da sua família)?
- (No último ano) O seu parceiro ou alguém da sua família ou agregado familiar alguma vez (muitas vezes) a rebaixou, humilhou ou tentou controlar o que pode ou não pode fazer?
- (No último ano), seu parceiro ou ex-parceiro alguma vez a magoou ou a ameaçou magoar de alguma forma?
- Gostaria de ajuda com alguma dessas coisas agora?
- Está segura para ir para casa quando sair daqui?

É essencial que as/os EEESMO adotem uma abordagem sensível e compassiva para lidar com essa questão. Isso inclui a criação de um ambiente seguro e confidencial, onde as mulheres se sintam à vontade para relatar qualquer forma de violência com que estejam a lidar. Para além disso, também importa ser capaz de identificar os sinais e sintomas da violência durante a gravidez (como por exemplo, marcas físicas, mudanças comportamentais, sintomas de estresse ou transtornos de saúde mental) através da capacidade de fazer perguntas sensíveis. A identificação de situações de violência implica, com o aval da mulher, oferecer apoio e encaminhamento adequado para serviços especializados, como centros de apoio a vítimas de violência doméstica, serviços de aconselhamento, serviços jurídicos e outros recursos comunitários.

É essencial que as/os EEESMO estejam cientes das leis e políticas relacionadas à violência doméstica e violência de género, a fim de fornecer orientação legal adequada às mulheres grávidas que lidam com uma situação de violência.

Migração

Portugal é hoje um país de acolhimento de população migrante em idade fértil com múltiplas nacionalidades, culturas distintas e uma pluralidade de representações, crenças, costumes e práticas parentais diversificadas.

A migração forçada é uma realidade por muitas pessoas ao redor do mundo, e as mães e os pais migrantes, incluindo aqueles que são refugiados, enfrentam desafios únicos e complexos ao procurar um novo lar para si e família. A experiência da migração pode ser emocionalmente e fisicamente exigente, afetando a saúde e o bem-estar. A migração em si pode ser perigosa e traumática, com riscos para a integridade física e emocional. Além disso, muitas vezes há barreiras linguísticas, dificuldades de acesso a serviços de saúde, educação e trabalho, bem como discriminação e estigmatização no país de destino. As mães migrantes refugiadas podem enfrentar desafios adicionais, especialmente relacionados à saúde materna e infantil. Durante a gravidez, as mulheres podem enfrentar dificuldades para aceder cuidados pré-natais adequados, o que aumenta o risco de complicações durante a gravidez e parto. A falta de informações sobre a saúde reprodutiva e o planeamento familiar, bem como as condições precárias de vida, podem impactar negativamente na saúde das mães, dos pais e dos bebês.

É importante reconhecer a resiliência e a determinação das mães e dos pais migrantes, refugiados ou não, que enfrentam desafios significativos em busca de uma vida melhor para si e para os seus filhos. Ao oferecer apoio e oportunidades para sua integração nas comunidades de acolhimento, importa ajudar a criar ambientes inclusivos, culturalmente sensíveis, levando em consideração as crenças, os valores e as tradições de origens, e promover o bem-estar dessas famílias.

Em Portugal, a proteção da saúde dos migrantes e o seu acesso aos cuidados de saúde são reconhecidos como um direito humano e um fator crítico para reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, para a saúde pública e bem-estar de todos. Na orientação técnica 010/2020, na página 2, pode ler-se que *“não são permitidas quaisquer barreiras administrativas de acesso ao SNS, legitimando-se que os migrantes e os refugiados, independentemente do seu estatuto, estejam numa situação documental legalizada ou não, por razões de proteção da saúde pública, têm direito de acesso ao SNS, nas mesmas condições previstas para os cidadãos nacionais que dele beneficiam”*.

As/Os EEESMO desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde a mulheres grávidas migrantes, oferecendo suporte físico, emocional e culturalmente sensível durante essa fase crucial da vida. Compreender as necessidades específicas das grávidas migrantes e adaptar a assistência em

conformidade com as suas expectativas de maternidade é essencial para garantir que se sintam acolhidas no ambiente de cuidados de saúde. Importa realizar esforços para superar as barreiras linguísticas e culturais, garantindo que as informações sejam compreendidas e que as mulheres se sintam à vontade para expressar suas necessidades. Se necessário, a disponibilidade de intérpretes ou profissionais de saúde que falem o idioma da mãe e do pai pode ser essencial para facilitar a comunicação (Small et al., 2014).

Adolescência

A gravidez na adolescência é considerada uma situação com impacto social (Mercer, 1976). Adolescentes (dos 10 aos 19 anos) que engravidam podem enfrentar desafios como estigmatização e dificuldade em terminar a escola e encontrar emprego enquanto cuidam dos seus filhos (WHO, 2022). Grávidas adolescentes são particularmente vulneráveis a abusos físicos ou sexuais, para além de maior risco de perturbações de saúde mental, particularmente depressão, do que adolescentes que não estão grávidas e adultas grávidas. Em Portugal, de um dos países europeus com uma alta taxa de gravidez na adolescência, passou, nos últimos anos, a notar-se uma redução considerável. Em 2011 houve 6021 casos e em 2018 passou para 3390 casos, ou seja, reduziu cerca de 44%. Com os últimos dados disponíveis, no ano de 2020, os números foram ainda menores, com cerca de 1763 partos cujas mães eram adolescentes.

Nos casos de mães e/ou pais adolescentes – dado que a maternidade e paternidade ganharam novos contornos sociais e legais – o desafio ainda é maior do que em mães e pais adultos²¹⁵. Assumir a responsabilidade de prestar os cuidados ao filho pode constituir uma tarefa difícil, principalmente para as mães adolescentes, existe maior probabilidade de (Cardoso, 2012):

- 1) compromisso nos comportamentos de procura de saúde, nomeadamente maus hábitos alimentares, fumar, ingestão excessiva de álcool, consumo de drogas, práticas sexuais desprotegidas e infeções sexualmente transmitidas;
- 2) maior dificuldade em assegurar um sistema de suporte mais efetivo;
- 3) menor probabilidade de procurar assistência pré-natal no início da gestação e de lhe dar continuidade; e
- 4) maior probabilidade de parto pré-termo, com conseqüente filho prematuro, com baixo peso e maior risco de morbidade.

Assim, pode inferir-se que as mães e os pais adolescentes, para além da necessidade de responderem simultaneamente às exigências da adolescência, têm comportamentos próprios associados à maternidade/paternidade, nomeadamente: têm tendência a demonstrar falta de disponibilidade para aprender o papel de mãe/pai, são menos responsivos às necessidades do recém-nascido; são mais inseguros no exercício do papel; e, quando comparadas com mães/pais adultos, possuem expectativas irreais em relação ao recém-nascido e um autoconceito menos positivo. Para além disso, em muitos casos, as mães adoles-

²¹⁵ A transição parental durante a adolescência é mais desafiante do que quando ocorre durante a idade adulta. De facto, quando se trata de mães adolescentes, o processo de transição pode dar-se diferentemente, tanto na duração, como no processo em si. De facto, as mães adolescentes precisam de mais tempo (de seis a dez meses) para atingirem a fase formal (Mercer, 1981; Brouse, 1988). Mercer, em 1976, descreveu quatro fases na transição para a maternidade em mães adolescentes: a) a fase da “terra da fantasia” (*fairyland phase*) que ocorre durante o internamento e em que a maternidade surge aos olhos da jovem mãe como algo irreal; b) a fase do “confronto com a realidade” (*reality shock phase*) ocorre durante o primeiro mês após o regresso a casa; c) a fase do *dar e receber* (*give and take phase*) que ocorre entre o 2.º e 3.º meses pós-parto e que se caracteriza por um crescente reequilíbrio entre a escola, ou trabalho, e as tarefas maternas; e, d) a fase de incorporação do papel maternal (*internalization phase*) que ocorre do 6.º ao 9.º mês após o parto e que se caracteriza por um aumento da autoconfiança e da perceção de competência (*in* Cardoso, 2012).

centes apresentam déficit de recursos socioeconômicos e falta de suporte familiar e social consistentes. Os filhos de adolescentes são considerados crianças em risco, dado que as mães e os pais adolescentes, sendo mais intolerantes, têm maior tendência para usar castigos físicos (Cardoso, 2012).

Todavia, vários autores apresentam alguns aspectos positivos. A maternidade foi frequentemente descrita como uma mudança positiva no desenvolvimento, proporcionando às jovens um senso de maturidade, responsabilidade, motivação e compromisso em colocar as necessidades do recém-nascido acima das suas. A maternidade foi, algumas vezes descrita, como um ponto de viragem na vida, em que as jovens se afastaram de atividades indesejáveis e se concentraram na escola, no trabalho e no futuro da família. Os desafios refletiram fontes de estresse comuns da parentalidade para pessoas de todas as idades, como a falta de sono e a sobrecarga no cuidar do recém-nascido, para além da necessidade de ter as restantes tarefas. Os resultados sugerem que, embora os legisladores e os profissionais vejam a parentalidade na adolescência como uma “doença social” a ser erradicada, para algumas mães adolescentes a experiência é mais complexa, significativa e positiva (Cox et al., 2021).

Família monoparental

No que concerne à estrutura familiar de salientar também a coexistência de uma multiplicidade de tipologias e novas configurações familiares, assim como formas de procriação não tradicionais. Apreciar cada família “per si”, atendendo a esta diversidade, identificando crenças e costumes diferenciados, acolhendo expectativas e evitando estereótipos (através de cuidados inclusivos e modelos flexíveis de cuidados), será sempre um desafio para os cuidados de enfermagem de qualidade.

Cada vez os homens estão envolvidos nos cuidados aos filhos. Nos cuidados de saúde, precisamos lidar com novos modelos de paternidade, que decorrem das mudanças na construção das masculinidades, hoje com maior ênfase nas questões afetivas e do cuidar. Explorar a forma como está a ser vivida a transição para a parentalidade, com mulheres e homens, reforçando a necessidade de cooperação e partilha de tarefas de cuidar (e domésticas), é uma forma de influenciar positivamente as relações familiares, com impacto ao nível da saúde familiar global e também promove a igualdade de género (Wall et al., 2016; Maduro, 2020; Oliveira, 2004).

Mais do que outrora, nos dias de hoje, há mães e pais que assumem sozinhos a responsabilidade parental. Ao longo dos tempos, as mães e os pais, em particular as mães, com exercício monoparental foram deixando de ser discriminados e progressivamente considerados como famílias vulneráveis, logo, passando a constituir um público-alvo de políticas específicas de saúde e de iniciativas de discriminação positiva por parte da comunidade. De acordo com os Censos do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2001, as famílias monoparentais no sentido mais lato representam 11,5% do total dos núcleos familiares, sendo que, com filhos de todas as idades, 13,6% era de pai “só” e 86,4% de mãe “só”. As principais razões apontadas para esta realidade prendem-se com o aumento do número de mães adolescentes e de divórcios, bem como, com a opção de algumas mulheres que decidem assumir sozinhas a responsabilidade de cuidar do filho (Rosa & Chitas, 2010). Contudo, para outras mães sem parceiro e sem família, o nascimento de um recém-nascido pode ser encarado como um pesadelo (Lowdermilk & Perry, 2008; Cardoso, 2012).

A monoparentalidade é frequentemente abordada como uma situação problemática. As pessoas tornam-se pais solteiros através de divórcio, separação ou luto e têm de lidar com esta situação. Estas transições para a monoparentalidade levam a problemas imprevistos no que diz respeito à organização do agregado familiar (Van Gasse et al., 2020). As mães solteiras podem enfrentar julgamentos e estig-

matização, tornando-se, por vezes, alvo de críticas e preconceitos. Para além disso, poderão enfrentar dificuldades económicas devido à dependência de uma única fonte de rendimento. De facto, vários autores defendem que as famílias monoparentais são mais vulneráveis à pobreza. Estas circunstâncias podem limitar as oportunidades nas condições para a criação do filho e aumentar os níveis de estresse. A responsabilidade de cuidar do recém-nascido sem ajuda ou ajuda limitada pode ser desafiadora nos primeiros tempos. A responsabilidade única poderá trazer benefícios, mas sem outro progenitor para discutir e ponderar decisões, a responsabilidade de fazer escolhas pode ser uma fonte de ansiedade e maior dificuldade em lidar com as questões emocionais do processo. Assim, a combinação de desafios económicos, pressões sociais, e a sobrecarga de responsabilidades pode resultar em níveis elevados de estresse e ansiedade. No entanto, existem também mães e pais solteiros para quem a monoparentalidade é uma história positiva (Van Gasse et al., 2020).

**A QUALIDADE
DOS CUIDADOS NO
ÂMBITO DA PROMOÇÃO
DA ADAPTAÇÃO À
PARENTALIDADE:
INDICADORES**

3

Os padrões de qualidade dos cuidados visam promover a reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. Também no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, os padrões constituem uma matriz orientadora para a qualidade dos cuidados. Portanto, o exercício profissional das(os) EEESMO é absolutamente crucial e não pode, sob qualquer circunstância, ser negligenciado ou permanecer oculto nos esforços para alcançar a excelência em saúde (PQCEESMO, 2021). Contudo, avaliar e quantificar a qualidade dos cuidados de saúde apresenta-se como uma tarefa intrincada e multifacetada, dada a diversidade de variáveis e contextos envolvidos.

As(os) EEESMO representam um amplo grupo de profissionais de saúde nos cuidados a mulheres e recém-nascidos. Por isso, é essencial que o resultado do seu trabalho se torne visível e que seja reconhecida a sua contribuição para a saúde da população (Renfrew et al., 2014; Ten Hoope-Bender et al., 2014). Os cuidados “obstétricos” prestados por EEESMO (nurse-midwives) são os cuidados qualificados a mulheres grávidas, recém-nascidos e famílias num *continuum* durante a preceção, gravidez, parto, pós-parto e nas primeiras semanas pós-parto. As características principais incluem a otimização de processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais normais da reprodução e início da vida extrauterina; prevenção e tratamento oportuno de complicações; consulta e encaminhamento para outros serviços; respeito pelas circunstâncias e pontos de vista individuais das mulheres e trabalho em parceria para fortalecer as próprias capacidades das mulheres para cuidar de si mesmas e de suas famílias (Renfrew et al., 2014).

As(os) EEESMO envolvem-se diariamente em inúmeras intervenções de saúde, onde o seu conhecimento, experiência clínica e julgamento profissional orientam e influenciam a sua tomada de decisão para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade e segurança. Medir a qualidade dos cuidados é uma componente importante para melhorar a qualidade da assistência, no entanto, conhecer as métricas adequadas para as medir é um desafio. A qualidade dos cuidados prestados depende do conhecimento especializado da(o) EEESMO e da sua contribuição para a segurança da mulher e do seu recém-nascido no ambiente dos cuidados de saúde (Devane et al., 2019; ACNM, 2012). A medição dos resultados, que podem ser usados para refletir a qualidade do atendimento, é um importante indicador de saúde. No entanto, para determinar a qualidade dos cuidados prestados por EEESMO para a segurança das mulheres e de seus recém-nascidos, exige que sejam capazes de articular e medir claramente o que fazem e com que resultados.

As instituições de saúde devem ter como objetivo chegar a um consenso sobre um conjunto de medidas, incluindo dados de estrutura, de processo e de resultados, para orientar a prestação de cuidados seguros de alta qualidade em todo o processo de assistência, desde o pré-natal até o período pós-parto. Na ausência disso, pode ser desafiante confirmar as associações entre os processos de cuidados e os resultados em saúde, a curto ou longo prazo, para mulheres grávidas/puérperas e recém-nascidos. Isso ocorre porque os processos de atendimento estendem-se para além dos resultados de atendimento usuais e têm implicações sobre como o atendimento é prestado e avaliado, bem como é medido (Devane et al., 2019). De facto, um indicador de qualidade é definido como um elemento mensurável do desempenho da prática para o qual há evidência ou consenso de que pode ser usado para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde (Ueda et al., 2020).

Muitas abordagens de melhoria da qualidade dos cuidados tendem a concentrar-se nos resultados, como mortalidade e morbidade, tempo de internamento hospitalar, admissões neonatais ou maternas nos cuidados intensivos/especiais e taxas de readmissão. Todavia, os resultados sensíveis aos cuidados da(o) EEESMO no âmbito da promoção da adaptação à parentalidade vão para além dessas dimensões (Tabela 54).

Tabela 54. Ensaio sobre indicadores de saúde passíveis de caracterizar a assistência pré-natal implementada por EEESMO no âmbito de programas de saúde centrado na promoção da adaptação à parentalidade (PP-AP) sugestões sobre quando os avaliar

CATEGORIA	INDICADOR	GRAVIDEZ	SEMANA				MÊS					
			1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	2. ^o	3. ^o	4. ^o	5. ^o	6.	
	Número de grávidas com início do programa de PP-AP às 20/22 semanas	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número total de consultas no âmbito da adaptação à parentalidade	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número médio de consultas por grávida	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número total de intervenções em grupo	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número médio de intervenções em grupo por grávida	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número médio de consultas por pai	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número médio de intervenções em grupo por pai	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número total de atendimentos por telefone centrados em temáticas no âmbito da adaptação à parentalidade	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Deteção precoce de complicações	Percentagem de grávidas referenciadas com EPDS >13 ou Q10>0	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Percentagem de puérperas referenciadas ao médico com complicações da amamentação	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Percentagem de recém-nascidos referenciados ao médico por complicação relacionados com a amamentação	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Ganhos em mestria	Competência parental: integração do novo elemento na família	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Competência parental: alimentação do recém-nascido (amamentação)	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Número de grávidas no PP-AP com intenção de amamentar	> 35 sem	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Competência parental: segurança do recém-nascido	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Competência parental: higiene do recém-nascido	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Competência parental: lidar com o choro do recém-nascido	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Competência parental: estimulação do recém-nascido e criar hábitos para dormir	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Competência parental: promoção e vigilância da saúde do recém-nascido	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---

Integração fluida do papel: Satisfação com o desempenho ¹	Nível de satisfação com o desempenho parental	---	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---
Integração fluida do papel (saúde mental)²	Nível de ansiedade e depressão (EPDS <13 ou Q10=0)	x	x	x	x	x	x	---	---	---	---	---
Satisfação com os serviços de saúde³	Satisfação com os cuidados de enfermagem especializados	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Perceção global sobre a suficiência dos cuidados (parâmetro 12)	x	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

¹ A satisfação parental é definida como a sensação de prazer e gratificação obtido a partir do desempenho parental. Neste conceito pode ver-se incluído, a satisfação com a realização das tarefas relativas aos cuidados ao bebé, com o domínio crescente em compreender o recém-nascido e gerir as expectativas pessoais relacionadas com o seu papel como mãe e como pai (Pridham & Chang, 1989). Quando se avalia a satisfação com o papel parental durante a consulta na UCC/visita domiciliária, é vital usar ferramentas que sejam sensíveis e específicas para captar a perceção das experiências das mães e dos pais. Por exemplo, poder-se-á usar questões-chave, num contínuo entre 0 e 5, sendo que 0 corresponde a nada satisfeito e 5 totalmente satisfeito, como por exemplo:

1. Sinto-me confiante no meu papel como mãe/pai.
2. Sinto-me apoiado(a) nas minhas escolhas enquanto mãe/pai.
3. Acredito que estou a satisfazer eficazmente as necessidades do meu filho(a).
4. Sinto prazer nas tarefas diárias de ser mãe/pai.
5. Estou satisfeito(a) com o equilíbrio entre o meu tempo pessoal e as responsabilidades parentais.
6. Sinto-me preparado(a) para lidar com os desafios da parentalidade.
7. Sinto uma forte ligação com o meu filho(a).
8. Acredito que o meu filho(a) está feliz com a minha parentalidade.
9. Regularmente procuro e utilizo recursos ou apoio para a parentalidade.
10. Descreveria a minha experiência global como pai/mãe como positiva.

Interpretação: 40-50: Nível elevado de satisfação com o papel parental. Mãe/Pai sente-se confiante, apoiado e positivo no seu papel. 30-39: Satisfação moderada com o papel parental. Embora o pai/mãe se sinta geralmente positivo(a) sobre o seu papel, existem algumas áreas nas quais pode estar a enfrentar desafios. É importante identificar estas áreas específicas e oferecer recursos ou apoio. Inferior a 29: Baixa satisfação com o papel parental. Mãe/pai provavelmente enfrenta desafios em várias áreas relacionadas com a parentalidade. Uma avaliação mais aprofundada é necessária para determinar os problemas subjacentes e fornecer o apoio adequado. Intervenções imediatas podem ser necessárias para apoiar a mãe/pai, especialmente se o bem-estar da criança estiver em risco.

² A depressão pós-parto, por exemplo, pela interferência nos processos cognitivos e no nível de energia, pode produzir alterações ao nível da autoestima e da autoeficácia (Erickson et al., 2017).

³ Parâmetros para avaliação da satisfação com os cuidados relacionados com o programa de promoção da adaptação à parentalidade (baseado nos parâmetros propostos pelo NICE (2015)):

1. A/O EEESMO apresentou-se? (Sim | Não)
2. Durante as consultas/intervenções, a EEESMO abordou os assuntos de uma maneira que conseguisse entender? (Sim | Não)
3. Pensando nas consultas/intervenções, senti que recebi as informações ou as explicações de que precisava? (Sim | Não)
4. Quando colocava questões, achou que era foi levada a sério? (Sim | Não)
5. Pensando nas consultas/intervenções, a/o EEESMO envolveu-a o suficiente nas decisões sobre os seus cuidados? (Sim | Não)
6. O pai do recém-nascido/pessoa significativa esteve envolvido nos cuidados durante a gravidez tanto quanto quis/quiseram? (Sim | Não)
7. Pensando nas consultas/intervenções, senti que as decisões sobre as suas opções foram respeitadas? (Sim | Não)
8. Pensando nas consultas/intervenções, senti que foi tratada com respeito e dignidade? (Sim | Não)
9. Durante a gravidez, tinha um número de telefone de uma EEESMO com quem pudesse entrar em contacto? (Sim | Não)
10. No final do programa de promoção da adaptação à parentalidade, partilhou formas de apoio no para o pós-parto (exemplo, telefone de uma EEESMO com quem pudesse entrar em contacto)? (Sim | Não)
11. Recomendaria a/o EEESMO que a acompanhou a outra grávida? (Sim | Não)
12. Gostaria de ter consultas/intervenções com a/o EEESMO:
 - a. com mais frequência?
 - b. menos frequentemente?
 - c. teve tanto quanto queria.

Interpretação: respostas Sim=1; Não=0.

Efeitos do desempenho parental no recém-nascido	Número de consultas* de apoio à amamentação (global) de apoio à amamentação (com PP-AP) em mulheres que frequentaram o PP-AP e decidiram amamentar * são consideradas consultas, os contactos realizados presencialmente ou a distância nos quais houve identificação de diagnóstico/intervenção	---	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Número de mulheres a amamentar em exclusivo (global)	---	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Número de mulheres a amamentar e a aleitar com fórmula infantil (global) que frequentaram o PP-AP com intenção de amamentar no pré-natal	---	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Número de mulheres a aleitar com fórmula infantil (global)	---	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Número de mulheres a amamentar em exclusivo com aumento de peso adequado do recém-nascido	---		x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Número de mães/pais que frequentaram o PP-AP que asseguram condições de segurança do recém-nascido para dormir adequadas (dado recolhido na visita domiciliária)	---	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Número de mães/pais que asseguram condições de segurança para adequadas para transportar o recém-nascido (dados recolhidos na consulta/visita domiciliária)	---	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Número de mães/pais que asseguram condições de segurança para adequadas para transportar o recém-nascido (dados recolhidos na consulta/visita domiciliária)	---	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Número de mães/pais que asseguram condições de higiene/pele adequadas (dados recolhidos na consulta/visita domiciliária)	---	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---
	Número de onfalites/problema do coto umbilical	---	x	x	x	---	---	---	---	---	---	---
	Número de acidentes com o recém-nascido relatados pela mãe/pai (global) Número de acidente: (especificar) • lesão por acidente rodoviário • queda • aspiração • queimadura • lesão por manipulação inadequada • lesão por brinquedo • lesão por animal doméstico	---	x	x	x	x	---	---	---	---	---	---

The background features a large, dark blue triangle pointing to the left, which is outlined in white. This triangle is set against a background of light pink and white geometric shapes, including a large pink triangle on the left side and a white triangle at the top right.

REFERÊNCIAS

- Abasi E, Keramat A, Borghei NS, Goli S, Farjamfar M (2021). Evaluating the effect of prenatal interventions on maternal-foetal attachment: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*. 2021; 8:1-16. [ht tps://doi.org/10.1002/nop2.648](https://doi.org/10.1002/nop2.648).
- Ablewhite, J., McDavid, L., Hawkins, A., Peel, I., Goodenough, T., Deave, T., Stewart, J., Watson, M., & Kendrick, D. (2015). Approaches used by parents to keep their children safe at home: a qualitative study to explore the perspectives of parents with children aged under five years. *BMC public health*, 15, 983. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2252-x>
- Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A (2011). Positive Effect of HPA Lanolin versus Expressed Breastmilk on Painful and Damaged Nipples during Lactation. *Skin Pharmacol Physiol*. 2011; 24: 27-35.
- Academy of Breastfeeding Medicine (2017). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017 The Academy of Breastfeeding Medicine Sep 2017.390-395. Consultado a 20.08.2021, disponível em <http://doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.aje>.
- Adamsons, K., Johnson, S. K. (2013). An updated and expanded meta-analysis of nonresident fathering and child well-being. *Journal of Family Psychology*, 27, 589-599.
- Agrawal J, Chakole S, Sachdev C (2022). The Role of Fathers in Promoting Exclusive Breastfeeding. *Cureus*. 2022 Oct 16;14(10):e30363. doi: 10.7759/cureus.30363. PMID: 36407167; PMCID: PMC9665906.
- Ahmed E, Mohamed H, Abu-talib Y (2015). Evidence Based Guideline Using to Alleviate Traumatic Nipple Among Nursing Mothers. *World Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 35-44. Doi: 10.5829/idosi.wjns.2015.1.3.93201.
- AIHW (2015) Screening for Domestic Violence during Pregnancy: Options for Future Reporting in the National Perinatal Data Collection. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Ainsworth RM, Summerlin-Long S, Mog C (2017). A Comprehensive Initiative to Prevent Falls Among Newborns. *Nurs Womens Health*. 2016 Jun-Jul;20(3):247-57. doi: 10.1016/j.nwh.2016.04.025. PMID: 27287351.
- Aktar E, Colonnese C, de Vente W, Majdandžić M, Bögels SM (2017). How do parents' depression and anxiety, and infants' negative temperament relate to parent-infant face-to-face interactions? *Dev Psychopathol* (2017) 29(3):697-710. 10.1017/S0954579416000390
- Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P. J., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., & Bögels, S. M. (2019). Fetal and Infant Outcomes in the Offspring of Parents with Perinatal Mental Disorders: Earliest Influences. *Frontiers in psychiatry*, 10, 391. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00391>
- Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189-209.
- Allport, B. S., Solomon, B. S., & Johnson, S. B. (2019). The Other Parent: An Exploratory Survey of Providers' Engagement of Fathers in Pediatric Primary Care. *Clinical Pediatrics*, 58(5), 555-563. <https://doi.org/10.1177/0009922819829032>.
- American Academy of Pediatrics (2013). The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. Sachs HC. *American Academy of Pediatrics Committee on Drugs Pediatrics* 2013;132:e796-e809.
- American Academy of Pediatrics (2014). Where We Stand: Testing of Well Water. *The American Academy of Pediatrics* Updated July 8, 2014.
- American Academy of Pediatrics (2018). How to safely prepare formula with water. *American Academy of Pediatrics*. Updated July 3, 2018.
- American College of Nurse-Midwives (ACNM) (2012). Core competencies for basic midwifery practice. Silver Spring, Maryland: American College of Nurse-Midwives; 2012.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). ACOG Committee Opinion, Number 757. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2018. [acedido em 12 julho 2021]. Disponível em https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/11000/ACOG_Committee_Opinion_No_757_Screening_for.42.aspx
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Group prenatal care Committee Opinion No. 731. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. *Obstet Gynecol* 2018; 131: e104-8.
- Amir LH, Jones LE, Buck ML (2015). Nipple pain associated with breastfeeding: incorporating current neurophysiology into clinical reasoning. *Aust Fam Physician*. 2015 Mar;44(3):127-32. PMID: 25770578.
- Ananthapadmanabhan KP, Subramanyan K, Nole G (2013). A global perspective on caring for healthy stratum corneum by mitigating the effects of daily cleansing: report from an expert dermatology symposium. *Br J Dermatol*. 2013b;168(Suppl 1):1-9.
- Anderson PO (2017). Herbal Use during breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 12(9): 507-9. DOI: <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0150>.
- Antonets V, Kazakov V. (2014). On noninvasive assessment of acoustic fields acting on the fetus. *Acoust Phys*. 2014;60:342-7.

- Anuntaseree W, Mo-Suwan L, Vasiakanont P, Kuasirikul S, Ma-A-Lee A, and Choprapawan C (2007). Night waking in Thai infants at 3 months of age: Association between parental practices and infant sleep. *Sleep Med.* 2007 Sep 25.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2019). Evidence-based Guidelines for a research review infant bathing. Neonatal Skin Care Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 4th edition. 2019. Acedido em 30 de julho em: <https://www.researchreview.co.nz/getmedia/0a9e5190-b8ac-419f-8f44-43b8e5ba8c4b/Educational-Series-Evidence-based-guidelines-for-infant-bathing.pdf.aspx?ext=.pdf>.
- Atherton D, Mills K (2018). What can be done to keep babies' skin healthy? Rationale and evidence for the Baby Care Products: a comprehensive skin care programme. *Br J Nurs.* 2018 Sep 13;27(16):942-950.
- Auger, N., Fraser, W. D., Smargiassi, A., & Kosatsky, T (2015). Ambient heat and sudden infant death: a case-cross-over study spanning 30 years in Montreal, Canada. *Environ Health Perspect.*,123(7), 712-716 (2015).
- Austin MP, Fisher J, Reilly N (2015) Psychosocial assessment and integrated perinatal care. In: Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management. Ed: A. Gemmill and J. Milgrom.
- Azad, M. (2019). Infant Feeding and the Developmental Origins of Chronic Disease in the CHILD Cohort: Role of Human Milk Bioactives and Gut Microbiota. *Breastfeeding Medicine*, 14(S1), S-22–S-24, doi:10.1089/bfm.2019.0029.
- Azaman, A, Mat Isa, NA, Mat Dzahir, MA, Khor, KX (2017) Effects of Baby Carrier on Wearer's Posture Stability / Aizreena Azaman...[et al.]. *Journal of Mechanical Engineering (JMechE)*, SI 4 (1). pp. 107-118. ISSN 18235514.
- Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open.* 2018;8(7): e019995.
- Bagadia J, Jaiswal S, Bhalala KB, Poojary S (2019). Pinch of salt: A modified technique to treat umbilical granuloma. *Pediatrics Dermatol.* 2019; 00:1–3.2. Brady et al. Umbilical Granuloma in a 2-month-old patient: Histopathology a common clinical entity. *Am J Dermatopathol* 2016; 5:133-134.
- Bai DL, Fong DY, Lok KY, Wong JY, Tarrant M (2017). Practices, predictors and consequences of expressed breastmilk feeding in healthy full-term infants. *Public Health Nutr.* 2017;20(3):492–503.
- Bailey JM, Vasey P, Diamond L, Breedlove SM, Vilain E, Epprecht M (2016). Sexual Orientation, Controversy, and Science. *Psychological Science in the Public Interest.* 17 (2): 45–101. doi:10.1177/1529100616637616
- Baker, C. E. (2018). When daddy comes to school: Father–school involvement and children's academic and social-emotional skills. *Early Child Development and Care*, 188, 208–219.
- Ball HL, Taylor CE (2020). Baby-box schemes in England: parent and practitioner experiences, and recommendations. *BMC Pediatr* 20, 154 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02064-2>
- Ball, H (2017). The Atlantic Divide: Contrasting U.K. and U.S. Recommendations on Cosleeping and Bed-Sharing. *Journal of Human Lactation*, doi.org/10.1177/0890334417113943
- Ball, HL (2007). Bed-sharing practices of initially breastfed infants in the first 6 months of life. *Infant and Child Development* 16, no. 4 (2007): 387–401.
- Ball, HL et al (2016). Bed-sharing by breastfeeding mothers: who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatrica*, DOI: 10.1111/apa.13354.
- Ball, HL, Hooker, E, Kelly, PJ (1999). Where will the baby sleep? Attitudes and practices of new and experienced parents regarding cosleeping with their newborn infants. *American Anthropologist* 101, no. 1 (1999): 143–151.
- Ballard O, Morrow AL (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin N Am.* 2013; 60:49–74.
- Balogun O et al. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.
- Balogun O, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.
- Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Review* [Internet]. 1977; 84(2):191-215. Available from: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Bandura A (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Management* [Internet]. 2012; 38(1):9-44. Available from: <http://jom.sagepub.com/content/38/1/9.full.pdf+html>
- Bandura A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191.
- Bandura, A (2006). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. [autor do livro] Frank Pajares & Tim Urdan (Eds.). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents – Adolescence and Education.* USA: IAP.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York, NY: W.H. Freeman and Company.

- Bardosono S, Morin C, Guelinckx I, Pohan R (2017). Pregnant and breastfeeding women: drinking for two? *Ann Nutr Metab.* 2017;70(1):13–7.
- Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E (2011). Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Mar 16;2011(3):CD002964. doi: 10.1002/14651858.CD002964.pub2. PMID: 21412881; PMCID: PMC4164375.
- Barnes LAJ, Barclay L, McCaffery K, Aslani P (2018). Complementary medicine products used in pregnancy and lactation and an examination of the information sources accessed pertaining to maternal health literacy: a systematic review of qualitative studies. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(229): 1-27. DOI: 10.1186/s12906-018-2283-9.
- Barr RG (2014). Crying as a trigger for abusive head trauma: a key to prevention. *Pediatr Radiol.* 2014;44(S4):559-564.
- Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, et al. (1991). Carrying as colic “therapy”: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991;87(5):623-30.
- Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, Francoeur TE, Hunziker UA (1991). Carrying as colic “therapy”: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 1991 May;87(5):623-30. PMID: 2020506.
- Barr RG, Rajabali F, Aragon M, Colbourne M, Brant R. (2015). Education about crying in normal infants is associated with a reduction in pediatric emergency room visits for crying complaints. *J Dev Behav Pediatr.* 2015;36(4):252-257.
- Barr, R (1998). Management of clinical problems and emotional care: Colic and Crying Syndromes in Infants. *Pediatrics.* [Em linha]. November 1998, Vol. 102, No. 5, pp. 1282-1286. [consultado em 01/03/2021]
- Bartholomew L, Lee MJ (2019). Substance use in the breastfeeding woman. *Contemporary OB/GYN Journal*, Vol 64 No 9, Volume 64, Issue 9.
- Bartick M, Barr AW, Feldman-Winter L, Guxens M, Tiemeier H (2022). The role of breastfeeding in racial and ethnic disparities in sudden unexpected infant death: a population-based study of 13 million infants in the United States. *Am J Epidemiol.* (2022) 191(7):1190–201. doi: 10.1093/aje/kwac050.
- Bartick M, Young M, Louis-Jacques A, McKenna JJ, Ball HL (2022). Bedsharing may partially explain the reduced risk of sleep-related death in breastfed infants. *Front Pediatr.* 2022 Dec 13;10:1081028. doi: 10.3389/fped.2022.1081028. PMID: 36582509; PMCID: PMC9792691.
- Batra, E. K., Midgett, J. D., & Moon, R. Y. (2015). Hazards associated with sitting and carrying devices for children two years and younger. *The Journal of Pediatrics*, 167(1), 183-187.
- Beale T, Heard S (2007). An ontology-based model of clinical information. *Stud Health Technol Inform.* 2007;129 (Pt 1):760-4. PMID: 17911819.
- Becker GE, Smith HA, Cooney F (2016). Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD006170. DOI: 10.1002/14651858.CD006170.pub5.
- Bedaso A, Gebrie M, Deribe B et al. (2019). Knowledge and practice on adequate sunlight exposure of infants among mothers attending EPI unit of Aleta Wondo Health Center, SNNPR, Ethiopia. *BMC Res Notes* 12, 183 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4221-4>.
- Bennet L, Walker DW, Horne RSC (2018). Waking up too early – the consequences of preterm birth on sleep development. *J Physiol.* 2018 Dec;596(23):5687-5708. doi: 10.1113/JP274950. Epub 2018 Jun 2. PMID: 29691876; PMCID: PMC6265542.
- Bennett A. E., McCartney D., Kearney J. M. (2016). Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery*, 40, 169–176. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.004
- Bennett C, Underdown A, Barlow J (2013). Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005038. DOI: 10.1002/14651858.CD005038.pub3.
- Berens P et al. (2016). Academy of Breastfeeding Medicine. *ABM Clinical Protocol# 26: Persistent pain with breastfeeding.* *Breastfeeding Medicine.* 2016;11(2):46-53.
- Berens P, Brodribb W (2016). *ABM Clinical Protocol# 20: Engorgement, Revised 2016.* *Breastfeed Med.* 2016;11(4):159-163.
- Bergman L, Gaskins L (2008). Expanding families: preparing for and introducing dogs and cats to infants, children, and new pets. *Vet Clin North Am Small Anim Pract.* 2008 Sep;38(5):1043-63, vi. doi: 10.1016/j.cvsm.2008.04.004. PMID: 18672153.
- Bergstrom, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: Associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth Issues Perinat. Care* 2013, 40, 32–38.
- Bernard K, Nissim G, Vaccaro S, Harris JL, Lindhiem O(2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: a meta-analysis. *Attach Hum Dev* (2018) 28:1–22. 10.1080/14616734.2018.1430839

- Bertini, G., Breschi, R., Dani, C. (2015). Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. *Acta Paediatr* 104(10), 1024-1027
- Bettiol A, Lombard N, Marconi E, Crescioli G, Bonaiti R, Maggini V, Gallo E, Mugelli A, Firenzuoli F, Ravaldi C, Vannacci A (2018). The use of complementary and alternative medicines during breastfeeding: results from the herbal supplements in breastfeeding investigation (HaBIT). *British Journal of Clinical Pharmacology*. 4(9): 2040-7. DOI: 10.1111/bcp.13639.
- Bicking Kinsey C, Hupey J (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept of analysis. *Midwifery* 29, 1314–1320. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.019.
- Bigelow AE, Power M (2020). Mother–Infant Skin-to-Skin Contact: Short- and Long-Term Effects for Mothers and Their Children Born Full-Term. *Front. Psychol.*, (11) 28 August 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921>,
- Bigelow AE, Williams LR (2020). To have and to hold: Effects of physical contact on infants and their caregivers. *Infant Behav Dev*. 2020 Nov;61:101494. doi: 10.1016/j.infbeh.2020.101494. Epub 2020 Sep 20. PMID: 32966905; PMCID: PMC7502223.
- Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, Feldman-Winter L, Marinelli KA, Bartick MC, et al. (2019). Bedsharing and breastfeeding: the academy of breastfeeding medicine protocol #6, revision 2019. *Breastfeed Med*. (2020) 15(1): 5–16. doi: 10.1089/bfm.2019.29144.psb.
- Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003. PMID: 29447711.
- Borg, B.A., Durgham, M., Shanti, C.M., & Klein, J.D. (2020). Sink bathing burns: A unique opportunity for an injury prevention initiative. *ELSEVIER*, 46(8), 1875-1879.
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1997). Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. *Infant Behavior and Development*, 20, 283-296.
- Borsani E, Della Vedova AM, Rezzani R, Rodella LF, Cristini C (2019). Correlation between human nervous system development and acquisition of fetal skills: an overview. *Brain Develop*. 41, 225–233. doi: 10.1016/j.braindev.2018.10.009
- Boskabadi H, Ramazan zadeh M, Zakerihamidi M, Rezagholizade OF (2014). Risk factors of breast problems in mothers and its effects on newborns. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16 (6): 8582.
- Botha E, Helminen M, Kaunonen M, Lubbe W, Joronen K. (2020). The Effects of an Infant Calming Intervention on Mothers' Parenting Self-Efficacy and Satisfaction During the Postpartum Period: A Randomized Controlled Trial. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2020 Oct/Dec;34(4):300-310. doi: 10.1097/JPN.0000000000000510. PMID: 33079803.
- Botha E, Joronen K, Kaunonen M. (2019). The consequences of having an excessively crying infant in the family: an integrative literature review. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(4):779-790. doi:10.1111/scs.12702.
- Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans HM (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health*, 23(4), 201–222.
- Brandon D, Hill CM, Heimall L, Lund CH, Kuller J, McEwan T, New K (2018). Neonatal skin care: evidence-based clinical practice guideline. 4th ed. Washington D.C.: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; 2018.
- Branjerdporn G, Meredith P, Strong J, Garcia J (2017). Associations between maternal-foetal attachment and infant developmental outcomes: a systematic review. *Matern. Child Health J*. 21, 540–553. doi: 10.1007/s10995-016-2138-2
- Brătilă, E (2015). Acquisition methodology of the newborn's cry. *Ginecologia*. [Em linha]. Abril, 2015, no 10, pp 52-55 [consultado em 01/03/2021]
- Brimdyr K, Cadwell K, Svensson K, Takahashi Y, Nissen E, Widström AM (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child Nutr*. 2020;16 :e13042
- Brito CG (2017). Licença-maternidade e licença-paternidade: elementos de igualdade ou diferença de gênero?. 2017. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.
- Brockington, IF (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*. 2004;3: 89–95.
- Brodribb, W. (2018). ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk, Production, Second Revision 2018. *Breastfeeding Medicine*, 13(5): 307-34. DOI: <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.29092.wjb>
- Brown A, Davies R (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr*. 2014;10(4):510–526. doi: 10.1111/mcn.12129.
- Bruno, A., Celebre, L., Mento, C., Rizzo, A., Silvestri, M. C., De Stefano, R., Zoccali, R. A., & Muscatello, M. R. A. (2020). When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1139. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041139>.

- Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM (2014). Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med*. 2014; 9 (2): 56-62.
- Budzynska K, Gardner Z, Duguoa J, Dog TL, Gardiner P (2012). P05.26. Systematic review of breastfeeding and herbs. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(Suppl 1), P386. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-S1-P386>
- Burke L (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*. 2003;15(3):243-55. doi: 10.1080/0954026031000136866. PMID: 2003-99739-005. First Author & Affiliation: Burke, L.
- Butler R, Moore M, Mindell JA (2016). Pacifier Use, Finger Sucking, and Infant Sleep. *Behav Sleep Med*. 14(6):615-23.
- Bzikowska A, Czerwonogrodzka-Senczyna A, Wesolowska A, Weker H (2017). Nutrition during breastfeeding – impact on human milk composition. *Pol Merkur Lekarski*. 2017 Dec 22;43(258):276-280. PMID: 29298968.
- Cakirli M, Acikgoz A (2021). A Randomized Controlled Trial: The Effect of Own Mother's Breast Milk Odor and Another Mother's Breast Milk Odor on Pain Level of Newborn Infants. *Breastfeed Med*. 2021 Jan;16(1):75-81. doi: 10.1089/bfm.2020.0222. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33085532.
- Cardoso A, Koch C, Buleção E (2020). Procedimentos da unidade curricular “Parentalidade”. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cardoso A, Paiva e Silva A (2010). Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: A study on the cultural suitability of ICNP. *International Nursing Review* 2011; 57(4): 426-434.
- Cardoso A, Paiva e Silva A, Marín H (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência* 2015; Série IV (4): 11-20.
- Cardoso A. (2012). Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20745>
- Cardoso, A. (2014). *Tornar-Se Mãe, Tornar-Se Pai: Estudo Sobre As Competências Parentais*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas.
- Cardoso, A.; Paiva e Silva, A.; Marín, H. (2015). Competências Parentais: Construção De Um Instrumento De Avaliação. *Revista De Enfermagem Referência*. Série Iv – N.º 4 – Jan./Fev./Mar. P. 11-20.
- Carey WB (1998). Teaching parents about infant temperament. *Pediatrics*. 1998 Nov;102(5 Suppl E):1311-6. PMID: 9794975.
- Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L (2018). Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am. J. Mens Health* 2018, 12, 720–729.
- Carlson MJ, et al. (2011). Couples as partners and parents over children's early years. *J Marriage Fam*. 2011;73(2):317–34.
- Carter EB, Barbier K, Sarabia R, Macones GA, Cahill AG, Tuuli MG (2017). Group versus traditional prenatal care in low-risk women delivering at term: a retrospective cohort study. *J Perinatol* 2017; 37:769–71.
- Carvalho J, Gaspar MF, Cardoso A (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest Educ Enferm*. 2017 Oct;35(3):285-294. doi: 10.17533/udea.iee.v35n3a05. PMID: 29767909.
- Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. (2015). Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD007622. DOI: 10.1002/14651858.CD007622.pub3.
- Cava-Tadik Y, Brown GL, Mangelsdorf SC (2020). Fathers' satisfaction with physical affection before and after the birth of a new baby: cross-parent effects and associations with family dynamics. *Journal of Family Issues*, 41(4). 10.1177%2F0192513X19875779.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Fluorosis. Centers for Disease Control and Prevention. Updated March 8, 2019.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). How to Clean, Sanitize, and Store Infant Feeding Items. Centers for Disease Control and Prevention. Page last reviewed: October 26, 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). Maternal Diet, October 2020 <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/diet-and-micronutrients/maternal-diet.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). Alcohol use in pregnancy. Centers for Disease Control and Prevention. Consultado a 20.08.2021, disponível em <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021a). Proper Storage and Preparation of Breast Milk. Consultado a 24.08.2021, disponível em <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>.
- Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, Abrão ACFV (2014). Injuries resulted from breastfeeding: a new approach to a known problem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 (2): 346-56.

- Chalmers JR, Haines RH, Bradshaw LE, Montgomery AA, Thomas KS, Brown SJ, et al. (2020). Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial. *Lancet*. 2020 Mar 21;395(10228):962-972. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32984-8. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32087126; PMCID: PMC7086156.
- Chertok IR (2009). Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction. *J Clin Nurs*. 2009 Nov;18(21):2949-55. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02912.x. Epub 2009 Sep 4. PMID: 19735341.
- Cock, E et al. (2015). Baby please stop crying: an experimental approach to infant crying, affect, and expected parenting self-efficacy, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33:4, 414-425.
- Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD002771. doi:10.1002/14651858.CD002771.pub4.
- Condon JT. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *Br J Med Psychol*. 1993 Jun;66 (Pt 2):167-83. doi: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x. PMID: 8353110.
- Cooke A (2015). Infant massage: The practice and evidence-base to support it. *British Journal of Midwifery*, Vol. 23, N.º 3 https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.3.166.
- Cooke, A., Bedwell, C., Campbell, M., McGowan, L., Ersser, S. J., & Lavender, T. (2018). Skin care for healthy babies at term: A systematic review of the evidence. *ELSEVIER*, 56, 29-43. doi:https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.001
- Copeland DB, Harbaugh BL (2019). “It’s Hard Being a Mama”: Validation of the Maternal Distress Concept in Becoming a Mother. *J Perinat Educ*. 2019 Jan 1;28(1):28-42. doi: 10.1891/1058-1243.28.1.28. PMID: 31086473; PMCID: PMC6491152.
- Counts J, Weisbrod A, Yin S. (2017). Common Diaper Ingredient Questions: Modern Disposable Diaper Materials Are Safe and Extensively Tested. *Clinical Pediatrics*. 2017;56(5_suppl):23S-27S. doi:10.1177/0009922817706998.
- Cox, C (2021). An Integrative Review of Fathers’ Needs During the Transition to Fatherhood: Implications for Perinatal Education. (2021). University Honors Theses. Paper 1063. https://doi.org/10.15760/honors.1089.
- Cox, S. M., Lashley, C. O., Henson, L. G., Medina, N. Y., & Hans, S. L. (2021). Making meaning of motherhood: Self and life transitions among African American adolescent mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(1), 120–131. https://doi.org/10.1037/ort0000521.
- Cranley, M. S. (1981). Developmental of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs. Res*. 30, 281–284. doi: 10.1097/0006199-198109000-00008.
- Crenshaw JT (2014). Healthy birth practice #6: Keep mother and baby together—It’s best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2014;23(4):211-217.
- Cubero J, Valero V, Sánchez J, Rivero M, Parvez H, Rodríguez AB, Barriga C. (2005). The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of 6-sulfatoxymelatonin and sleep in newborn. *Neuro Endocrinol Lett*. 26(6):657-61.
- Cuijllis I, Ap VD, Potharst E, Truijens SE, Al VB, Pop V (2016). Development of a Pre- and Postnatal Bonding Scale (PPBS). *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6, 1-7.
- Cullinane M, Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Payne MS, Bennett CM (2015). Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. *BMC Fam Pract*. 2015; 16 (1): 181.
- Cunningham SD, Lewis JB, Thomas JL, Grilo SA, Ickovics JR (2017). Expect With Me: development and evaluation design for an innovative model of group prenatal care to improve perinatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17:147.
- Cunningham, C., Foxenber, R., Hoffman, D., & Vongsa, R. (2020). The science behind wet wipes for infant skin: Ingredient. *Pediatric Dermatology*, pp. 447-454
- Daly SE, Di Rosso A, Owens RA, Hartmann PE (1993). Degree of breast emptying explains changes in the fat content, but not fatty acid composition, of human milk. *Exp Physiol*. 1993 Nov;78(6):741-55. doi: 10.1113/expphysiol.1993.sp003722. PMID: 8311942.
- D’Apolito K (2013). Breastfeeding and substance abuse. *Obstet Clin Gynecol* 2013;56: 202–211.
- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). Fathers’ views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: A qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4.
- Das RR, Sankar MJeeva, Agarwal R (2021). Bed sharing versus no bed sharing for healthy term neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 4. Art. No.: CD012866. DOI: 10.1002/14651858.CD012866.pub2.
- Davies SM, Silverio SA, Christiansen P, Fallon V (2021). Maternal-infant bonding and perceptions of infant temperament: The mediating role of maternal mental health. *J Affect Disord*. 2021 Mar 1;282: 1323-1329. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.023. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33601711.
- De Bengy AF, Lamartine J, Sigauco-Roussel D, Fromy B (2022). Newborn and elderly skin: two fragile skins at higher risk of pressure injury. *Biol Rev Camb Philos Soc*. 2022 Jun;97(3):874–95.

- De Cock, E. S. A., Henrichs, J., Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2016). Continuous feelings of love? The parental bond from pregnancy to toddlerhood. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 125–134. <https://doi.org/10.1037/fam0000138>.
- De Wild V, Jager G, Olsen A, Costarelli V, Boer E, Zeinstra G (2018). Breast-feeding duration and child eating characteristics in relation to later vegetable intake in 2–6-year-old children in ten studies throughout Europe. *Public Health Nutrition*, 21(12), 2320-2328. doi:10.1017/S1368980018000769.
- DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant behavior and Development*, 9(2), 133-150.
- Dejtár Waksman R, Harada MJCS (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil Revista Paulista de Pediatria, vol. 23, núm. 1, março, 2005, pp. 41-48
- Dekker J, Martherus T, Cramer SJE, van Zanten HA, Hooper SB, Te Pas AB (2017). Tactile Stimulation to Stimulate Spontaneous Breathing during Stabilization of Preterm Infants at Birth: A Retrospective Analysis. *Front Pediatr*. 2017 Apr 3;5:61. doi: 10.3389/fped.2017.00061. PMID: 28421171; PMCID: PMC5377072.
- Demarchi RF, Nascimento VF, Borges AP, Terças ACP, Grein TAD, Baggio E (2017). Perception of pregnant women and primiparous puerperas on maternity. *Rev enferm UFPE online*, 11(7), 2663-2673. 10.5205/1981-8963-v11i7a23438p2663-2673-2017.
- DeMontigny F., Larivière-Bastien D., Gervais C., St-Arneault K., Dubeau D., Devault A. (2018. b). Fathers' perspectives on their relationship with their infant in the context of breastfeeding. *Journal of Family Issues*, 39(2), 478–502.
- Dennis C, Jackson K, Watson J (2014). Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD007366. DOI: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315–23.
- Department of Health (2020). *Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care*. Canberra: Australian Government Department of Health.
- Derebent, E., Yiğit, R. (2008). Non-pharmacological pain management in newborn. *Firat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(2), 113-118.
- Devane, D., Barrett, N., Gallen, A. et al. (2019). Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a Delphi survey and stakeholder consensus process. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 198 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2346-z>.
- Dias JS, Vieira, TO, Vieira, GO (2017). Fatores associados ao trauma mamilar no período lactacional: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 17 (1). Jan-Mar 2017.
- DiPietro, J. A., Costigan, K. A., & Voegtline, K. M. (2015). Studies in fetal behavior: revisited, renewed, and reimagined. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(3), vii–94. <https://doi.org/10.1111/mono.v80.3>.
- Doaltabadi, Z., Amiri-Farahani, L. (2021). The effect of in-person and virtual prenatal care education of the spouses of primiparous women on the father and mother's attachment to infant: a quasi-experimental and controlled study. *Trials* 22, 588 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05559-0>.
- Doss, BD, Rhoades, GK (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>.
- Doss, BD, Rhoades, GK, Stanley, SM, & Markman, HJ (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Doucet, S et al. (2009). The secretion of areolar (Montgomery's) glands from lactating women elicits selective, unconditional responses in neonates. *PLoS One*. 2009;4(10):e7579.
- Dubief, A. (2017). *Precious Little Sleep: The Complete Baby Sleep Guide for Modern Parents*.
- Dudek J, Colasante T, Zuffianò A, Haley DW (2018). Changes in Cortical Sensitivity to Infant Facial Cues from Pregnancy to Motherhood Predict Mother–Infant Bonding. *Child Dev*. 2018; 0: 1–20.
- Duncan JR, Byard RW (2018). Sudden Infant Death Syndrome: An Overview. In: Duncan JR, Byard RW, editors. *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future*. Adelaide (AU): University of Adelaide Press; 2018 May. Chapter 2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513399/>
- Eckroth-Bucher M (2010). Self-awareness: a review and analysis of a basic nursing concept. *Adv Nurs Sci*. 2010;33(4):297-309. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181fb2e4c>.
- Ednick, M., Cohen, A. P., McPhail, G. L., Beebe, D., Simakajornboon, N., & Amin, R. S. (2009). A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. *Sleep*, 32(11), 1449–1458. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.11.1449>
- Eglash, A, Simon, L, & The Academy of Breastfeeding Medicine (2017). *ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants*, revised 2017. *Breastfeed Med* 12, (2017).

- Einspieler C, Marschik PB, Pechtl HF (2008). Prenatal origin and early postnatal development. *J Psychol*, 216 (2008), pp. 148-154.
- Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson RM, Mårtensson BL (2014). Women's use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med*. 2014 Nov;9(9):458-66. doi: 10.1089/bfm.2014.0026. Epub 2014 Sep 4. PMID: 25188544.
- Elad D et al. (2014). Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 111, 5230–5235 (2014).
- Elad D, Kozlovsky P, Blum O, Laine AF, Po MJ, Botzer E et al. (2014). Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proceedings of the National Academy of Sciences Apr 2014*, 111 (14) 5230-5235; DOI: 10.1073/pnas.1319798111
- Ellison RG, Greer BP, Burney JL, Goodell LS, Bower KB, Nicklas JC, Lou Z, Kavanagh KF (2017). Observations and Conversations: Home Preparation of Infant Formula Among a Sample of Low-Income Mothers in the Southeastern US. *J Nutr Educ Behav*. 2017 Jul-Aug;49(7):579-587.e1. doi: 10.1016/j.jneb.2017.04.027. PMID: 28689612.
- Ellwood J, Draper-Rodi J, Carnes D (2020). Comparison of common interventions for the treatment of infantile colic: a systematic review of reviews and guidelines. *BMJ Open*. 2020 Feb 25;10(2):e035405. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035405. PMID: 32102827; PMCID: PMC7202698.
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfredsdóttir, H., Sommerseth, E., Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 4(July). <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>.
- Ertmann, R.K., Bang, C.W., Kriegbaum, M. et al. (2021). What factors are most important for the development of the maternal–fetal relationship? A prospective study among pregnant women in Danish general practice. *BMC Psychol* 9, 2 (2021). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00499-x>.
- Esposito G, Setoh P, Yoshida S, Kuroda KO (2015). The calming effect of maternal carrying in different mammalian species. *Frontiers in Psychology*, 6:445.
- Esposito, G., Yoshida, S., Ohnishi, R., et al. (2013). Infant calming responses during maternal carrying in humans and mice. *Current Biology*, 23(9), 739-745.
- European Food Safety Authority (EFSA) (2020). Parma, Italy, Scientific Opinion on the Safety of Caffeine, EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA)2 <https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/consultation/150115.pdf>
- European Food Safety Authority Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies (NDA) (2010). Scientific opinion on dietary reference values for water. *EFSA J* 2010; 8:1459-1507.
- Évora AS, Adams MJ, Johnson SA, Zhang Z (2021). Corneocytes: relationship between structural and biomechanical properties. *Skin Pharmacol Physiol*. 2021;34(3):146–61.
- Farroni T, Menon E (2008). Percepção visual e desenvolvimento inicial do cérebro.; 2013. Disponível em <https://www.encyclopedia-crianca.com/cerebro/segundo-especialistas/percepcao-visual-e-desenvolvimento-inicial-do-cerebro>.
- Felder JN, Epel E, Lewis JB, Cunningham SD, Tobin JN, Rising SS, et al. (2017). Depressive symptoms and gestational length among pregnant adolescents: cluster randomized control trial of Centering Pregnancy® plus group prenatal care. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85:574–84.
- Ferber R. (2006). Solving your child's sleep problems: New, revised, and expanded edition. New York: Fireside.
- Ferketich SL, Mercer RT (1995). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nurs. Res.* 44, 31–37. doi: 10.1097/00006199-199501000-00007.
- Fernandes, J. D., Machado, M. C., & de Oliveira, Z. N. (2011). Prevenção e cuidados com a pele do recém-nascido e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110. doi:<https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000100014>
- Fernandes, J., Machado, M., & Oliveira, Z. (2009). Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: : parte II. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(1), 47-54.
- Feștilă, D., Ghergie, M., Muntean, A., Matiz, D., & Șerb Nescu, A. (2014). Suckling and non-nutritive sucking habit: what should we know?. *Clujul medical* (1957), 87(1), 11–14.
- Field T, Gonzalez G, Diego M, Mindell J (2016). Mothers massaging their newborns with lotion versus no lotion enhances mothers' and newborns' sleep. *Infant Behav Dev*. 45(Pt A):31-37.
- Fifer, WP, Moon, CM (1994). The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. *Acta Paediatrica*, 83(s397), 86-93.
- Filho HAG, Júnior EA, Júnior CFM, Nardoza LMM, AF (2013). Avaliação do comportamento fetal por meio da ultrassonografia de quarta dimensão: conhecimento atual e perspectivas futuras. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(5). 2013, p. 507-513.
- Firouzan, V., Noroozi, M., Mirghafourvand, M. et al. (2020). Comparing the effect of group- based training along with text messaging and compact disc- based training on men's knowledge and attitude about participation in perinatal care: a cluster randomized control trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 765 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03471-0>

- Flint A, New K, Davies M (2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD005092. DOI: 10.1002/14651858.CD005092.pub3.
- Forestell CA (2017). Flavor Perception and Preference Development in Human Infants. *Ann Nutr Metab.* 70 Suppl 3:17-25.
- Franco P, Chabanski S, Scaillet S, Groswasser J, and Kahn A. (2004). Pacifier use modifies infant's cardiac autonomic controls during sleep. *Early Hum Dev.* 77(1-2):99-108.
- Franco P, Seret N, van Hees JN, Scaillet S, Groswasser J and Kahn A. (2005). Influence of swaddling on sleep and arousal characteristics of healthy infants. *Pediatrics* 115: 1307-1311.
- Franklin A, Davies IR (2004). New evidence for infant colour categories. *Br J Dev Psychol.* 2004;22(3):349-377. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.456.5409&rep=rep1&type=pdf>
- Gabrieli, G, Scapin G, Bornstein M, Esposito G (2019). Are Cry Studies Replicable? An Analysis of Participants, Procedures, and Methods Adopted and Reported in Studies of Infant Cries. *Acoustics* 1, no. 4: 866-883.
- Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, Volume 16, Issue 3, June 2012, Pages 213-222.
- García-Lara NR et al. (2012). Effect of freezing time on macronutrients and energy content of breastmilk. *Breastfeeding Medicine.* 2012;7(4):295-301.
- Gardner H et al. (2015). Milk ejection patterns: an intra-individual comparison of breastfeeding and pumping. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):156.
- Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(10):973-82.
- Giardinelli L, Innocenti A, Benni L et al (2012) Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health* 15(1): 21-30.
- Gilkerson L, Burkhardt T, Katch LE, Hans SL (2020). Increasing parenting self-efficacy: The Fussy Baby Network® intervention. *Infant Ment Health J.* 2020 Mar;41(2):232-245. doi: 10.1002/imhj.21836. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32242969.
- Gilmore, J. H., Knickmeyer, R. C., & Gao, W. (2018). Imaging structural and functional brain development in early childhood. *Nature reviews. Neuroscience*, 19(3), 123-137. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.1>
- Göbel A, Barkmann C, Arck P, Hecher K, Schulte-Markwort, Diemert A & Mudra S (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery* 79.
- Goel N, Kim H, Lao RP (2005). An olfactory stimulus modifies nighttime sleep in young men and women. *Chronobiol Int.* 2005;22(5):889-904.
- Gordon M, Gohil J, Banks SSC. (2019). Parent training programmes for managing infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;12(12):CD012459. doi:10.1002/14651858.CD012459.pub2.
- Goyal RC, Banginwar AS, Ziyi F, Toweir AA (2011). Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling – A hospital-based study in Libya. *Journal of family & community medicine*, 18(2), 74-79. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.83372>.
- Gregory K (2006). Update on Nutrition for Preterm and Full-Term Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(1), p.98-108.
- Grisham LM, Rankin L, Maurer JA, Gephart SM, Bell AF (2023). Scoping Review of Biological and Behavioral Effects of Babywearing on Mothers and Infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2023 May;52(3):191-201. doi: 10.1016/j.jogn.2022.12.008. Epub 2023 Feb 1. PMID: 36738764.
- Grossman, X., Chaudhuri, J.H., Feldman-Winter, L., Merewood, A (2012). Neonatal weight loss at a US Baby-Friendly Hospital. *J Acad Nutr Diet* 112(3), 410-413.
- Haapanen ML, Markkanen-Leppänen M (2013). Development of a child's eating and urge for suckling. *Duodecim.* 2013;129(5):473-479.
- Habib C, Lancaster S (2006). The Transition to Fatherhood: Identity and Bonding in Early Pregnancy. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 4(3), 235-253. <https://doi.org/10.3149/fth.0403.235>
- Hairston IS, Handelzalts JE, Lehman-Inbar T et al. (2019). Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 125 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2264-0>.
- Halpern R, Coelho R. (2016). Excessive crying in infants. *J Pediatr.* 2016;92(3)(suppl 1):40-45.
- Hambidge, S., Cowell, A., Arden-Close, E. et al. (2021). "What kind of man gets depressed after having a baby?" Fathers' experiences of mental health during the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 463 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03947-7>.

- Hanna S, Wilson M, Norwood S (2013). A description of breast-feeding outcomes among U.S. mothers using nipple shields. *Midwifery*. 2013 Jun;29(6):616-21. doi: 10.1016/j.midw.2012.05.005. Epub 2012 Jul 12. PMID: 22795179.
- Hansen E., Tesch L., Ayton J. (2018). 'They're born to get breastfed'- how fathers view breastfeeding: A mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 238.
- Hart, Andrea D (1996). *Infant Physical Attractiveness, Affect, Temperament, and Gender in Relation to Tester Behavior* (1996). All Graduate Theses and Dissertations. 2389.
- Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. (2011) 128(1):103–10. doi: 10.1542/peds.2010-3000.
- Healey A, Mendelsohn A. (2019). AAP COUNCIL ON EARLY CHILDHOOD. Selecting Appropriate Toys for Young Children in the Digital Era. *Pediatrics*. 2019;143(1): e20183348
- Henrik N, Charles P, Raylene P, Joanna M (2022). Babywearing Practices and Effects on Parental, Child Physical and Psychological Health. *Acad J Ped Neonatol* 2022; 11(5): 555876. DOI: 10.19080/AJPN.2022.11.555876.
- Heydari G, Masjedi M, Ahmady AE, et al. (2014). A comparative study on tobacco cessation methods: A quantitative systematic review. *Int J Prev Med* 2014; 5:673–678.
- Ho FYY, Yeung WF, Ng THY, Chan CS (2016). The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2016;6:29281.
- Hoffman, B. D., Gallardo, A. R., & Carlson, K. F. (2016). Unsafe from the start: serious misuse of car safety seats at newborn discharge. *The Journal of Pediatrics*, 171, 48-54.
- Howard LM, Khalifeh H (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313–27.
- Huang Y, Hauck FR, Signore C, Yu A, Raju TN, Huang TT, et al. (2013). Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr*. 2013;167(11):1038-44. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2632>.
- Huang, Z., Hu, Ym (2020). Dietary patterns and their association with breast milk macronutrient composition among lactating women. *Int Breastfeed J* 15, 52 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00293-w>.
- Hugh SC, Wolter NE, Propst EJ, Gordon KA, Cushing SL, Papsin BC. (2014). Infant sleep machines and hazardous sound pressure levels. *Pediatrics*. 133(4):677-81.
- Hunter T, Cattelona GA (2014). Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers: exploring the impact of father involvement in the early post-partum period. *Heal Promot Perspect*. 2014;4(2):132–136. doi: 10.5681/hpp.2014.017.
- Hunziker UA, Barr RG (1986). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77(5):641-8.
- Hussain N, Sprague S, Madden K et al (2015) A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 16(1): 60-9.
- Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, et al. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial [published erratum appears in *Obstet Gynecol* 2007;110:937]. *Obstet Gynecol* 2007; 110:330–39.
- Ierardi E, Ferro V, Trovato A, Tambelli R, Crugnola CR (2018). Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Arch Womens Ment Health* (2018) 19:1–7. 10.1007/s00737-018-0919-x
- Imdad A, Bautista RM, Senen KA, Uy ME, Mantaring JB 3rd, Bhutta ZA (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;2013(5):CD008635. doi: 10.1002/14651858.CD008635.pub2. PMID: 23728678; PMCID: PMC8973946.
- Iversen, C., Lane, M. & Forsythe, S.J. (2004). The growth profile, thermotolerance and biofilm formation of *Enterobacter sakazakii* grown in infant formula milk. *Letters in Applied Microbiology*, 38(5):378-382.
- Iwata H, Mori E, Maehara K, Harada N, Saito A (2021). Effectiveness of parenting education for expectant primiparous women in Asia: a systematic review. *JBI Evid Synth*. 2021 Mar;19(3):523-555. doi: 10.11124/JBISRIR-D-19-00327. PMID: 33074992.
- Jaafar S, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M (2016). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.
- Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD006641. doi:10.1002/14651858. CD006641. pub3.

- James J, Lawrence R (2011). Can consuming caffeine while breastfeeding harm your baby? An interview with Ruth Lawrence, PhD. *J Caffeine Res.* 2011;1:192-4.
- Jensen D, Wallace S, Kelsay P (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994 Jan;23(1):27-32. doi: 10.1111/j.1552-6909.1994.tb01847.x. PMID: 8176525.
- Jhun I, Mata DA, Nordio F, Lee M, Schwartz J, Zanolletti A (2017). Ambient Temperature and Sudden Infant Death Syndrome in the United States. *Epidemiology.* 2017 Sep;28(5):728-734. doi: 10.1097/EDE.0000000000000703. PMID: 28661937; PMCID: PMC552234.
- Jindal AK, Gupta A, Vinay K, Bishnoi A (2020). Sun Exposure in Children: Balancing the Benefits and Harms. *Indian dermatology online journal*, 11(1), 94–98. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_206_19.
- Jordan S, Na R, Johnatty S, Wise L, Adami H, Brinton LA et al. (2017). Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk. *Obstetrics & Gynecology*, 129(6), 1059–1067. doi:10.1097/aog.0000000000002057.
- Juneau AL, Aita M, Héon M (2015). Review and Critical Analysis of Massage Studies for Term and Preterm Infants. *Neonatal Netw.* 2015;34(3):165-77. doi: 10.1891/0730-0832.34.3.165. PMID: 26802392.
- Kamp Dush, C. M., Rhoades, G. K., Sandberg-Thoma, S. E., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2014). Commitment across the transition to parenthood among married and cohabiting couples. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 3(2), 126. <https://doi.org/10.1037/cfp0000006>
- Karagüzel G, Aldemir H (2016). Umbilical Granuloma: Modern Understanding of Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management. *J Pediatrics Neonatal Care* 2016; 4 (3):00136.
- Karp, H (2016). *Happiest Baby on the Block*. 2nd ed. New York, NY: Random House US; 2015.
- Karp, H (2010). A Randomized, Controlled Trial of a Behavioral Intervention to Reduce Crying among Infants. *Journal of the American Board Family Medicine*. [consultado em 01/03/2021]
- Karp, H (2015). *The happiest baby on the block*. Bantam Books Revised. Estados Unidos da América.
- Karp, H. (2002). *The Happiest Baby on the Block: The New Way to Calm Crying and Help Your Newborn Baby Sleep Longer*. Bantam.
- Kelleher MM, Cro S, Cornelius V, Lodrup Carlsen KC, Skjervén HO, Rehbinder EM, et al. (2021). Skin care interventions in infants for preventing eczema and food allergy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;2:CD013534.
- Kennell JH, Klaus MH (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatr Rev.* 1998 Jan;19(1): 4-12. PMID: 9439163.
- Kennell JH., Klaus MH (1998). Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics* 19, 4–12.
- Kent, J et al. (2006). Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day. *Pediatrics* 2006, 117, pp. e387-e395. doi:10.1542/peds.2005-1417.
- Kent, J. C., Ashton E, Hardwick, CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, Menon LL, Scot, C, Mather-McCaw G, Navarro K, Geddes DT (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *International journal of environmental research and public health*, 12(10), 12247–12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>.
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rowan, M. K., Chia, E. S., Fairclough, K. A., Menon, L. L., Scott, C., Mather-McCaw, G., Navarro, K., & Geddes, D. T. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *International journal of environmental research and public health*, 12(10), 12247–12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry Human Development*, 43, 683–714. doi: 10.1007/s10578-012-0291-4.
- Klamann U, Kazmierczak M, Pawlicka P, Obuchowska A (2021). Is it too much for me? General self-efficacy and emotional reactions to infant’s cry. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39:3, 236-249.
- Klaus MH, Kennell JH (1993). *Pais/bêbe: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Koning S, Bodevics FAJA, Brinkhorst C, Zuuren EJ, van Hijum SAFT, Bruijnzeel-Koomen CAFM, Schuttelaar MLA (2019). Effect of zinc oxide with and without antioxidants on prevention of diaper dermatitis in infants. *Acta Derm Venereol.* 2019 May 1;99(6):529-535.
- Kornides M, Kitsantas P (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *J Child Health Care* 2013;17(3):264–73. DOI: 10.1177/1367493512461460.
- Kronborg H, Foverskov E, Nilsson I, Maastrup R (2016). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern Child Nutr.* 2017 Jan;13(1):e12251. doi: 10.1111/mcn.12251. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26799605; PMCID: PMC6866009.
- Kronborg H, Foverskov E, Nilsson I, Maastrup R (2017). Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern Child Nutr.* 2017 Jan;13(1):e12251. doi: 10.1111/mcn.12251. Epub 2016 Jan 21. PMID: 26799605; PMCID: PMC6866009.

- Ludriksone L, Garcia Bartels N, Kanti V, Blume-Peytavi U, Kottner J (2014). Skin barrier function in infancy: a systematic review. *Arch Dermatol Res*. 2014 Sep;306(7):591-9.
- Maas MK, McDaniel BT, Feinberg ME, Jones DE (2018). Division of labor and multiple domains of sexual satisfaction among first-time parents. *Journal of Family Issues*, 39(1), 104-27. 10.1177%2F0192513X15604343.
- Macfarlane A. Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. *Ciba Found Symp*. 1975;(33):103-17. doi: 10.1002/9780470720158.ch7. PMID: 1045976.
- Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. (2015) The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213: 688.e1-9.
- Mahesh P, Gunathunga MW, Arnold SM, et al. (2018). Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 18(1), 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>.
- Mahrhauser D, Nagelreiter C, Baierl A, Skipiol J, Valenta C (2015). Influence of a multiple emulsion, liposomes and a microemulsion gel on sebum, skin hydration and TEWL. *Int J Cosmet Sci*. 2015 Apr;37(2):181-6.
- Marinelli, K, Ball, H, McKenna, J, and Blair, P, (2019). An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse, *Journal of Human Lactation*, doi: [10.1177/0890334419851797](https://doi.org/10.1177/0890334419851797)
- Marx V, Nagy E. (2017) Fetal behavioral responses to the touch of the mother's abdomen: A Frame-by-frame analysis. *Infant Behav Dev*. 2017 May;47:83-91. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.03.005. Epub 2017 Mar 31. PMID: 28371722.
- Marx, V., & Nagy, E. (2015). Fetal Behavioural Responses to Maternal Voice and Touch. *PloS one*, 10(6), e0129118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129118>.
- Mason ZS, Briggs RD, Silver EJ (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social-emotional development, and parenting stress. *J Reprod Infant Psychol*. 2011; 29: 382-394.
- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29(5), 474-478. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>.
- Mazzoni SE, Carter EB (2017). Group prenatal care. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:552-6.
- McCreeady A, Bird S, Brown LJ, et al. (2018) Effects of maternal caffeine consumption on the breastfed child: A systematic review. *Swiss Med Wkly*. 2018;148:w14665.
- McCreeady A, Bird S, Brown LJ, Shaw-Stewart J, Chen YF (2018). Effects of maternal caffeine consumption on the breastfed child: a systematic review. *Swiss Med Wkly*. 2018 Sep 28;148:w14665. doi: 10.4414/smw.2018.14665. PMID: 30294771.
- McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
- McLaren SJ, Page WH, Parker L, Rushton M (2013). Noise producing toys and the efficacy of product standard criteria to protect health and education outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec 19;11(1):47-66. doi: 10.3390/ijerph110100047. PMID: 24452254; PMCID: PMC3924436.
- McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, et al. (2006). The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. *Pediatrics*. 2006 Jul;118(1):e174-82. doi: 10.1542/peds.2005-1551. PMID: 16818531.
- McLeish J, Redshaw M (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 28 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1220-0>
- McNally J, Hugh-Jones S, Caton S, Vereijken C, Weenen H, Hetherington M (2016). Communicating hunger and satiation in the first 2 years of life: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016 Apr;12(2):205-28. doi: 10.1111/mcn.12230. Epub 2015 Dec 1. PMID: 26620159; PMCID: PMC4991302.
- McNamara J, Townsend ML, Herbert JS (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PloS one*, 14(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Meedya S, Fernandez R, Fahy K (2017). Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Sep;15(9):2307-2332. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002955. PMID: 28902698.
- Meier PP et al. (2016). Which breast pump for which mother: an evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36(7):493-499.
- Mendes, B. R., Shimabukuro, D. M., Uber, M., & Abagge, K. T. (2016). Avaliação crítica do pH dos sabonetes infantis. *Jornal de Pediatria*.

- Mennella JA, Beauchamp GK (1999). Experience with a flavor in mother's milk modifies the infant's acceptance of flavored cereal. *Dev Psychobiol.* 1999 Nov;35(3):197-203. doi: 10.1002/(sici)1098-2302(199911)35:3<197::aid-dev4>3.0.co;2-j. PMID: 10531532.
- Mennella JA, Daniels LM, Reiter AR (2017). Learning to like vegetables during breastfeeding: a randomized clinical trial of lactating mothers and infants. *Am J Clin Nutr.* 106(1):67-76.
- Mercer RT, Ferketich SL (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nurs. Res.* 43, 344-351. doi: 10.1097/00006199-199411000-00005.
- Mercer, R.T. and Walker, L.O. (2006), A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35: 568-582. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>.
- Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S., & Koussa, M. (2017). Response-based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry. *Early Human Development*, 108, 49-57.
- Mihelic M, Filus A, Morawska A (2016). Correlates of prenatal parenting expectations in new mothers: is better self-efficacy a potential target for preventing postnatal adjustment difficulties? *Prev Sci.* 2016;17(8):949-59.
- Mihelic M, Morawska A, Filus A (2017). Effects of early parenting interventions on parents and infants: a meta-analytic review. *J Child Fam Stud.* 2017;26(6):1507-26.
- Mihelic, M., Morawska, A. & Filus, A (2018). Preparing parents for parenthood: protocol for a randomized controlled trial of a preventative parenting intervention for expectant parents. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 311 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1939-2>.
- Mindell JA, Lee CI, Leichman ES, Rotella KN (2018). Massage-based bedtime routine: impact on sleep and mood in infants and mothers. *Sleep Med.* 41:51-57
- Mindell JA, Leichman ES, Lee C, Williamson AA, Walters RM (2017). Implementation of a nightly bedtime routine: How quickly do things improve? *Infant Behav Dev.* 49:220-227.
- Mirmiran M, Maas YG, Ariagno RL (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep Med Rev.* 2003 Aug;7(4):321-34. doi: 10.1053/smr.2002.0243. PMID: 14505599.
- Mitchell EA, Freemantle J, Young J, Byard RW (2012). Scientific consensus forum to review the evidence underpinning the recommendations of the Australian SIDS and Kids Safe Sleeping Health Promotion Programme-October 2010. *J Paediatr Child Health.* 2012;48(8):626-33. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2011.02215.x>.
- Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M (2004). Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr.* 2004 Dec;93(12):1640-5. doi: 10.1080/08035250410023115. PMID: 15841774.
- Moller EL, de Vente W, Rodenburg R (2019) Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement. *PLoS ONE* 14 (4): e0214548.
- Moon RY (2011). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics.* 2011;128(5):e1341-e1367.
- Moon RY, Carlin RF, Hand I, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, The Committee on Fetus and Newborn (2022). Sleep-related infant deaths: updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics.* (2022) 50(1):e2022057990. doi: 10.1542/peds.2022-057990.
- Moon, C., Cooper, R. P., & Fifer, W. P. (1993). Two-day-olds prefer their native language. *Infant behavior and development*, 16(4), 495-500.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. (2016) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. [consultado em 15/06/2021].
- Moore SR, McEwen LM, Quirt J, Morin A, Mah SM, Barr RG, Boyce WT, Kobor MS (2017). Epigenetic correlates of neonatal contact in humans. *Dev Psychopathol.* 2017 Dec;29(5):1517-1538. doi: 10.1017/S0954579417001213. PMID: 29162165.
- Morgan et al. (2011). Should Neonates Sleep Alone? *Biological Psychiatry Journal.* (2011), 70:817-825, <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.06.018>.
- Mori E, Iwata H, Maehara K, Sakajo A, Ina K, Harada N (2019). Effectiveness of parenting education for expectant primiparous women in Asian countries: a quantitative systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2019 Jun;17(6):1034-1042. doi: 10.11124/JBISIR-2017-003974. PMID: 31045626.
- Moschino L, Zivanovic S, Hartley C, Trevisanuto D, Barald, E, RoehrCC (2020). Caffeine in preterm infants: where are we in 2020?. *ERJ open research*, 6(1), 00330-2019. <https://doi.org/10.1183/23120541.00330-2019>
- Myr R (2014). Promoting, protecting, and supporting breastfeeding in a community with a high rate of tobacco use. *J Hum Lact* 2014; 20:415-416.
- Nabulsi M, Ghanem R, Abou-Jaoude M, Khalil A (2019). Breastfeeding success with the use of the inverted syringe technique for management of inverted nipples in lactating women: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 737. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3880-8>.

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM); Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Supporting the Parents of Young Children; Breiner H, Ford M, Gadsden VL, editors (2016). *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 21. 2. Parenting Knowledge, Attitudes, and Practices. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK402020/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015) Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). NICE guideline [NG4] Safe midwifery staffing for maternity settings. Published: 27 February 2015.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). Last updated 11 February 2020. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2020). Clinical knowledge summary “nappy rash”; 2020.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021). National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care [M] benefits and harms of bed sharing: nice guideline Ng194. London: NICE (2021) Contract No.: NG194. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>.
- NCT (2016). Difficulties with baby bonding affect third of UK mums. Available at: <https://www.nct.org.uk/about-us/news-and-views/news/difficulties-baby-bonding-affect-third-uk-mums>
- Ndikom CM, Fawole B, Ilesanmi RE (2014). Extra fluids for breastfeeding mothers for increasing milk production. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD008758. DOI: 10.1002/14651858.CD008758.pub2.
- Negin J, Coffman J, Vizintin P et al. (2016). The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 91 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0880-5>.
- Newberry JA (2018). Creating a Safe Sleep Environment for the Infant: What the Pediatric Nurse Needs to Know. *J Pediatr Nurs*. 2019 Jan-Feb;44:119-122. doi: 10.1016/j.pedn.2018.12.001. Epub 2018 Dec 15. PMID: 30683277.
- Nguyen JL, Schwartz J, Dockery DW (2014). The relationship between indoor and outdoor temperature, apparent temperature, relative humidity, and absolute humidity. *Indoor Air*. 2014;24(1):103-112.
- Niazi A, Rahimi VB, Soheili-Far S, Askari N, Rahmaniyan-Devin P, Saneifar Z, Sahebkar A, Rakhshandeh H, Askari VR. (2018). A Systematic Review on Prevention and Treatment of Nipple Pain and Fissure: Are They Curable? *J Pharmacopuncture*. 2018 Sep;21(3):139-150. doi: 10.3831/KPI.2018.21.017. Epub 2018 Sep 30. PMID: 30283701; PMCID: PMC6168189.
- Noel-Weiss, J., Courant, G., Woodend, A.K. (2008). Physiological weight loss in the breastfed neonate: a systematic review. *Open Med* 2(4), e99–e110.
- Norwegian SIDS and Stillbirth Society (2021). Norwegian Resource Centre for Breastfeeding. Landsforeningen uventet barnedød (LUB), Safe sleep for babies. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød (LUB) (2021). Disponível em: <https://lub.no/getfile.php/132204-1639060586/Materiell/Brosjyre/Safe%20sleep%20for%20babies.pdf>.
- Nyström K, Ohrling K (2004). Parenthood experiences during the child’s first year: literature review. *J Adv Nurs*. 2004 May;46(3):319-30. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x. PMID: 15066113.
- Ochiltree G (2006). The changing role of grandparents. Australian Family Relationships Clearinghouse Briefing, N. 2. Australian Government Department of Families, Community Services and Indigenous Affairs. Disponível em <https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/b2.pdf>
- Oddi KB, Murdock KW, Vadnais S, Bridgett DJ, Gartstein MA. (2013). Maternal and infant temperament characteristics as contributors to parenting stress in the first year postpartum. *Infant Child Dev*. 2013;22(6):553-579. doi:10.1002/icd.1813.
- O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J et al (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*(7): CD007007.
- O’Donnell KJ, Bugge Jensen A, Freeman L et al (2012) Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11betaHSD2. *Psychoneuroendocrinology* 37(6): 818–26.
- Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, Rwabilimbo AG, Ogbo AO, Uwaibi NE et al. (2020). On Behalf Of The Global Maternal And Child Health Research Collaboration GloMACH. Breastfeeding in the Community-How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 8;17(2):413. doi: 10.3390/ijerph17020413. PMID: 31936302; PMCID: PMC7014137.
- Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., Nakamura, Y., et al. (2017). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: a prospective cohort study. *Scientific reports*, 7(1), 9546. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-08768-3>.

- Ojukwu CP, Anyanwu GE, Anekwu EM, Chukwu SC, Fab-Agbo C (2017). Infant carrying methods: Correlates and associated musculoskeletal disorders among nursing mothers in Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* 2017 Oct;37(7):855-860. doi: 10.1080/01443615.2017.1306840. Epub 2017 Apr 11. PMID: 28397536.
- Okemuo, A, Anekwu, E, Ojukwu, C (2018). Are infants at risk of breast feeding- and infant carrying- related musculoskeletal disorders? *Arch Physiother Glob Res* 2018; 22 (1): 21-34.
- Oliveira, D., Moura, H., & Oliveira, A. (2008). Higiene Bucal de Recém-nascidos de 0 a 6 Meses, pp. 34-38. *Revista Científica do ITPAC.* ,pp. 34-38.
- Oliveira, DS, Lopes, RCS (2008). “Mãe, Quero Ficar Contigo...”: Comportamentos de dependência do primogênito no contexto de gestação de um irmão. *Psicologia: Reflexão e Crítica [Em linha]*. 2008, Vol.21, n.º 2, pp. 212-220. [Consult. 16 setembro 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000200007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (1.ª Edição, setembro 2002; Revisão e reimpressão: Agosto de 2012).
- Pace RM, Williams J E, Järvinen KM, Belfort MB, Pace C, et al. (2021). Characterization of SARS-CoV-2 RNA, Antibodies, and Neutralizing Capacity in Milk Produced by Women with COVID-19. *mBio*, 12(1), e03192-20. <https://doi.org/10.1128/mBio.03192-20>.
- Palazzi DL, Brandt ML (2023). Care of the umbilicus and management of umbilical disorders [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-umbilicus-and-management-of-umbilical-disorders1>.
- Parfitt Y, Pike A, Ayers S (2014). Infant developmental outcomes: a family systems perspective. *Infant Child Dev.* 2014; 23: 353–73.
- Parker L et al. (2017). Optimal Time to Initiate Breast Milk Expression in Mothers Delivering Extremely Premature Infants. *FASEB Journal.* 2017;31(1 Supplement):650-19.
- Parker,L.A., Sullivan,S., Krueger,C., Kelechi,T., & Mueller,M (2012). Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: A pilot study. *J Perinatol* 32, 205-209 (2012).
- Partanen E et al. (2013). Prenatal music exposure induces long-term neural effects. *PLoS One.* 2013;8(10):e78946.
- Partanen E, Kujala T, Tervaniemi M, Huotilainen M (2016). Prenatal music exposure induces long-term neural effects. *PLoS One.* 2013;8:6. doi: 10.1371/journal.pone.007894.
- Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Flaherman VJ. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. *Pediatrics.* 2016 Dec;138(6):e20162625. doi: 10.1542/peds.2016-2625. Epub 2016 Nov 9. PMID: 27940721.
- Pease AS, Fleming PJ, Hauck FR, Moon RY, Horne RSC, et al. (2016). Opens in a new window Swaddling and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics* DOI: 10.1542/peds.2015-3275
- Pedrotti, BG, Frizzo, GB (2019). Influência da chegada do recém-nascido na relação conjugal no contexto de depressão pós-parto: perspectiva materna. *Pensando famílias*, 23(1), 73-88. Recuperado em 16 de agosto de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Peirano P, Algarín C, Uauy R (2003). Sleep-wake states and their regulatory mechanisms throughout early human development. *J Pediatr.* 2003 Oct;143(4 Suppl):S70-9. doi: 10.1067/s0022-3476(03)00404-9. PMID: 14597916.
- Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet Child and Adolescent Health.* 2021. Disponível em <https://newbornfieldguide.com/en/chapters/2/2-newborn-health-epidemiology/>.
- Perl SH, Uzan-Yulzari A, Klainer H, et al. (2021). SARS-CoV-2-Specific Antibodies in Breast Milk After COVID-19 Vaccination of Breastfeeding Women. *JAMA* 325(19), 2013–2014. doi:10.1001/jama.2021.5782.
- Peter S et al (2019). Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019
- Pinquant M, Teubert D (2010). Effects of parenting education with expectant and new parents: a meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2010 Jun;24(3):316-27. doi: 10.1037/a0019691. PMID: 20545405.
- Poblano, A., Haro, R., & Arteaga, C. (2007). Neurophysiologic measurement of continuity in the sleep of fetuses during the last week of pregnancy and in newborns. *International journal of biological sciences*, 4(1), 23–28. <https://doi.org/10.7150/ijbs.4.23>.
- Pontoppidan, M., Andrade, S.B., Kristensen, I.H. et al. (2019). Maternal confidence after birth in at-risk and not-at-risk mothers: internal and external validity of the Danish version of the Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS). *J Patient Rep Outcomes* 3, 33 (2019). <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0126-1>.
- Prember Å., Carlsson G., Hellström A.-L., Berg M. (2011). First-time fathers’ experiences of childbirth—A phenomenological study. *Midwifery*. 2011; 27: 848–853. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.002.
- Prieto-Gómez R, Baeza-Weinmann B. (2010). Lactancia materna: Prevalencia de grietas y dolor en mujeres que amamantan, región de la araucanía, Temuco, Chile. 2010-2011. *Rev Colombiana Obstetr Ginecol.* 2013; 64 (3): 229-33.

- Prime, D.K., Garbin, C.P., Hartmann, P.E., & Kent, J.C. (2012). Simultaneous breast expression in breastfeeding women is more efficacious than sequential breast expression. *Breastfeed Med* 7, 442-447 (2012).
- Prinds C, Hvidt NC, Mogensen O, Buus N (2014). Making existential meaning in transition to motherhood - a scoping review. *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):733-41. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.021. Epub 2013 Aug 5. PMID: 23928210.
- Priyadarshi M, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ (2022). Topical emollient application in term healthy newborns: A systematic review. *J Glob Health*. 2022 Jul 25;12:12002. doi: 10.7189/jogh.12.12002. PMID: 35871408; PMCID: PMC9308984.
- Qi Y, Zhang Y, Fein S, et al. (2014). Maternal and breast pump factors associated with breast pump problems and injuries. *J Hum Lact* 2014;30:62-72.
- Quattrin, R., Iacobucci, K., De Tina, A. L., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferrero, S. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care. *Medicine (United States)*, 95(14), 1-5
- Raising Children Network (2019). Baby carriers, slings and backpacks: safety guide. Newborns, safety, Equipment and Furniture. Updated October 10, 2019. <https://raisingchildren.net.au/newborns/safety/equipment-furniture/baby-carrier-sling-safety>.
- Reece-Stremtan S, Marinelli KA (2015). ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(3), 135-141. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.9992>
- Reed K (2017). 7 health benefits of direct sunlight to new born babies. Positive health wellness. 2017. <https://www.positivehealthwellness.com/diet-nutrition/7-health-benefits-direct-sunlight-newborn-babies/>.
- Rêgo, C (2022). Leites e fórmulas infantis. In Videira-Amaral JM. Coordenador e autor. *Tratado de Clínica Pediátrica*. 3ª edição. Lisboa: Circulo Médico, 2022 (ISBN: 978-989-54122-3-5). Disponível em <https://tratadoclinicapediatria.pt/i-volume/parte-xi-nutricao/leites-e-formulas-infantis/>
- Reichrath J, Rass K. (2014). Ultraviolet damage, DNA repair and vitamin D in nonmelanoma skin cancer and in malignant melanoma: An update. *Adv Exp Med Biol*. 2014; 810:208-33.
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3). Accessed August 17, 2014.
- Reynolds-Miller RL (2016). Potential Therapeutic Benefits of Babywearing. *Creat Nurs*. 2016 Feb 1;22(1):17-23. doi: 10.1891/1078-4535.22.1.17. PMID: 30188302.
- Rikvees SA (2003). Developing circadian rhythmicity in infants. *Pediatrics* 112: 373-381. Shah PS, Aliwalas L, and Shah V. 2007. Breastfeeding or breast milk to alleviate procedural pain in neonates: a systematic review. *Breastfeeding medicine* 2:74-82.
- Rising SS (1998). Centering pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery* 1998; 43:46-54.
- Rodríguez K, Cunningham C, Foxenberg R, Hoffman D, Vongsa R (2020). The science behind wet wipes for infant skin: Ingredient. *Pediatric Dermatology*, pp. 447-454.
- Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., et al. (2017). Parenting Stress, Mental Health, Dyadic Adjustment: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology*, 8, 839.
- Rothbart MK (2019). Early Temperament and Psychosocial Development. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Rothbart MK, topic ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. <https://www.child-encyclopedia.com/temperament/according-experts/early-temperament-and-psychosocial-development>. Updated November 2019. Accessed October 20, 2021.
- Roy, R. N., Schumm, W. R., & Britt, S. L. (2014). *Transition to parenthood*. New York: Springer
- Rubin R (1967). Attainment of the maternal role: part I. Processes. *Nurs. Res.* 16, 237-245. doi: 10.1097/00006199-196701630-00006.
- Sabati S, Mousa O (2019). Effect of Early Initiation of Breastfeeding on the Uterine Consistency and the Amount of Vaginal Blood Loss during Early Postpartum Period. *Nur Primary Care*, 3(3), 1-6 doi: 10.33425/2639-9474.1108
- Safari, K., Saeed, A.A., Hasan, S.S. et al. (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. *Int Breastfeed J* 13, 32 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>.
- Sakala C, Newburn M (2014). Meeting needs of childbearing women and newborn infants through strengthened midwifery. *Lancet*. 2014 Sep 20;384(9948):e39-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60856-4. Epub 2014 Jun 22. PMID: 24965817.

- Saleh ASA (2016). Therapeutic effect of common salt on umbilical granuloma in infants. *Int J Med Sci Public Health* 2016; 5:911-914.
- Salehi K, Kohan S. (2017). Maternal-fetal attachment: what we know and what we need to know. *Int J Pregn & Chi Birth*. 2017;2(5):146-148. DOI: 10.15406/ijpcb.2017.02.00038
- Salehi K, Salehi Z, Shaali M (2017). The effect of education of fetal movement counting on maternal-fetal attachment in the pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Pediatrics*, 5(4), 4699–4706.
- Salihu HM, August EM, Mbah AK, Alio AP, Berry E, Aliyu MH (2014). Impact of a Federal Healthy Start Program on feto-infant morbidity associated with absent fathers: a quasi-experimental study. *Maternal and Child Health Journal*. November 2014; 18(9): 2054-2060. doi:10.1007/s10995-014-1451-x
- Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Grupo PrevInfad/PAPPS. *Prevención Del Síndrome De Muerte Súbita En El Lactante* (2016). Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2016). Available from: <https://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante>.
- Satyanaarayana VA, Lukose A, Srinivasan K (2011). Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 351–361. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.91911>
- Schaal, B., Marlier, L., & Soussignan, R. (2000). Human foetuses learn odours from their pregnant mother’s diet. *Chemical senses*, 25(6), 729-737.
- Schluter PJ, Paterson J, Percival T (2007). Infant care practices associated with sudden infant death syndrome: Findings from the Pacific Islands Families study. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(5):388-93. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.01085.x>.
- Shandley S, Capilouto G, Tamília et al. (2021). Abnormal Nutritive Sucking as an Indicator of Neonatal Brain Injury. *Frontiers in Pediatrics*. 8: 875.
- Shapiro-Mendoza CK, Colson ER, Willinger M, Rybin DV, Camperlengo L, Corwin MJ (2015). Trends in infant bedding use: National Infant Sleep Position study, 1993-2010. *Pediatrics*. 2015 Jan;135(1):10-7. doi: 10.1542/peds.2014-1793. Epub 2014 Dec 1. PMID: 25452654; PMCID: PMC4279068.
- Sherriff N., Hall V., Pickin M. (2009). Fathers’ perspectives on breastfeeding: Ideas for intervention. *British Journal of Midwifery*, 17(4), 223–227.
- Shimoda GT, Soares AV, Aragaki IMM, McArthur A (2015). Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of São Paulo: a best practice implementation project. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2015; 12 (13): 212-32.
- Shorey, S., & Chan, V. (2020). Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1307–1319. <https://doi.org/10.1111/jan.14325>.
- Silva FR, Lacerda MR, Gomes IM, Denipote AGM, Teruya LM (2021). A experiência do puerpério para as famílias: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3).
- Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman M, et al. (2014). Immigrant and non-immigrant women’s experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:152.
- Smith E, Hurt L, Chowdhury R, Sihna B, Fawzi W, Edmond K (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>, accessed 2 October 2017).
- Smith, H.J., Portela, A.G. & Marston, C (2017). Improving implementation of health promotion interventions for maternal and newborn health. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 280 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1450-1>.
- Souza SL, Castro RM, Nogueira MI (2003). Comportamento alimentar neonatal. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 3 (3). Set 2003. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000300002>.
- Spahn JM, Callahan EH, Spill MK, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, Black MM, Cook JT, Faith MS, Mennella JA, Casavale KO (2019). Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children’s responses: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2019 Mar 1;109(Suppl_7):1003S-1026S. doi: 10.1093/ajcn/nqy240. PMID: 30982867.
- Sri Widiastuti I, Rustina Y, Efendi D (2020). The use of breastfeeding pillow to reduce discomfort for breastfeeding mothers. *Pediatric reports*, 12(Suppl 1), 8702. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8702>.
- St James-Roberts I, Alvarez M, Csipke E, et al. (2006). Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a “proximal” form of care. *Pediatrics* 2006;117(6):e1146-e1155.
- Stamatas GN, Nikolovski J, Luedtke MA, Kollias N, Wiegand BC (2017). Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatr Dermatol*. 2017 Jul;34(4):450-456.

- Steen M, Downe S, Bamford N, Edozien L (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery* 28, 362–371. doi: 10.1016/j.midw.2011.06.009
- Stewart D, Benitz W (2016). Committee On Fetus and Newborn. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3): e20162149. doi: 10.1542/peds.2016-2149. PMID: 27573092.
- Stone PR, Burgess W, McIntyre J, Gunn AJ, Lear CA, Bennet L, Mitchell EA & Thompson JMD (2017). An investigation of fetal behavioural states during maternal sleep in healthy late gestation pregnancy: an observational study. *J Physiol* 595, 7441–7450.
- Strauch, L., Sweet, L., Scott, H. et al. (2019). Mechanisms of support for exclusive breastmilk expressers in the community: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 511 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2667-y>.
- Sturgeon M (2015). Parent Plus: How to keep your baby safe during bath time The American Academy of Pediatrics. Disponível em <https://www.aapublications.org/news/2015/11/11/PPBath111115>
- Stykes, B. (2015). Marital Stability Following Mother's 1st Marital Birth (No. FP-15-11). Retrieved from National Center for Family & Marriage Research website: <https://www.bgsu.edu/ncfmr/resources/data/family-profiles/stykes-marital-stability-fp-15-11.html>
- Südzüütė K, Murauskienė G, Jariėnė K et al. (2020). Pre-existing mental health disorders affect pregnancy and neonatal outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 419 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03094-5>
- Suwanrath C, Suntharasaj T (2010). Sleep-wake cycles in normal fetuses. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Mar;281(3):449-54. doi: 10.1007/s00404-009-1111-3. Epub 2009 May 12. PMID: 19434415.
- Takács L, Smolík F, Kaźmierczak M, Putnam SP (2020). Early infant temperament shapes the nature of mother-infant bonding in the first postpartum year. *Infant Behav Dev*. 2020 Feb;58: 101428. doi: 10.1016/j.infbeh.2020.101428. Epub 2020 Mar 2. PMID: 32135403.
- Takegata M, Matsunaga A, Ohashi Y, Toizumi M, Yoshida LM, Kitamura T (2021). Prenatal and Intrapartum Factors Associated with Infant Temperament: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021 Apr 8; 12:609020. doi: 10.3389/fpsyg.2021.609020. PMID: 33897486; PMCID: PMC8060501.
- Tanner-Smith EE, Steinka-Fry KT, Lipsey MW (2014). The effects of Centering Pregnancy group prenatal care on gestational age, birth weight, and fetal demise. *Matern Child Health J* 2014; 18:801–9.
- Tappin D, Ecob R, Brooke H (2005). Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: A case-control study. *J Pediatr*. 2005;147(1):32-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.01.035>.
- ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, et al. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2).
- Thomas KA, Burr RL, Spieker S (2016). Light and maternal influence in the entrainment of activity circadian rhythm in infants 4-12 weeks of age. *Sleep Biol Rhythms*. 14(3):249-255.
- Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D, et al. (2017). Duration of breastfeeding and risk of sids: an individual participant data meta-analysis. *Pediatrics*. (2017) 140(5):e20171324. doi: 10.1542/peds.2017-1324.
- Thompson R, Kruske S, Barclay L, Linden K, Gao Y, Kildea S (2016). Potential predictors of nipple trauma from an in-home breastfeeding programme: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2016 Aug;29(4):336-44. doi: 10.1016/j.wombi.2016.01.002. Epub 2016 Feb 16. PMID: 26895966.
- Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, van Baar AL, van der Horst HE, de Jonge A, et al. (2019) Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLoS ONE* 14(9): e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>.
- Tierney, A. L., & Nelson, C. A. (2009). Brain Development and the Role of Experience in the Early Years. Zero to three, 30(2), 9-13.
- Tilden EL, Emeis CL, Caughey AB, Weinstein SR, Futernick SB, Lee CS (2016). The influence of group versus individual prenatal care on phase of labor at hospital admission. *J Midwifery Womens Health* 2016; 61:427–34
- Tononi, G., & Cirelli, C. (2006). Sleep function and synaptic homeostasis. *Sleep Medicine Reviews*, 10(1), 49–62. doi:10.1016/j.smr.2005.05.002.
- Topan, L. (2019). *Uso de Sabonete Infantil de PH Fisiológico em Recém-Nascidos – Um Ensaio Clínico Randomizado*. Universidade Federal do Paraná, Paraná.
- Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF (2012). Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign. *Pediatrics*. 2012;129(4):630-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1419>.
- Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds (2015). Tremblay RE, topic ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. <https://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills/synthesis>. Updated September 2015.

- Treter, MO, Rhoades GK, Scott SB, Markman HJ, Stanley SM (2020). Having a Baby: Impact on Married and Cohabiting Parents' Relationships. *Fam Proc* 60:477–492, 2020.
- Trinity College Dublin. (2020). High levels of microplastics released from infant feeding bottles during formula prep. *ScienceDaily*. Retrieved August 5, 2023. Disponível em www.sciencedaily.com/releases/2020/10/201020190131.htm.
- Trivette CM & Dunst CJ (2014). Community-Based Parent Support Programs. *Encyclopedia On Early Childhood Development*. Disponível em <https://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills/according-experts/community-based-parent-support-programs>.
- Trombetta T, Giordano M, Santoniccolo F, Vismara L, Vedova AD, Rollè L (2021). Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Truchet S, Honvo-Houéto E (2017). Physiology of milk secretion. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2017 Aug;31(4):367-384. doi: 10.1016/j.beem.2017.10.008. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29221566.
- Tsai SY, Thomas KA, Lentz MJ, Barnard KE (2012). Light is beneficial for infant circadian entrainment: an actigraphic study. *J Adv Nurs*. 68(8):1738-47.
- U.S. Environmental Protection Agency (2019). Basic information about lead in drinking water. Updated November 18, 2019.
- U.S. Food & Drug Administration (2018). Bisphenol A (BPA): Use in Food Contact Application. Updated June 27, 2018.
- Ueda, K., Sado, T., Takahashi, Y. et al. (2020). Applicability of care quality indicators for women with low-risk pregnancies planning hospital birth: a retrospective study of medical records. *Sci Rep* 10, 12484 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-69346-8>.
- UNICEF (2016). From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. UNICEF. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/From-the-first-hour-of-life.pdf>.
- Unicef UK (2016). Unicef UK Baby Friendly Initiative Infosheet. Responsive Feeding: Supporting close and loving relationship. Consultado em <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/babyfriendly-resources/relationship-building-resources/responsive-feeding-infosheet/>.
- Uvnäs-Moberg K, Prime DK (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant*. 2013;9(6):201-206.
- Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z et al. (2020) A. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PLoS One*. 2020 Aug 5;15(8):e0235806. doi: 10.1371/journal.pone.0235806. PMID: 32756565; PMCID: PMC7406087.
- Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buckley S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, et al. (2019) Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Aug 9;19(1):285. doi: 10.1186/s12884-019-2365-9. PMID: 31399062; PMCID: PMC6688382.
- Vaglio S. (2009). Chemical communication and mother-infant recognition. *Communicative & integrative biology*, 2(3), 279–281. <https://doi.org/10.4161/cib.2.3.8227>
- Val Rafael E, Magalhães da Silva R, Pereira Rodrigues, MS (2005). O significado da amamentação para a mulher primípara. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 9(2),221-228.
- Valiani M, HadiAlijanvand S (2021). The Effect of Fetus Stimulation Techniques on Newborn Behavior. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021 Oct 22;26(6):550-554. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_142_20. PMID: 34900656; PMCID: PMC8607900.
- Van Gasse, D., & Mortelmans, D. (2020). With or Without You – Starting Single-parent Families: A Qualitative Study on How Single Parents by Choice Reorganise Their Lives to Facilitate Single Parenthood from a Life Course Perspective. *Journal of Family Issues*, 41(11), 2223–2248. <https://doi.org/10.1177/0192513X20911971>
- Vance, A. J., & Brandon, D. H. (2017). Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *ANS. Advances in nursing science*, 40(4), E18–E37. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000179>
- Vasung, L., Abaci Turk, E., Ferradal, S. L., Sutin, J., Stout, J. N., Ahtam, B et al. (2019). Exploring early human brain development with structural and physiological neuroimaging. *NeuroImage*, 187, 226–254. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.07.041>.
- Verklan MT, Walden M, Forest S (2020). Core curriculum for neonatal intensive care nursing e-book. Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2020.
- Victoria C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec, J et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. doi:10.1016/s0140-6736(15)01024-7.
- Visscher MO, Summers A, Narendran V, Khatri S, Sherchand J, Leclercq S, et al. (2021). Birthweight and environmental conditions impact skin barrier adaptation in neonates receiving natural oil massage. *Biomed Hub*. 2021 January;6(1):17–34.

- Vittner D et al. (2018). Increase in Oxytocin from Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship. *Biol Res Nurs*. 2018;20(1):54-62.
- Volling B. L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: an empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological bulletin*, 138(3), 497–528. <https://doi.org/10.1037/a0026921>.
- Vu-Ngoc, H et al. (2020). Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: A randomized controlled trial. *Pediatrics & Neonatology*, 61(1), p. 106-113, ISSN 1875-9572.
- Wall K, Cunha V, Atalaia S (2016). Policy Brief III – Principais conclusões e recomendações do Livro Branco Homens e Igualdade de Género em Portugal. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa / Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. Disponível em: http://cite.gov.pt/asstscite/imagens/papelhomens/P_Brief_II.pdf
- Wallwiener S, Muller M, Doster A, Plewniak K, Wallwiener CW, Fluhr H et al. (2016) Predictors of impaired breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: what is important? *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294(3):455–66. doi:10.1007/s00404-015-3994-5.
- Wang, Z. W., Hua, J., & Xu, Y. H. (2015). The Relationship between Gentle Tactile Stimulation on the Fetus and Its Temperament 3 Months after Birth. *Behavioural neurology*, 2015, 371906. <https://doi.org/10.1155/2015/371906>.
- Warrington SA, Wright CM; ALSPAC Study Team (2001). Accidents and resulting injuries in premobile infants: data from the ALSPAC study. *Arch Dis Child*. 2001 Aug;85(2):104-7. doi: 10.1136/adc.85.2.104. PMID: 11466183; PMCID: PMC1718888.
- Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, West HM, Renfrew MJ (2017). Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD012003. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012003.pub2>.
- Whittle R (2019) Baby on board: the impact of sling use on experiences of family mobility with babies and young children. *Mobilities*, 14:2, 137-157, DOI: 10.1080/17450101.2018.1533682.
- WHO (2017). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. Consultado a 20.08.2021, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>
- WHO (2018). Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula. World Health Organization October 2018.
- Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K Nissen E (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192– 1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>.
- Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E (2020). A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Med Hypotheses*. 2020 Jan; 134:109432. doi: 10.1016/j.mehy.2019.109432. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31639594.
- Wilborn D, Amin R, Kottner J, Blume-Peytavi U (2023). Skin Care in Neonates and Infants: A Scoping Review. *Skin Pharmacol Physiol*. 2023;36(2):51-66. doi: 10.1159/000529550. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36750047.
- Wilkinson TA, Scott EK, Carroll AE (2019). Mixed message on formula mixing. *Pediatrics*. 2019;143(6):e20182525. doi:10.1542/peds.2018-2525.
- Williams LR, Turner PR (2020). Infant carrying as a tool to promote secure attachments in young mothers: Comparing intervention and control infants during the still-face paradigm. *Infant Behav Dev*. 2020 Feb;58:101413. doi: 10.1016/j.infbeh.2019.101413. Epub 2019 Dec 24. PMID: 31877392.
- Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA, Oddy WH (2006). Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study. *Int Breastfeed J*. 2006; 1:28.
- Wittkowski, A., Dowling, H., Smith, D., & Wittkowski, A. (2016). Does engaging in a group-based intervention increase parental self-efficacy in parents of preschool children? A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3173–3191. doi:10.1007/s10826-016-0464-z.
- Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R. et al. (2017). Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature. *J Child Fam Stud* 26, 2960–2978 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5>.
- Wolke D, Bilgin A, Samara M (2017). Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr*. 2017 Jun;185:55-61.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.02.020. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28385295.
- Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219: 86–92.
- Woolridge MW (1986). The “ anatomy “ of infant sucking. *Midwifery* 164–171.
- Woolridge MW (1996). Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986; 2:172–176.

- World Cancer Research Fund (2018) Recommendations and public health and policy implications Consultado a 20.08.2021, disponível em <http://www.wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-updateproject-findings-reports/breast-cancer>.
- World Health Organization & Food and Agriculture Organization of the United Nations (2007). Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43659>.
- World Health Organization (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
- World Health Organization (2015). WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2015.
- World Health Organization (2021). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021.
- World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization (WHO) 2022. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wulff, V., Hepp, P., Wolf, O.T. et al. (2021). The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: a randomised, controlled study. *Arch Gynecol Obstet* 303, 69–83 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05727-8>.
- Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708–715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>.
- Zakarija-Grkovic I, Stewart F (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Sep 18;9(9):CD006946. doi: 10.1002/14651858.CD006946.pub4. PMID: 32944940; PMCID: PMC8094412.
- Zanatta E, Pereira CRR, & Alves AP (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-16.
- Zeenath, S., Ameen, B., Thiphalak Chounthirath, M., Gary, S., MD, DrPH, & Kris, M. (2017). Pediatric Cotton-Tip Applicator-Related Ear Injury Treated in United States Emergency Departments, 1990-2010. *THE JOURNAL OF PEDIATRICS*, 124-130.
- Zhou, Y., Zhu, X., Qin, Y. et al. (2019). Association between total water intake and dietary intake of pregnant and breastfeeding women in China: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 172 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2301-z>.
- Zimmerman E, Thompson K (2015). Clarifying nipple confusion. *J Perinatol*. 2015 Nov;35(11):895-9. doi: 10.1038/jp.2015.83. Epub 2015 Jul 16. PMID: 26181720.
- Zupan J, Garner P, Omari AA (2004). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004; 10.1002/14651858.CD001057.pub2.

The background consists of three large, overlapping triangles. A pink triangle is at the top, a blue triangle is at the bottom, and a yellow triangle is in the center, pointing to the left. The triangles are separated by thin white lines.

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Depressão de Edimburgo (EPDS)

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas.

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Definitivamente muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpada sem necessidade quando as coisas correm mal.

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

GUIA
ORIENTADOR
DE BOAS
PRÁTICAS

**ADAPTAÇÃO
À PARENTALIDADE**