

PERCURSOS



julho – setembro
2019

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade Semestral
Ano 2019, N° 45
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt
Hugo Franco
hugo.franco@ess.ips.pt

Comissão Editorial
Edgar Canais
Fernanda G. da Costa Marques
Hugo Miguel Franco
Lucília Nunes

Os artigos, aprovados para esta edição
são da exclusiva responsabilidade dos
seus autores.

INDICE

Amamentação e/ou alimentação com fórmula adaptada: uma visão sustentada na mãe/recém-nascido, no ambiente, na sociedade e no mundo.....	1
---	---

Cristiano Martins, Fernanda Gomes da Costa Marques, João Cruz e Zélia Candeias

Eficácia do Parto na Água no Controlo da Dor: Revisão Sistemática da Literatura.....	13
--	----

Larisa Tertan, Joana Mendes, Marta Branco, Raquel Catalão, Ana Filipa Poeira e Fernanda Gomes da Costa Marques

Influência do Álcool na Gravidez.....	27
---------------------------------------	----

Ana Ferreira Cármen Cerqueira, Fernanda Gomes da Costa Marques, Zélia Candeias

Nível de Literacia em Saúde em Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências: Revisão Sistemática da Literatura.....	33
---	----

Ana Peres, Ana Sequeira, Ana Simões, Fernando Miguel, Lino Ramos, Marisa Guerra, Micaella Guimarães, Paula Amaral e Rui Sequeira

O Mundo da Parentalidade.....	45
-------------------------------	----

Fernanda Gomes da Costa Marques, Mafalda Branco, Marisa Oliveira e Zélia Candeias

O Vírus do Papiloma Humano e o papel do/a Enfermeiro/a na sua prevenção: uma revisão da literatura.....	55
---	----

Fernanda Gomes da Costa Marques, Gabriela Hutulac, Raquel Nicolau e Zélia Candeias

Amamentação e/ou alimentação com fórmula adaptada: uma visão sustentada na mãe/recém-nascido, no ambiente, na sociedade e no mundo

Breastfeeding and/or feeding with an adapted formula: a sustainable view of the mother/newborn, in the environment, in society and in the world

Cristiano Martins¹ Fernanda G da Costa Marques² João Cruz¹ Zélia Candeias³

Corresponding author:
Fernanda Marques fernanda.gomes@ess.ips.pt

Resumo

Com o desenvolvimento deste artigo, importa realizar uma revisão dos benefícios do aleitamento materno e os riscos inerentes à alimentação dos recém-nascidos (RN) com fórmulas adaptadas, nomeadamente, dos riscos para a criança, para a mãe, para os pais, para o ambiente, sociedade e mundo. Apesar dos conhecidos benefícios, a decisão de amamentar é pessoal. Quando escolhida esta metodologia, as mães devem ser devidamente instruídas. Os ensinamentos disponibilizados devem englobar diversos aspetos, de modo, a que o empoderamento para a decisão, seja tomada com base em critérios fidedignos. O aleitamento materno deve ser a eleição para a nutrição do RN até ao 1º ano de vida, sendo que, a atuação por parte dos profissionais de saúde em especial dos enfermeiros/as é fundamental para que a amamentação ocorra. Serão explorados os riscos da nutrição com fórmulas adaptadas para os RN, crianças, mães, principais cuidadores, dando ênfase, às implicações para o ambiente e para a sociedade. Com este artigo, pretende-se reforçar a relevância da promoção e apoio ao aleitamento materno, tal como, as temáticas relacionadas com: Produção de leite; Características do leite materno; Benefícios da amamentação; Boa pega; Sucesso na amamentação; Intercorrências e Implicações.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Fórmula Adaptada; Risco; Desvantagens; Literacia; Empoderamento.

Abstract

With the development of this article, it is important to review the benefits of breastfeeding and the risks inherent in the feeding of newborns (NB) with adapted formulas, namely, the risks to the child, to the mother, to the parents, to the environment, society and world. Despite the known benefits, the decision to breastfeed is a personal one. When this methodology is chosen, mothers should be properly educated. The lessons available should cover several aspects so that empowerment for the decision is based on reliable criteria. Breastfeeding should be the election for NB nutrition up to the first year of life, and health professionals, especially nurses, are fundamental for breastfeeding to occur. Nutrition risks will be explored with formulas adapted to newborns, children, mothers, primary caregivers, with emphasis on the implications for the environment and society. This article aims to reinforce the relevance of the promotion and support of breastfeeding, as well as the themes related to: Milk production; Characteristics of breast milk; Benefits of breastfeeding; Good catch; Successful breastfeeding; Complications and Implications.

Keywords: Breastfeeding; Adapted Formula; Risk; Disadvantages; Literacy; Empowerment.

¹ Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Saúde Sexual e Reprodutiva do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Doutora em Didática e Organização Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal fernanda.gomes@ess.ips.pt

³ Mestre em Gestão de Recursos Humanos, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Assistente Convidada da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal zelia.candeias@ess.ips.pt

Introdução

A seleção do método de alimentação é uma das mais importantes decisões efetuadas pelos pais e principais cuidadores para os recém-nascidos (RN). Geralmente, existem três opções plausíveis: o aleitamento materno, a fórmula adaptada do leite de vaca comercial e a fórmula adaptada do leite de vaca em pó modificado. Contudo, existem significativas diferenças nutricionais, económicas e psicológicas, vantagens e desvantagens em cada um dos métodos disponíveis. Nesse sentido, os/as enfermeiros/as devem estar despidos para colaborar com os pais/cuidadores fornecendo informações relevantes e precisas de forma que, a tomada de decisão seja consciente a respeito do método de alimentação (Wong, 2011).

As recomendações internacionais emitidas pela OMS e pela *Unicef* são consensuais ao indicar 6 meses de amamentação exclusiva (salvo raras indicações de desidratação, em que a água pode estar indicada), que pode ser prolongada e completada com alimentos adequados até aos 2 anos ou mais, se a mãe e a criança assim o desejarem. Deste modo, as vantagens do aleitamento materno, a curto e longo prazo, são reconhecidas e múltiplas. A amamentação, fornece um alimento vivo, natural e em quantidades e proporções recomendadas, sendo o alimento adequado para quase todos os RN's (Nurses, 2013).

No sentido de auxiliar os profissionais de saúde na promoção e apoio ao aleitamento materno, foram produzidas recomendações para a alimentação infantil (*The Baby Friendly Initiative*), sendo uma parceria da *Unicef* com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Unicef, 2018).

A *Unicef*, faz um conjunto de recomendações para os governos e as autoridades de saúde apoiarem a amamentação, adotando medidas de ligação com as políticas desenvolvidas pelo *Global Breastfeeding Collective*, nos quais são referidas as seguintes estratégias: Aumentar o financiamento e a consciencialização da importância da

amamentação desde o nascimento até aos 2 anos; Promulgar políticas renúmeradas de licença familiar e amamentação no local de trabalho; Promulgar medidas legais para regular a comercialização de fórmulas adaptadas infantis e outros substitutos do aleitamento materno de acordo com o *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*; Desenvolver e implementar políticas que garantam que as mães recebem aconselhamento especializado em amamentação nos serviços de saúde; Reforçar as ligações entre os estabelecimentos de saúde e as comunidades garantindo o apoio contínuo à amamentação e Melhorar os sistemas de monitorização e programação nas práticas de amamentação (Unicef, 2018).

A incidência da amamentação em Portugal até ao 1º ano de idade do lactente tem diminuído nos últimos anos e segundo o relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2013, considerando o grupo etário de lactentes entre os 6-7 meses, verifica-se essa precedência nas mães que responderam ao inquérito realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), em âmbito nacional, tendo sido auferido que, dos 718 participantes, 316 utentes indicaram alimentar exclusivamente o RN com fórmulas adaptadas, 92 utentes indicam realizar aleitamento materno e fórmulas adaptadas concomitantemente, e 295 utentes indicaram apenas utilizar leite materno (Saúde, 2013).

Na generalidade, existem primordialmente, duas opções que os pais ou cuidadores elegem: o aleitamento materno ou as fórmulas adaptadas de leite de vaca. Com o desenvolvimento deste artigo, pretendemos dar resposta a um conjunto de questões: sobre as diferenças nutricionais, económicas, psicológicas e patológicas para os pais ou principais cuidadores e para o RN; as barreiras e os motivos por que amamentar não é opção; as desvantagens e os riscos das fórmulas adaptadas; as motivações dos pais ou dos cuidadores a alimentar o RN com fórmula adaptada e as implicações destas para o ambiente, sociedade e no mundo.

Leite Materno: o melhor desde sempre

O aleitamento humano, conforme a posição constituída pelo *International Council of Nurses* (ICN) e a OMS é a melhor opção para a nutrição do lactente até ao 1º ano de vida (Nurses, 2013).

O aleitamento materno é constituído por vários micronutrientes que são designados de biodisponíveis, ou seja, estes nutrientes estão disponíveis em quantidade e qualidade que facilita o processo de digestão para o intestino do RN, sendo absorvidos, para o desenvolvimento e crescimento do mesmo. O aleitamento materno é composto por uma variedade de propriedades imunológicas que são encontradas exclusivamente no leite humano, nomeadamente, conferindo com efetividade, proteção contra infeções respiratórias, infeções gastrointestinais causadas pelas bactérias *enterococos*, otite média, várias alergias, diabetes tipo 2 e atopia. A gordura concentrada no leite materno é composta por lípidos, triglicéridos e colesterol, um elemento fundamental para o desenvolvimento cerebral. A fonte primária de carboidratos no leite humano é a lactose, presente em maiores quantidades neste género de leite (6,8 g/dl), do que no leite de vaca (4,9 g/dl). Os carboidratos fornecem funções protetoras como o crescimento dos *lactobacilos bífidus* (bactéria anaeróbia que atua como probiótico benéfico para a saúde humana), prevenindo a adesão das bactérias à superfície epitelial. O aleitamento materno usufrui também de duas proteínas, o soro (lactalbumina) e a caseína (coalho) em proporções superiores às disponibilizadas pelo leite de fórmula adaptada, contribuindo esse fator, para a fácil digestão do RN e a produção de fezes macias, consequentemente, o aleitamento materno tem um efeito laxativo e é preventor das constipações (Wong, 2011).

Além das suprarreferidas qualidades fisiológicas do aleitamento materno, o benefício mais importante da amamentação, é o vínculo que o mesmo proporciona entre mãe-filho, sendo que, o lactente é acarinhado perto da pele da mãe, podendo

ouvir o ritmo das batidas do seu coração, sentir o calor do seu corpo e promover a sensação de segurança pacífica, sendo adicionalmente, a alimentação mais económica, estando sempre disponível e pronta para ser servida à temperatura ideal, livre de qualquer contaminação (Wong, 2011).

O mesmo autor sugere as seguintes intervenções de enfermagem para conceder eficácia ao aleitamento materno:

- ✓ Recomenda a amamentação frequente e precoce, em especial na primeira hora de vida do neonato, promovendo o contacto pele a pele e alojamento conjunto;
- ✓ Realçar e incentivar o aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde e desencorajar o uso de produtos preparados;
- ✓ Proporcionar melhores ensinamentos e informação disponibilizada aos pais/cuidadores após a alta, validando e assegurando a qualidade da mesma;
- ✓ Ensino sobre a ordenha precoce da mama a cada 2 a 3 horas, por 10 a 15 minutos bilateralmente se o RN for incapaz de mamar imediatamente (aumenta a produção de oxitocina e por sua vez a produção de leite).

Os estudos científicos realizados apresentam os seguintes dados: os lactentes que são amamentados nos meses iniciais, têm 6 vezes maior probabilidade de sobrevivência do que um lactente alimentado com fórmulas adaptadas; os lactentes que amamentam, têm menos doenças crónicas e uma melhor futura ingestão de sólidos do que os lactentes alimentados com fórmulas adaptadas. A melhor prevenção infantil é a amamentação materna, tendo uma potencialidade de prevenir 1,4 milhões de mortes nas crianças com menos de 5 anos nos países desenvolvidos (Nurses, 2013).

A amamentação também retarda o período que a mulher fértil precisa, para recuperar do parto, além de, reduzir o risco de hemorragia durante ou após o parto e reduzir a possibilidade de desenvolver

cancro da mama ou dos ovários (Nurses, 2013).

Produção de Leite

Por norma, a mama é constituída por um mamilo e uma área que a rodeia com pele mais escurecida que se designa de aréola mamária, onde estão presentes as pequenas glândulas de Montgomery (Levy & Bértolo, 2012).

No interior da mama existem milhões de alvéolos, local onde o leite fica armazenado e os ductos que são pequenos tubos que levam o leite dos alvéolos para o exterior através do mamilo. A mama, seja grande ou pequena, contém a mesma quantidade de tecido glandular conseguindo produzir assim uma grande quantidade de leite (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010).

Durante a gestação, o estrogénio e a progesterona são as hormonas (produzidas pela placenta), que ajudam no desenvolvimento e aumento mamário, sendo que, quando o RN nasce e começa a sugar, são segregadas outras hormonas (Oxitocina e Prolactina), diminuindo a produção das anteriores (Sousa E. , 2017).

A oxitocina é a hormona responsável pela contração muscular. No aleitamento materno esta hormona tem uma ação imediata, provocando a contração das células musculares que existem em redor dos alvéolos. Desta forma, através dos ductos mamários, o leite chega até ao mamilo pela contração exercida nos alvéolos. A prolactina é a hormona responsável pela produção de leite, cerca de 30min após a mamada é quando esta hormona é encontrada em maior quantidade no sangue, isto significa que, a prolactina segregada durante uma mamada é essencial para haver leite nos alvéolos na próxima mamada, e que quanto mais leite o neonato suga, mais leite é produzido (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010).

A própria mama é igualmente responsável pelo controlo da produção de leite. Um dos constituintes do leite materno, tem a capacidade de diminuir ou inibir a produção de leite, deste modo, quando o leite não é retirado, essa substância, entra em ação, evitando uma produção exagerada de leite. Pelo contrário, quando o leite é retirado o fator inibidor também o é, produzindo mais leite (Sousa E. , 2017).

Características do Leite Materno

O primeiro leite a surgir, após o nascimento do RN, denomina-se “colostró” e apresenta uma especial importância no que diz respeito ao fortalecimento do sistema imunitário do mesmo. O colostro é rico em componentes imunológicos, elevado teor proteico e baixo teor de gordura. Apresenta-se como um líquido branco transparente ou amarelo e ajuda não só a proteger o RN de possíveis infeções, mas também, a evacuar de modo mais eficaz. Contudo, este leite apenas é produzido durante os primeiros 3 a 5 dias após o nascimento do RN (Wong, 2011).

Após estes dias o leite entra numa fase designada por fase de transição, onde se torna menos aguado e perde alguma da componente proteica, aumentando em gordura e hidratos de carbono. Geralmente, a partir do 25º dia após o parto, o leite já se encontra na fase madura apresentando um aumento de água e de hidratos de carbono na sua composição. O valor proteico diminui novamente e a gordura total também diminui em relação à fase de transição. O aspeto físico sofre alterações, tornando-se mais esbranquiçado e denso (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010).

Cada mamada tem uma duração média de 20min, correspondendo a 3 fases do aleitamento materno. Nos primeiros minutos da mamada, o leite denomina-se “soro” sendo este mais aguado e rico em componentes imunológicos. Na 2ª fase da mamada, o leite denomina-se de “leite anterior” e é rico em proteínas e minerais como cálcio e fósforo. Sendo que a fase final da mamada, designa-se de “leite posterior”

apresentando-se mais espesso e rico em gorduras (Wong, 2011).

Leite Materno: Intercorrências

Mamas Ingurgitadas (pesadas e dolorosas)

Normalmente, no 2º ou 3º dia após o nascimento do RN, as mamas tornam-se pesadas, quentes, cheias e duras, situação derivada do aumento da quantidade de leite, de sangue e outros fluídos no tecido mamário. Este desconforto é normal e geralmente não incapacita a mãe de continuar a amamentar sem dificuldade, desaparecendo após alguns dias (Levy & Bértolo, 2012).

Contudo, por vezes, as mamas podem ficar ingurgitadas. Esta intercorrência surge, quando não é retirado leite em quantidade suficiente e as mamas tornam-se tensas, brilhantes e dolorosas, sendo difícil para a mãe retirar o leite. Nesse sentido a aréola apresenta-se tensa, o RN tem dificuldade em agarrar a mama para a poder sugar e a mãe amamenta cada vez menos, porque sente dor. Consequentemente, a produção de leite vai diminuindo, porque para além do RN não mamar, o leite também não é retirado (idem).

Existem algumas intervenções que podem prevenir o ingurgitamento mamário, como disponibilizar a mama sempre que o RN desejar e verificar se a mesma se apresenta em posição correta, complementando a vigilância, observando os sinais de boa pega. O tratamento do ingurgitamento passa por retirar o leite das mamas, de modo, a aliviar a dor e a tornar as mamas menos pesadas. É importante retirar leite da mama, seja através da amamentação do RN ou através de bomba ou expressão manual. Este processo alivia a tensão da mama e permite ao RN sugar mais facilmente. Deve-se continuar a retirar o leite das mamas, o número de vezes necessário, até estas ficarem mais leves, confortáveis e sem ingurgitamento (Sousa E. , 2017).

Existem medidas que auxiliam a retirar facilmente o leite das mamas, através da estimulação de oxitocina, sendo as mesmas:

- ✓ Apresentação descontraída com o RN por perto;
- ✓ Ingerir uma bebida morna, de preferência, sem cafeína e/ou cacau;
- ✓ Passar água quente/morna pelas mamas, durante o duche ou com compressas/panos humedecidos;
- ✓ Massajar levemente com os dedos ou com a mão fechada, em direção aos mamilos (Wong, 2011).

Para extrair o leite manualmente, o primeiro passo, é lavar as mãos antes de iniciar o procedimento. Após se sentar confortavelmente, deve-se colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária, pressionando em direção ao tórax (costelas), evitando o deslizamento dos dedos. O ideal é pressionar e soltar de seguida, não devendo sentir dor. Se ocorrer dor, a técnica não foi corretamente aplicada. Por norma, o leite sai em menor quantidade, indo aumentando no decorrer do processo. Deve-se rotacionar os dedos, de modo, a massajar todos os locais e apenas se deve parar a expressão do leite quando a mama se apresentar flácida (Levy & Bértolo, 2012).

Bloqueio dos Ductos

São cerca de 10-20 os canais responsáveis por drenar o leite para o mamilo. No entanto, é possível que alguns destes canais fiquem obstruídos devido ao espessamento do leite. Esta intercorrência reflete-se com o aparecimento de um nódulo (inchaço) doloroso para mãe, numa área da mama que pode ficar avermelhada. Contudo, a mãe sente-se (geralmente) bem e não apresenta febre. O uso de *soutiens* apertados, possíveis pancadas na mama, e/ou o facto de o RN não sugar daquela mama, são causas prováveis para o surgimento desta intercorrência. O tratamento do bloqueio dos ductos passa por instruir a mãe a amamentar em distintas posições, de modo, a conseguir o

esvaziamento de todas as partes da mama. Podendo complementar, com o auxílio dos dedos, pressionando levemente o nódulo no sentido do mamilo, de modo, a esvaziar os ductos (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010).

Mastite

A mastite surge, quando o tratamento do bloqueio dos ductos e do ingurgitamento não é eficaz, desenvolvendo-se uma infecção no tecido mamário. A mastite caracteriza-se por a mama ficar dolorosa, avermelhada, quente e com tumefação, apresentando-se febre elevada e mal-estar generalizado (Wong, 2011).

Tratando-se de uma infecção, deve ser instituída terapêutica. Contudo, é fundamental, que a mãe consiga descansar, que continue a retirar o leite manualmente ou com a bomba, e que continue a amamentar o lado não afetado, sendo que, após início da terapêutica, a situação passa em 1 ou 2 dias (Levy & Bértolo, 2012).

Mamilos Dolorosos e/ou com Fissuras

Uma das principais causas de dor nos mamilos é a pega incorreta, podendo surgir fissuras nas bases ou nas extremidades do mamilo. Esta intercorrência, promove uma menor frequência de amamentação derivada da dor sentida, não conseguindo o RN retirar leite suficiente, diminuindo assim, a produção efetiva de leite para a próxima mamada (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010).

Existem algumas medidas que permitem prevenir o aparecimento de fissuras e/ou dor nos mamilos, tais como:

- ✓ O correto posicionamento do RN com a cabeça alinhada com o corpo, com a face de frente para o mamilo;
- ✓ Lavar os mamilos, apenas com água;
- ✓ Verificar os sinais de boa pega durante a amamentação;
- ✓ Deixar o RN interromper a sucção. Caso a mãe/principal cuidador tenha de interromper o aleitamento materno, deve-se colocar suavemente um dedo na

boca do RN, fazendo-o parar de sugar (Sousa E. , 2017).

Apesar de usualmente a dor ao amamentar desaparecer, assim que, a pega do RN é corrigida, a dor pode persistir e não desaparecer. O tratamento de fissuras nos mamilos deve ser realizado o mais rapidamente possível, visto que, a lesão criada no mamilo favorece a entrada de microrganismos, podendo ocorrer infecção, como a mastite. No tratamento de fissuras, é aconselhável a aplicação de uma gota de leite no mamilo e aréola afetados, após o banho e após cada mamada, de modo, a facilitar a cicatrização (Levy & Bértolo, 2012).

Mamilos Planos e Invertidos

O tamanho do mamilo não é importante para a amamentação, uma vez que, o mamilo representa apenas um terço da porção da mama que o RN deve introduzir na boca. Deste modo, o mamilo fica saliente, mais perto ou na altura do parto, não sendo aconselhado nenhuma manobra durante a gravidez para o salientar (Wong, 2011).

Em casos de mamilos planos e invertidos, pode-se massajar a área, rodando com os dedos á volta do mamilo, de modo, a estimulá-lo. Em situações de mamas muito cheias e pesadas, em que o mamilo fique menos saliente, é aconselhável, retirar uma porção de leite antes de amamentar. Pode-se também, espremer um pouco de leite para a boca do RN, de modo, a estimulá-lo e motivá-lo a mamar. Outra técnica utilizada, quando as anteriores não revertem a situação, é sugar o mamilo com o auxílio de um êmbolo de uma seringa de 20ml, antes de amamentar. Se nenhum destes procedimentos proporcionar efeito, é recomendado procurar auxílio de um profissional de saúde (Levy & Bértolo, 2012).

Quando Amamentar não é a Opção

Existem alguns fatores que impossibilitam o pressuposto da amamentação materna, tais

como: mães infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2 (pois existe probabilidade de transmissão vertical pelo HIV), tuberculose ativa sem tratamento na mãe, citomegalovírus (CMV), em casos de herpes em uma das mamas, doenças de chagas, vírus tipo I e II de leucemia das células T humanas, abscessos mamários e/ou crianças portadoras de galactosemia (concentração elevada de galactose no sangue), onde se recomenda a interrupção temporária ou total da amamentação (Cardoso & Fernandes, 2013).

Outras situações que impossibilitam a amamentação são mães que carecem de patologia grave, como a septicemia, ou de dependência farmacológica, como o uso de medicação sedativa; anticonvulsivantes; abuso de substâncias (metanfetaminas, cocaína ou maconha); opioides; outras combinações farmacológicas que possam causar efeitos secundários como tonturas ou depressão respiratória e processos de quimioterapia citotóxica (Azeredo, et al., 2008) e (Cardoso & Fernandes, 2013).

Contudo, o tratamento materno com metadona para o abuso de substâncias não implica uma contraindicação à amamentação. A mastite, geralmente, não é uma contraindicação se o desconforto for tolerável (Wong, 2011).

A falta de investigação realizada nesta área em Portugal, levanta dúvidas sobre os reais motivos dos pais ou principais cuidadores decidirem eleger a fórmula adaptada em detrimento do aleitamento materno, quando o cerne central da questão deixa de ser os motivos patológicos e de dependências de substâncias, contudo, estudos realizados nos Estados Unidos da América (USA), demonstram algumas evidências de o aleitamento materno não ser a opção primordial. A falta de conhecimento é a primeira barreira descrita, uma vez que, apenas 36% dos participantes a nível nacional detinha conhecimento que o aleitamento materno protegia o RN da diarreia e de outras patologias, sendo que, a investigação qualitativa reporta, que a maioria dos médicos obstetras e profissionais de saúde não informa os

pais/cuidadores sobre os efeitos benéficos do aleitamento materno e maleficientes das fórmulas adaptadas. O apoio social e familiar é outra barreira mencionada, porque os amigos ou familiares podem disponibilizar informação contraditória sobre o assunto. O papel do pai também é referido como uma barreira ao aleitamento materno em razão de alguns progenitores erguerem dúvidas sobre o seu papel na alimentação. A vergonha das mães em alimentar em locais públicos é outra referência, devido à sociedade atual, que menospreza e desrespeita os direitos da mulher em poder amamentar nos locais públicos. E o retorno ao local de trabalho após o parto, que igualmente origina uma barreira ao aleitamento materno, porque as empresas não provêm as pausas, locais privados e higiénicos, redução do horário de trabalho ou locais para armazenar o leite materno (General, Prevention, & Health, 2011).

Desvantagens da Alimentação com Fórmula Adaptada

Para a *Unicef* (2015), a fórmula adaptada não é um substituto aceitável da amamentação, isto porque, a fórmula adaptada apenas fornece a maioria dos nutrientes presentes no aleitamento materno, ou seja, é apenas um alimento, enquanto, o aleitamento materno é um complexo fluído nutricional que contém anticorpos, enzimas, ácidos gordos e hormonas que não podem ser introduzidas nas fórmulas.

Um dos problemas associados à sucção no biberão ou na chupeta é que esta, não é fisiológica, e pode promover a má oclusão dentária e alterações fónicas. As crianças alimentadas com fórmula adaptada têm, também, um maior risco (cerca de 15%) de desenvolver leucemia aguda (Hausen, 2009).

A utilização da fórmula adaptada também acarreta consequências negativas para a mãe, algumas destas como, o aumento do risco de cancro da mama para as mulheres que não amamentem durante 2 anos ou mais. Contudo, nas mulheres em idade fértil

esse risco reduz-se em 4% por cada ano de amamentação (Kwan, et al., 2009). Quanto menor a duração da amamentação e quantos menos filhos têm, maior é o risco para a mulher, de desenvolver cancro dos ovários (esse aumento estima-se em 21%) (Tung, et al., 2005).

Em relação à diabetes *mellitus* tipo 2, constatou-se que, nas mães que não tiveram diabetes gestacional, não amamentar, comporta um risco de 12% de desenvolver a doença, enquanto nas mães que amamentam, esse risco é de apenas 4% (Villegas, et al., 2008).

Quando se utiliza a fórmula adaptada e se pensa no ambiente, sociedade e no mundo...

Enquanto o ato de amamentar não requer qualquer tipo de objeto, a alimentação com fórmulas adaptadas exige uma série de utensílios, tais como, biberões, esterilizadores, tetinas, conservadores, entre outros, que são feitos de materiais (plástico, silicone e metal), não-biodegradáveis que comportam diversos riscos para o ambiente. Os efeitos negativos que deste ponto derivam, são imensos, nos quais podemos designar, a sua produção, o gasto com material, e os recursos ambientais que cada vez escasseiam mais cedo, tal como, a vida útil desses utensílios que posteriormente se acumulam no meio ambiente com tempos de deterioração prolongados (Azeredo, Gass, Milanez, & Pizzato, 2017).

Outros efeitos maleficientes das fórmulas adaptadas é a produção das mesmas, sendo altamente poluente para o ambiente. A criação de gado implica o aumento da cultivação dos campos para satisfazer as necessidades alimentares dos animais, a utilização de fármacos que são eliminados nas águas e a produção excessiva de metano, estando estes fatores interligados sobrecarregando o ambiente e afetando o ecossistema (Tullo, Finzi, & Guarino, 2018).

Um ponto fulcral que esta temática erige, é sobre os materiais biodegradáveis, em

razão que, a mulher que amamenta aproximadamente até aos 2 anos ou mais, tem associado um período de amenorreia (ausência da menstruação), que pode perdurar alguns meses dependendo da fisiologia da mulher, logo, durante este período, não utilizará absorventes higiénicos contribuindo assim, para a redução do impacto negativo destes sobre o ambiente, uma vez que, os absorventes higiénicos podem demorar até um ano a decomporem-se, contudo os forros de plástico ficam depositados nos saneamentos locais ou depósitos urbanos por aproximadamente 500-800 anos (Kaur, Kaur, & Kaur, 2018).

Contudo, estas razões não serão as principais pelas quais uma mãe evitará fornecer fórmulas adaptadas, mas num momento em que a ecologia e a defesa do ambiente se revelam fundamentais para a preservação do nosso planeta, torna-se eticamente necessário e pertinente sublinhar as repercussões negativas destas fórmulas para o ambiente (Pina & Volpato, 2009).

Os mesmos autores referem que a alimentação do lactente com fórmulas adaptadas suporta elevados custos para a família ou cuidadores, pois comporta a compra dos materiais consumíveis (biberões, esterilizadores, tetinas, conservadores, etc.), até ao preço da própria fórmula. Ainda numa altura em que diversas famílias portuguesas atravessam graves dificuldades financeiras a enorme poupança que o aleitamento materno permite não deve ser menosprezada.

Como já suprarreferido por Wong (2011), a escolha de não amamentar tem consequências sobretudo em relação ao risco de desenvolver uma diversidade de patologias agudas ou crónicas, tendo estas, decerto, tanto efeitos negativos a nível orçamental familiar como no orçamento governamental (Pina & Volpato, 2009).

Para contrariar esta tendência, os/as profissionais de saúde e em específico os/as enfermeiros/as têm de reforçar a importância da amamentação junto dos

pais/cuidadores, pois segundo diversos estudos, é um fator psicoprotetor para a criança, que contribui de modo imperativo para a vinculação mãe-filho e para a saúde mental de ambos, em virtude que, durante a amamentação é segregada oxitocina, conhecida habitualmente como a «hormona do amor» que facilita este processo vinculativo (Wong, 2011).

No sentido inverso, a mãe que não amamenta o seu filho poderá assim, relacionar um sofrimento emocional para o futuro adulto, que o poderão levar a condutas antissociais com custos elevados para o indivíduo e para a sociedade (Pina & Volpato, 2009).

Conclusão

A amamentação é importante pela constituição do leite, pela vinculação desenvolvida e pelos benefícios ambientais, económicos e de saúde associados quer para o RN como para os pais ou principais cuidadores. Ainda que possa ocorrer naturalmente, a instrução é promotora da sua realização. Estudos revelam uma desistência de 50% durante o primeiro mês de amamentação. Dessa forma, a produção do leite deve ser explicada para compreensão do procedimento fisiológico, tal como, os ensinamentos para a obtenção de uma boa pega. O papel dos/das enfermeiros/as, passa por atuar quando oportuno, incentivando a amamentação, através da sensibilização para a importância da mesma. Existe cada vez mais, evidência científica, que o aleitamento materno confere proteção contra o desenvolvimento de doenças crónicas ao longo da vida, tendo inclusive uma potencialidade de prevenir 1,4 milhões de mortes nas crianças com menos de 5 anos nos países desenvolvidos.

O aleitamento materno é composto pelo equilíbrio ideal de nutrientes tendo a exclusividade de apresentar componentes bioativos únicos e particulares que a fórmula adaptada não usufrui.

O desenvolvimento do RN amamentado com leite humano é considerado o modelo

pelo qual todos se devem basear. Através da análise de artigos e investigação de diversos autores, apresentamos diversas vantagens para a saúde humana associadas ao consumo do leite materno, entre os quais, se destacam: a proteção contra infeções respiratórias; infeções gastrointestinais causadas pelas bactérias *enterococos*; otite média; várias alergias; diabetes tipo 2 e atopia. Contudo quando os RN são alimentados com fórmulas adaptadas existem riscos associados, como, o aumento do risco de obesidade e excesso de peso.

A mãe também beneficia da amamentação, com comprovadas diminuições do risco de cancro da mama e dos ovários, de diabetes tipo 2 para as mulheres sem diabetes gestacional, sendo desta forma fundamental evitar o abandono precoce do aleitamento materno e cumprir o período recomendado de pelo menos 6 meses exclusivos de aleitamento materno.

Pretende-se que cada vez mais em Portugal, sejam adotadas estratégias com claros benefícios para a gestão eficaz da amamentação. Num país onde os índices de amamentação materna são claramente insuficientes e vêm diminuindo nos últimos anos, torna-se fundamental uma maior rede de suporte de informação e investigação nesta área, uma vez que, a evidência das vantagens do aleitamento materno para a saúde do recém-nascido e da mãe, mesmo em países desenvolvidos, é confirmada.

Bibliografia

- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (agosto de 2010). *Aleitamento Materno: Promover Saúde!* Obtido de Apn - Ebooks: <https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Aleitamento.pdf>
- Azeredo, C. M., Maia, T. M., Rosa, T., Silva, F., Cecon, P., & Cotta, R. (2008). *Perceção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno*. Obtido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>

- Azeredo, D. G., Gass, V. L., Milanez, J. F., & Pizzato, A. C. (julho a setembro de 2017). *Evidências em relação aos riscos à saúde pelo uso do plástico em embalagens alimentícias*. Obtido de Revistas Eletrônicas - Ciência e Saúde: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/23324/15784>
- Cardoso, E. C., & Fernandes, R. A. (2013). *Revista Saúde - Universidade Guarulhos: Unidade Centro*. Obtido de SITUAÇÕES MATERNAS IMPEDITIVAS DO ALEITAMENTO MATERNO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: <http://revistas.ung.br/index.php/sau de/article/viewFile/1372/1315>
- Castilho, S. D., & Barros, A. A. (2010). *Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Jornal de Pediatria.
- Curry, F. (2009). *Aleitamento Materno* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara.
- General, O. o., Prevention, C. f., & Health, O. o. (2011). *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Obtido de National Center for Biotechnology Information - Bookshelf: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52682/>
- Hausen, H. z. (18 de fevereiro de 2009). *Childhood leukemias and other hematopoietic malignancies: Interdependence between an infectious event and chromosomal modifications*. Obtido de Online Library: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.24365>
- Kaur, R., Kaur, K., & Kaur, R. (20 de fevereiro de 2018). *Menstrual Hygiene, Management, and Waste Disposal: Practices and Challenges Faced by Girls/Women of Developing Countries*. Obtido de Journal of Environmental and Public Health: <https://www.hindawi.com/journals/jeph/2018/1730964/>
- Kwan, M., Kushi, L., Weltzien, E., Maring, B., Kutner, S., Fulton, R., . . . Caan, B. (22 de May de 2009). *Epidemiology of breast cancer subtypes in two prospective cohort studies of breast cancer survivors*. Obtido de BioMedicalCenter: <https://breast-cancer-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/bcr2261>
- Lang, T. J. (2011). *Nutrição em saúde pública* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO*. Obtido de Unicef - Comité Português para a UNICEF: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Nurses, I. C. (2013). *International Council of Nurses*. Obtido de Position statements - Breastfeeding: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A02_Breastfeeding.pdf
- Pina, M., & Volpato, C. (maio de 2009). *Riscos da alimentação com leite artificial*. Obtido de Revista portuguesa de medicina geral e familiar: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10635/10371>
- Rosenbauer, J., Herzig, P., & Giani, G. (2008). *Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus: a nationwide population-based case-control study in pre-school children*. Obtido de Online Library: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/dmrr.791>
- Saúde, D. G. (janeiro a dezembro de 2013). *REGISTO DO ALEITAMENTO MATERNO | RAM*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx>
- Sousa, A., Mendes, J., Fernandes, J., Ribeiro, S., Fernandes, A., & Souza,

- J. (janeiro a junho de 2018). *AMAMENTAÇÃO, ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA E ESTADO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS DOS 2 AOS 5 ANOS*. Obtido de Repositório Instituto Politénico de Bragança: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/17928/1/amamenta.pdf>
- Sousa, E. (fevereiro de 2017). *Aleitamento Materno - A Nutrição do Amor*. Obtido de Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4884/1/Semin%C3%A1rio%20ACM_Aleitamento%20materno.pdf
- Tullo, E., Finzi, A., & Guarino, M. (4 de outubro de 2018). *Review: Environmental impact of livestock farming and Precision Livestock Farming as a mitigation strategy*. Obtido de Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969718338919>
- Tung, K.-H., Wilkens, L. R., Wu, A. H., McDuffie, K., Nomura, A., Kolonel, L., . . . Goodman, M. (2005). *Effect of anovulation factors on pre- and postmenopausal ovarian cancer risk: revisiting the incessant ovulation hypothesis*. Obtido de Semantic Scholar : https://pdfs.semanticscholar.org/83e8/b4e2a7dcf2ff3f9a1592958cebb774ec2c2a.pdf?_ga=2.26510395.780363805.1542381856-790571734.1542381856
- Unicef. (29 de junho de 2015). *Nutricion - Breastfeeding*. Obtido de Unicef: https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html
- Unicef. (2018). *About Baby Friendly*. Obtido de Unicef: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/about/>
- Unicef. (maio de 2018). *Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child*. Obtido de Unicef: https://www.unicef.org/publications/index_102824.html
- Unicef. (abril de 2018). *Therapeutic Milk: Market & Supply Update*. Obtido de Unicef: https://www.unicef.org/supply/files/Therapeutic_Milk_Supply_Update.pdf
- Viggiano D, F. D. (2008). Viggiano D, Fasano D, Monaco G, Strohmer L. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. Arch Dis Child.
- Villegas, R., Gao, Y. T., Yang, G., Li, H. L., Elasy, T., Zheng, W., & Shu, O. (fevereiro de 2008). *Duration of breast-feeding and the incidence of type 2 diabetes mellitus in the Shanghai Women's Health Study*. Obtido de National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2170456/>
- Vitolo, M. R. (2008). *Nutrição da gestação ao envelhecimento* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Wong, D. L. (2011). *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.). (M. J. Hockenberry, D. Wilson, M. L. Winkelstein, Edits., & M. I. Nascimento, Trad.) Rio de Janeiro: Elsevier. doi:616-08.-053.2

Eficácia do Parto na Água no Controlo da Dor: Revisão Sistemática da Literatura

Efficacy of Water Birth on Pain Relief During Labor: Systematic Review of Literature

Larisa Tertan¹ Joana Mendes¹ Marta Branco¹ Raquel Catalão¹
Ana Filipa Poeira² Fernanda G da Costa Marques³

Corresponding author:
Fernanda G. C. Marques fernanda.gomes@ess.ips.pt

Resumo

Enquadramento: O parto na água consiste na imersão total do abdómen da grávida e do nascimento do recém-nascido totalmente submerso em água.

Objetivo: Identificar e sintetizar evidência sobre a eficácia do parto na água no controlo da dor durante o trabalho de parto em comparação com os partos convencionais.

Método de Revisão: Realizada uma Revisão Sistemática da Literatura, entre janeiro e junho de 2020, seguindo a estratégia PICO e metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados *Academic Search Complete*, *CINAHL*, *MedLine* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection* via *EBSCO*, *Cochrane*, *Scielo* e *Scopus* entre 2015 e 2020.

Resultados: Seleccionados 5 estudos de natureza quantitativa que evidenciam os efeitos do trabalho de parto na água no controlo da dor e outros resultados neonatais e maternos.

Conclusão: A evidência demonstrou benefícios do parto na água para o controlo da dor e maior nível de satisfação relativamente à escolha do método.

Palavras-chave: Parto Normal; Parto na Água; Dor de Parto; Trabalho de Parto; Gravidez; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Background: Water delivery consists in the total immersion of the woman's abdomen and the delivery of the newborn submerged under water.

Objective: To identify and synthesize evidence on the benefits that water birth has in pain relief during labor over conventional births.

Review method: A *Systematic Review of Literature* was carried out, between January and June 2020, following the PICO methodology and based on the Joanna Briggs Institute Protocol. The research was performed in the databases: *Academic Search Complete*, *CINAHL*, *MedLine* and *Psychology and Behavioral Sciences Collection* via *EBSCO*, *Cochrane*, *Scielo* and *Scopus*, between 2015 and 2020 period time.

Results: Five articles of quantitative nature that show the effects of water delivery regarding the management of pain and other results of maternal and neonatal nature were selected.

Conclusion: Evidence showed the beneficial effects of water birth on pain relief and a higher level of satisfaction regarding the method choice.

Keywords: Natural Childbirth; Water Birth; Labor Pain; Labor; Pregnancy; Nursing Care.

¹ Estudante da Unidade Curricular Investigação III do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Doutora em Ciências de Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal ana.poeira@ess.ips.pt

³ Doutora em Didática e Organização Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal fernanda.gomes@ess.ips.pt

Introdução

O parto é um evento subjetivo e multidimensional e como tal, cada mulher vivencia-o de forma diferente (Czech, et al., 2018). Apesar de ser considerado pelos demais um fenómeno especial e repleto de emoções como a alegria e a celebração do nascimento de um novo ser, este é frequentemente associado a um evento complexo, bastante doloroso e repleto de medo, ansiedade e baixa sensação de segurança (Karlsdottir, Sveinsdottir, Olafsdottir, & Kristjansdottir, 2015).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou potenciais no tecido (DGS, 2020). Durante o trabalho de parto atuam dois tipos de dor, a somática e a visceral. A visceral está associada à primeira fase do trabalho de parto (dilatação), causada devido à pressão exercida pelo feto no colo do útero. A dor somática inicia-se no final da primeira fase e perdura durante a segunda fase (expulsão), causada pela força exercida do feto na região da vagina e do períneo. A dor é um dos principais fatores para as mulheres, atualmente, optarem por um parto realizado através de uma cesariana (Czech, et al., 2018).

Segundo Carlsson e Ulfssdottir (2020), diversas organizações têm salientado a importância de promover nascimentos fisiológicos naturais e abordagens de baixa intervenção, de modo a capacitar e apoiar as mulheres durante o parto.

O parto na água ocorre de forma natural, sem recorrer a manobras que facilitem a expulsão do feto. Isso significa que, o profissional de saúde não manipula a cabeça do recém-nascido quando este está a sair (Nogueira, Pinheiro, Fernandes, & Vaz, 2019). Define-se parto na água quando o recém-nascido nasce totalmente submerso em meio aquático. Para que isso ocorra, é necessário a imersão do abdómen da grávida, numa piscina ou banheira, grande o suficiente para que esta possa

movimentar-se e trocar de posição (Camargo, 2019).

Comparativamente com uma mesa obstétrica, a água permite a mulher movimentar-se mais livremente, possibilitando a alteração de posições (por exemplo: agachada, sentada, ajoelhada). Esta mudança vai permitir o relaxamento muscular e a dilatação mais rápida do colo do útero (Lakhan, 2008 Cit. Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan, & Zhao, 2015). A água deve ser mantida a uma temperatura compreendida entre os 36°C e os 38°C e a temperatura ambiente entre os 26°C e os 28°C (Harper, 2014 Cit. Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan, & Zhao, 2015). A temperatura da água adequada permite a diminuição da libertação corporal de substâncias, tais como as catecolaminas, promove relaxamento muscular, aumenta a perfusão sanguínea e a velocidade e a expansão do colo do útero, através da redução da diferença de pressão entre o meio intrauterino e extrauterino (Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan, & Zhao, 2015). A água fornece ainda flutuação ao feto, reduzindo a pressão exercida sobre o períneo, e consequentemente, diminuindo significativamente a taxa de laceração vaginal. O facto de o ambiente hídrico ser semelhante ao líquido amniótico vai facilitar o processo de transição do feto, o sangue será limpo na água e o contacto com a mãe tornar-se-á mais precoce (Martensson, 2010 Cit. Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan, & Zhao, 2015).

Em comparação com o parto tradicional, o parto na água só pode ser aplicado em mulheres com mais de 38 semanas de gestação, sons cardíacos fetais normais, feto com apresentação cefálica e boa saúde física (sem complicações de gravidez ou doenças infecciosas). Mulheres com gravidez múltipla, mal posição fetal, macrosomia fetal ou contaminação de fluidos amnióticos não se encontram indicadas para realizar esta prática, por risco de complicações durante o trabalho de parto (Gayiti, Li, Zulifeiya, Huan, & Zhao, 2015).

Contudo, nos dias de hoje, ainda se constata uma grande controvérsia entre os

profissionais de saúde relativamente à realização do parto na água (Nogueira *et al.*, 2019). Aquando da implementação dos partos na água, existiram várias críticas relativamente a este meio de trabalho de parto, tais como possíveis inibições de contrações eficazes, aumento do risco de infeção materno-infantil, trauma do períneo, hemorragia pós-parto, aspiração de água e trauma do recém-nascido (Camargo *et al.*, 2018). Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica defendem que o parto na água é uma opção cujo objetivo é promover o parto natural na gravidez de baixo risco e o empoderamento da mulher (Nogueira *et al.*, 2019).

Estudos não identificaram um aumento ao nível da mortalidade materna em nascimentos de baixo risco, nem diferenças entre crianças nascidas dentro e fora de água, relativamente ao índice de Apgar, infeções pós-natais, amostras de cordão umbilical e internamentos no serviço de neonatologia, concluindo assim, que o parto na água é uma alternativa segura para muitas mulheres (Davies, Davis, Pearce e Wong, 2015; Taylor *et al.*, 2016; Vanderlaan, Hall, & Lewitt, 2018 cit. Carlsson & Ulfsdottir, 2020). Desta forma, toda a grávida saudável e com gestação de termo, deverá ter a oportunidade de escolher realizar o parto na água, se assim o desejasse, após todas as informações prestadas (Nogueira *et al.*, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros, defensora do parto na água, emitiu o Parecer N°51/2014, onde *“recomenda a imersão e o parto na água como uma metodologia a utilizar durante o trabalho de parto e parto normal, como uma das possíveis escolhas/ opção por parte da mulher grávida, após informação e consentimento livre e esclarecido”* (OE, 2014, p.7).

A Ordem dos Médicos emitiu um Parecer desfavorável relativamente ao parto na água, sendo que *“não recomenda o trabalho de parto e/ou nascimento em meio subaquático”* (OM, 2014, p.27). Por esse motivo, o parto na água deixou de se realizar em Portugal através do SNS.

Devido à existência destas controvérsias que levaram à não realização de partos na água através do Serviço Nacional de Saúde e aos benefícios que os mesmos apresentaram anteriormente, os objetivos da presente Revisão Sistemática da Literatura são sistematizar a evidência existente relativamente a este tema a fim de compreender se o parto na água tem benefícios no controlo da dor durante o trabalho de parto. Realizada uma revisão de evidência de eficácia para dar resposta à seguinte questão de revisão: A realização do parto na água é benéfica no controlo da dor?

A questão de revisão foi estruturada segundo a estratégia **PICO**:

P - Grávidas em trabalho de parto

I - Parto na água

C - Grávidas que não fazem o parto na água

O - Benefícios no controlo da dor

Método de Revisão Sistemática

Esta revisão seguiu a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Aromataris *et al.*, 2017).

Foram definidos como critérios de inclusão:

1) **Tipos de participantes** - A presente revisão da literatura considera estudos que têm como participantes parturientes de parto eutócico;

2) **Tipos de intervenção/fenómeno de interesse** - A presente revisão da literatura considera estudos que abordem o controlo da dor nas grávidas que realizam parto na água;

3) **Tipos de estudo** - Esta revisão da literatura irá considerar estudos primários quantitativos;

4) **Idioma** – Estudos em Português e Inglês;

5) **Data de Publicação** – 2015-2020;

6) **Formato de publicação** – Texto integral.

Foram definidos como critérios de exclusão:

1) **Tipos de participantes** - A presente revisão da literatura exclui estudos que têm como participantes parturientes de parto distócico;

2) **Tipos de intervenção/fenômeno de interesse** - estudos que não abordem o controlo da dor nas grávidas que realizam parto na água;

3) **Tipos de estudo** - estudos qualitativos, estudos secundários e revisões sistemáticas da literatura;

4) **Idioma** – Idiomas que não sejam em português e inglês;

5) **Data de Publicação** – Anterior a 2015;

6) **Formato de publicação** – formato que não esteja em texto integral.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa da literatura foi realizada no dia 31 de maio de 2020 nas seguintes bases de dados: *Academic Search Complete*, *CINAHL*, *MedLine* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection* por via EBSCO e na *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Scielo* e *Scopus*. Realizada uma pesquisa prévia na *JBI Database of Systematic Reviews and*

Base de Dados	Descritores de Pesquisa	Fórmula de Pesquisa
MedLine	(MH Pregnancy OR pregnant) AND (MH Natural Childbirth OR water birth OR birthing pool OR underwater birth OR water labor OR water delivery OR water immersion during labor OR water parturition) AND (MH Labor Pain OR birth pain OR obstetric pain OR delivery pain)	S1: MH Pregnancy (870555) S2: pregnant (203522) S3: S1 OR S2 (909339) S4: MH Natural Childbirth (2417) S5: water birth (650) S6: birthing pool (27) S7: underwater birth (22) S8: water labor (172) S9: water delivery (2217) S10: water immersion during labor (27) S11: water parturition (60) S12: S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 (5427) S13: MH Labor Pain (1130) S14: birth pain (617) S15: obstetric pain (1383) S16: delivery pain (1875) S17: S13 OR S14 OR S15 OR S16 (3808) S18: S3 AND S12 AND S17 (102) S19: S3 AND S12 AND S17 Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20150101-20200531; Idioma: Inglês, Português (25)
	(((pregnancy) OR (pregnant))) AND (((natural childbirth) OR (water birth) OR (birthing pool) OR (underwater birth) OR (water labor) OR (water delivery) OR (water immersion during labor) OR (water parturition))) AND (((labor pain) OR (birth pain) OR (obstetric pain) OR (delivery pain)))	#1: (((pregnancy) OR (pregnant))) AND (((natural childbirth) OR (water birth) OR (birthing pool) OR (underwater birth) OR (water labor) OR (water delivery) OR (water immersion during labor) OR (water parturition))) AND (((labor pain) OR (birth pain) OR (obstetric pain) OR (delivery pain))) (13) #2: (((pregnancy) OR (pregnant))) AND (((natural childbirth) OR (water birth) OR (birthing pool) OR (underwater birth) OR (water labor) OR (water delivery)

Quadro 1. Estratégia de Pesquisa Sensível

Implementation Reports, Cochrane Database of Systematic Review e não foram identificadas revisões sistemáticas sobre o tema.

de 7 estudos. Um dos estudos foi removido por se encontrar duplicado e os restantes 6 foram excluídos na avaliação de título e resumo.

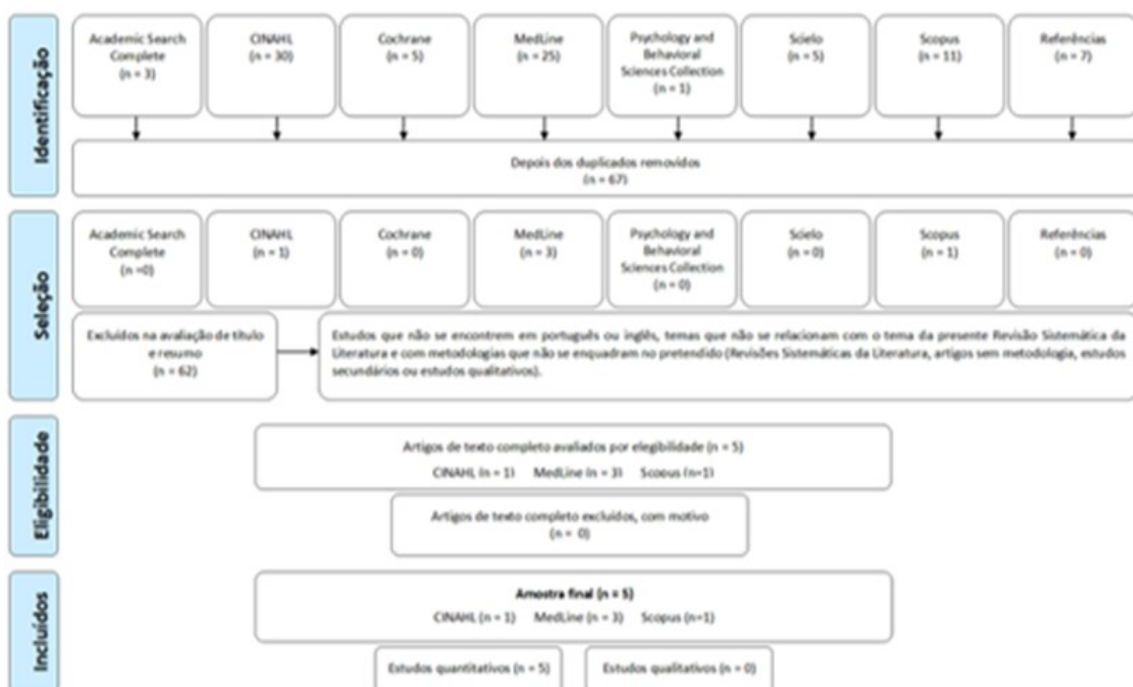


Figura 1. Fluxograma da Colheita de Dados

No final da pesquisa em cada base de dados obtivemos 3 estudos na *Academic Search Complete*, 30 estudos na *CINAHL*, 25 estudos na *MedLine*, 1 estudo na *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 5 estudos na *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, 5 estudos na *Scielo* e 11 estudos na *Scopus*. Desta amostra eliminámos 17 artigos por se encontrarem duplicados (1 da *Scielo*, 9 da *CINAHL*, 2 da *Scopus*, 3 da *MedLine* e 2 da *Cochrane Central Register of Controlled Trials*), obtendo-se um total de 67 estudos. Prosseguimos então com a triagem excluindo 56 estudos na avaliação do título e resumo, por se tratar de estudos que não respondem à questão de revisão ou tendendo aos critérios de exclusão mencionados anteriormente, tendo resultado numa amostra de 5 estudos quantitativos, 1 pertencente à *CINAHL*, outro à *Scopus* e 3 à *MedLine*.

Para além de ter sido realizada a pesquisa nas bases de dados, também foram revistas as referências bibliográficas dos estudos para elegibilidade, tendo-se obtido um total

Foi utilizada a mesma fórmula de pesquisa na *Academic Search Complete*, *CINAHL*, *MedLine*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e *Cochrane*. Relativamente à *Scielo* e *Scopus* foi utilizado outra fórmula de pesquisa diferente da anterior. Foram escolhidas a *MedLine* e a *Scielo* como exemplo de estratégia de pesquisa. Ver Quadro 1.

Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada por dois revisores independentes. Sempre que não houve consenso, foi consultado um terceiro revisor. Não foi necessário contactar nenhum dos autores dos estudos.

Os estudos seleccionados para elegibilidade foram avaliados segundo *JBIC Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies*, sendo que a decisão para a inclusão dos estudos foi baseada num score pré-determinado de 7 ou mais.

Extração de Dados

A extração de dados foi realizada com recurso à ferramenta de extração JBI, incidindo sobre o autor do artigo, o propósito do mesmo, o número total de participantes, a forma de como os resultados foram medidos e o período de duração do estudo. A mesma foi efetuada por dois revisores independentes.

Síntese de Dados

A presente síntese de dados foi realizada de forma narrativa e foi efetuada por dois revisores independentes.

Apresentação dos Resultados

O Artigo 1. *Retrospective Cohort Study of Hydrotherapy in Labor* (ver quadro 2), Jennifer Vanderlaan (2016), teve como objetivo a descrição do uso da hidroterapia para a gestão da dor no parto, tendo realizado um estudo na Unidade de Partos do Hospital localizado em *Northwestern United States*, entre 2006 e 2013, com um total de 327 participantes.

Utilizou estatísticas descritivas para determinar o nº de participantes que iniciaram a hidroterapia e descontinuaram a hidroterapia e a duração do tempo de uso da hidroterapia, cujos resultados foram de 268 (82%) iniciaram hidroterapia, desses, 80 (29.9%) foram removidos da água pois atingiram critérios de exclusão médicos e 24 (9%) procederam para a gestão farmacológica da dor. A duração da hidroterapia foi de 156,3 minutos. A indução do parto estava relacionada a maior parte das vezes com a rejeição da hidroterapia e a nuliparidade estava relacionada com a exclusão médica da hidroterapia. Os resultados deste estudo comprovam que as ofertas da hidroterapia antes do início da utilização de métodos farmacológicos podem ser implementadas com sucesso para a gestão da dor no parto em mulheres de baixo-risco nos Estados Unidos. Neste estudo, 57.5% das participantes mantiveram-se na hidroterapia, não procedendo para métodos farmacológicos para o alívio da dor. Foi utilizada ainda a regressão logística para fornecer probabilidades de rácio ajustadas para características associadas ao uso da hidroterapia.

Título	Autor	Objetivo do Estudo	Nº Total da amostra	Como é medido o resultado	Duração do Estudo
<i>Retrospective Cohort Study of Hydrotherapy in Labor</i>	Jennifer Vanderlaan	O objetivo deste estudo é a descrição do uso da hidroterapia para a gestão da dor no parto.	327 participantes	Foram usadas estatísticas descritivas para determinar o nº de participantes que iniciaram e descontinuaram a hidroterapia e a duração do tempo de uso da hidroterapia. Foi utilizada ainda a regressão logística para fornecer probabilidades de rácio ajustadas para características associadas ao uso da hidroterapia.	De 2006 a 2013 (7 anos)

Quadro 2. Síntese dos achados – Artigo 1.

No Artigo 2. *Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births* (ver quadro 3), Hanna

formato "Likert Scale" (Concordo totalmente=4; Concordo=3; Discordo=2; Discordo totalmente=1) onde utilizaram

Título	Autor	Objetivo do Estudo	Nº Total da amostra	Como é medido o resultado	Duração do Estudo
<i>Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births</i>	Hanna Ulfssdottir; Sissel Saltvedt; Susanne Georgsson	O objetivo deste estudo é a comparação das experiências entre uma mulher ter parto na água e outra com um parto convencional sem complicações.	Total de 215 participantes	Foi enviado um Questionário de Experiência de Parto (CEQ – "Childbirth Experience Questionnaire") para as mulheres por email, aproximadamente 6 semanas pós-parto, tendo quatro domínios, "Capacidade própria", "Suporte Profissional", "Segurança percebida" e "Participação", sendo o resultado em formato "Likert Scale" (Concordo totalmente=4; Concordo=3; Discordo=2; Discordo totalmente=1) onde utilizaram também uma escala numeral de 0-10 (NRS – "Numerous Rating Scale"), para que a Escala Analógica Visual (VAS) fosse compatível com o CEQ versão web, que converteu (0-2=1; 3-5=2; 6-8=3; 9-10=4), tal como a "Likert Scale" com algumas das questões revertidas e outras adicionadas. Quanto maior o score, mais favorável foi a experiência de parto.	De 2015 a 2018 (3 anos)

Quadro 3. Síntese dos achados – Artigo 2.

Ulfssdottir, Sissel Saltvedt e Susanne Georgsson (2019), tiveram o objetivo de comparar as experiências entre uma mulher ter parto na água e outra com um parto convencional sem complicações. Tendo realizado um estudo em dois hospitais da Suécia, um de uma cidade localizada em Estocolmo e outro de uma pequena cidade no sul da Suécia, entre 2015 e 2018, onde participaram 215 mulheres, 99 nulíparas e 116 multíparas. 111 fizeram parto na água e 104 tiveram um parto convencional sem complicações. Foi enviado um Questionário de Experiência de Parto (CEQ – "Childbirth Experience Questionnaire") para as mulheres por email, aproximadamente 6 semanas pós-parto, tendo quatro domínios, "Capacidade própria", "Suporte Profissional", "Segurança percebida" e "Participação", adicionando ainda 3 questões, "Quão dolorosa foi a segunda parte do trabalho de parto?", "Quanto controlo sentiu no momento do trabalho de parto?", "Tive a força para me manter na posição que quis durante a segunda parte no trabalho de parto", sendo o resultado em

também uma escala numeral de 0-10 (NRS – "Numerous Rating Scale"), para que a Escala Analógica Visual (VAS – "Visual Analogue Scale") fosse compatível com o CEQ versão web, que converteu (0-2=1; 3-5=2; 6-8=3; 9-10=4), tal como a "Likert Scale" com algumas das questões revertidas e outras adicionadas. Quanto maior o score, mais favorável foi a experiência de parto. Nos resultados que obtiveram verificaram diferenças significativas nas respostas do questionário, no domínio da "Capacidade Própria", no qual os scores eram superiores nas mulheres que realizaram parto na água, podendo ser interpretada como estas mulheres terem experienciado um elevado nível próprio de eficácia, *coping* e *empowerment*, sentindo-se menos dependente da obstetra, e no domínio "Suporte Profissional", onde os scores eram superiores nas mulheres que realizaram parto convencional, não havendo diferenças significativas nos restantes domínios. Foi concluído, através deste estudo, que as mulheres que fizeram o parto na água tiveram menos dor do que as mulheres que

realizaram parto convencional, tendo uma diferença significativa ($p=0,046$).

Os autores do Artigo 3. *Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety* (ver quadro 4), realizaram um estudo durante 2 anos, entre setembro de 2014 e abril de 2016. O objetivo dos autores foi avaliar a eficácia do uso da hidroterapia na percepção da dor, bem como as solicitações de analgesia neste tipo de parto e, ainda, identificar possíveis efeitos adversos em neonatos nascidos na

admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais) foram resumidas e comparadas entre as duas amostras enquanto percentagens. As diferenças entre os grupos foram comparadas usando o teste T de *Student* e o teste do qui-quadrado ajustado ao teste exato de Fisher e o teste de *Mann-Whitney* para dados sem distribuição normal. Foi ainda realizada análise de regressão linear múltipla. Um valor $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. No estudo

Título	Autor	Objetivo do Estudo	Nº Total da amostra	Como é medido o resultado	Duração do Estudo
<i>Use of hydrotherapy during labour : Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety</i>	Laura Mallen-Perez, M. Teresa Roé-Justiniano, Núria Colomé Ochoa, Alicia Ferre Colomat, Montse Palacio, Carme Terré-Rull	O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia do uso da hidroterapia na percepção da dor, bem como as solicitações de analgesia neste tipo de parto e, ainda, identificar possíveis efeitos adversos em bebés nascidos na água.	200 grávidas	As mulheres grávidas foram selecionadas e designadas para grupos de hidroterapia (GH) ou grupo de controlo (GC), de acordo com o seu desejo e disponibilidade de uso, iniciando a colheita de dados a partir de 5cm de dilatação. Os instrumentos utilizados foram a escala de classificação numérica (NRS), uso de analgésicos, Índice de Apgar, pH do cordão umbilical e admissão na UCIN. Os participantes foram distribuídos em GH ($n=111$; 50 partos na água) e GC ($n=89$).	2 anos (de setembro de 2014 a abril de 2016)

Quadro 4. Síntese dos achados – Artigo 3

água. Foi utilizada uma Escala de Classificação Numérica para avaliar a dor durante o trabalho de parto. A colheita de dados iniciou-se com 5 cm de dilatação e foi novamente avaliado aos 30, 90 minutos e no segundo estágio do trabalho de parto (expulsão). Isto porque o efeito analgésico da água quente demora 30 minutos para ter efeito e também porque se torna estável após este tempo (segundo um estudo anterior). As variáveis (idade, nacionalidade, sinais vitais, uso e tipo de analgesia, índice de Apgar ao primeiro o quinto minuto, pH da artéria umbilical e do sangue venoso e

participaram 200 grávidas que obedeceram aos critérios de inclusão. Das quais 111 realizaram o parto na água e 89 realizaram parto convencional. Houve uma diferença significativa ($p = 0.001$) entre as duas amostras relativamente à dor. Inicialmente o grupo da hidroterapia apresentava dor 7,4 enquanto que o grupo de controlo apresentava dor 6,1. Aos 30 minutos, o grupo da hidroterapia apresentava dor 6,7 enquanto que o grupo de controlo apresentava dor 7,8. Aos 90 minutos, o grupo da hidroterapia apresentava dor 7,7 e o grupo de controlo 8,9. No segundo estágio

do trabalho de parto, o grupo da hidroterapia apresentava dor 8,3 enquanto que o grupo de controlo apresentava dor 9,5. As mulheres que realizaram o parto na água apresentaram um score de dor mais elevado no início da avaliação. Nos restantes momentos de avaliação da dor, as mulheres que realizaram parto na água apresentavam um score de dor inferior comparativamente às mulheres que realizaram parto convencional. Os resultados deste estudo mostram que o parto na água pode reduzir a dor durante o trabalho de parto. Este estudo mostrou também que não existem diferenças nas duas amostras relativamente ao índice de Apgar e ao pH do cordão umbilical.

Os autores do Artigo 4. *Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns* (ver quadro

água e do parto convencional na mulher e no neonato. Para tal, de um grupo de 120 mulheres primíparas, feto com apresentação cefálica e gravidez de termo, dividiram aleatoriamente em dois grupos de 60 mulheres, as mulheres de um grupo iriam realizar o parto na água e as restantes iriam realizar o parto convencional. Foi comparado entre os dois grupos o tempo do parto, o volume de sangue perdido em 24 horas, as condições do períneo, o grau de dor no parto e o índice de Apgar. De modo a avaliar a dor, os autores recorreram à observação através de quatro níveis, nível I corresponde à ausência da dor ou dor ligeira, o nível II corresponde à dor tolerável, no qual se observava que as mulheres em trabalho de parto tinham a capacidade para cooperar com o médico, o nível III que corresponde à dor moderada, onde se observava que as mulheres em trabalho de

Título	Autor	Objetivo do Estudo	Nº Total da amostra	Como é medido o resultado	Duração do Estudo
<i>Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns</i>	M.-R.-Y. Gayiti, X.-Y. Li, A.K. Zulifeiya, Y. Huan, T.-N. Zhao	O estudo teve como objetivo comparar os efeitos do parto na água e do parto convencional na mulher e no neonato.	120 mulheres	Foi comparado entre os dois grupos o tempo do parto, o volume de sangue perdido em 24 horas, as condições do períneo, o grau de dor no parto e o índice de Apgar. De modo a avaliar a dor, os autores recorreram à observação através de quatro níveis, nível I corresponde à ausência da dor ou dor ligeira, o nível II corresponde à dor tolerável, no qual se observava que as mulheres em trabalho de parto tinham a capacidade para cooperar com o médico, o nível III que corresponde à dor moderada, onde se observava que as mulheres em trabalho de parto não tinham a capacidade para cooperar com o médico e, por fim, o nível IV que corresponde à dor severa de trabalho de parto. Para a análise dos dados, foi utilizado o SPSS13.0, onde os dados quantitativos foram analisados através do t teste e os dados qualitativos foram analisados através do teste do qui-quadrado. O <i>p value</i> de < 0.05 foi considerado estatisticamente significativo.	1 ano e 1 mês (desde junho de 2012 a julho de 2013)

Quadro 5. Síntese dos achados – Artigo 4

5), realizaram o estudo entre junho de 2012 a julho de 2013, correspondente a 1 ano e 1 mês, num hospital localizado na China, com o intuito de comparar os efeitos do parto na

parto não tinham a capacidade para cooperar com o médico e, por fim, o nível IV que corresponde à dor severa de trabalho de parto. Para a análise dos dados, foi

utilizado o SPSS13.0, onde os dados quantitativos foram analisados através do t teste e os dados qualitativos foram analisados através do teste do qui-quadrado. O *p value* de < 0.05 foi considerado estatisticamente significativo. Os autores concluíram que a integridade do períneo e a taxa de episiotomia foram significativamente ($p < 0.05$) mais favoráveis para as mulheres que realizaram o parto na água. Relativamente ao nível de dor no parto, este demonstrou-se menor nas mulheres que realizaram parto na água ($p < 0.05$), onde 83% das mulheres que realizaram parto na água se mantiveram no nível I de dor, enquanto apenas 20% das mulheres que realizaram parto convencional se mantiveram nesse mesmo nível, havendo uma diferença significativa entre os níveis da dor comparando as mulheres em trabalho de parto convencional com as mulheres em trabalho de parto na água. A duração do parto na água apresenta-se sensivelmente mais curta e, relativamente à perda de sangue durante 24h e ao índice de Apgar, concluíram que a sua diferença não é significativa. Como tal, foi concluído pelos autores de que o parto na água pode efetivamente diminuir o tempo de parto, bem

como reduzir a dor maternal, sem que existam riscos acrescidos tanto na mulher como no neonato.

Os autores do Artigo 5. *Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison* (ver quadro 6), realizaram o estudo entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017, correspondente a 5 meses, numa clínica localizada na Polónia, com o objetivo de avaliar e comparar alguns métodos farmacológicos e não farmacológicos para o controlo da dor durante o parto. Assim, participaram no estudo 258 mulheres que obedeceram aos critérios de inclusão, sendo estes, idade gestacional superior a 37 semanas, feto único, posição fetal cefálica, início espontâneo do trabalho de parto, contrações uterinas apropriadas e idade superior a 18 anos. Relativamente aos critérios de exclusão, estes foram hipersensibilidade a qualquer um dos produtos utilizados ou contraindicações para utilização da epidural. Todas as mulheres foram divididas em seis grupos de acordo com o método de controlo de dor escolhido. Assim, 42 mulheres escolheram epidural, 40 mulheres escolheram parto na

Título	Autor	Objetivo do Estudo	Nº Total da amostra	Como é medido o resultado	Duração do Estudo
<i>Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison</i>	Iwona Czech, Piotr Fuchs, Anna Fuchs, Miłosz Lorek, Dominika Tobolska-Lorek, Agnieszka Drosdzol-Cop and Jerzy Sikora	O estudo teve como objetivo avaliar e comparar a eficácia de alguns métodos farmacológicos e não-farmacológicos no alívio da dor durante o parto.	258 mulheres	Após a escolha do método farmacológico ou não-farmacológico por parte dos participantes, foi utilizado um questionário contendo 21 perguntas, as quais divididas em duas partes. a primeira refere-se aos dados demográficos, histórico de saúde e resultados neonatais e a segunda parte refere-se a perguntas sobre os métodos de controlo da dor e a avaliação da mesma através da Escala Visual Analógica (uma escala de 0-10 em que 0 corresponde a sem dor e 10 à pior dor imaginável). Para a análise dos dados, foi utilizado o StatSoft Statistica version 13.0, onde os dados quantitativos foram analisados através do t teste e os dados qualitativos foram analisados através do teste do qui-quadrado. O <i>p value</i> de < 0.05 foi considerado estatisticamente significativo.	5 meses (desde setembro de 2016 a fevereiro de 2017)

Quadro 6. Síntese dos achados – Artigo 5

água, 40 mulheres escolheram o nitrogénio, 50 mulheres escolheram TENS (estimulação nervosa elétrica transcutânea), 42 mulheres escolheram múltiplos métodos e 44 mulheres não escolheram nenhum método para o controlo da dor. De modo a avaliar a dor, as grávidas foram questionadas através da Escala Visual Analógica da dor (uma escala de 0-10 em que 0 corresponde a sem dor e 10 à pior dor imaginável) e de um questionário. O questionário era formado por 21 perguntas divididas em duas partes, a primeira refere-se aos dados demográficos, histórico de saúde e resultados neonatais e a segunda parte refere-se a perguntas sobre os métodos de controlo da dor e a avaliação da mesma através da escala visual analógica. O questionário foi aplicado pessoalmente, 48 horas depois do nascimento do recém-nascido, a cada puérpera. Para a análise dos dados, foi utilizado o *StatSoft Statistica version 13.0*, onde os dados quantitativos foram analisados através do t teste e os dados qualitativos foram analisados através do teste do qui-quadrado. O p value de < 0.05 foi considerado estatisticamente significativo.

Existiram diversos resultados no presente estudo, porém iremos focar apenas nos resultados relativamente ao parto na água. Durante o parto na água e devido à pressão hidrostática, a pressão intra-abdominal aumenta, o que promove uma respiração mais eficaz, facilitando ainda a mudança de posição. A água, além do efeito relaxante, permite que os tecidos pélvicos se tornem mais flexíveis e elásticos, levando à diminuição da dor durante as contrações e da utilização de intervenções instrumentais durante o parto. (Czech, I. *et al.*, 2018) No entanto, os autores concluíram que, no grupo das mulheres que escolheram o parto na água como método de alívio da dor, não existe evidência estatística significativa de forma a concluir que o parto na água reduz a dor. Ainda assim, relativamente à satisfação das puérperas, o parto na água foi o método não-farmacológico para o controlo da dor que apresentou uma maior satisfação (95% das puérperas ficaram satisfeitas com a realização do mesmo).

Os Quadros 2 a 6 apresentados resumem os estudos que foram incluídos na presente revisão, contendo o título, os autores, o

objetivo do estudo, o número total da amostra, a forma como é medido o resultado e o período de duração do estudo.

Interpretação dos resultados

A humanização do parto passa por oferecer o controlo do mesmo à parturiente, respeitando as suas escolhas e decisões, essas que partem da informação concedida pelo enfermeiro, de modo que a mulher seja capacitada e conduzida a uma tomada de decisão consciente e informada. As intervenções humanizadas no trabalho de parto focam-se numa atenção reforçada, e passam por garantir a privacidade e autonomia da parturiente, minimizando intervenções durante o trabalho de parto e evitando intervenções supérfluas, porém, mantendo a segurança da mulher e do feto. Segundo Nogueira *et al.* (2019) “os cuidados humanizados às grávidas, parturientes e puérperas devem constituir um foco de atenção nos serviços de saúde, de modo a promover um maior vínculo, autocuidado e segurança da mulher” (p.34)

Os estudos incluídos demonstram que a realização do parto na água exerce benefícios no que diz respeito ao controlo da dor e também em relação a outros aspetos como a redução da taxa de cesarianas, redução do tempo de parto, diminuição da taxa de episiotomias, manutenção da integridade perineal, uma maior autonomia, *coping* e *empowerment* da própria grávida durante o trabalho de parto e necessidade de menos intervenções por parte dos profissionais de saúde, comparativamente ao parto convencional. Tendo em conta os benefícios apresentados anteriormente, os enfermeiros que auxiliam no parto na água, devem apenas interferir se necessário, de modo a oferecer autonomia e privacidade à parturiente, contribuindo assim para a humanização do parto.

A evidência permite compreender que a principal recomendação para a prática recai sobre os efeitos positivos do parto na água no controlo da dor.

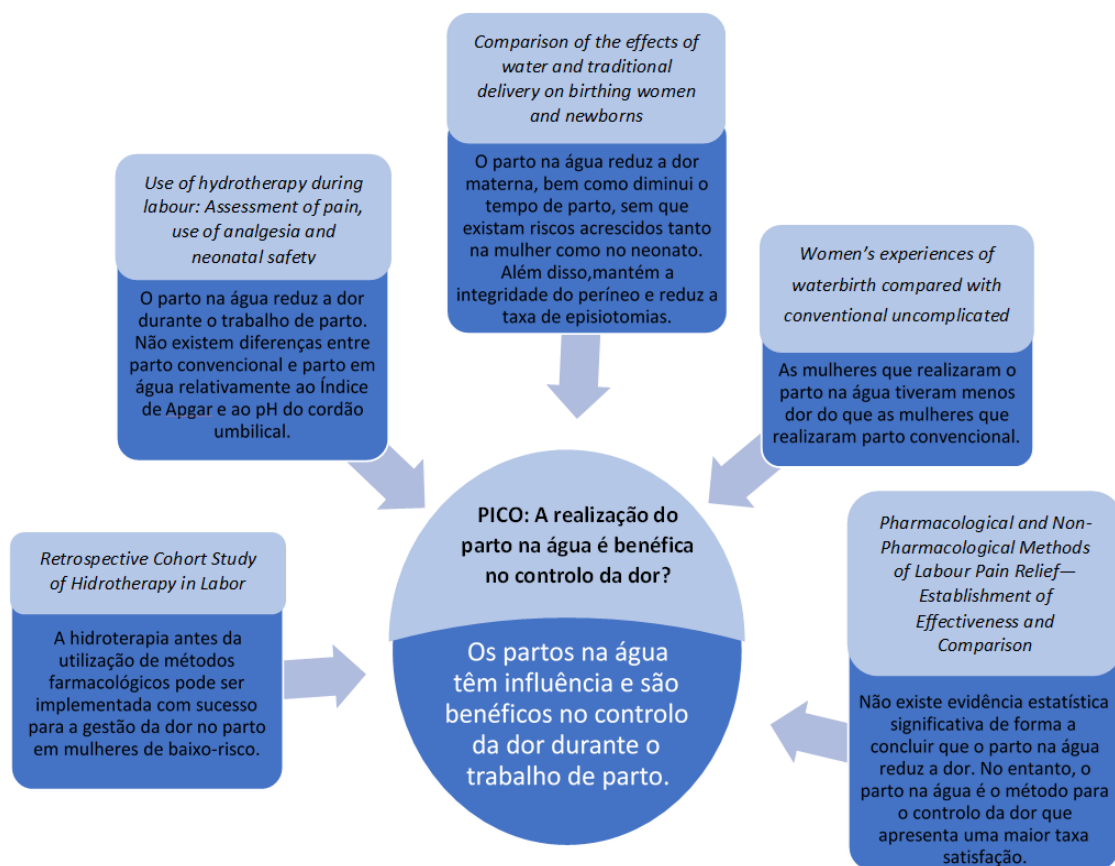


Figura 2. Esquema síntese dos Artigos Incluídos no Estudo

Conclusão

Quatro dos estudos incluídos na presente Revisão Sistemática da Literatura demonstram que a realização do parto na água exerce benefícios no que diz respeito ao controlo da dor e também em relação a outros aspetos como a redução da taxa de cesarianas, redução do tempo de parto, diminuição da taxa de episiotomias, manutenção da integridade perineal, uma maior autonomia, *coping* e *empowerment* da própria grávida durante o trabalho de parto e necessidade de menos suporte profissional comparativamente ao parto convencional. Um dos artigos, não concluiu o referido acima, uma vez que não conseguiu comprovar estatisticamente que o parto na água é benéfico para o controlo da dor. No entanto, este método foi considerado de entre cinco métodos (epidural, parto na água, gás nitrogénio, TENS - estimulação nervosa elétrica transcutânea e nenhum método para o controlo da dor), o que apresentou um maior nível de satisfação relativamente à sua escolha (95% das puérperas).

Recomendações

Recomendações para a prática

Esta revisão confirmou que o parto na água tem efeitos positivos no controlo da dor.

Recomendações para a investigação

Apesar das conclusões positivas resultantes dos artigos incluídos, existem algumas questões a melhorar. A especificação do método de recolha de dados por vezes não foi muito clara. Além disso, os dados deverão ser apresentados de forma mais individualizada, com intervenções agregadas, o que permite uma melhor extração de dados. Apesar de termos verificado que os partos na água têm influência e são benéficos no controlo da dor durante o trabalho de parto, salientamos a importância da necessidade da realização de mais estudos no que diz respeito a este assunto.

Referências

- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de: https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia
- Camargo, J. C. S. (2019). *O parto na água no contexto hospitalar em Portugal: vivências de mães e profissionais*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Obtido de: <https://repositorio-berto.up.pt/bitstream/10216/121145/2/329872.pdf>
- Camargo, J. C. S., Varela, V., Ferreira, F. M., Pougy, L., Ochiai, A. M., Santos, M. E., & Grande, M. C. L. R. (2018). The Waterbirth Project: São Bernardo Hospital experience. *Women and Birth*, 31(5), e325–e333. Obtido de: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.008>
- Carlsson, T., & Ulfssdottir, H. (Janeiro de 2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 76, 1221–1231. Obtido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32090362>
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief - establishment of effectiveness and comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12). Obtido de: <https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>
- DGS. (2020). *páginas de sistema/saúde de a-a-z/dor*. Obtido em 6 de junho de 2020, de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/dor.aspx>
- Gayiti, M. R. Y., Li, X. Y., Zulifeiya, A. K., Huan, Y., & Zhao, T. N. (2015). Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 19(9), 1554–1558. Obtido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26004591/>
- Institute, T. J. B. (2015). *Systematic Review Resource Package: The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide*.
- Karlsdottir, S. I., Sveinsdottir, H., Olafsdottir, O. A., & Kristjansdottir, H. (2015). Pregnant women's expectations about pain intensity during childbirth and their attitudes towards pain management : Findings from an Icelandic national study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 211–218. Obtido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614603/>
- Mallen-Perez, L., Roé-Justiniano, M. T., Ochoa, N. C., Colomat, A. F., Palacio, M., & Terré-Rull, C. (2018). Use of hydrotherapy during labour : Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enfermería Clínica*, 28(5), 309–315. Obtido de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.10.006>
- Nogueira, A., Pinheiro, C., Fernandes, P., & Vaz, A. M. (2019). O PARTO NA ÁGUA: UM NOVO PARADIGMA DO NASCER. *Revista HIGEIA*, 1(1), 31–48. Obtido de: http://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n1/03_parto_na_agua.pdf
- OE. (2014). Ordem dos Enfermeiros. MCEESMO. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer N°51/2014.
- OE. (2014). Ordem dos Enfermeiros. MCEESMO. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer N°51/2014.
- Ulfssdottir, H., Saltvedt, S., & Georgsson, S. (2019). Women's experiences of waterbirth compared with conventional uncomplicated births. *Midwifery*, 79. Obtido de: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102547>

Vanderlaan, J. (2017). Retrospective Cohort Study of Hydrotherapy in Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 46(3), 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.018>

Influência do Álcool na Gravidez

Influence of Alcohol on Pregnancy

Ana Sofia Neto Ferreira¹ Cármen Filipa Paisana Ferreri de Gusmão Cerqueira¹
Fernanda Gomes da Costa Marques² Zélia Candeias³

Corresponding author:
Fernanda Marques fernanda.gomes@ess.ips.pt

Resumo

O presente artigo de revisão bibliográfica da literatura, aborda a temática “Influência do Álcool na gravidez” e como esta substância pode afetar a saúde da mãe e consequentemente a saúde do seu filho ao longo de todo o seu desenvolvimento. O artigo, surge com o objetivo preventivo de averiguar quais as melhores práticas a adotar perante casos como este, no sentido de provocar uma maior sensibilização e reflexão ao leitor acerca deste assunto, que se mostra pouco esclarecedor nas grávidas devido às dúvidas que surgem à cerca do tema, além das implicações de saúde envolvidas no mesmo.

Palavras-chave: Álcool; Enfermagem; Gravidez; Feto.

Abstract

The present literature review article deals with the theme "Influence of Alcohol on Pregnancy" and how this substance can affect the health of the mother and consequently the health of her child throughout its development. The article arose with the preventive objective of ascertaining the best practices to adopt in cases such as this one, in order to provoke a greater awareness and reflection to the reader about this subject, which is not very enlightening in pregnant women because of the doubts that arise of the theme, in addition to the health implications involved in it.

Keywords: Alcohol; Nursing; Pregnancy; Fetus.

Introdução

O álcool ou etanol é bastante comum em todo mundo e considerado como uma substância ilícita, droga psicotrópica que atua ao nível do sistema nervoso central e que provoca alterações de comportamento no consumidor, bem como um potencial desenvolvimento de uma dependência. Tendo um papel histórico e cultural em festividades, liturgias e comemorações, contudo é também reconhecido que o álcool

é ingerido em situações de stress e em casos de depressão (Segre, 2010).

O avanço no consumo de drogas lícitas, nos dias de hoje, é estimado como problema de saúde pública em todo o mundo e sendo o álcool considerado uma droga lícita, torna-se relevante perceber que há uma percentagem maior de prevalência de alcoolismo nos homens do que nas mulheres, sendo que nas mulheres a

¹ Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Saúde Sexual e Reprodutiva do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Doutora em Didática e Organização Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal fernanda.gomes@ess.ips.pt

³ Mestre em Gestão de Recursos Humanos, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Assistente Convidada da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal zelia.candeias@ess.ips.pt

percentagem é de 33% (Maia, Pereira & Menezes, 2015; Segre, 2010).

“Aproximadamente 55% das mulheres adultas grávidas consomem bebidas alcoólicas, dentre as quais 6% são classificadas como alcoolistas.” (Segre, 2010, p. 26). Com esta percentagem pode-se deduzir que 55% das mulheres não estão devidamente esclarecidas sobre os impactos que este consumo pode causar durante a gravidez, nomeadamente inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e vida social da mulher no desenvolvimento do/a seu/sua filho/a (Segre, 2010).

EFEITOS DO ÁLCOOL NA MULHER

De acordo com Silva (2013) os fatores que estão intrinsecamente e extrinsecamente relacionados com a dependência de álcool nas mulheres durante a gravidez são: as perturbações psicológicas (depressão, ansiedade), baixo quociente de inteligência, fatores estressantes como acontecimentos de vida negativos, fatores socioeconómicos, acesso reduzido a apoio social, bem como ter um parceiro consumidor de substâncias ilícitas e/ou lícitas.

O sexo feminino a nível fisiológico é mais suscetível a efeitos tóxicos decorrentes do consumo excessivo de álcool, uma vez que há uma absorção do álcool mais rápida, mas por outro lado tem metabolismo mais lento, havendo um prolongamento do tempo desta substância no organismo em comparação com os homens (Silva, 2013).

De forma geral as mulheres começam por beber álcool mais tardiamente que os homens, e quando existe uma dependência neste sentido existe uma maior pressão cultural de forma a diminuir este consumo nas mulheres em particular. Isto porque estas têm uma maior biodisponibilidade ao álcool, devido a uma maior absorção da droga, pela proporção da gordura corpórea, menor quantidade de água no organismo, e menor atividade da enzima álcool-desidrogenase. Existe também uma maior probabilidade de desenvolver hepatite

alcoólica, miocardiopatia, lesão cerebral, inibição da ovulação, diminuição da fertilidade, entre outras complicações (Silva, 2013).

FATORES DETERMINANTES DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTANTE

De acordo com Silva (2013), existem duas componentes que influenciam a forma de como se vai processar psicologicamente a gestação e maternidade de uma grávida. A primeira componente é intrínseca que se relaciona com a forma como a mulher intensifica as características da sua personalidade por exemplo. A segunda componente é extrínseca, relacionada com influências culturais, e relacionais que influencia o sentir e agir da mulher. O álcool é uma substância que tem riscos para a saúde do feto, sendo que têm sido encontradas diferenças de saúde significativas em filhos de mães alcoólicas, quando comparadas com mães que não adotam este comportamento de risco durante a gestação (Segre, 2010).

Considerando a caracterização do perfil de gestantes consumidoras de álcool, como um fator primordial para a assistência pré-natal e para a adoção de medidas populacionais preventivas e de intervenção, são determinante de pré-disposição ao álcool: antecedentes familiares relativos à dependência do álcool; idade materna entre 21-25 anos; ser mãe solteira; ser vítima de violência doméstica e ter sofrido abuso sexual no passado; aumento do número de gestações e de paridade; abortos prévios; baixo nível socioeconômico assim como educacional; residência em área rural; baixo peso e altura maternas (desnutrição); consumo frequente de álcool; consumo de um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo (*binge drinking* ou “beber em binge”) cuja quantidade estabelecida é 5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião; beber durante todos os trimestres da gestação; conviver com parceiro alcoolista durante a gestação; hábitos tabágicos; consumo de

drogas ilícitas; baixa frequência ao pré-natal (Segre, 2010).

EFEITOS DO ÁLCOOL NA GRÁVIDA

De acordo com Silva (2013) o consumo não moderado de álcool traz problemas a nível social, físico e mental para a mulher grávida e a OMS (2019) refere que é desaconselhado o consumo de álcool durante a gravidez devido a esta substância ter consequências gravíssimas no desenvolvimento da gravidez, da criança e no futuro desta. Contudo, o que é referido por Silva (2013) é que esta recomendação da OMS existe por não haver informação científica sobre qual a dose mínima segura de consumo de álcool durante a gravidez o que leva a que persistam as recomendações e, principalmente, se previna as suas consequências nefastas no feto.

“Na época do Império Romano já havia relatos sobre a incidência aumentada de abortos, natimortos e malformações congênicas em recém-nascidos, quando as mães faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas na gravidez.” (Segre, 2010, p. 20).

Quando ingerido, o álcool entra na circulação e vai ao fígado, sofrendo um processo de oxidação, transformando-se em acetaldeído, que tem grande capacidade de difusão em todos os tecidos e líquidos corporais. Na grávida, o álcool passa pela placenta, através do sangue materno, indo para o líquido amniótico e para o feto. Entretanto, os níveis de etanol no sangue fetal e no líquido amniótico são equivalentes aos do sangue da grávida. A placenta humana e o fígado fetal não possuem um sistema eficaz para metabolizar o álcool, de tal forma que a redução dos níveis de álcool se dá pela sua reentrada na circulação materna (Segre, 2010). Cerca de 2% da alcoolemia materna é transferida através do leite materno para o feto, sendo que pode também haver uma redução na produção de leite materno sem que haja alterações na sua qualidade. Esta transferência de álcool obedece também a padrões individuais de cada mulher.” (...) o álcool pode causar efeitos adversos no sono da criança, no seu

desenvolvimento neuromotor e cognitivo, que influenciará a aprendizagem. Por isso, recomenda-se à mãe que ingeriu bebida alcoólica que se abstenha de amamentar nas horas seguintes à ingestão, contudo o ideal seria a abstenção.” (Segre, 2010, p. 35).

EFEITOS DO ÁLCOOL NO FETO

De acordo com (Segre, 2010), os efeitos que o álcool vai ter no feto podem acontecer no momento da concepção ou passado algumas semanas, e podem ser de natureza citotóxica ou mutagênica. No 1º trimestre há um risco de malformações e dimorfismo facial; no 2º trimestre aumenta a incidência de abortos espontâneos; no 3º trimestre o álcool afeta o cerebelo, o hipocampo e o córtex pré-frontal, retarda o crescimento intrauterino e compromete o parto, aumenta o risco de infeções, descolamento prematuro da placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecónio no líquido amniótico indicado sofrimento fetal. Antes das 20 semanas de gestação a pele do feto pode absorver o álcool, porém após as 24 semanas a pele do feto está mais queratinizada limitando a absorção do álcool. Após este desenvolvimento o feto ingere o líquido amniótico, ingerindo desta forma também o álcool que vai para a corrente sanguínea do feto, e posteriormente para a circulação sanguínea da mãe funcionando como um mecanismo de eliminação do álcool contido no líquido amniótico. Ainda assim é provável que o líquido amniótico funcione como um reservatório de etanol, uma vez que o nível do mesmo no líquido amniótico permanece elevado durante mais tempo do que no sangue materno (Segre, 2010).

No parto, ao corte do cordão umbilical no recém-nascido (RN), cuja circulação fetal mantém álcool, foram registados quadros de privação alcoólica consecutivos ao corte, que ocorrem nas doze horas após parto. “Constitui-se um quadro caracterizado por agitação, tremores, perturbações do sono, hipertonia muscular e, inclusive, convulsões” (Silva, 2013, p. 17).

Segundo Mendonça, existem registros que comprovam que mulheres que abusaram de álcool na gravidez tem grandes probabilidades que o seu filho venha a ter um déficit de quociente de inteligência, perturbações no desenvolvimento pós-natal, atraso na linguagem, apatia e dificuldades respiratórias. Para além disso, a criança pode vir a ter tendência para isolamento social, irritabilidade e comportamento agressivo. As mães que tenham este tipo de comportamento de risco durante gravidez, normalmente os/as filhos/as vêm a desenvolver déficit de atenção, hiperatividade e o ciclo de sono no primeiro ano de vida da criança é afetado (Silva, 2013).

Outras anomalias que podem surgir no feto, são as anomalias cardíacas que ocorrem em 29-50% dos fetos, estenose pulmonar, tetralogia de *Fallot*, estenose aórtica, coartação de aorta e transposição dos grandes vasos são cardiopatias congênitas que podem advir da teratogenia do álcool. Alterações esqueléticas que incluem sinostose rádio-ulnar, anomalias de falanges, malformações vertebrais, escoliose, hipoplasia das unhas dos artelhos e a sequência de *Klippel-Feil* (Segre, 2010).

Como alterações neurológicas, o álcool pode produzir efeitos neurotóxicos no sistema nervoso central dos fetos e recém-nascidos. Estas ações neurotóxicas podem ser morfológicas e/ou funcionais, comprometendo o sistema nervoso central para toda a vida e levando também à neurodegenerescência. Esta ocorre nos níveis dopaminérgicos da substância preta, e há uma perda das fibras neuronais. O álcool eleva os níveis de prostaglandinas no cérebro, e os inibidores das prostaglandinas podem diminuir os efeitos neuroteratogénicos do etanol (Segre, 2010).

Sendo a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), considerada uma das doenças com maior comprometimento neuropsiquiátrico nos neonatos destas mulheres, torna-se importante abordar o mesmo. O SAF é caracterizado pela restrição de crescimento, anormalidades neurocomportamentais e

caraterísticas físicas faciais específicas. O seu quadro clínico é grave e fetos que venham a sofrer desta patologia podem desenvolver alterações físicas, mentais, comportamentais, ou de aprendizagem durante a vida toda, assim como problemas de memória, atenção, linguagem e audição. Ainda têm dificuldades em solucionar problemas, conflitos com a justiça e risco de abuso de álcool e outras drogas (Segre, 2010) e (Silva, 2013).

As caraterísticas dos fetos que, durante o seu desenvolvimento intrauterino, sofreram as consequências da presença de álcool são descritas por Segre (2010), designadamente:

Anomalias Faciais: Fissura palpebral pequena; hemiface achatada, nariz antevertido.

Restrição de Crescimento: Baixo peso ao nascer, baixo peso relativo à altura.

Alterações de desenvolvimento no SNC: Microcefalia; dificuldades motoras finas; perda de audição neurosensorial.

Anormalidades Comportamentais Inexplicáveis: Incapacidade de leitura; fraco desempenho escolar; dificuldade de controlo dos impulsos.

Defeitos Congénitos: Defeitos cardíacos; deformidades do esqueleto e dos membros; alterações oftalmológicas.

Um fator de risco de o feto vir a desenvolver SAF é o facto de ter havido uma gravidez em que a mulher consumiu álcool e, no entanto, o seu primeiro filho poderá desenvolver ou não SAF, mas poderá numa segunda gestação com o mesmo comportamento de risco, o segundo filho vir a ter SAF. (Silva, 2013).

PAPEL DO/A ENFERMEIRO/A

• Estratégias de prevenção primária

Existe um programa mencionado em "*The Prevention of Substance-Exposed Pregnancies Collaborative*" que se centra em duas áreas: formar os educadores (tanto

de saúde pública como em cuidados de saúde) relativamente ao “*screening and brief intervention* (SBI)” e implementação do mesmo em serviços cujas mulheres em idade reprodutiva recorrem. Este programa contém os seguintes objetivos: aumentar a literacia em saúde da população-alvo acerca dos riscos do uso de substâncias antes e durante a gravidez; reduzir gravidez indesejada em mulheres com experiência de adição de substâncias; aumentar os cuidados de saúde e serviços sociais que fornecem conhecimento e melhoram práticas relativamente à intervenção no uso de substâncias; e encorajar e aumentar o envolvimento do serviço de saúde pública nas atividades de prevenção (Isacco, Pecha, & Grignon, 2013).

De acordo com Moura (2009) o profissional de saúde, neste caso o/a enfermeiro/a, deve ser capaz de detectar de forma precoce situações de risco, o que inclui a insegurança, dificuldade de adaptação a novos papéis, ou *coping* ineficaz, para que facilite a intervenção oportuna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da construção do artigo abordou-se o consumo de álcool na gravidez, os efeitos do álcool na mesma, na perspectiva da sua abrangência ao feto e à gestante, compreendo a etiologia do alcoolismo na mulher, fundamentando com dados estatísticos e evidência científica.

A maternidade é um dos fatores de motivação para a busca de tratamento para o alcoolismo por parte das mulheres. Porém temem que ao procurar ajuda sejam conhecidas como “drogadas” e a possibilidade de perderem a guarda dos/das filhos/filhas.

No que confere às intervenções de enfermagem a prevenção torna-se a melhor estratégia relativamente ao alcoolismo na gravidez bem como os seus efeitos quer na gestante como concomitantemente no feto. Como tal, o/a enfermeiro/a orienta as grávidas durante as consultas pré-natal, abordando as temáticas dos abusos de

substância, assim como presta esclarecimentos visando a redução de danos derivadas do abuso de substâncias, promovendo a saúde e tratamentos especializados.

BIBLIOGRAFIA

- Isacco, M., Pecha, D., & Grignon, A. (2013). *The Prevention of Substance-Exposed Pregnancies Collaborative Report*. Obtenido de City Match - The National Organization of Urban MCH Leaders: <http://www.citymatch.org/sites/default/files/documents/bookpages/PESP%20final%20report.pdf>
- Maia, J., Pereira, L., & Menezes, F. (2015). *Consequências do Uso de Drogas durante a Gravidez*. São Paulo, Brasil.
- Moura, P. C. (2009). *Estudo de Casos de Mães Toxicodependentes Internadas numa Comunidade Terapêutica*. Obtido do Repositório Aberto - Instituto Superior Miguel Torga: http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/223/2/Tese_Mestrado_doc.pdf
- Segre, C. A. (2010). *Efeitos do Alcool na gestante, no feto e no recém-nascido*. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 82.
- Silva I.; Quevedo L.; Silva R.; Oliveira S.; Pinheiro R. (2011). *Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer*. Revista Saúde Pública, 6.
- World Health Organization. (2010). *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Obtido em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44322?locale-attribute=pt&>

Nível de Literacia em Saúde em Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências: Revisão Sistemática da Literatura

Health Literacy Level in People with Addictive Behaviors and Dependencies: A Systematic Review of the Literature

Ana Margarida Peres¹ Ana Sequeira¹ Ana Simões¹ Fernando Miguel² Lino Ramos³ Marisa Guerra¹ Micaella Guimarães¹ Paula Amaral² Rui Sequeira²

Corresponding author:
Lino Ramos lino.ramos@ess.ips.pt

Resumo

O nível de literacia em saúde das pessoas com comportamentos aditivos e dependências é um eixo central na intervenção da enfermagem em contextos de tratamento, pelo impacto que tem na qualidade de vida das pessoas que recorre a estes serviços. Neste trabalho tivemos como objetivo conhecer o nível de literacia em saúde de pessoas com comportamentos aditivos e dependências em contexto de tratamento. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura elaborada segundo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* e aplicado o seu protocolo para a elaboração da mesma. Como critérios de inclusão estudos que incluíam literacia em saúde, distúrbio de uso de substância e tratamento de distúrbio de uso de substância. Estudos quantitativos e qualitativos, publicados entre os anos de 2014 a 2019, em português e inglês. Durante a análise de cinco artigos foi possível constatar quais os níveis de literacia em saúde das pessoas com comportamentos aditivos e dependências, e o impacto na qualidade de vida da pessoa. A constatação de que o baixo nível de literacia em saúde na população com comportamentos aditivos e dependências é o mais frequente, assim como a sua relação com o nível de qualidade de vida, com o aumento do sofrimento psíquico, e com um maior número de taxas de recaída é um dado de elevada importância para os profissionais de enfermagem. Salienta-se a necessidade de que os enfermeiros tenham a capacidade de pensar em estratégias que melhorem o nível de literacia em saúde nestas populações, de forma a capacitar as pessoas a realizarem escolhas mais favoráveis à sua saúde.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Enfermagem; Transtorno do uso de substâncias; Tratamento do transtorno do uso de substâncias.

Abstract

With the level of health literacy of people with addictive behaviors and dependencies is a central axis in the intervention of nursing in contexts of treatment, for the impact it has on the quality of life of those who resort to these services. In this work we aimed to know the level of health literacy of people with addictive behaviors and dependencies in treatment context. A Systematic review of the literature was elaborated according to Joanna Briggs Institute and applied its protocol for the elaboration of the same. As inclusion criteria, studies that included health literacy, substance use disorder, and drug use disturbance treatment. Quantitative and qualitative studies, published between the years 2014 to 2019, in portuguese and English. Through the analysis of five different articles, it is possible to ascertain which levels of health literacy of people with addictive behaviors and dependencies, and the impact on the person's quality of life. The finding that the low level of health literacy in the population with additive behaviors and dependencies is the most frequent, as well as its relationship with the level of quality of life, with the increase of psychic suffering, and with a greater number of relapse rates is a data of high importance for nursing professionals. It is a necessity that nurses have the ability to think about strategies that improve the level of health literacy in these populations, so as to empower people to make choices more favorable to their health.

Keywords: Health Literacy; Nursing; Substance use disorder; Treatment of substance use disorder.

¹ Estudantes da Unidade Curricular Ensino Clínico de Enfermagem V Saúde Mental do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Enfermeiro/a da Equipa Técnica Especializada em Tratamento (ETET) do Barreiro.

³ Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Introdução

Um desafio para uma prática de enfermagem baseada na evidência com foco na obtenção de ganhos em saúde, necessita que existam bases de evidência que se apliquem aos cuidados prestados. O objetivo desta Revisão Sistemática de Literatura consiste em aplicar um método rigoroso de sistematização de informação pertinente, proporcionando um resumo de evidência relevante pela investigação sobre um determinado tema.

O *Joanna Briggs Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide* fornece meios úteis para uma adequada captação de informação e apreciação de vários estudos, tendo como finalidade a orientação para uma revisão sistemática a partir do tipo de estudo, a informação nele contida e a forma como é analisada (*The Joanna Briggs Institute*, 2015).

A presente revisão tem o foco na literacia em saúde, que segundo a Organização Mundial da Saúde é definida como um conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informações que promovam e mantenham uma boa saúde” (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

No relatório síntese com o tema “Literacia em Saúde em Portugal” elaborado por Espanha, Ávila e Mendes, promovido em parceria pela Fundação Calouste de Gulbenkian e o Centro de Investigação e Estudos da Universidade de Lisboa em 2016, que apresentava como principal objetivo conhecer os níveis de literacia em saúde em Portugal, assim como identificar

os principais problemas, entraves e limitações, orientando também para ações de melhoria, foram construídos quatro índices, sendo estes:

1. Índice geral de literacia em saúde;
2. Índice de literacia em cuidados de saúde;
3. Índice de literacia sobre a prevenção de doenças;
4. Índice de literacia sobre a promoção de saúde.

O referido relatório conclui que, indivíduos com baixo nível de literacia em saúde têm menos capacidade de compreensão das informações sobre a saúde, doenças, exames de diagnóstico ou uso de medicamentos. E que o resultado da falta de literacia em saúde pode trazer consequências negativas como:

- Pior estado de saúde;
- Fraca adesão à terapêutica e erros na toma de medicação;
- Taxas mais elevadas de hospitalização;
- Maior utilização dos serviços de urgência;
- Taxas elevadas de morbilidade e morte prematura;
- Adoção de comportamentos de risco para a saúde;
- Capacidade diminuída para tomar decisões de saúde adequadas e comunicar com os profissionais;
- Má gestão de doenças crónicas;
- Menor participação em ações de prevenção e promoção de saúde.

No contexto dos comportamentos aditivos e dependências, a população mais recorrente nos nossos serviços (Equipas Técnicas

Especializadas de Tratamento) apresentam uma idade média entre os 40 e os 50 anos, um baixo índice de escolaridade, com patologia crónica crescendo na maioria das vezes à existência de comorbilidades quer físicas quer psíquicas (SICAD, 2017). Este retrato da população dos nossos serviços, que corresponde aos grupos vulneráveis que são referidos no Relatório de Literacia em Saúde (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016), assumindo deste modo a questão da literacia, um vetor fundamental na intervenção com esta população.

Assumindo que a pertinência do conhecimento do nível de literacia em saúde das pessoas com comportamentos aditivos e dependências um eixo fundamental, para o exercício dos enfermeiros que nestes contextos específicos, adotam um papel fundamental na gestão da doença aditiva, no seu reconhecimento e na adesão ao tratamento. Perante esta realidade, surgiu a necessidade de realizar uma revisão sistemática da literatura sobre esta temática.

Foi formulada a questão **“Qual o nível de literacia em saúde em pessoas com comportamentos aditivos e dependências em contexto de tratamento de dependências?”**, como ponto de partida da revisão. Foi utilizado o método da questão **PICO**, questão esta que se apresenta de grande importância na elaboração da revisão sistemática de literatura, uma vez que orienta o trabalho realizado e condiciona todas as fases que se seguem, orientando a estratégia e metodologia a seguir (*The Joanna Briggs Institute*, 2014).

Problem/Person/Population

Pessoas com comportamentos aditivos e dependências em contexto de tratamento de dependências.

Intervention

Conhecer o nível de literacia em saúde.

Control

Saúde em contextos de comportamentos aditivos e dependências.

Outcome

Conhecer estratégias mais adequadas à literacia das pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

Método de Revisão Sistemática

Foram estabelecidos como critérios de inclusão, relativamente ao tipo de estudo: todos os estudos quantitativos e qualitativos publicados nos últimos cinco anos, com exclusão de todas as revisões sistemáticas da literatura e textos de opinião; informação disponível em *full-text* e PDF, e artigos que respondam à questão formulada. A pesquisa realizou-se entre os anos de 2014 e 2019, em estudos redigidos em português e inglês; integrando como tipo de participantes pessoas com comportamentos aditivos e dependências, com o tipo de intervenção de interesse conhecer o nível de literacia de pessoas com comportamentos aditivos e dependências; como resultados o nível de literacia em saúde em pessoas com comportamentos aditivos e dependências, assim como estratégias ou modelos de intervenção. Os critérios de exclusão vão ao encontro de todos os estudos que não apresentam as características definidas.

Estratégia de pesquisa e identificação de estudos

Os descritores que utilizámos para a realização da pesquisa, em todas as bases de dados (*PubMed*, *Cinhal* e *Nursing Reference Center*) foram: *Substance Use Disorder AND Substance Use Disorder Treatment AND Health Literacy*. Com os

Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Cada artigo foi avaliado individualmente através da tabela mais adequada face à sua metodologia, tendo sido utilizada a tabela *Checklist for Cohort Studies*, de acordo com

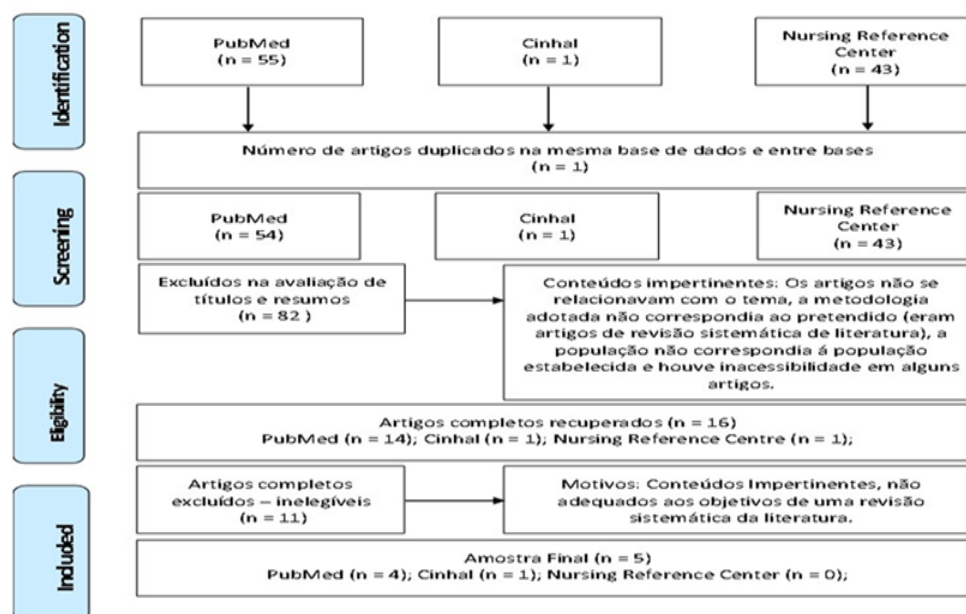


Figura 1. Fluxograma da Colheita de Dados

critérios anteriormente referidos obtivemos como resultados, 55 artigos na *PubMed*, 1 artigo na *Cinhal* e 43 artigos na *Nursing Reference Center*. No fluxograma, podemos encontrar inicialmente as bases de dados que utilizámos para encontrar os artigos, a quantidade de artigos encontrados em cada base de dados, seguindo-se o número de artigos excluídos por se encontrarem duplicados. Em seguida, realizámos a seleção de artigos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Posteriormente foi feita uma eleição dos artigos de cada base de dados com que iremos trabalhar depois de analisados na sua totalidade. Em suma, foram selecionados cinco artigos como amostra final. (Ver Figura 1.)

o tipo de estudo, que se encontra no portal do Instituto da *Joanna Briggs*, na secção do *Critical Appraisal Tools*.

A seleção destes artigos foi realizada por dois revisores e executada de modo verificar a validade da metodologia utilizada nestes. Com o objetivo de testar essa validade, foram utilizadas as tabelas fornecidas pelo Protocolo de *Joanna Briggs Institute*.

Extração de Dados

A extração de dados é um processo importante da realização da RSL porque permite que recolhamos dos artigos a informação que consideramos pertinente para a realização da RSL de forma sistematizada (Joanna, 2015).

Os inúmeros dados extraídos incluem vários parâmetros, nomeadamente o objetivo de cada estudo e a sua duração, o número total de cada amostra e a forma como é medido o resultado de cada estudo.

Relativamente aos instrumentos de extração de dados e sendo que, todos os artigos tratam de artigos observacionais de natureza quantitativa, foram utilizados o *JBI Data Extraction Form For Experimental/Observation Studies*.

Síntese dos Dados

Após a realização da extração de dados e análise dos mesmos, é importante realizar uma tabela síntese dos dados mais

A síntese tem como objetivo captar as informações de elevada importância que correspondem ao principal tema abordado, recorrendo necessariamente à criação de um quadro síntese de modo a organizar todos os dados pertinentes.

Na presente revisão sistemática da literatura, todos os artigos utilizados apresentam evidência pertinente com o objetivo de dar resposta à questão inicialmente formulada. O método escolhido e utilizado para a síntese dos estudos é o resumo narrativo.

Discussão

Em relação ao artigo “*Alcohol Consumption,*

Título	Autor	Objetivo de Estudo	Nº total da amostra	Como é Medido o Resultado	Duração do Estudo
Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontratment Seekers with Alcohol Dependence	Sara Wallher Finn, Ann-Sofie Bakshi and Sven Andréasson	Explicar e descrever a forma como as pessoas dependentes de álcool percebem e discutem o tratamento indicado para os transtornos do mesmo e qual a razão que motiva a procura de tratamento	32 pessoas participaram no estudo.	O estudo utilizou grupos focais e entrevistas. Os grupos focais foram utilizados com o objetivo de obter quer pontos de vista quer representações socialmente compartilhadas do consumo e tratamento de álcool. Relativamente às entrevistas individuais, estas foram realizadas de modo a enriquecerem os dados.	Entre Dezembro de 2011 e Maio de 2012

Figura 2. Quadro síntese dos achados – Artigo I

pertinentes de cada estudo selecionado. Esta informação sintetizada, deve consistir nos dados mais importantes acerca do estudo e que sejam relacionadas com a temática da presente Revisão Sistemática da Literatura (Joanna, 2015).

Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontratment Seekers with Alcohol Dependence” podemos concluir que este estudo apresenta tendencialmente uma boa qualidade metodológica. Foram selecionados 16895 participantes que

responderam a um questionário realizado sobre os hábitos de consumo de álcool e tabaco à população em Estocolmo. Posteriormente foram convidados a responder online a um questionário que incluía o *Audit C* e resposta a sete critérios de dependência de álcool definidos pela DSM IV.

Das 3648 pessoas que responderam ao questionário online, 812 reuniam critério de inclusão. Tendo aceitado participar no estudo 32 pessoas. Um outro aspeto positivo foi a combinação das diferentes fontes de dados, quer no âmbito dos *Focus Group*, quer nas entrevistas individuais, que permitiu uma recolha de informação mais completa para o estudo.

Contudo podemos identificar algumas limitações no estudo, nomeadamente um número considerável de pessoas que não responderam ao mesmo e um cenário inapropriado, clínica especializada em álcool, onde fora realizada a colheita de dados dos participantes tendo tido um efeito negativo sobre a participação destes no estudo. Outro aspeto negativo, foi o fato da empresa da pesquisa de mercado, que realizou anteriormente o recrutamento, não ter fornecido os dados adicionais deste, não sendo posteriormente possível retirar quaisquer conclusões sobre a existência de possíveis diferenças entre os que responderam e os que não responderam.

Relativamente ao artigo "*Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis*" podemos chegar à conclusão de que o presente artigo apresenta tendencialmente uma boa qualidade metodológica apresentando diversos pontos fortes como por exemplo o

fato de incluírem participantes que frequentam vários serviços de tratamento provenientes de vários Estados Australianos e deste ser o primeiro estudo a utilizar um questionário sobre literacia em saúde, com a possibilidade de identificar diferentes perfis em literacia em saúde na amostra.

Este artigo salienta a urgência de intervenção na melhoria dos níveis de literacia em saúde desta população, assim como a necessidade de implementar intervenções de cariz psicoeducativo e de treino de competências sociais para melhorar os níveis de literacia em saúde. Estas intervenções serão não só ao nível da população que recorre a estes serviços, mas também aos técnicos que intervêm na área. As futuras pesquisas devem focar-se em examinar as relações existentes entre os determinantes examinados no presente estudo utilizando uma abordagem longitudinal.

No artigo "*I didn't want to let it go too far. The decisions and experiences of people who inject drugs who received a liver disease assessment as part of a liver health promotion campaign: The LiveRLife study*" este artigo apresenta tendencialmente uma boa qualidade metodológica apesar de apresentar algumas limitações nomeadamente, o fato de 30% dos participantes não terem retornado o LiveLife entre 2 e 16 semanas de acompanhamento e dos participantes não terem frequentado a clínica durante meses. Outras das limitações foi o facto de nem todos entrevistados serem infectados pelo Vírus

Título	Autor	Objetivo de Estudo	Nº total da amostra	Como é Medido o Resultado	Duração do Estudo
Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis	Tayla J. Degan, Peter J. Kelly, Laura D. Robinson, Frank P. Deane	Examinar o perfil de literacia em saúde de pessoas que frequentam o tratamento de transtornos psiquiátricos pelo uso de substâncias e relacionar com os níveis de qualidade de vida, qualidade de saúde mental e saúde física	298 pessoas	Foi realizada uma análise para identificar os perfis de literacia em saúde dentro da amostra, com base em características e determinantes de literacia em saúde. Foram identificados três perfis distintos de literacia em saúde, denominados baixo (24,2%), moderado (62,8%) e alta literacia em saúde (13,1%). Os participantes com níveis baixos de literacia em saúde apresentaram baixos apoios sociais nas suas habitações (fora do tratamento), como também níveis baixos de qualidade de vida, níveis de sofrimento psíquico e uma pior saúde mental.	Entre Maio e Agosto de 2017

Figura 3. Quadro síntese dos achados – Artigo II

da Hepatite C (VHC), sendo que a maioria dos participantes terem permanecido em risco de serem infetados pelo VHC.

O presente estudo foi o primeiro a aplicar a abordagem da *Nutbeam* para a literacia em saúde para população utilizadora de drogas injetáveis que foram sujeitas a avaliação da doença hepática. As descobertas adicionam

novos conhecimentos ao entendimento da população utilizadora de drogas injetáveis de resultados clínicos, em especial a saúde do fígado.

Este artigo revela a importância de facilitar o conhecimento sobre a saúde do fígado, de modo a ajudar a minimizar as barreiras no

Título	Autor	Objetivo de Estudo	Nº total da amostra	Como é Medido o Resultado	Duração do Estudo
I didn't want to let it go too far.' The decisions and experiences of people who inject drugs who received a liver disease assessment as part of a liver health promotion campaign: The LiveRLife study	Alison D. Marshall, Jason Grebely, Gregory J. Dore, Carla Treloar	Avaliar as experiências e as decisões dos participantes que receberam avaliações da doença hepática, incluindo a interpretação do score da elastografia e subsequentemente os comportamentos de saúde, utilizando um quadro de literacia em saúde.	33 pessoas	Os participantes foram recrutados em duas clínicas de tratamento opióide e numa clínica de injeção assistida. Foram definidos quatro níveis de recrutamento: elevado e baixo resultado da elastografia com ou sem acompanhamento. Como critério de inclusão foram definidos: um conhecimento do resultado da elastografia e o consentimento informado	Entre Novembro de 2015 e Fevereiro de 2016

Figura 4. Quadro síntese dos achados – Artigo III

atendimento, exigindo estratégias com o objetivo de promover a compreensão, mobilizar apoio social e ajudar os profissionais de saúde a fornecer uma informação personalizada.

Em relação ao artigo “Impact of blended treatment literacy and psychoeducation on methadone maintenance treatment outcomes in Yunnan, China” este estudo apresenta uma boa qualidade metodológica. Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto do resultado do teste de pesquisa de opióide na urina ter sido um dos indicadores indireto dos resultados da intervenção relacionados com a redução da recaída no uso de drogas injetáveis, sendo possível que os participantes possam prever o teste de urina programado reduzindo a sua tendência a consumir heroína durante esses períodos. Outra limitação é a falta de comparação limitando deste modo, que as

asserções de impacto possam ser feitas. É esperado que os próximos estudos explorem a literacia sobre os programas de substituição tratamento e as intervenções psicoeducativas em combinação com as intervenções sociais.

Relativamente ao artigo “*Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status*” este artigo consiste na primeira investigação conhecida que associa a literacia em saúde com os resultados da cessação do tabagismo entre os fumadores com baixo nível socioeconómico, de diversas raças e etnias inscritos no tratamento da cessação.

Podemos concluir que o presente artigo apresenta tendencialmente uma boa qualidade metodológica, apresentando algumas limitações nomeadamente, o facto de o estudo maior exigir que os seus

Título	Autor	Objetivo de Estudo	Nº total da amostra	Como é Medido o Resultado	Duração do Estudo
Impact of blended treatment literacy and psychoeducation on methadone maintenance treatment outcomes in Yunnan, China	Bo Zhang, Thomas Cai, Zhihua Yan, Gitau Mburu, Bangyuan Wang, Liping Yang	Investigação dos efeitos da literacia e da psicoeducação intensiva no tratamento combinado na adesão ao tratamento, nas doses de metadona e no uso de heroína em pessoas/clientes em programa de substituição com metadona na china.	492 pessoas	Foram recrutados para o estudo utentes de 16 unidades de saúde integrados em programa se substituição com metadona com teste positivo a opióides nas últimas 12 semanas. Foi realizada uma abordagem centrada na pessoa com uma intervenção a nível de literacia sobre os tratamentos de metadona e intervenções psicoeducativas desenvolvidas pelos técnicos das clínicas e por pares. Foi utilizado o teste de Wilcoxon para comparar os níveis dos testes positivos a opióides, a dose diária de metadona e a adesão ao tratamento.	Entre Março e Junho de 2014

Figura 5. Quadro síntese dos achados – Artigo IV

participantes tivessem um nível mínimo de escolaridade, critério este que resultou em que a representação de pessoas com baixo nível de escolaridade não fossem representadas no estudo.

Porém, é notável que o presente critério resultou na exclusão de apenas seis indivíduos, sendo este acontecimento consistente com pesquisas anteriormente realizadas que sugerem a dificuldade de recrutar e reter os fumadores com baixos níveis de literacia em saúde em estudos de

tratamento. Uma limitação adicional deste estudo é a análise a longo prazo dos resultados dos dados não terem sido recolhidos. É de elevada importância referir que o intervalo de confiança de 95% foi relativamente amplo (1,15 – 9,26), devendo o mesmo ser interpretado com cautela.

Como sugestões, o presente artigo refere que as pesquisas futuras devem replicar e estender o trabalho realizado, investigando as relações longitudinais dos resultados de literacia em saúde e da cessação utilizando

Título	Autor	Objetivo de Estudo	Nº total da amostra	Como é Medido o Resultado	Duração do Estudo
Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status.	Diana Stewart, Miguel Cano, Vimarie Correa-Fernández, Claire Spears, Yisheng Li, Andrew Waters, David Wetter, Jennifer Vidrine.	Investigar o impacto entre a literacia em saúde e os resultados da cessação tabágica, relacionando-o com o baixo nível socioeconómico, fumadores de diversas raças/etnias, integrados no tratamento da cessação tabágica.	200 pessoas	Os participantes tinham 5 visitas de pessoas ligadas ao estudo, em que a primeira visita consistia na cessação e as restantes em quatro intervenções de aconselhamento e de material psicoeducativo. Os mesmos foram recrutados pelos meios de comunicação e pelas estruturas comunitárias, E, tinham de fumar no mínimo 5 cigarros/dia no último ano, ter valor de CO ₂ expirado superior a 8ppm e com idades compreendidas entre 18-65 anos.	O questionário foi aplicado 3 semanas após estarem inscritos em tratamento para cessação tabágica.

Figura 6. Quadro síntese dos achados – Artigo V

períodos de acompanhamento mais prolongados; os estudos devem igualmente investigar as associações entre a literacia em saúde e os desfechos da cessação utilizando medidas alternativas de literacia em saúde; as parcerias devem ser

examinadas relativamente aos fumadores que não se encontram inscritos no tratamento de cessação. Estudos futuros devem incidir nos potenciais mecanismos que influenciam a literacia em saúde e os baixos níveis da cessação tabágica. De

acordo com esta, última sugestão o melhor conhecimento dos mecanismos pelos quais a literacia em saúde influencia a cessação, irá ajudar a identificar alvos de tratamento nas populações, melhorando as intervenções atuais de cessação e reduzindo as disparidades de saúde relacionadas com a morbilidade e o tabaco.

Conclusão

A realização desta revisão sistemática permitiu constatar que os diferentes estudos referem que o nível da literacia em saúde na população com comportamentos aditivos e dependências é relativamente baixo, com um impacto negativo no estado de saúde das pessoas, na sua qualidade de vida, assim como num aumento do sofrimento psíquico, e numa diminuição da adesão ao tratamento com maiores taxas de recaída.

Um outro aspeto significativo, que os estudos permitem constatar, é que níveis baixos de literacia em saúde não estão associados aos consumos de uma determinada substância e/ou via de consumo. Independentemente da substância o impacto das escolhas, na gestão da sua doença está relacionada com o nível de literacia em saúde.

Como estratégias a implementar com algum sucesso, diferentes estudos destacam as intervenções de carácter psicoeducativo e/ou treino de competências sociais realizadas pelos técnicos ou pelos pares parecem ter um impacto positivo nas taxas de recaída e na própria adesão ao tratamento.

Num *setting* de tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências como o da nossa prática clínica,

implementar estratégias ao nível da literacia em saúde é imperativo. Perante uma população com quadros de dependências variadas, maioritariamente de baixo nível de escolaridade, com baixo rendimento socio económico, e com elevada taxa de prevalência de comorbilidade física e psíquica é fundamental criar estratégias suportadas em evidencia relevante da investigação.

Parece-nos importante que o enfermeiro tenha conhecimento e capacidade para reconhecer a importância do nível de literacia em saúde das pessoas com comportamento aditivo e dependência, que recorre aos serviços especializados na área, assim como das intervenções a implementar nesta temática. Podendo desta forma contribuir para os ganhos em saúde da pessoa, tais como a melhoria da qualidade de vida, da gestão da doença aditiva e ter um impacto positivo na adesão ao tratamento.

Referências

- Cano, M. Á., Correa-Fernández, V., Spears, C. A., Li, Y., Waters, A. J., Wetter, D. W., . . . Stewart, D. W. (2014). Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *BMC Public Health*, pp. 1-6
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., & Deane, F. P. (2019). Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, pp. 46-52.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal*. Obtido de Fundação Calouste

- Gulbenkian:
<https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal>
- Finn, S. W., Bakshi, A.-S., & Andréasson, S. (2014). Alcohol Consumption, Dependence, and Treatment Barriers: Perceptions Among Nontreatment Seekers with Alcohol Dependence. *Substance Use & Misuse*, pp. 762-769
- Luís, M. (2014). *Literacia em saúde mental e o papel do género: Follow-up do projeto Abrir Espaço à Saúde Mental*. Obtido de Universidade Católica Portuguesa:
https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17313/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Marta_2014.pdf
- Marshall, A. D., Grebely, J., Dore, G. J., & Treloar, C. (2017). 'I didn't want to let it go too far.' The decisions and experiences of people who inject drugs who received a liver disease assessment as part of a liver health promotion campaign: The LiveRLife study. *International Journal of Drug Policy*, pp. 1-8
- Oliveira, C. C. (2018). *A literacia em saúde mental acerca da depressão numa população adulta*. Coimbra.
- Ordem dos Psicólogos. (janeiro de 2015). *Literacia em Saúde*. Obtido em 26 de março de 2019, de Ordem dos Psicólogos:
http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa_de.pdf
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 259-275. Obtido de Revista portuguesa de saúde pública:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311?via%3Dihub>
- Serviço Nacional de Saúde. (15 de novembro de 2016). *Literacia em Saúde*. Obtido em 26 de março de 2019, de Serviço Nacional de Saúde:
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/1/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>
- SICAD. (2017). *Relatório de Atividades*. Obtido de SICAD:
<https://www.sicad.pt/PT/Institucional/Instrumentos/RelatoriosAtividade/Paginas/default.aspx>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute - Reviewers' Manual: 2014 Edition*. Obtido em 19 de dezembro de 2018, de Joanna Briggs Institute:
<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Zhang, B., Cai, T., Yan, Z., Mburu, G., Wang, B., & Yang, L. (2016). Impact of blended treatment literacy and psychoeducation on methadone maintenance treatment outcomes in Yunnan, China. *Harm Reduction Journal*, pp. 1-7.

Fernanda G da Costa Marques¹ Mafalda Branco² Marisa Oliveira¹ Zélia Candeias³

Corresponding author:
Fernanda Marques fernanda.gomes@ess.ips.pt

Resumo

A parentalidade ao consistir num processo de aprendizagem onde o casal grávido pode expor todas as suas dúvidas e preocupações, torna-se num tema de imensa complexidade e importância. Surge como um processo de transição e adaptação onde devem ser avaliadas todas as competências e habilidades já existentes com a finalidade de capacitar o casal para esta nova fase do ciclo familiar. A existência de um/a profissional de saúde – Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica - que possa acompanhar o casal durante toda esta fase torna-se essencial para que este processo seja interativo e que seja realizado em parceria onde, o/a Enfermeiro/a capacita e realiza com o casal uma preparação teórica e prática, baseada na evidência. Assim, importa conhecer este mundo que é a parentalidade, bem como o papel que o/a Enfermeiro/a desempenha nesta área, sendo fundamental dar a conhecer aos casais os cursos de preparação para a parentalidade, que podem fazer toda a diferença nesta vivência única que é a gravidez.

Palavras-chave: Parentalidade, Enfermeiro/a Especialista, Adaptação, Transição, Preparação para a Parentalidade, *Coaching* Parental.

Abstract

Parenting it's a process of knowledge where the pregnant couple can expose all their doubts and preoccupations, this becomes an immensely complex and important subject. It appears as a process of transition and adaptation where every ability and competence should be an evaluated goal to train the pregnant couple for this new chapter in the family cycle. The existence of a health professional- A specialist nurse in maternal and obstetrical health – can accompany the couple during this pregnant phase, becoming essential for an interactive process in partnership, where the nurse trains with the couple a theoretical and practical preparation, based on evidence. Then, it's most important to acquire knowledge parenting world thematics, and how the nurses have major importance in this area, in which is fundamental to make the couple know about preparation for birth courses, that can make all the difference in the unique experience of pregnancy.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Fórmula Adaptada; Risco; Desvantagens; Literacia; Empoderamento.

Introdução

Ao longo dos anos a vivência da gravidez tem adquirido uma relevância diferente atendendo ao significado atribuído e dependendo do contexto sociocultural envolvente.

O nascimento de um/a filho/a constitui um processo biopsicossocial complexo não só a

nível individual, mas também conjugal. A gravidez e o momento do parto constituem um período de construção e autoconhecimento tornando-se assim essencial uma preparação e acompanhamento durante este período que é a parentalidade. Desta forma é possível validar os conhecimentos do casal sobre

¹ Doutora em Didática e Organização Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal fernanda.gomes@ess.ips.pt.

² Estudantes da Unidade Curricular Enfermagem VI Saúde Sexual e Reprodutiva do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

³ Mestre em Gestão de Recursos Humanos, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta Equiparada da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal zelia.candeias@ess.ips.pt

todas as mudanças e alterações relativas a esta fase bem como capacitá-los para uma vivência positiva e interativa, aberta a dúvidas e questões.

A parentalidade surge inserida como temática na prática dos cuidados de Enfermagem relacionada com a importância do tema para uma transição e adaptação eficaz na nova etapa de vida do casal grávido, atendendo à sua preparação para a vivência de todas as mudanças. Importa referir que, como processo de aprendizagem, a capacitação do casal deve ser acompanhada por um profissional de saúde experiente. Assim, este tema torna-se muito relevante na atualidade já que, para uma melhor preparação e vivência da gravidez é necessário capacitar o casal grávido acompanhando-o e realçando as suas habilidades e potencialidades.

A Parentalidade

A parentalidade é um conceito que deriva do latim *parentāle*. Consiste num processo direcionado, que inclui aspetos culturais e etnológicos, para a reestruturação no domínio psicológico e afetivo de dois adultos, com o objetivo de se tornarem pais com a capacidade de satisfazerem as necessidades dos/das seus/suas futuros/as filhos/as, em todas as dimensões (Silva C. d., 2012).

É um processo de aprendizagem em que, o comprometimento do casal grávido e a forma de como irão desempenhar os seus papéis são influenciados por fatores de índole social, individual, entre outros. Assim, estes fatores terão impacto em todo o percurso do casal no decorrer da gravidez, no nascimento e no pós-parto (Sousa, 2013).

É fundamental que exista uma avaliação criteriosa da parentalidade onde a validação dos conhecimentos, das capacidades e competências parentais são essenciais para

a seleção e implementação de processos de cuidados construídos juntamente com os pais (Modelo de Parceria de Cuidados⁴). Este fator é fundamental para que seja possível a capacitação e descoberta de caminhos e formas de se organizarem atendendo às novas adaptações que irão enfrentar dadas as possíveis mudanças na vida familiar com o nascimento de um filho/a - transição do ciclo vital familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Segundo Ângelo e Bousso (2001), para que se possa trabalhar com uma família é essencial identificar a forma de como esta cuida e identifica as suas potencialidades, responsabilidades e dificuldades. Cada família é única trazendo consigo valores e princípios das culturas referentes às sociedades em que se desenvolveram, traduzindo práticas e estilos de vida que, condicionam as tomadas de decisão e atitudes que irão ter impacto na saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Desta forma, o nascimento de uma criança e o que esta representa para os seus pais constitui-se um enorme desafio, dada a responsabilidade intrínseca, bem como pelas adaptações e mudanças que surgem no seio familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, e segundo Manning (2006), “Ninguém nasce pai ou mãe. Para se tornar pai ou mãe, o indivíduo necessita de um período de transformação e crescimento, para definição do seu papel como pai ou mãe, adaptando-se assim à parentalidade.” (Sousa, 2013).

Transição e adaptação à parentalidade

A parentalidade sendo um processo onde as emoções e os afetos se presenciam com grande intensidade, constitui-se como uma fase de transição e etapa relevante no desenvolvimento dos pais (Sousa, 2013). Segundo Brazelton (2007), “o nascimento

os como parceiros na equipa de enfermagem pediátrica (Lopes, 2012).

⁴ O Modelo da Parceria de Cuidados, elaborado por Anne Casey em 1988, realça a importância da presença dos pais nos cuidados, realçando-

do primeiro filho assinala também o nascimento da família.” (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015, p. 32).

Segundo Relvas (2004), a parentalidade, tratando-se de uma transição do ciclo vital familiar, em que se passa da função conjugal para a parental, torna-se importante reformular os papéis sociais individuais e redefinir os projetos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Esta transição é complexa e, requer a aquisição de conhecimentos e habilidades para assumir o novo papel parental. Segundo Ramos (2005), é uma “transformação individual, conjugal e social” (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015, p. 32). Nesta transição, que é instável e vulnerável na vida conjunta, o casal grávido deve ser capaz de assumir novas funções e papéis, adquirindo competências e modificando comportamentos, que poderão ter repercussões na saúde e bem-estar da criança que irá nascer, do próprio casal e de toda a família (Sousa, 2013).

Assim, a fim de diminuir possíveis crises de stress durante fases de transição críticas e adaptar-se a novas fases, é fundamental promover a saúde familiar. Ainda referir que, a parentalidade é considerada uma transição de grande impacto na família e que, “a mudança num dos seus membros pode afetar a qualidade da saúde dos restantes” (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015, p. 33).

A adaptação a esta transição pode ter riscos associados, sendo fundamental que se compreenda o modo como o casal vivencia a adaptação a este processo complexo. Uma adaptação bem-sucedida à parentalidade incorpora assim dois tipos de recursos familiares: os internos e os externos. Os internos englobam a integração e adaptação, como: sentirem-se capazes, autoestima do casal e sentimento de adaptação; enquanto os externos estão relacionados com o suporte social e os recursos existentes na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O papel do/a Enfermeiro/a na parentalidade

Segundo Harrison (2004), a Enfermagem fornece um contributo essencial para o sucesso do processo de transição (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015).

Os/As Enfermeiro/as Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), desempenham um papel essencial na adaptação à parentalidade. É fundamental que este contribua para o aumento da literacia acerca da parentalidade, a fim de capacitar para o desenvolvimento positivo da mesma (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015). Como referido, torna-se relevante cuidar em parceria com os pais a fim da aquisição de competências parentais e conhecimentos particulares (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015).

É fundamental que o/a EESMO trabalhe em parceria com os pais com o intuito de construir um sistema interativo. O EESMO deve demonstrar disponibilidade, através da escuta ativa e identificação de perceções individuais. Assim, e com a criação de um ambiente propício e autêntico, torna-se essencial estimular os pais a expressar as suas expectativas e vivências, a fim de planear os cuidados que devem ser individuais, atendendo às necessidades de cada casal grávido (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma, o enfermeiro fornece ajuda e apoio, ensina e orienta os pais, reconhecendo sempre as suas potencialidades e competências, visto que no âmbito da parentalidade “para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor”, sendo que, não existe melhor ajuda que a dos pais (Lopes, 2012, p. 44).

Sendo a parentalidade um processo de transição ressalta-se a noção de que, o Enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas, ajudando-as a gerir e ultrapassar os processos de transição. Os/As EESMO possuem assim um papel fundamental e essencial para a vivência dos processos de transição por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas

acarretam, capacitando para a vivência dessas transições, tornando-se nos cuidadores basilares do cliente/família (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015).

Importa salientar nesta etapa, a Teoria das Transições⁵, que favorece uma melhor percepção do processo de transição, permitindo ter uma visão mais aprofundada e corroborada, colocando em prática habilidades de prevenção e promoção bem como, de intervenção consoante a transição que se vivencia (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015).

Desta forma, o papel do/da EESMO consiste em avaliar as transições experienciadas pela família, o impacto que esta terá e participar com a família na planificação de intervenções minimizadoras dos efeitos stressantes que poderão advir dessa transição (Silva, Ferreira, & Torcato, 2015).

Os cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

A parentalidade acontece de forma singular, variando consoante a personalidade, o ambiente social, a cultura e a educação sexual bem como resultado de experiências anteriores. A preparação de cada casal para o nascimento tem um impacto significativo no estado emocional dos mesmos, bem como numa parentalidade positiva (Mourato, 2015).

O EESMO possui um papel importante na preparação destes casais para o parto, o nascimento e por fim, para a parentalidade. Desta forma, os cuidados de enfermagem na preparação para o parto/nascimento/parentalidade, devem ser prestados através da educação para a saúde (Mourato, 2015).

Neste período, os casais encontram-se muito motivados para adquirir informação que os irá ajudar na preparação para o nascimento do/da seu/sua filho/a,

procurando apoio e orientação de forma a sentirem-se mais seguros e confiantes e, é nesta altura que o papel do EESMO se torna fulcral e direcionado para o fornecimento de respostas às necessidades destes casais (Mourato, 2015).

Segundo o Parecer N.º 15/ 2016, “A preparação para o parto é um ato de assistência prestado pelo EESMO à grávida, casal e família, que visa, por um lado, consciencializá-la para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo da dor de trabalho de parto e treinar o acompanhante para as estratégias de apoio à parturiente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 1).

Todos os casais/grávidas têm igual direito ao acesso a cursos de Preparação para a Parentalidade (CPP), durante o processo da gravidez (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 1).

Este curso constitui-se como um dos espaços abertos de partilha e aprendizagem para a mulher/casal, onde têm o direito de se sentir à vontade para partilharem dúvidas, ideias e experiências, medos e preocupações no que diz respeito a esta transição nas suas vidas, bem como no que toca a conhecimentos direcionados à gestação por si só (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Nos CPP o EESMO detém de uma posição privilegiada no que diz respeito ao planeamento e implementação de intervenções específicas a cada casal, em busca do desenvolvimento das suas capacidades e conhecimentos, o que lhes irá permitir vivenciar uma parentalidade positiva (Mourato, 2015).

Os CPP propiciam a existência de condições ideais e necessárias para o desenvolvimento de recursos nos casais para que estes consigam, com o conhecimento suficiente, realizar uma tomada de decisão consciente acerca da

⁵ Esta teoria de médio alcance desenvolveu-se na década de 1960 por Afaf Meleis, enfermeira e cientista egípcio-americana. Esta teoria relata conceitos e fenómenos específicos que refletem a prática. Segundo Meleis, “a transição consiste em passar de um estado

(lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self.” (Guimarães & Silva, p. 1).

vivência da gravidez bem como, posteriormente, do parto. A criação destas condições permite que os casais se considerem capazes de realizar um planejamento da sua parentalidade. Estes cursos também proporcionam a oportunidade de contribuir para a identificação de potencialidades e competências que permitem aprender a gerir certas ansiedades e medos permitindo à mulher uma viagem até ao local do parto de forma mais descontraída (Mourato, 2015).

É importante, durante estes cursos, a presença de alguém significativo para a grávida, sendo esta pessoa normalmente o pai, sendo que a função desta pessoa será o auxílio quanto ao controlo da respiração, aos exercícios e à diminuição do medo e ansiedade. Estes conhecimentos esperados por parte da pessoa significativa são obtidos ao longo dos CPP, empoderando a mesma e atribuindo-lhe um papel importante no apoio à grávida (Mourato, 2015).

O EESMO deve capacitar o casal na escolha de um programa que sirva as suas necessidades, sendo abrangidas todas as informações sobre as diferentes abordagens, adequadas a cada casal de forma a explorar as suas dúvidas pessoais, relacionadas com a preparação para a parentalidade que estão à sua disposição na comunidade (Mourato, 2015).

Para que a mulher grávida compreenda as mudanças que são espectáveis quanto ao seu corpo na altura do parto, as aulas de preparação para o parto utilizam diversos métodos, adequando sempre às necessidades da grávida/casal, permitindo uma vivência positiva da parentalidade e da experiência do parto (Mourato, 2015).

As grávidas que realizam estes cursos apresentam uma melhor tolerância à dor, surgindo durante o parto uma redução do cansaço das mesmas, assim como dos medos sentidos. Desta forma, ocorre uma redução da utilização de analgésicos conseguindo-se assim uma vivência positiva do trabalho de parto e do parto (Mourato, 2015).

São diversas as intervenções possíveis de se realizar por parte do EESMO nos CPP, direcionadas à educação para a saúde como: capacitar a pessoa significativa que irá acompanhar a mulher grávida no dia do parto, para que esta possa ajudar e auxiliar a grávida no seu autocontrolo; técnicas de relaxamento e respiração; preparação física assim como psicológica; desmistificação de ideais com base em tradições e mitos (Mourato, 2015).

É recomendado que todas as sessões façam uso de uma componente teórica e outra prática, de forma a promover a aquisição de conhecimentos e capacidades fazendo uso dos ensinamentos, instrução e prática (Mourato, 2015).

O número total de horas dos CPP, deve ser coerente com o tamanho dos grupos, e os temas das sessões. Mais do que duas horas por sessão e mais do que três sessões por semana, tende a ser cansativo e impraticável (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Os CPP devem englobar as seguintes temáticas:

- ✓ Trabalho de parto (fisiologia do trabalho de parto, dinâmica pélvica durante o trabalho de parto, parto natural vs. parto medicalizado, os seus prós e contras, competências da parturiente, papel do pai/acompanhante no trabalho de parto);
- ✓ Analgesia de parto (“Dor” no trabalho de parto, métodos não farmacológicos vs. farmacológicos de gestão da dor de trabalho de parto, competências da parturiente);
- ✓ Aleitamento materno (vantagens, fisiologia da lactação, recomendações da OMS/UNICEF, técnicas de amamentação, extração e de conservação do leite materno, prevenção e tratamento de dificuldades na amamentação);
- ✓ Puerpério (consulta de revisão do puerpério, depressão pós-parto, planeamento familiar);
- ✓ Cuidados ao recém-nascido (higiene, vacinação, características / necessidades

fisiológicas do recém-nascido, tipo de choro);

✓ Células estaminais;

✓ Sexualidade na gravidez e puerpério (Ordem dos Enfermeiros, 2016, pp. 1-2).

Assim, a vivência da parentalidade, que se encontra associada a emoções e sentimentos positivos e negativos é influenciada pelos contextos e apoios que os casais recebem. Casais grávidos que planearam a gravidez e que, recebem preparação para o nascimento de um/a filho/a, que possuem mais conhecimentos e competências no domínio da parentalidade, acabam por demonstrar sentimentos e emoções mais positivas (Magalhães, 2011).

Plano de Parto

“O Plano de Parto consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de informação com a equipa de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto. A sua elaboração pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo o apoio do EESMO fundamental.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Quando uma grávida demonstra vontade de realizar um parto eutócico, o EESMO que a irá acompanhar ao longo da gestação, prestará ajuda para a elaboração de um Plano de Parto, estando neste presente os desejos e expectativas da grávida quanto ao momento do parto. Este Plano de Parto é também facilitador para a equipa profissional que realizará o acolhimento da mulher grávida no hospital aquando do momento do parto. Aconselha-se a realização do mesmo por volta das 28-32 semanas de gestação e a grávida deve fazer-se acompanhar dele no dia do parto (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2008).

É de grande importância que o Plano de Parto seja realizado pelo casal na presença do EESMO, para que haja uma melhor orientação de forma a salvaguardar a correta adequação da informação adquirida pelo casal sobre os desejos apresentados no mesmo, tendo por base o bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O EESMO tem o dever de garantir a livre escolha e decisão do casal quanto ao seu processo de parto, sem a elaboração de juízos de valor ou pondo em causa os seus objetivos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

“A excelência dos cuidados a prestar pelo EESMO na sala de parto exige a observação do Plano de Parto/ parentalidade apresentado pelos casais. O não cumprimento desta conduta viola o Código Deontológico dos Enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 2).

Coaching Parental

O Coach parental é um profissional formado especificamente para aplicar metodologias do *coaching* (questionamento, definição de metas, objetivos a alcançar e foco na solução e não no problema) (Domingues, Azevedo, & Ferreira, 2014).

“O *coaching* parental é uma abordagem que valoriza o que os pais têm de bom, principalmente todas as conquistas, aprendizagens, competências, dons e recursos. Permite, ainda, que cada pai e mãe descubra o que faz sentido para si, o que considera o melhor para a sua família. Destina-se a pais e mães com filhos de todas as idades.” (Coelho & Belo, 2010). É um recurso consideravelmente recente que consiste num trabalho a adotar com os pais, colocando-os como principais agentes de mudança, intervindo nos aspetos que estes consideram pertinentes alterar nas suas vidas pessoais. Após a identificação dos “problemas” familiares, serão implementados planos de ação que permitam a concretização dos objetivos inicialmente delineados (Fernandes & Ponte, 2012).

É assim uma intervenção positiva que parte do reforço das qualidades dos pais e dos seus desempenhos a nível do papel parental. O *coaching* é então introduzido através de um enfoque nas competências e recursos de cada pai/mãe, de forma a aumentar/fomentar a autoconfiança dos mesmos. É focado na resolução em vez de no problema, apoiando os pais a alcançar uma solução tendo em conta a situação e o momento da vida de cada família, para uma melhor adequação e concretização desta resolução de problemáticas (Fernandes & Ponte, 2012).

É necessário ter em mente que o agente desta mudança são os pais, pois após cada avaliação inicial no processo do *coaching* parental, o desenvolvimento de todo o processo de formação de soluções e mudança de hábitos é individual. O *coaching* parental serve por isso, de apoio e guia para os pais objetivarem o caminho a seguir para uma melhor vivência da parentalidade (Fernandes & Ponte, 2012).

É do senso comum que atualmente nos encontramos na época das tecnologias. Para facilitar o acesso dos pais a uma consultoria online, foi criada em 2008 a primeira empresa portuguesa de *coaching* parental, a “*Family Coaching*”, tendo como criadoras: Ângela Coelho e Sandra Belo⁶. Esta empresa realiza dois tipos de *coaching*: o presencial e o à distância. O presencial abrange todas as famílias da área da Grande Lisboa, que poderão escolher uma abordagem ao domicílio ou em consultório. O *coaching* à distância é dirigido aos pais de todo o mundo, sendo a consultoria através de um telefone fixo ou por Skype. É, então, um recurso bastante útil para todos os pais por ser de fácil acesso (no conforto das suas casas), tendo o site (<http://www.familycoaching.pt/>) toda a

informação necessária para a inscrição no *coaching* parental (Coelho & Belo, 2008).

CONCLUSÃO

No mundo tão vasto que é a Parentalidade é espectável que os casais grávidos se possam sentir “perdidos”, com medos e dúvidas devido a esta nova fase das suas vidas. É da competência do EESMO, o acompanhamento do casal durante toda esta fase, o esclarecimento de dúvidas, a preparação para o parto e a parentalidade e, sobretudo a capacitação e empoderamento dos mesmos de forma a realçar as suas capacidades aumentando a sua autoconfiança e reduzindo a ansiedade e os medos.

É de extrema importância a existência de conhecimento de todas as mudanças características durante o processo de gravidez e pós-parto, por parte do enfermeiro especialista, transmitindo confiança e espaço de abertura para os pais de forma a fazê-los perceber que não estão sozinhos e que tudo o que possam sentir é válido.

É de realçar o papel EESMO em dar a conhecer aos casais grávidos os CPP, cursos estes que permitem um espaço de esclarecimento de dúvidas, capacitação para o papel parental (atribuindo sempre o devido valor aos mesmos), treino para o momento de parto, por exemplo exercícios de respiração e massagem à grávida, entre outros. Estes cursos tendem a diminuir o stress e ansiedade dos casais no momento do parto, pois encontram-se mais alertados para o que irá acontecer, sentindo-se mais preparados.

Cada casal grávido tem o direito de realizar um Plano de Parto. Este serve de elo de informação com a equipa de saúde, facilitando a concretização das expectativas do casal. Pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo o apoio do Enfermeiro Especialista fundamental.

O *coaching* parental acaba também por se tornar numa abordagem importante que valoriza o que os pais têm de bom,

⁶ Psicólogas licenciadas pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

principalmente todas as conquistas, aprendizagens, competências, dons e recursos. Permite, ainda, que cada pai e mãe descubram o que faz sentido para si e o que consideram melhor para a sua família.

Assim, a realização deste artigo permitiu a realização de uma revisão literária sobre o tema, permitindo reunir muita informação útil que nos abriu horizontes de conhecimento sobre o mesmo e, principalmente alertar para a importância da parentalidade e de todos os recursos existentes na comunidade que se direcionam para uma vivência positiva da gravidez e pós-parto, valorizando as competências, habilidades, valores, sentimentos e dúvidas dos casais grávidos.

Referências

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2008). *Plano de Nascimento*. Portugal. Obtido de: <https://www.apeo.pt/Outras-Publica%C3%A7%C3%B5es/>
- Coelho, Â., & Belo, S. (2008). *Empresa "Family Coaching"*. Obtido em 9 de: <http://www.familycoaching.pt/?portfolio=formacao-a-distancia-coaching-parental>
- Coelho, Â., & Belo, S. (2010). *Family Coaching*. Lisboa, Portugal. Obtido de: <http://www.familycoaching.pt/>
- Domingues, L., Azevedo, S., & Ferreira, I. (2014). *Coaching parental em auxílio das famílias*. Portugal. Obtido de: <http://www.familycoaching.pt/pdf/artigo.pdf>
- Fernandes, A., & Ponte, F. (Julho de 2012). *Coaching Parental: Uma prática partilhada*. *Revista Diversidades*, pp. 20-23. Obtido de: http://www.familycoaching.pt/wp-content/uploads/2014/06/Revista_Diversidades_n37.pdf
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (s.d.). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para Enfermagem*. Rio de Janeiro, Brasil. Obtido de: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Lopes, N. M. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Magalhães, S. C. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Porto, Portugal. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Mourato, C. M. (2015). *Preparação para a parentalidade: intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável*. Lisboa, Portugal. Obtido de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16406>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer N.º 7 / 2012- Plano de Parto. Lisboa, Portugal. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Portugal. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Parecer N.º 15/ 2016- Responsabilidade em realizar os cursos de preparação para o parto e parentalidade. Lisboa, Portugal. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer15-2016_MCEESMO_Responsabilidade_deCursosPreparacaoPartoParentalidade.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Parecer N.º 04/ 2016- Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto. Lisboa, Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf
- Silva, C. d. (2012). Transição para a Parentalidade: Necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico. Porto, Portugal. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9297>
- Silva, E. M., Ferreira, R., & Torcato, L. (fevereiro de 2015). A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença. Santarém, Portugal. Obtido de <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/article/view/95>
- Sousa, R. A. (fevereiro de 2013). Promoção de Competências na Parentalidade a Criança/Família em transição. Lisboa, Portugal. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17731>

O Vírus do Papiloma Humano e o papel do/a Enfermeiro/a na sua prevenção: uma revisão da literatura

The Human Papilloma Virus and the Nurse's role in the prevention: a literature review

Fernanda G da Costa Marques¹ Gabriela Ortília Hutulac² Raquel Alexandra dos Santos
Nicolau² Zélia Candeias³

Corresponding author:
Fernanda Marques fernanda.gomes@ess.ips.pt

Resumo

O presente artigo aborda o tema “Vírus do Papiloma Humano (HPV) na mulher e no homem” e a importância do/a enfermeiro/a na sua prevenção, assim como na promoção da saúde. Os artigos científicos encontrados revelam que mais de metade das mulheres e dos homens são infetados pelo vírus e que a principal medida de prevenção é a vacinação, seguida da prática sexual segura. Os/as enfermeiros/as assumem um papel fundamental não só na prevenção do vírus, como também no aumento da literacia em saúde da população.

Palavras-chave: Vírus do Papiloma Humano; Prevenção; Enfermagem.

Abstract

The present article approaches the subject “Human Papilloma Virus (HPV) in woman and man” and the relevance of the nurses in its prevention, as well as the health promotion. The scientific articles founded reveal that more than half women and men are infected by the virus and the main measure of prevention it's the vaccination, followed by safe sexual practice. The nurses assume a essential role not only in the prevention of the virus, but also in the increase of the population health literacy.

Keywords: Human Papilloma Virus; Prevention; Nursing.

Introdução

O HPV é responsável por um elevado número de infeções, apresentando uma elevada taxa de incidência na população em geral (Rocha & Verdasca, 2017).

Estas infeções são, na maioria das vezes, assintomáticas e de regressão espontânea, embora possam também originar lesões benignas, e em situações mais raras, pode ocorrer evolução para lesões malignas, dando origem, maioritariamente, ao cancro do colo do útero (DGS, 2008).

Atualmente, existem mais de 200 genótipos do vírus, dos quais 40 são responsáveis pela formação de condilomas no trato anogenital tanto da mulher, como do homem, nomeadamente na vulva, vagina, colo do útero, pénis e ânus. Estes genótipos podem ser classificados de alto ou baixo risco, sendo que os de alto risco são responsáveis por 75% das lesões cancerosas (Rocha & Verdasca, 2017).

Devido à elevada prevalência do vírus, é importante a capacitação da população através de ensinamentos direcionados à

¹ Doutora em Didática e Organização Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal fernanda.gomes@ess.ips.pt

² Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Saúde Sexual e Reprodutiva do 3º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

³ Mestre em Gestão de Recursos Humanos, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora Assistente Convidada da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal zelia.candeias@ess.ips.pt

prevenção, nomeadamente, a adesão à vacinação, tanto em homens como em mulheres, uma vez que esta constitui a primeira linha de prevenção.

O artigo baseia-se numa revisão sistemática da literatura de documentos compreendidos entre 2008 e 2018, recentes e atualizados, que visam dar resposta aos seguintes objetivos: promover a literacia em saúde da população, relativamente ao HPV e às suas repercussões; apresentar o papel do/a enfermeiro/a na prevenção do HPV e promoção da saúde; informar a população sobre a importância da vacinação na prevenção do HPV.

O Vírus do Papiloma Humano

O HPV é um vírus de alta transmissibilidade, sendo a via preferencial a sexual.

No total, conhecem-se mais de 200 genótipos do vírus, os quais se encontram classificados em “baixo risco” e “alto risco”, em função do seu potencial oncogénico. Os tipos de HPV de alto risco, nomeadamente os genótipos 16 e 18, podem conduzir a lesões pré-cancerígenas, que se não forem diagnosticadas e tratadas atempadamente, podem evoluir para cancro do colo do útero (Rocha & Verdasca, 2017).

A infeção por HPV é mais frequente nos adolescentes e no jovem adulto e surge nos primeiros anos após o início da atividade sexual, sendo a infeção viral de transmissão sexual mais comum do trato reprodutor.

Em Portugal, a prevalência de mulheres com infeção ativa atinge uma percentagem igual a 28,8% entre os 20-24 anos, diminuindo para aproximadamente 10% em mulheres até aos 49 anos, e 6% dos 50 aos 65 anos (Martins C. I., 2017).

A infeção por HPV pode ser transitória, ocorrendo uma regressão graças ao combate do sistema imunitário da pessoa ou persistir e progredir para lesões pré-cancerosas. A persistência viral e a progressão da infeção podem conduzir, cerca de 10 anos mais tarde, a lesões

cancerosas, podendo evoluir para cancro do colo do útero (Borges, 2016).

As manifestações clínicas são pouco comuns, podendo surgir verrugas genitais ou condilomas acuminados, com carácter inflamatório. Na maioria dos casos não existe manifestação da infeção, mas esta continua presente e transmissível, podendo ser transmissível sexualmente, através do contacto íntimo desprotegido e através do contacto direto da pele e mucosas, como também por via vertical do parto e, embora pouco frequente, por orogenital (Borges, 2016).

O cancro do colo do útero é considerado o quarto cancro mais comum no sexo feminino e o sétimo no geral (Martins C. I., 2017). A infeção persistente, devido aos genótipos de alto risco, é considerada a principal etiologia deste cancro.

Prevenção

Em 1965, Leavell e Clark delinearam a prevenção em três níveis – primária, secundária e terciária, em que o objetivo é evitar o surgimento de doenças, de modo a reduzir a sua incidência e prevalência nas populações (ANS, 2008).

A prevenção primária é realizada através da vacinação e da educação para a saúde, sendo que ambas as intervenções ocorrem, maioritariamente, durante o período da adolescência. A Direção-Geral de Saúde (DGS, 2012), citada por Claudina Martins, assume os adolescentes “como grupo de intervenção prioritária em saúde reprodutiva e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis” (Martins, 2017, p. 16). Cátia Costa faz referência a Panobianco et al. (2013) que afirma que os adolescentes sexualmente ativos apresentam taxas de infeção por HPV entre 50 e 80%. Os autores dão enfoque à importância da prevenção nesta população, pois é neste período que se inicia a vida sexual (Costa, 2015) (Rodrigues, 2010).

A vacinação permite imunizar a pessoa contra agentes patogénicos e evitar a

propagação de doenças. Quanto mais elevada for a cobertura vacinal, maior será a imunidade de grupo, o que irá impedir a circulação desses mesmos agentes. Relativamente ao HPV, a vacina previne as manifestações clínicas e doenças associadas aos genótipos contidos na mesma, incluindo os de alto e baixo risco (DGS, Plano Nacional de Vacinação 2017, 2016).

Atualmente em Portugal, apenas as raparigas dos 9 aos 27 anos de idade podem ser vacinadas gratuitamente no centro de saúde, sendo o grupo-alvo recomendado pela OMS raparigas entre os 9 e os 13 anos. A primeira dose da vacina contra o HPV é administrada aos 10 anos de idade, com o esquema 0, 6 meses. Com a atualização do PNV em 2017, a vacina tetravalente, anteriormente fornecida à população feminina, foi substituída pela vacina nonavalente. Esta vacina permite a imunização contra nove genótipos do vírus, entre eles os genótipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58, demonstrando ter um bom perfil de segurança e tolerabilidade.

Relativamente à eficácia da vacina, esta é maior quando administrada antes do início da vida sexual. No entanto, pessoas que já estejam infetadas pelo vírus ou que já tenham iniciado a sua vida sexual, mas que não tenham sido vacinadas no tempo desejado, poderão ser vacinadas contra o HPV (Rocha & Verdasca, 2017; DGS, Plano Nacional de vacinação 2017, 2016; OMS, 2013).

Um estudo de 2017 realizado em Portugal por Raquel Rocha e Nuno Verdasca constatou que, a maioria das mulheres participantes e vacinadas contra o HPV antes do início da sua atividade sexual, não apresentaram infeção pelos genótipos incluídos na vacina nonavalente. Os autores afirmam que este facto demonstra, não só a eficácia da vacina, como reforça a decisão de Portugal incluir a mesma no PNV (Rocha & Verdasca, 2017).

Apesar da exclusividade gratuita da vacina ser apenas direcionada à população feminina, os homens podem e devem ser

vacinados, pois são considerados um importante agente transmissor e propagador do HPV. Tal como acontece com as mulheres, “os homens podem experimentar significativa morbilidade e potencial mortalidade nas doenças relacionadas ao HPV” (Santos, Maioral, & Haas, 2011, p. 112), pois as manifestações clínicas recorrentes da infeção por HPV são idênticas, tanto no homem, como na mulher (Santos, Maioral, & Haas, 2011).

A vacinação como método preventivo nos homens ainda é assunto de discussão entre a comunidade científica, pois é necessário avaliar o custo-benefício desta abordagem. Num estudo realizado entre 2004 e 2008 por Giuliano, et al. foi observada uma redução da incidência de 90,4% das lesões genitais externas na população masculina que recebeu três doses da vacina, assim como a eficácia da vacina contra a infeção persistente pelo HPV 6, 11, 16, e 18 (Giuliano, et al., 2011). “A inclusão de homens na população a vacinar teria o benefício de ajudar a quebrar o ciclo de infeções nas populações” (Cunha, 2014, p. 41), prevenindo doenças relacionadas com os genótipos de risco e contribuindo ainda para uma melhoria da saúde pública (Cunha, 2014). Não existindo nenhum tipo de rastreio aplicado ao género masculino, a forma de diminuir o risco individual de ser infetado por HPV, para além da proteção indireta, é a vacinação (Varandas, Moreira, Prata, Gouveia, & Rodrigues, 2018).

A educação para a saúde é parte integrante da prevenção primária, pois tem como objetivo aumentar os conhecimentos, informar a pessoa e capacitá-la a tomar decisões futuras acerca da sua saúde, a nível individual e coletivo (Machado, 2013).

A promoção de práticas sexuais seguras é o principal enfoque no que diz respeito à educação para a saúde, pois a principal via de transmissão do HPV é através de relações sexuais. Assim, a utilização de preservativo diminui o potencial risco de transmissão do vírus. Porém, as áreas da pele que não se encontram cobertas pelo preservativo não estão protegidas, sendo importante referir que o preservativo não

confere 100% de proteção contra o vírus (Santos, Maioral, & Haas, 2011). É importante ter em conta que um elevado número de parceiros sexuais, a higiene pessoal e o conhecimento sobre o parceiro sexual, relativamente a infeções sexualmente transmissíveis, são fatores relacionados ao sexo seguro (Rodrigues, 2010).

A circuncisão masculina é também um método de prevenção. Santos, Maioral e Haas referenciam um estudo realizado por Tobian et. al. desenvolvido em Uganda (2007), onde se demonstrou que este método cirúrgico reduz a prevalência de infeções pelo HPV com eficácia de 35%. Devido à cavidade subprepucial ser uma região húmida, é possível formar um ambiente favorável à sobrevivência do vírus e a consequente infeção do epitélio (Santos, Maioral, & Haas, 2011). A nível mundial, a circuncisão é mais utilizada nos Estados Unidos e em regiões do continente africano, em populações muçulmanas e judaicas. Relativamente à Europa, as taxas de circuncisão masculina diminuíram a partir de 1949 após a publicação de um artigo da *British Medical Journal* que concluiu que esta técnica não era medicamente justificada. Embora a circuncisão masculina seja uma ferramenta globalmente valiosa na prevenção do HPV, ainda continua a ser um método subutilizado (Tobian, Kacker, & Quinn, 2014).

Durante os ensinamentos realizados à pessoa, é igualmente importante discutir sobre os modos de transmissão do vírus. Além da transmissão por via sexual, o HPV pode também ser adquirido por vias não sexuais, como transmissão perinatal, autoinfeção por contacto genital-oral e transmissão pela prática de sexo oral (Santos, Maioral, & Haas, 2011).

A prevenção secundária consiste no diagnóstico precoce de lesões provocadas pelo HPV através de programas de rastreio, em que são realizados o exame ginecológico e a citologia para colheita de células. Não existe nenhum tipo de rastreio que possa ser aplicado ao género masculino, sendo que os métodos

disponíveis para a deteção do vírus são baseados em metodologias moleculares, ou seja, testes que sejam positivos à existência de DNA viral (Santos, Maioral, & Haas, 2011).

A prevenção terciária diz respeito ao acompanhamento das pessoas com rastreio positivo, ocorrendo nesta fase a realização dos tratamentos necessários, nomeadamente a redução ou remoção das lesões, com o objetivo de impedir a progressão da infeção e, consequentemente, uma melhoria da qualidade de vida da pessoa infetada (Borges, 2016).

Atuação do/a Enfermeiro/a na prevenção do HPV

O/a enfermeiro/a tem um papel ativo na prevenção do HPV, sendo a prevenção a sua principal área de intervenção nesta temática. Como já foi referido anteriormente, o/a enfermeiro/a atua na promoção da vacinação e na educação para a saúde, de modo a influenciar a população a adotar comportamentos responsáveis e que tenham em conta o bem-estar individual e coletivo, pois a infeção por HPV trata-se de um problema de saúde pública (Rocha & Verdasca, 2017).

A DGS (2012) reconhece os adolescentes como o principal grupo de intervenção para a prevenção do HPV e Rodrigues (2010) afirma que a adolescência é o período em que se inicia a vida sexual, sendo o período mais predisposto à adoção de comportamentos de risco, nomeadamente a prática sexual desprotegida. Assim, torna-se fundamental a intervenção do/a enfermeiro/a possibilitando a consciencialização sobre o tema e a adesão a comportamentos responsáveis no ambiente de consulta ou escola, através da saúde escolar (Martins, Martins, & Ferraz, 2014)

No âmbito das consultas em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), o/a enfermeiro/a “deve encontrar meios que favoreçam a motivação e a adoção de

medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças” a nível individual e coletivo (Teixeira & Alves, 2018, p. 10). Deve ser o/ enfermeiro/a a primeira pessoa a estar envolvida nos programas de prevenção, devido à intervenção direta que tem sobre as pessoas, sendo a sua atuação baseada no conhecimento e na evidência científica e envolvida pela capacidade de relação e comunicação com a população.

Para além da transmissão oral de toda a informação durante a consulta, é essencial a partilha de material didático como guias ou folhetos informativos, de forma a capacitar ainda mais a pessoa, para que ela própria tenha iniciativa de pesquisar informação adicional (Martins, Martins, & Ferraz, 2014) (Teixeira & Alves, 2018).

Relativamente ao rastreio como medida secundária preventiva, o/enfermeiro/a deve estimular a sua realização, enfatizar a sua importância, explicar como é realizado o exame e o que poderá advir do mesmo – sangramento ou lesões locais. Caso aconteça, o/a enfermeiro/a deve proporcionar o maior conforto possível, esclarecer dúvidas e permitir a expressão de sentimentos e emoções, pois para algumas mulheres, o exame citológico é um procedimento que origina sentimentos de medo, vergonha e desconforto por ser não só uma prática causadora de desconforto, mas também por ser desconhecida a forma como é realizada (Martins, Martins & Ferraz, 2014; Teixeira & Alves, 2018)..

A atuação do/a enfermeiro/a deve não só ser efetuada em consulta de enfermagem dirigida à pessoa, como também na comunidade, atuando sempre de forma ativa. Em Portugal, foi desenvolvido o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) em que uma das áreas de intervenção corresponde à educação para os afetos e sexualidade durante a adolescência. O objetivo é promover um estilo de vida saudável, elevar a literacia dos adolescentes, prevenir a doença na comunidade e promover a educação para a saúde em meio escolar (Amann, et al., 2015).

Através da interação direta com os adolescentes no meio que lhes é familiar, é possível que o/a enfermeiro/a transmita conhecimentos relativos ao HPV e a tudo o que envolve a infeção pelo vírus, de modo a capacitar os adolescentes para que decidam conscientemente e responsabilmente sobre os seus atos, contribuindo assim para a sua saúde e da comunidade (Amann, et al., 2015).

Durante a sua intervenção, o/a enfermeiro/a deve ter uma visão holística sobre a pessoa, atender às suas preocupações e vulnerabilidades e respeitar os seus sentimentos, a sua cultura e o meio em que vive. É igualmente importante o esclarecimento de dúvidas e questões relativas ao tema do HPV, respeitando sempre os sentimentos e emoções vivenciados pela pessoa (Martins, Martins, & Ferraz, 2014). Ao mostrar-se empático e disponível, o/a enfermeiro/a passa a ser uma figura em quem a pessoa pode confiar e com quem pode aprender. A educação para a saúde é bastante importante na medida em que capacita a pessoa não só a tomar decisões responsáveis, como promove uma saúde com qualidade. Teixeira e Alves (2018) afirmam que a educação para a saúde estimula a pessoa a procurar soluções e a organizar ações individuais e coletivas, permitindo a perceção dos fatores de risco associados à infeção por HPV, quais os cuidados a ter e quais as consequências da infeção.

Conclusão

De acordo com a literatura encontrada o HPV é considerado um problema mundial e de larga escala, que afeta tanto homens como mulheres, tendo maior prevalência na população adolescente.

Relativamente à atuação do/a enfermeiro/a, afirma a evidência que o seu papel é imprescindível, uma vez que a principal medida assenta na prevenção primária. Ao capacitar a população através da partilha de informação acerca da importância da vacinação para diminuição do risco, assim como sobre as práticas sexuais seguras,

evidencia-se uma diminuição da prevalência do vírus, diminuindo consequentemente a prevalência do cancro do colo do útero.

Evidências afirmam que a vacinação é a primeira linha de prevenção deste vírus, sendo a atuação do/a enfermeiro/a na promoção da vacinação fundamental para a diminuição da incidência do vírus na população. Embora a vacinação apenas seja gratuita para o sexo feminino, consideramos, com base na literatura, que é importante a vacinação no sexo masculino, uma vez que só assim é possível quebrar o ciclo de infeções nas populações.

Referências

- ANS. (2008). *Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro.
- Borges, M. P. (2016). *Conhecimentos sobre o HPV e Cancro do Colo do Útero nos adolescentes: Uma questão de Saúde Pública*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Obtido de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13073/1/Tese%2019%20de%20Abril%20%28corrigido%29.pdf>
- Costa, C. S. (2015). *Conhecimentos sobre o papiloma vírus humano e cancro do colo do útero, numa amostra de alunos do ensino superior*. Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10198/12691>
- Cunha, T. S. (2014). *A relação do HPV com o carcinoma do pénis e a possibilidade da utilização preventiva da vacina do HPV*. Universidade de Coimbra. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10316/37330>
- DGS. (maio de 2008). *Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contrainfeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv-pdf.aspx>
- DGS. (2016). *Plano Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa.
- Giuliano, A. R., Palefsky, J. M., Goldstone, S., Moreira, J. E., Penny, M. E., Aranda, C., Marshall, B. (3 de fevereiro de 2011). Efficacy of Quadrivalent HPV Vaccine against HPV Infection. *The New England Journal of Medicine*, pp. 401-411. Obtido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21288094/>
- Machado, C. M. (2013). *Contributo do Enfermeiro na Promoção e Educação para a Saúde no*. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Obtido de: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6986/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Martins, A. C., Martins, A. C., & Ferraz, L. M. (2014). Papel do enfermeiro na prevenção de infeção por HPV em adolescentes e jovens. Obtido de: http://www.convibra.com.br/upload/pape/2013/75/2013_75_7858.pdf
- Martins, C. I. (2017). *Prevenção do Vírus do Papiloma Humano (HPV) nas Adolescentes*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10400.26/18961>
- OMS. (2013). *Nota de orientação da OPAS/OMS - Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres*. Washington. Obtido de: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-orientacao-da-opasoms-prevencao-e-controle-amplo-alcance-do-cancer-do-colo-do-utero>
- Rocha, R., & Verdasca, N. (17 de julho de 2017). *Primeiro Estudo em Portugal sobre a identificação dos genótipos do vírus do papiloma humano (HPV) numa população feminina vacinada com atividade sexual ativa*. Obtido de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Obtido de: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4709/1/Boletim Epidemiologico Ob servacoes N18 2017 artigo1.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4709/1/Boletim%20Epidemiologico%20Ob%20servacoes%20N18%202017%20artigo1.pdf)

Rodrigues, A. F. (2010). *Sexualidade na Adolescência: Atitudes e Conhecimentos sobre Métodos Contracetivos*. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Obtido de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4197/1/13854.pdf>

Santos, I. M., Maioral, M. F., & Haas, P. (2011). Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. *Estudos de Biologia*, 2010/2011, jan/dez;32/33(76-81):111-118. Obtido de: <https://periodicos.pucpr.br/estudosdebiologia/article/view/22877>

Teixeira, D. R., & Alves, A. M. (2018). *A importância do enfermeiro da atenção básica frente ao controle do HPV e câncer uterino*. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Repositório. Obtido de: http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/722/1/2018_arti_dteixeira.pdf

Varandas, L., Moreira, D., Prata, F., Gouveia, C., & Rodrigues, F. (2018). *Recomendações sobre vacinas extraprograma Nacional de Vacinação*. Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica e da Sociedade Portuguesa de Pediatria.