

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Contacto Pele a Pele: um cuidado do EEESMO promotor
da amamentação na primeira hora de vida**

Liliana Alexandra Aldeias Dinis Mechas

Lisboa

2017



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Contacto Pele a Pele: um cuidado do EEESMO promotor
da amamentação na primeira hora de vida**

Liliana Alexandra Aldeias Dinis Mechas

Orientador: M^a Teresa Félix

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora M^a Teresa Felix pela sua orientação e disponibilidade

À minha mãe e irmã por todo o apoio nos momentos felizes e principalmente nos
mais frágeis, nunca deixando que desistisse

Às Enfermeiras Orientadoras pela partilha de conhecimentos e por me
proporcionarem oportunidades de aprendizagens

Aos meus amigos que tão bem compreenderam os momentos de
ausência, e que sempre me apoiaram

Aos meus colegas de trabalho que sempre compreenderam os meus
minutos de atraso

Às manas do coração que me acompanharam neste longo caminho
e que têm um lugar especial no meu coração.

...todos vós contribuíram para que este percurso se torna-se mais fácil...

Obrigada

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AM – Aleitamento materno

ACOG – *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*

APEO – Associação Portuguesa do Enfermeiro Obstetra

APPT – Ameaça parto pré-termo

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*

CMESMO – Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPP – Contacto pele a pele

CPPP – Curso de preparação para o parto e parentalidade

CTG – Cardiotocografia

DPP – Data provável do parto

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade gestacional

IM – intramuscular

IMC – Índice de massa corporal

ITU – Infecção do trato urinário

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

min – minutos

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSN – Rede de Serviços Perinatais

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns Específicas do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMOG – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia

RN – Recém-nascido

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SUG – Serviço de Urgência Geral

TP – Trabalho de parto

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

RESUMO

O presente relatório, tem como finalidade a apresentação e a análise crítica das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, que foram desenvolvidas no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório. O referencial teórico escolhido como norteador dos cuidados que permitiram a aquisição e desenvolvimento das referidas competências, foi a teoria de médio alcance da escola do cuidar de Kristen Swanson (1991).

Tendo por base uma prática baseada na evidência, foi realizada uma revisão integrativa da literatura onde estiveram contemplados alguns passos da revisão sistemática da literatura. A revisão integrativa da literatura foi orientada por uma metodologia quantitativa do Reviewers' Manual do JBI (2014), sendo a questão elaborada segundo a mnemónica PICO: **“Qual a efetividade do contacto pele a pele, promovido pelo EEESMO, para o início da amamentação na primeira hora de vida, na sala de partos?”**. Os resultados da revisão da literatura realizada vieram clarificar a influência positiva do contacto pele a pele, tanto para a mãe como para o recém-nascido, sendo fundamental a implementação deste cuidado logo após o nascimento, tal como recomenda a OMS/UNICEF. Por entre os diversos benefícios, encontramos a promoção da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, podendo os cuidados de rotina ser prorrogados.

Também o projeto maternidade com qualidade, lançado pela Ordem dos Enfermeiros (2013), procura **garantir a segurança e qualidade dos cuidados**, onde estão contemplados vários indicadores a serem cumpridos, para que as maternidades possam integrar este projeto e os quais foram foco de atenção para o desenvolvimento profissional, durante os Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório. Um dos critérios refere - Realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, o que vai ao encontro das diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno, cuidados especializados que foram desenvolvidos durante o percurso formativo.

Palavras-chave: EEESMO; Contacto pele a pele; Amamentação na primeira hora de vida.

ABSTRACT

The purpose of this report is to present and critically analyze the common and specific competences of the Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetrics, which were developed within the framework of the Training with Report. The theoretical framework chosen to guide the acquisition and development of these skills was Kristen Swanson's (1991) middle school theory of caring.

Based on an evidence-based practice, an integrative review of the literature was carried out, where some steps of a systematic review of the literature were contemplated. The integrative review of the literature was guided by a quantitative methodology from the JBI Reviewers' Handbook (2014), the question being elaborated according to the PICO mnemonic: "**How effective is skin to skin contact, promoted by EEESMO, for initiating breastfeeding in first hour of life, in the delivery room?**". The results of the review of the literature have clarified the positive influence of skin to skin contact, both for the mother and the newborn, and it is essential to implement this care soon after birth, as recommended by WHO/UNICEF. Among the many benefits, we find the promotion of breastfeeding in the first hour of life of the newborn, and the routine care can be extended.

Also the quality maternity project, launched by the Order of Nurses (2013), seeks to **guarantee the safety and quality of care**, where several indicators to be fulfilled are contemplated, so that maternity hospitals can integrate this project and which were the focus of attention for professional development, During Clinical Teaching and Reporting Stage. One directive refers to: - Carry out early skin to skin contact between mother and child, supporting the initiation of breastfeeding in the first hour of postpartum, which is in line with the WHO guidelines on breastfeeding, specialized care developed during the training course.

Keywords: EEESMO; skin to skin contact; Breastfeeding in the first hour of life.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. FUNDAMENTAÇÃO PARA O RELATÓRIO	13
1.1 Contacto pele a pele e amamentação	13
1.2 Referencial teórico de enfermagem	18
2. PLANO DE AÇÃO	21
2.1 Metodologia para a revisão da literatura	21
2.2 Metodologia para a prática baseada na evidência	26
3. RESULTADOS DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	32
3.1 Papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica/ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.....	34
3.2 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré- natal.....	35
3.3 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	39
3.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós- natal.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

Apêndices

Apêndice 1: Quadros de Extração de Dados de Estudos Quantitativos

Apêndice 2: Instrumentos de apreciação JBI QARI critical appraisal tools

Apêndice 3: Instrumento de registo de interação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1: Método PICO e palavras-chave	22
Quadro nº 2: Descritores utilizados	22
Quadro nº 3: Critérios de inclusão e exclusão	23
Quadro nº 4: Fluxograma de seleção dos artigos para a Revisão da Literatura	25

INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do 6º CMESMO, este contempla a realização de uma UC, denominada Estágio com Relatório, sendo que o mesmo é desenvolvido em contexto de bloco de partos. Esta UC foi então desenvolvida num hospital da área da Grande Lisboa, mais especificamente no bloco de partos/serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, entre 29 de Fevereiro e 8 de Julho de 2016. Durante este período foram realizadas 750 horas, das quais 500 horas foram presenciais e as restantes 250 horas corresponderam a trabalho autónomo do estudante.

Face ao preconizado pela OE, o EEESMO deve ser detentor de competências específicas na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia (DR, 2ª Série, 2011). Para a aquisição e desenvolvimento destas mesmas competências, foi necessário implementar atividades previamente definidas.

Nesta linha de pensamento, pretende-se que o relatório seja uma exposição refletida e crítica das atividades desenvolvidas, onde esteja espelhado o seu contributo para o desenvolvimento profissional enquanto futura EEESMO. Neste sentido foram definidos os seguintes objetivos:

- Apresentar o percurso formativo que esteve subjacente ao desenvolvimento das competências comuns do EE, definidas pela OE;
- Apresentar o trabalho encetado para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, definidas pela OE;
- Apresentar o relatório que permita a conclusão do CMESMO.

Para a elaboração do presente relatório, foi consultado o projeto individual de aprendizagem já realizado, e o documento orientador da UC Estágio com Relatório (ESEL, 2015), onde se encontram as indicações para a realização do mesmo.

A área temática selecionada para aprofundamento teórico e respetivo desenvolvimento da prática de cuidados especializados, recai sobre o **“Contacto Pele a Pele: Um cuidado do EEESMO promotor da amamentação na primeira hora de vida”**.

Esta escolha reflete um elevado interesse pessoal sobre esta temática, sendo que considero que os enfermeiros assumem um papel importante para a realização deste contacto, podendo estimular e facilitar o mesmo.

O autor DiGirolamo (2001), citado por Lamaze (2003), refere que a progressão natural na amamentação está descrita como o maior benefício do CPP. Muitos bebés, assim que são colocados em CPP com a mãe, procuram instintivamente a mama, através do olfato, e começam a mamar, apresentando bons reflexos de procura, sucção e deglutição, normalmente e preferencialmente, na primeira hora de vida. Consequentemente, as mães mostram-se mais predispostas a prolongar a amamentação e menos disponíveis para oferecer leite artificial aos seus bebés.

Por sua vez, Ventura (2002) citado por Almeida e Filho (2004), refere-se à prática precoce do contacto pele a pele como recomendável para a promoção do aleitamento materno, alicerçando-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que este vínculo é de máxima importância para o início e manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Neste sentido, é evidente a importância da promoção e implementação do CPP. De acordo com Santos (2011), para incentivar este contacto, imediatamente após o parto, tornando-o uma prática comum, é necessário formar os profissionais de saúde que trabalham na área, elucidando-os sobre os seus benefícios e criando condições ambientais favoráveis à sua realização, de forma a permitir que este momento seja vivido entre a díade/tríade e continuar a realizar estudos científicos que constituam uma mais-valia para a instauração e manutenção desta prática.

Considero que esta é uma temática atual e pertinente, uma vez que, torna-se importante avaliar os contributos que a nossa intervenção pode ter para promover, implementar e manter a longo prazo o CPP e a amamentação.

No que se refere à organização do relatório, este encontra-se dividido em quatro capítulos, segundo a seguinte estrutura:

- Fundamentação do relatório, onde está contemplada a fundamentação teórica da temática inicialmente selecionada e o referencial teórico norteador da minha filosofia de cuidados;

- Plano de ação, onde está explicitada a metodologia utilizada para a revisão da literatura e a metodologia utilizada para a prática, bem como os princípios éticos subjacentes;

- Resultados da prática baseada na evidência relativos às competências desenvolvidas, onde é efetuada uma análise e reflexão das competências e dos resultados obtidos;

- Considerações finais, onde se encontra exposto o contributo do percurso de aprendizagem, na aquisição das competências específicas do EEESMO, limitações e sugestões para a prática de cuidados, para a investigação e para a enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia.

1. FUNDAMENTAÇÃO PARA O RELATÓRIO

1.1 Contacto pele a pele e amamentação

Ao longo da história da humanidade, tem sido descrito que as mães e os seus bebés permanecem juntos após o parto.

No início do século XX, o parto deixou de ser realizado em casa para ser efetuado em contexto hospitalar, o que originou a que a maioria dos bebés deixasse de ficar com as suas mães após o parto. A mãe ia para a enfermaria do hospital e o bebé para o berçário. As mães esperavam longas horas para verem os seus bebés, e as visitas aos RN ocorriam com frequência durante os períodos previstos para a amamentação. A comunidade médica acreditava que os bebés estavam mais seguros e as mães mais descansadas com os seus bebés no berçário (Lamaze, 2003).

Atualmente, são conhecidos benefícios resultantes da permanência do RN junto da mãe (alojamento conjunto), sendo inclusivé um critério de qualidade em diversas maternidades. Intervenções como, promover o CPP imediatamente após o parto e a amamentação na primeira hora de vida, não só contribuem para a diminuição do stress sentido pelo RN no pós-parto, como favorecem o aleitamento materno exclusivo e a vinculação.

O toque é a forma mais rudimentar de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como segurança e afeto. Sendo assim, o contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé, imediatamente após o parto, deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde (Santos, 2011).

Após o nascimento, o recém-nascido passa por uma fase denominada inatividade alerta, com duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina, em recém-nascidos de baixo risco. Nesta fase, o contacto mãe-filho deve ser proporcionado, por tratar-se de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo a exploração do corpo da mãe pelo bebé (Matos, Suzal, Santos, Velho, Seibert e Martins, 2010).

De acordo com Odent (2000) citado por Calegari (2012), os primeiros minutos de vida do recém-nascido são considerados como um período sensível, curto e crucial, que jamais se repetirá. A mãe e o bebê libertam endorfinas durante o parto, induzindo estados de dependência, desenvolvendo o vínculo. O mesmo autor ressalta ainda, que alguns fatores que alteram o curso natural do 1º e 2º estágio do trabalho de parto, como analgesias, períodos expulsivos prolongados, excesso de profissionais na sala de parto, tornam o parto mais difícil e doloroso gerando medo e ativando mecanismos de fuga que influenciam o contacto entre mãe e bebê, prejudicando o estabelecimento do vínculo.

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar-se imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis (Matos, Souza, Santos, Velho, Seibert, Martins, 2010).

O contacto pele a pele consiste, de acordo com Almeida e Filho (2004), em colocar o recém-nascido sobre o abdómen da mãe imediatamente após o parto.

Os autores Franco, Calafatinho, Abade, Ornelas e Oliveira (2014), acrescentam que este procedimento consiste na colocação do recém-nascido despido ou só com fralda sobre o tórax materno e o mesmo coberto com um cobertor aquecido nas duas horas imediatamente após o nascimento.

De acordo com as recomendações da OMS, durante a primeira hora após o nascimento, o bebê deve estar em CPP com a mãe para a manutenção da temperatura corporal e o início da amamentação (WHO, 2015).

Um exame clínico completo (incluindo o peso, sinais de perigo, olhos, coluna vertebral) e outros cuidados preventivos devem ser feitos em torno de uma hora após o nascimento, após a primeira mamada. Esse cuidado inclui a administração da vitamina K e a vacinação da hepatite B, o mais rapidamente possível após o nascimento (durante as primeiras 24 horas) (WHO, 2015).

Segundo Newman e Kernerman (2009) o CPP também pode ser realizado imediatamente após cesariana, mesmo enquanto a mãe está a ser suturada, a menos que existam razões clínicas que o impeçam.

Como já é conhecido, do CPP advêm muitos benefícios. Haxton, Doering, Gingras e Kelly (2012) referem como benefícios, a diminuição do choro e de “caretas” do RN, a estabilização da frequência cardíaca e da temperatura corporal do mesmo, a melhoria da interação entre mãe e RN, o aumento das taxas de início da amamentação, promoção da involução uterina e diminuição do risco de hemorragia pós-parto, melhoria do desenvolvimento neuro-comportamental infantil e autorregulação.

Segundo Matos et al (2010), o CPP acalma o bebé e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o stress do RN com menor perda de energia e mantém o bebé aquecido pela transmissão de calor da mãe.

Por outro lado, o autor Santos (2011), refere que muitos bebés, assim que são colocados em CPP com a mãe, procuram instintivamente a mama, através do cheiro, começando a mamar com bons reflexos de procura, sucção e deglutição, normalmente e preferencialmente, logo na primeira hora de vida.

A amamentação destaca-se como benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (Matos et al, 2010).

No sentido de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, um comunicado conjunto da OMS/UNICEF (*Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*) contempla 10 medidas importantes para o sucesso do **aleitamento materno** que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e RN, definindo objetivos e estratégias que, a serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços de saúde a categoria de “Hospital Amigo dos Bebés” (Levy & Bértolo, 2012).

Em Portugal existe, constituída, uma Comissão Nacional *Iniciativa Amiga dos Bebés* com sede na UNICEF, e que enuncia os seguintes passos:

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF)

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.

2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

De entre estas práticas, encontramos no quarto passo: “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento”; a qual é interpretada na atualidade pela OMS/UNICEF (2008) como “Colocar os bebés em contacto pele a pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebés estão prontos para mamar oferecendo ajuda, se necessário” (Matos et al, 2010, p. 999).

Por outro lado, a OE lançou o projeto maternidade com qualidade, onde estão contemplados vários indicadores a serem cumpridos, para que as maternidades possam integrar este projeto. Um dos critérios vai ao encontro das diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno - *Realizar, precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto.* (OE, 2013 p. 1)

Alguns hábitos, muito disseminados entre as maternidades, resultam na prorrogação do início do contacto precoce mãe-filho. Entre as rotinas dos cuidados imediatos ao recém-nascido encontramos: receber o recém-nascido em posição Trendelenburg, secar, aspirar e avaliar o recém-nascido, realizar o exame físico seguido do banho de imersão, verificar os dados antropométricos e administrar medicamentos. A maior incidência de cesarianas, que diminui o estado de alerta do bebé após o nascimento e a grande disseminação de analgesias de parto, que resultam em sonolência materna, também dificultam a realização do contacto precoce pele a pele mãe-filho (Matos et al, 2010).

De acordo com Newman (2008) citado por Santos (2011), não há nenhuma razão que impeça a grande maioria dos bebés saudáveis a estabelecer CPP com a mãe logo após o nascimento, uma vez que as rotinas hospitalares não devem prevalecer sobre o mesmo.

Porém, de entre os fatores que podem condicionar a realização do CPP, há um essencial, que se sobrepõe a todos os outros: o Índice de Apgar. No caso de um valor de Apgar inferior a 7, o contacto precoce pele a pele não se realiza e, nesta situação, este contacto deve ser incentivado logo que possível (Abade, Machado, Portela & Carvalho, 2010 citado por Santos, 2011).

Por outro lado, casos são descritos em que o contacto precoce não pode ser realizado imediatamente após o processo de parir, quando a vitalidade do bebé se encontra prejudicada e/ou quando existem momentos de fragilidade da mulher. O contacto deve ser retomado assim que mãe-filho estiverem em condições físicas e emocionais adequadas e deve ser prolongado até que seja suficiente para ambas as partes (Matos et al, 2010).

Os profissionais de saúde possuem um papel determinante na realização do contacto precoce pele a pele. Podem estimular e facilitar o contacto com a prorrogação dos cuidados de rotina e suporte profissional ou trazer prejuízos pelo desrespeito aos mecanismos fisiológicos do RN e à evidência científica sobre o aleitamento materno (Matos et al, 2010).

Como suporte do profissional de saúde no momento do nascimento, é preciso disponibilizar tempo e ambiente tranquilo, auxiliar a mãe a posicionar-se

confortavelmente, atentar para o estado de alerta e procura do bebé destacando os comportamentos positivos, favorecer a confiança materna e evitar manobras que apressem o bebé na amamentação (Matos et al, 2010), o que vai ao encontro dos pressupostos de Swanson, promotores do bem-estar.

1.2 Referencial teórico de enfermagem

A teoria de médio alcance da escola do cuidar de Kristen Swanson é a filosofia de cuidados norteadora da prática.

Esta teoria de cuidados derivou empiricamente de uma investigação fenomenológica no âmbito da saúde materna, explicando de forma clara e concisa o que significa para as enfermeiras cuidar na prática, o que motivou a escolha da teoria como orientadora para a prática do cuidar.

A sua teoria defende a prestação de cuidados de enfermagem que promovam a dignidade, respeito e capacitação da parturiente, dando valor ao cuidado informado para alcançar o bem-estar (Swanson, 1993 citada por Tomey & Alligood, 2011).

A teoria de médio alcance da autora, considera o cliente como um ser único com capacidade/ liberdade para decidir o caminho do seu processo de cuidados. Considera-se ainda bastante importante a relevância que Swanson atribui ao processo de cuidar, colocando-o no centro de toda a ação da enfermagem.

São cinco os pressupostos que constituem os cuidados que esta teoria tem por base:

Conhecer – o conhecimento é esforçar-se por compreender o significado de um sucesso na vida do outro, evitando conjecturas, centrando-se na pessoa que se cuida, procurando pistas, valorizando meticulosamente e procurando um processo de compromisso entre quem cuida e quem é cuidado (Tomey & Alligood, 2011);

Estar com – estar com, significa estar emocionalmente presente com o outro. Inclui estar em presença (não necessariamente física), transmitir disponibilidade e partilhar sentimentos sem sobrecarregar a pessoa cuidada (Tomey & Alligood, 2011);

Fazer por – fazer por, significa fazer pelos outros o que ele faria por si mesmo, se tal for possível, incluindo antecipar as necessidades, confortar, atuar com habilidade e competência e proteger aquele que é cuidado, respeitando a sua dignidade (Tomey & Alligood, 2011);

Possibilitar – possibilitar é facilitar a passagem do outro pelas transições da vida e pelos acontecimentos desconhecidos, centrando-se no acontecimento, informando, explicando, apoiando, validando sentimentos, dando alternativas, pensando nos cuidados cuidadosamente e dando feedback (Tomey & Alligood, 2011);

Manter a crença – manter a crença é manter a fé na capacidade do outro superar um acontecimento ou transição para enfrentar o futuro com significado, crente na capacidade do outro e tendo-o em estima, mantendo uma atitude cheia de esperança, oferecendo um otimismo realista, ajudando a encontrar o significado e estando ao lado da pessoa cuidada em qualquer situação (Tomey & Alligood, 2011);

Foi fundamentado nestes cinco conceitos chave para o cuidar, tendo como meta o bem-estar da grávida/casal e RN, que foi proposto o desenvolvimento da prestação de cuidados especializados.

No âmbito do CPP como um cuidado promotor da amamentação na primeira hora de vida, é imprescindível **conhecer** qual a informação que a grávida/puérpera/casal tem sobre os benefícios do CPP, benefícios do AM, sinais de prontidão e sinais de “pega” correta. Só depois de se identificarem os conhecimentos que possuem, poderemos prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada um; **estar com** a grávida/puérpera/casal, estando disponível e informar sobre os benefícios do CPP e AM durante o 1º estágio do TP e sobre os sinais de prontidão e de “pega” correta no 1º e 4º estágio do TP; **fazer por** quando for necessário respeitando a sua dignidade; **possibilitar** a grávida/puérpera/casal informando, explicando, apoiando de acordo com as suas necessidades; e **manter a crença** de que a grávida/puérpera/casal são capazes de superar o acontecimento/adversidade, evidenciando os seus conhecimentos e o seu sucesso.

Apesar da teoria mencionada ser a linha orientadora do trabalho desenvolvido, optou-se por utilizar a terminologia CIPE para a designação das ações de enfermagem realizadas, pois era a utilizada no local onde foi desenvolvido o estágio com relatório, tendo feito deste modo todo o sentido a sua utilização. Por outro lado, a terminologia CIPE integra-se adequadamente nas ações terapêuticas referidas na teoria de Kristen Swanson, pois segundo a autora independentemente dos anos de experiência de uma enfermeira, os cuidados ocorrem como um conjunto de processos sequenciais, criados pela própria atitude filosófica da enfermeira (manter a crença), a compreensão (conhecimento), as mensagens verbais e não verbais transmitidas ao cliente (estar com), as ações terapêuticas, descritas neste relatório segundo a taxonomia CIPE (fazer por e possibilitar) e as consequências dos cuidados (resultado desejado pelo cliente) (Swanson, 1993 citada por Alligood & Tomey, 2011).

2. PLANO DE AÇÃO

2.1 Metodologia para a revisão da literatura

Após a escolha da temática, o primeiro passo foi realizar uma primeira pesquisa em livros, periódicos, Google academic e na plataforma EBSCOHost, no sentido de identificar o estado da arte sobre a temática.

Em Março de 2015, iniciou-se a revisão bibliográfica, no sentido de confirmar a pertinência da temática.

De acordo com Vosgerau & Romanowski (2014), a revisão bibliográfica permite identificar o estado da arte acerca de determinada temática, constituído uma base concetual para estudos de avaliação e síntese.

Dada a impossibilidade de realizar uma RSL, devido aos pressupostos exigidos, foi realizada um RIL, procurando, no entanto, seguir-se os passos da RSL como norteadores do processo.

Uma revisão integrativa, segundo Broome (2006) consiste num método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

O termo “integrativa”, segundo Botelho, Cunha e Macedo, (2011), tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método. Os mesmos autores referem que o processo de revisão integrativa deve seguir uma sucessão de etapas bem definidas, nomeadamente:

- 1ª Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa
- 2ª Etapa: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão
- 3ª Etapa: identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados
- 4ª Etapa: categorização dos estudos selecionados
- 5ª Etapa: análise e interpretação dos resultados
- 6ª Etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A RIL foi então norteada por uma metodologia quantitativa segundo o Reviewers' Manual do JBI (2014), que, na generalidade, apresenta uma estrutura

semelhante, no sentido de identificar a efetividade do CPP para a o início da amamentação na primeira hora de vida.

O método utilizado para a formulação da pergunta foi o método PICO.

A pergunta de partida foi então: **“Qual a efetividade do contacto pele a pele, promovido pelo EEESMO, para o início da amamentação na primeira hora de vida, na sala de partos?”**.

Foram selecionadas as palavras-chave que são apresentadas no seguinte quadro, assim como a mnemónica PICO. As palavras-chave correspondem a alguns dos critérios de inclusão quanto à população, intervenção e resultados obtidos nos estudos.

Quadro nº 1: Método PICO e palavras-chave

	Palavras-chave
P (população)	EEESMO
I (intervenção)	Contacto pele a pele na sala de partos
C (comparação)	
O (Outcomes)	Efetividade para o início da amamentação na primeira hora de vida

Tendo por base os elementos do método PICO, procedeu-se ao início da pesquisa nas bases de dados, que teve começo em Abril de 2015. As bases de dados selecionadas foram a CINAHLplus e a MEDLINEplus, referentes ao motor de busca EBSCOHost. Para realizar a pesquisa foi necessário definir descritores, que foram verificados na lista de termos indexados de cada base de dados (Quadro nº2).

Quadro nº 2: Descritores utilizados

Bases de dados	Descritores	
	Indexados	Linguagem natural
CINAHLplus	Nurse; Midwives; Midwifery Breast feeding Delivery rooms	Breastfeeding self efficacy; Lactation; Breastfeeding initiation

		Skin-to-skin contact; Kangaroo-mother care method; early relationship contact
MEDLINEplus	Nurse; Midwifery Lactation; Breast feeding Kangaroo-mother care method; Delivery rooms	Midwives; Breastfeeding self efficacy; Breastfeeding initiation Skin-to-skin contact; early relationship contact

Os descritores foram conjugados com operadores booleanos (AND e OR), como está demonstrado no fluxograma abaixo.

Após esta conjugação foram encontrados no total 79 artigos. Procedeu-se à primeira fase de seleção de artigos com a leitura dos títulos e resumos, onde se excluíram os artigos repetidos e que não respondiam à questão PICO, originando 8 artigos. O passo seguinte foi a leitura integral e a análise destes artigos. Posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão (Quadro nº3), com o objetivo de estreitar a pesquisa tendo em conta o que se pretendia identificar/o foco da revisão.

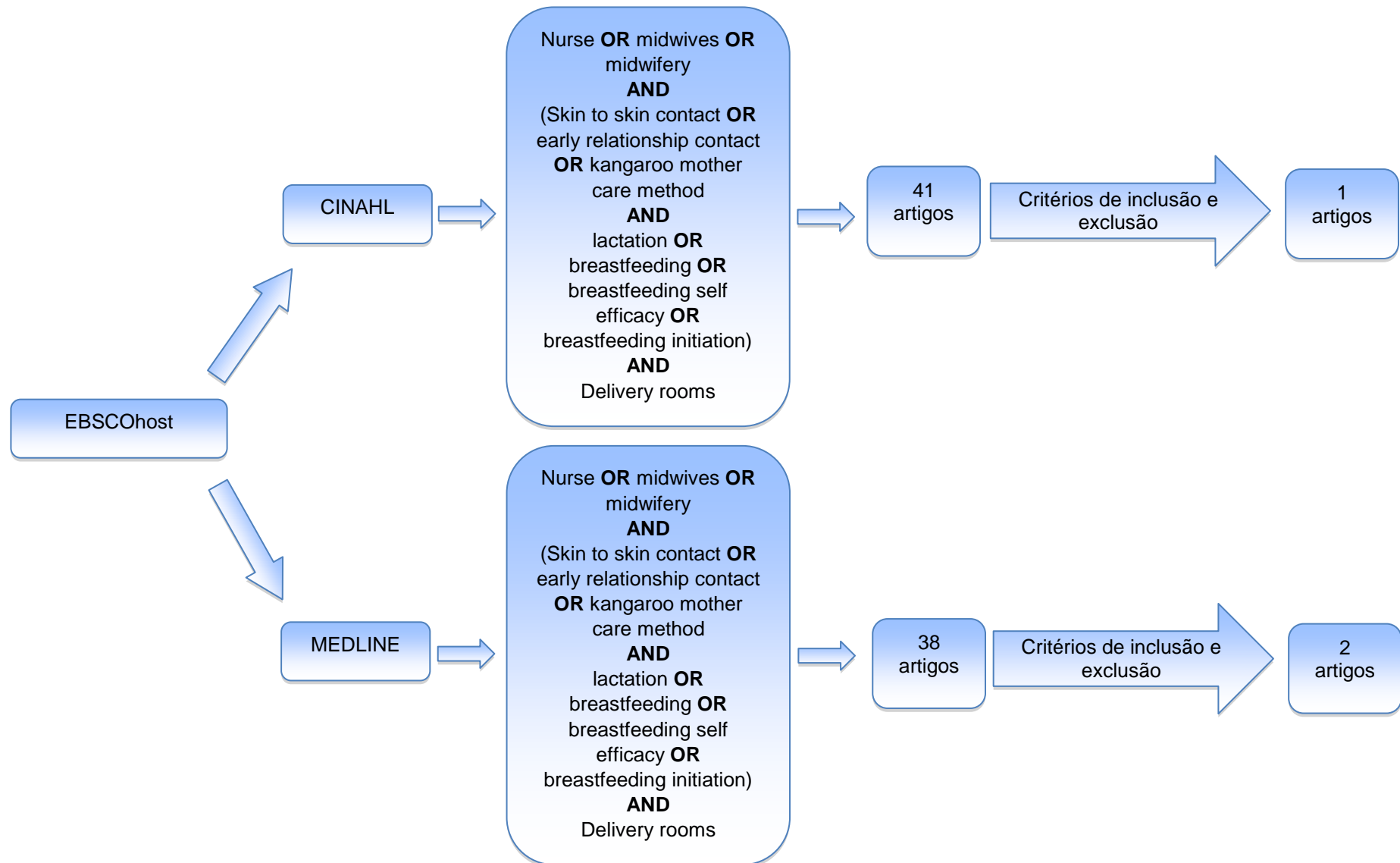
Quadro nº 3: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos que incluam descritores enunciados no quadro • Artigos quantitativos • Artigos escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola • Artigos em contexto de sala de partos • Artigos Full Text • Artigos publicados a partir do ano de 2010
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos repetidos nas bases de dados consultadas

	<ul style="list-style-type: none">• Todos os que contrariam os critérios de inclusão
--	--

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtive 3 artigos para analisar. O resultado da pesquisa é demonstrado no fluxograma que se segue.

Quadro nº 4: Fluxograma de seleção dos artigos para a Revisão da Literatura



Após leitura integral e análise dos artigos selecionados, estes foram submetidos aos instrumentos de apreciação da JBI (2014) para estudos quantitativos, tendo sido utilizados por obterem um score igual ou superior a 6 (Apêndice 1).

A extração de dados de cada artigo foi realizada recorrendo aos QARI data extraction tools (Apêndice 2).

Em Novembro de 2016, foi realizada uma nova pesquisa nas mesmas bases de dados, com recurso aos mesmos descritores, operadores booleanos, critérios de inclusão e exclusão. Nesta pesquisa obteve-se um novo artigo que respondia à questão PICO. Também este artigo foi submetido aos instrumentos de apreciação da JBI (2014) e a extração dos dados foi realizada de acordo com QARI data extraction tools.

Em Maio de 2017 procedeu-se a uma terceira pesquisa, sem sucesso quanto a novos artigos que respondessem à pergunta PICO.

2.2 Metodologia para a prática baseada na evidência

O presente subcapítulo, tem como finalidade apresentar os resultados dos artigos selecionados que respondem à pergunta PICO formulada, e que concomitantemente com as orientações emanadas por organismos de referência, mundial e nacional, permitiram construir o instrumento de registo de interação, durante a prestação de cuidados às parturientes/díades/casal, no Estágio com Relatório (Apêndice 3), assim como fundamentaram a prática de cuidados especializados, a reflexão e o reajuste permanente das estratégias promotoras de bem-estar da díade.

Nesta linha de pensamento, a prestação de cuidados especializados deve ter por base uma prática baseada na evidência.

a prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas” (Muir Gray 1997, p. 18). Isto significa, não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos. (Craig & Smyth, 2004, p. 4)

Estes mesmos resultados permitiram estruturar um plano de ação, que também será apresentado, onde foram estabelecidas atividades a implementar para cada uma das competências propostas a desenvolver, durante o Estágio com Relatório.

Os autores Aghdas, Talat, Sepideh (2014), apresentam um ensaio clínico randomizado, conduzido de 1 de abril de 2012 a 31 de julho de 2012 no hospital de obstetrícia Omolbanin. Este estudo foi realizado para avaliar o efeito do CPP entre mãe-bebé sobre o sucesso da amamentação materna.

A população do estudo consistiu de 114 primíparas, iranianas, saudáveis, entre os 18 e 35 anos de idade, cujo parto fosse de termo, vaginal, e que estivessem decididas a amamentar os seus bebés.

Os pares mãe-bebé foram, de forma aleatória, incluídos em qualquer um dos dois grupos, grupo de CPP (n = 57) e grupo de cuidados de rotina (n = 57). Um investigador acompanhou as mães, em ambos os grupos, até ao final da segunda hora após o parto. No grupo CPP, os bebés foram colocados nus, em CPP com a mãe, em decúbito ventral. Foram colocados gorros na cabeça dos bebés e cobertos com cobertores aquecidos. As mães foram ajudadas a manter o CPP durante pelo menos 2 horas. Os cuidados hospitalares de rotina, como a pesagem e a administração de vitamina K foram adiados durante 2 horas.

No grupo de cuidados de rotina, os bebés foram colocados sob uma incubadora de aquecimento imediatamente após a clampagem do cordão umbilical. A estes bebés foi administrado de imediato a vitamina K via IM, avaliado o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. Posteriormente foram envoltos em cobertores pré-aquecidos, e transferidos para as suas mães, sem realizar CPP.

Os resultados deste estudo, mostram que o sucesso na primeira amamentação no grupo CPP foi de 56,6% vs 35,6% no grupo de cuidados de rotina. O tempo médio para o início da amamentação foi de 21,98 min no grupo CPP e de 66,55 min no grupo de cuidados de rotina.

Um outro estudo realizado pelos autores Yang, Gao, Ip, Chan (2016), apresenta a análise de um estudo transversal, realizado em Guangzhou de 1 de abril a 14 de julho de 2014. Os objetivos deste estudo foram: examinar o nível de auto

eficácia da amamentação no período pós-parto imediato; examinar as diferenças na autoeficácia da alimentação materna entre os diferentes subgrupos sócio demográficos no pós-parto imediato; examinar as relações entre a autoeficácia da amamentação e o apoio social no período pós-parto imediato; identificar os promotores da autoeficácia da amamentação no período pós-parto imediato. A população deste estudo consistiu em 571 mães.

Dos resultados deste estudo destaca-se que apenas 12,1% das mães começaram a amamentar no prazo de uma hora após o parto e mais de metade (58,5%) das mães iniciaram a amamentação doze horas após o parto, tendo acontecido, possivelmente, devido à implementação das rotinas hospitalares que dificultam a implementação imediata do CPP após o parto, entre mãe e bebé.

Outra grande barreira à implementação do CPP pode ocorrer em partos por cesariana. No presente estudo mais da metade dos participantes (55,3%) tiveram parto por cesariana.

Este estudo encontrou vários promotores do início da amamentação, sendo um deles o CPP, que deve ser realizado sempre que possível.

A análise de dados de um estudo de cohort, realizado entre julho de 2005 e junho de 2006, onde se pretendia relacionar o CPP com a amamentação exclusiva durante o internamento na maternidade e examinar a possível relação entre o CPP nas primeiras 3h após o nascimento e a amamentação, é apresentada pelos autores Bramson, Lee, Moore, Montgomery, Neish, Bahjri, Melcher (2010).

A PSN do Centro Médico da Universidade de Loma Linda / Hospital Pediátrico, identificou um conjunto de práticas padrão após o nascimento nos hospitais, que não são benéficas para a vinculação ou aleitamento materno. Estas práticas incluem o exame físico do bebé, aspiração do bebé, administração de vitamina K, aplicação de pomada oftálmica (Eritromicina) e a separação entre mãe e bebé imediatamente após o nascimento e durante puerpério imediato.

Foram analisados os dados colhidos de 21 842 díades (mãe-bebé) de 19 hospitais contratados pela PSN. Cada hospital concordou em implementar 2 de 3 práticas hospitalares (alojamento conjunto 24 horas, funcionários com formação em aconselhamento em aleitamento materno e contacto precoce pele a pele). Antes do início do programa, os enfermeiros de cada um dos 19 hospitais contratados pela

PSN, tiveram formação na sede da PSN que incluiu as práticas que seriam implementadas no hospital. Os que estavam formados em vinculação, amamentação e alojamento conjunto tiveram a opção de incorporar o CPP nas suas rotinas hospitalares padrão.

Os resultados do presente estudo revelam que quanto mais tempo a mãe e bebé estiverem em CPP, durante as primeiras 3 horas após o nascimento, maior a probabilidade de amamentar precocemente e em exclusivo durante o internamento na maternidade.

O estudo quantitativo de Haxton, Doering, Gingras e Kelly (2012), tem como objetivo verificar a duração de tempo de CPP providenciado, e implementar o CPP imediatamente após o nascimento entre o RN de termo e a mãe, para obter benefícios para ambos, de acordo com o modelo de IOWA, num bloco de partos num Hospital Universitário nos Estados Unidos da América. O modelo de IOWA envolve um processo sistemático que pode ser descrito como uma série progressiva de atividades, que se apresentam como etapas. Este estudo contou com a participação de 30 puérperas e RN.

Neste estudo, 10 puérperas referiram que as enfermeiras antes do parto tinham explicado em que consistia o CPP com o RN; 15 puérperas referiram que as enfermeiras tinham prestado apoio no CPP com o RN; todas referiram que o CPP tinha durado menos de 20min.

Este estudo indica que o tempo de CPP com o RN estava longe do tempo necessário e que a literatura define para o CPP entre a díade (1 hora). Desta forma a equipa definiu que era necessário implementar um modelo de prática baseada na evidência, que permitisse melhorar a qualidade do CPP, o selecionado foi o modelo de IOWA. Antes da implementação do modelo, a taxa de iniciação da amamentação era de 75% na primeira hora de vida, e após a sua implementação aumentou para os 85%.

Tendo por base os resultados obtidos, foram delineadas as seguintes atividades para cada competência a desenvolver:

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica/ C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

- **Conhecer** a organização;
- **Conhecer** o bloco de partos;
- Entrevista com a Enfermeira Chefe do bloco de partos;
- **Conhecer**/Identificar a práticas executadas no bloco de partos;
- Dar a conhecer o projeto de estágio à equipa de enfermagem;
- Reunião com enfermeiro Orientador para delinear estratégias de motivação e adesão ao projeto, pelos diferentes enfermeiros

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

- Mobilizar na prática, os processos de cuidar de Swanson com ênfase no:
 - Abordar as diferentes temáticas promotoras de bem-estar na consulta pré-natal (**Estar com**);
 - Participar em CPPP, abordando a temática do CPP e amamentação na primeira hora de vida do RN (**Conhecer, Estar com, Possibilitar**).

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

- Identificar junto da parturiente/casal quais os seus conhecimentos acerca do CPP e amamentação (**Conhecer, Estar com**);
- Identificar quais as expectativas da parturiente/casal relativamente ao CPP e amamentação (**Conhecer, Estar com**);
- Explicar à parturiente/casal no que consiste o CPP (**Estar com, Possibilitar**);
- Informar a parturiente/casal dos benefícios do CPP (**Estar com, Possibilitar**);
- Capacitar a parturiente/casal para a tomada de decisão (**Estar com, Manter a Crença, Possibilitar**);
- Apoiar a parturiente/casal na prática do CPP e amamentação (**Estar com, Fazer por, Manter a crença, Possibilitar**);

- Validar informação e conhecimentos adquiridos, adequando educação para a saúde (***Estar com, Manter a crença, Possibilitar***).

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

- Capacitar a puérpera/casal para a prática CPP (***Estar com, Manter a Crença, Possibilitar***);
- Apoiar a puérpera/casal na prática do CPP durante o internamento (***Estar com, Fazer por, Manter a crença, Possibilitar***);
- Capacitar a puérpera para a prática da amamentação (***Estar com, Manter a Crença, Possibilitar***);
- Identificar as dificuldades da puérpera na amamentação (***Conhecer, Estar com***);
- Mobilizar conhecimentos científicos para ajudar a puérpera a ultrapassar as dificuldades sentidas (***Estar com, Possibilitar***);
- Apoiar a puérpera na amamentação (***Estar com, Possibilitar***);
- Promover a continuidade de cuidados, através de contactos durante e após o internamento da díade (***Estar com, Fazer por, Manter a crença, Possibilitar***).

Apresentadas as atividades delineadas, o capítulo seguinte pretende expor a forma como foram desenvolvidas as competências, assim como os resultados da prática baseada na evidência científica face ao tema central.

3. RESULTADOS DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com a OE, o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem. O título de enfermeiros especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após formação numa área clínica de especialização em instituições de ensino superior reconhecidas, nos termos do regulamento da especialidade, aprovado pela Ordem e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015, artigo 8º).

Nesta linha de pensamento, a formação académica torna-se imprescindível para a aquisição de competências, no sentido de obter o título de enfermeiro especialista. No entanto, a aquisição de competências e o desenvolvimento das mesmas não deve estar restringida à formação académica. Parte do enfermeiro especialista investir na sua formação, estando em constante atualização, informado das melhores práticas, de acordo com a evidência científica mais atual.

Para a obtenção do título de EEESMO, foi necessário nortear o percurso de aprendizagem, pois só assim seria possível adquirir e desenvolver as competências necessárias. Para tal, foi indispensável conhecer o RCCEE, o RCEEEESMOG onde estão estabelecidas as competências do EEESMO, assim como conhecer as competências estabelecidas pelo ICM. Por outro lado, foi de extrema importância o estabelecimento de objetivos em cada EC, a orientação do professor orientador e do enfermeiro orientador de cada EC/local de estágio.

De acordo com o RCEEEESMOG as competências do EEESMO são:

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Segundo o ICM (2013), as competências essenciais para a prática da parteira, em Portugal, EEESMO são:

- As parteiras têm o conhecimento e as competências essenciais de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base da qualidade, culturalmente relevante para mulheres, recém-nascidos e famílias;
- As parteiras fornecem educação para a saúde e serviços de alta qualidade a toda a comunidade, a fim de promover uma vida familiar saudável, uma gravidez e parentalidade positiva;
- As parteiras fornecem cuidados pré-natais de alta qualidade para maximizar a saúde durante a gravidez, incluindo a deteção, tratamento precoce ou encaminhamento de complicações;
- As parteiras fornecem cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto, efetuando um parto limpo e seguro, e lidando com situações de emergência selecionadas, para maximizar a saúde das mulheres e recém-nascidos;
- As parteiras fornecem cuidados de saúde abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis no pós-parto às mulheres;
- As parteiras fornecem cuidados de alta qualidade à criança saudável, desde o nascimento até dois meses de idade;

- As parteiras fornecem uma gama de cuidados individualizados relacionados com o aborto e culturalmente sensíveis às mulheres que necessitam ou experienciaram a interrupção ou perda de gravidez, sendo congruentes com as leis e regulamentos aplicáveis e de acordo com os protocolos nacionais.

Nos subcapítulos seguintes serão abordadas as competências desenvolvidas, remetidas exclusivamente a quatro das competências, sendo o foco principal de atenção o contexto em Sala de Partos, no Estágio com relatório, tendo como linha orientadora as competências definidas no RCCEE e no RCEEEESMOG da OE.

3.1 Papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica/ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

A aquisição e desenvolvimento desta competência foi possível durante os diversos EC, no entanto, foi no Estágio com Relatório onde o seu desenvolvimento foi mais evidente.

Um dos objetivos do Estágio com Relatório era a implementação do projeto realizado sobre CPP como Promotor da Amamentação na primeira hora de vida.

Nesta linha de pensamento, tornou-se imprescindível dar a conhecer o projeto, para que este fosse acolhido pela equipa e posteriormente pudesse ser implementado.

Neste sentido, foi necessário conhecer o contexto de blocos de partos, ter uma entrevista com a enfermeira chefe para lhe dar a conhecer o projeto de estágio, e perceber quais as práticas do bloco de partos, no que concerne ao CPP. O passo seguinte foi também dar a conhecer o projeto à enfermeira orientadora, e em conjunto identificar-se qual a melhor forma de dar conhecimento do projeto aos restantes enfermeiros, mais precisamente aos enfermeiros generalistas, e motivá-los a participar no projeto, dado que seriam estes os primeiros a realizar o CPP logo após o nascimento. A estratégia adotada foi abordar os enfermeiros generalistas presentes em cada turno, informando-os da temática do projeto e em que consistia, solicitando-lhes a sua colaboração na colocação do RN em CPP logo após o

nascimento, de acordo com as premissas resultantes da RIL. Pareceu ser uma estratégia eficaz, pois ao final de poucos turnos o projeto era do conhecimento de todos, denotando-se o envolvimento de cada enfermeiro.

A disponibilidade e colaboração dos enfermeiros foram notórias, no entanto verificou-se que nos primeiros partos a maioria dos enfermeiros retirava o RN do CPP para a realização de alguns procedimentos, nomeadamente administração da vitamina k e pesagem do RN. Percebendo a dinâmica do bloco de partos e o volume de trabalho, era compreensível que tal fosse feito por uma questão de organização do trabalho e gestão de tempo. No sentido de contornar esta limitação, foi proposto aos enfermeiros que deixassem o RN em CPP durante o 3º e 4º estágio do TP, e no final do mesmo eu pesaria o RN, assim como administraria a vitamina k com o RN em CPP, tudo previamente acordado com a parturiente/casal, tendo por base os processos de cuidar (**conhecer, estar com**, procurando **manter a crença e fazer por**, de acordo com as necessidades). Desta forma foi possível **possibilitar** - manter os RN em CPP até ao final do puerpério imediato (4º estágio do TP), exceto quando era interrompido a pedido da puérpera.

3.2 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

A aquisição e o desenvolvimento desta competência ocorreu ao longo do EC III (cuidados de saúde primários - USF).

Durante este EC houve oportunidade de realizar várias consultas de vigilância da gravidez, nomeadamente a primeira consulta de vigilância da gravidez de baixo risco, assim como dos trimestres seguintes.

As consultas são marcadas de acordo com o recomendado pela DGS (2015), ou seja, consultas de vigilância pré-natal após a 1ª consulta a cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas; e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto.

Todas as grávidas de baixo risco são assistidas em Cuidados de Saúde Primários e as grávidas de alto risco são encaminhadas para os Cuidados de Saúde Diferenciados.

A primeira consulta de Saúde Materna foi sempre por norma mais demorada e pormenorizada. Nesta consulta procurou-se **conhecer** a grávida/casal e o significado da gravidez, assim como **manter a crença, possibilitar, fazer por e estar com** a grávida, o que para tal contribuíram as seguintes atividades, baseadas no plano assistencial de cuidados pré-natais para a gravidez de baixo risco (OE, 2015a):

- Fornecer e registar no Boletim de Saúde da Grávida, através da colheita de dados (identificação da grávida e progenitor; antecedentes familiares, pessoais e ginecológicos; história obstétrica; determinação da IG segundo a data da última menstruação; determinação da DPP; verificação do estado vacinal);

- Avaliar o risco pré-natal segundo a tabela de Goodwin modificado;

- Avaliar e registar as biometrias (altura, peso, sinais vitais, IMC);

- Determinar os níveis de glicosúria, proteinúria, cetonúria e bacteriúria através da realização do Combur® teste;

- Realizar educação para a saúde abordando várias temáticas (alimentação, exercício físico e atividade laboral, hábitos tabágicos/álcool/café, prevenção de doenças infecciosas na gravidez, sexualidade, vestuário e desconfortos da gravidez no 1º trimestre);

- Realizar educação para a saúde de acordo com as necessidades expressas pela grávida/casal;

- Informar que na primeira consulta médica, é realizada a referenciação da grávida para o hospital da área de residência, para a realização do rastreio pré natal.

Nas consultas seguintes, o enfoque primário recaiu sempre sobre **estar com** a grávida/casal, **possibilitar** a grávida/casal e **manter a crença** dos mesmos. Neste sentido, a abordagem passou por apreciar como tinha a grávida/casal passado desde a última consulta, percebendo se teria havido alguma intercorrência, se os desconfortos mencionados em consulta anterior se mantinham, validando sempre a informação já transmitida para a diminuição/irradicação desses mesmo desconfortos, ou se tinham surgido novos desconfortos. Com o avançar do EC, constatou-se que esta primeira abordagem era bastante pertinente, pois em algumas consultas, as grávidas mencionaram idas ao serviço de urgência onde lhes tinha sido diagnosticado por exemplo uma APPT ou uma ITU, referiam manter algum

desconforto ou o aparecimento de novos desconfortos. Estas informações no início da consulta permitiu **conhecer** e estruturar a abordagem na consulta, adequar a educação para a saúde (**estar com, possibilitar**), tendo em conta as necessidades de cada grávida/casal, e assim **possibilitar** uma transição positiva.

Outro aspeto importante destas consultas foi **conhecer** os resultados de alguns exames ecográficos e laboratoriais, nomeadamente:

- Consulta dos rastreios ecográficos (por exemplo a do 1º trimestre para confirmação da idade gestacional e correção da data provável do parto, a do 2º trimestre – morfológica, para a identificação de malformações fetais), de acordo com a norma da DGS nº23/2011 de 29 de Setembro de 2011, atualizada a 21/05/2013;

- Consulta de rastreios analíticos (hemograma, rastreio da sífilis, rubéola, toxoplasmose, infeção por HIV, hepatite B, citomegalovírus, bacteriúria assintomática, streptococcus B hemolítico), de acordo com a norma da DGS nº37/2011 de 30 de Setembro de 2011, atualizada a 20/12/2013.

A consulta dos resultados laboratoriais e ecográficos, permitiu uma vez mais adequar a educação para a saúde para cada grávida/casal, e desta forma, prestar cuidados individualizados e centrados na grávida /casal, assente nos pressupostos de Swanson do **fazer por ao manter a crença**, dependendo da situação identificada.

De salientar que, de acordo com a IG da grávida foi também adequada parte da educação para a saúde, e assim foi possível **possibilitar**, ou seja, facilitar o seu percurso de gravidez, informando e explicando (**estar com**), por exemplo, a contagem dos movimentos fetais (Contagem de Cardiff), sinais de alerta para recorrer à maternidade, amamentação, CPP e a possibilidade de frequentar o CPPP.

Relativamente às temáticas do CPP e amamentação, verificou-se que o tempo suposto para a duração consulta se tornava muito curto para transmitir toda a informação necessária sobre estas temáticas. Neste sentido, e sendo o objetivo **possibilitar** a grávida/casal informando-os, optou-se por abordar de forma mais sucinta estas temáticas durante a consulta, dando maior enfoque às mesmas no CPPP em que houve oportunidade de se colaborar. Na consulta foi então abordado o CPP, explicando no que consistia e quais os seus benefícios. A abordagem sobre a amamentação passou por **conhecer** se a grávida queria amamentar, identificando

os seus conhecimentos e explicando os benefícios da amamentação para a díade (***Estar com e Possibilitar***).

Com a abordagem destas duas temáticas, tornou-se pertinente informar que o CPP é um promotor da amamentação tal como referem os autores Bramson et al. (2010) e Yang et al. (2016).

Embora as duas temáticas tenham sido abordadas de forma breve, a informação transmitida permitiu empoderar (***possibilitar***) as grávidas/casais, e assim existir uma tomada de decisão esclarecida por parte das grávidas/casais.

O momento seguinte estava reservado para ***estar com*** as grávidas/casais, e os mesmos exporem as suas dúvidas.

Tal como já foi mencionado, no âmbito da Saúde Materna, houve oportunidade de participar num CPPP que teve início na primeira semana de EC.

Segundo Couto (2006, p. 8), “a Preparação para o Parto emerge como elemento fulcral que visa equilibrar a mulher, a sua família e, neste caso, o enfermeiro, enquanto meio utilizado pela comunidade para um fim: viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado”.

O CPPP era realizado por uma equipa multidisciplinar, composta por duas EEESMO, uma fisioterapeuta, uma higienista oral e uma médica. Sem dúvida que esta foi uma experiência muito enriquecedora, em primeiro lugar porque houve oportunidade de contribuir na reformulação da sessão sobre amamentação, onde foi incluída a temática do CPP que não estava contemplada, e por outro lado, na sessão prática sobre amamentação existiu a oportunidade de abordar a temática do CPP, explicando no que consistia, quais os benefícios, assim como exemplificar como o realizar, fundamentada nos resultados da RIL realizada.

3.3 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

A presente competência foi adquirida e desenvolvida durante o Estágio com Relatório (bloco de partos), em dois contextos diferentes – bloco de partos e urgência de ginecologia/obstetrícia.

Na urgência de ginecologia/obstetrícia houve oportunidade de prestar cuidados especializados à grávida/parturiente/casal, inicialmente identificando os motivos clínicos que motivaram a sua vinda à urgência. De salientar que a triagem não era realizada pelo EEESMO, mas sim pelo enfermeiro do SUG.

Após o acolhimento inicial da grávida no serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia, o seu encaminhamento poderia ser realizado para dois locais diferentes, ou diretamente para o gabinete médico ou para avaliação do bem-estar materno-fetal através de registo de CTG (por exemplo em situações de vinda à urgência por contratilidade uterina dolorosa, ausência/diminuição dos movimentos fetais, dor lombar). O encaminhamento da grávida era uma decisão médica.

Dos cuidados prestados destacam-se **conhecer** a grávida/casal através da colheita da história ginecológica e obstétrica, **estar com** e **fazer por** durante a realização de manobras de Leopold, a monitorização do bem-estar materno-fetal através da monitorização CTG (**fazer por**), a monitorização de parâmetros vitais e laboratoriais (**estar com** e **fazer por**) e a realização do toque vaginal para avaliação do colo uterino (**estar com** e **fazer por**).

Algumas grávidas necessitaram de ficar sob vigilância na urgência de ginecologia/obstetrícia, nomeadamente em caso de necessidade de monitorização do bem-estar materno-fetal, controlo algico ou controlo e resolução de situações patológicas. Os cuidados especializados prestados a estas grávidas/casais tiveram sempre os pressupostos de Swanson, como norteadores da prática de cuidados.

Por outro lado, algumas grávidas tiveram necessidade de internamento no bloco de partos, em situações como TP, RPM, indução do TP (pela idade gestacional ou patologia materno-fetal), situações patológicas (APPT, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia), para cesarianas eletivas ou por necessidade de intervenção cirúrgica (curetagem) em situações de aborto retido ou restos placentares (em caso de

puérperas). Nestas situações, procedeu-se à colheita de dados necessária e ao seu acolhimento no bloco de partos (**conhecer, estar com**), sendo sempre prestados cuidados assentes nos processos de cuidar e tomada de decisão fundamentada na evidência científica.

Apesar de ter sido importante a passagem pela urgência de ginecologia/obstetrícia, foi no bloco de partos que se deu a maior aquisição e desenvolvimento da presente competência.

Os cuidados prestados à parturiente/casal no bloco de partos tiveram início desde o momento da admissão. O primeiro passo do acolhimento passou sempre pela apresentação, explicando que era enfermeira em outra instituição, mas que me encontrava no bloco de partos como estudante do CMESMO, a desenvolver o estágio de bloco de partos. Era explicado que iria acompanhar a parturiente/casal no trabalho de parto durante o turno, realizando a sua vigilância, e participaria ativamente no parto com a supervisão da enfermeira orientadora e segundo consentimento tácito verbal.

Foi ainda importante informar a parturiente que poderia ter a presença permanente de um acompanhante (marido ou pessoa significativa), durante todo o TP, parto e puerpério imediato. Sem dúvida que se torna um elemento indispensável, que contribui para o bem-estar psico-emocional da grávida durante todo o período de tempo passado no bloco de partos.

Posteriormente foi explicado à parturiente/casal a disposição do espaço físico, assim como os procedimentos que teriam de se efetuar (**estar com e possibilitar**), nomeadamente a colocação de CTG para monitorização contínua do bem-estar materno-fetal e a colocação de um acesso venoso periférico para eventual administração de terapêutica endovenosa, uma vez que o protocolo da instituição assim o determinava, contrárias às orientações da OMS (1996) e DGS (2015).

Nesta linha de pensamento, o acolhimento da parturiente/casal, verificou-se também um momento crucial para **conhecer** aquela família, assim como os seus desejos e expectativas e **estar com**, estabelecendo uma relação de confiança.

Ao longo do estágio com relatório foi realizada a vigilância do TP de 74 grávidas, houve participação ativa em 40 partos eutócicos e foi prestado apoio a 15

partos distócicos. Desta forma, existiu oportunidade de assistir as parturientes/casais durante os quatro estádios do TP.

No que se refere ao 1º estágio do TP, este traduziu-se sem dúvida, num dos períodos mais desafiantes, no sentido em se informou, apoiou e capacitou a parturiente/casal em inúmeros momentos, o que vai ao encontro dos pressupostos de Swanson **fazer por, possibilitar e manter a crença**.

Sendo o 1º estágio do TP a primeira fase de todo o TP, torna-se imprescindível promover o bem-estar e o conforto da grávida.

O alívio da dor “contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira” (APEO & FAME, 2009, p.65), pelo que a prevenção e controlo da dor foram sempre um foco de atenção, tendo sempre em consideração as decisões esclarecidas da parturiente.

Neste sentido, foram sempre colocadas ao dispor as várias opções disponíveis para a promoção do bem-estar e conforto da parturiente.

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), a música durante o trabalho de parto aumenta o relaxamento da parturiente, reduzindo conseqüentemente o stress, a ansiedade e a perceção da dor. Neste sentido, numa lógica de **estar com, fazer por ou possibilitar**, foi colocado ao dispor da parturiente/casal o rádio existente com possibilidade de escolha entre as várias estações de rádio disponíveis (caso tivessem trazido um playlist poderiam utilizá-la se o desejassem).

A água quente durante o trabalho de parto tem como benefícios o relaxamento, reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e satisfação (OE, 2013). Perante os efeitos benéficos expressos, quando pertinente foi sugerida a utilização do duche.

De acordo com a OE & APEO (2012), devem estimular-se práticas apoiadas na evidência científica, de acordo com as diretrizes da OMS, tal como apoiar a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical. Neste sentido, **estar com** a parturiente tornou-se indispensável, pois só estando presente se consegue **conhecer** as suas necessidades e preferências. Sendo conhecedor dos seus desejos é então possível **fazer por**, proporcionando conforto e promovendo o bem-estar, antecipando as necessidades

se possível, por exemplo através da utilização da bola de pilates, o caminhar e adoção de posições verticais, também estas medidas sugeridas.

Todas estas opções enquadram nas medidas não farmacológicas proporcionadas à parturiente/casal para o alívio dos desconfortos, nomeadamente a dor, promovendo assim o seu bem-estar.

No que se refere às medidas farmacológicas para o controlo da dor, através dos processos de cuidar, foi privilegiado **conhecer** as suas expectativas face ao controlo da dor, **estar com e possibilitar**, tendo sido explicada a possibilidade de administração de terapêutica endovenosa e a realização de analgesia loco-regional (epidural/sequencial) por um anestesista quando indicado, assim como **possibilitar** o alívio da dor através da respetiva administração (**fazer por**).

Sempre que necessário houve colaboração na realização do procedimento técnico.

Segundo a APEO & FAME (2009), o toque vaginal permite avaliar a progressão do trabalho de parto, através de seis indicadores: posição, consistência, extinção e dilatação do colo uterino, descida e rotação da cabeça fetal.

Este verificou-se ser um momento de grande desconforto para a parturiente, e tendo em conta este facto, considerou-se importante **estar com** a parturiente/casal compreendendo os sentimentos gerados e o incómodo provocado, assim como informar (**possibilitar**) em que momentos esse procedimento seria indispensável, nomeadamente em caso de dor, se sentisse uma grande pressão no fundo do útero, vontade de fazer força, ou caso a última avaliação tivesse sido há já algum tempo.

A avaliação e a monitorização do bem-estar materno-fetal foi sem dúvida mais uma competência desenvolvida, através da realização de manobras de Leopold e da realização de CTG, interpretando o respetivo registo através da análise dos dados obtidos e sobretudo da tomada de decisão subjacente a cada registo.

De acordo com Graça (2010), a CTG permite o registo simultâneo e contínuo da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina, e a sua interpretação é fundamental para vigiar o bem-estar fetal. A nomenclatura utilizada nos registos foi a classificação do ACOG, adotada pela instituição.

Durante o 1º estágio de TP a monitorização é sempre continua, no entanto caso a parturiente pretendesse utilizar o duche (como medida não farmacológica), a

monitorização era interrompida momentaneamente. No entanto, de acordo com a OMS (1996) e o parecer dado pela OE (2015a), a auscultação no 1º estágio do TP deve ser intermitente e deve ser realizada de 15 em 15 min, durante um minuto, logo após uma contração. Neste sentido esta foi uma limitação encontrada, pois os cuidados especializados foram prestados de acordo com o protocolo da instituição.

Este estágio tornou-se ainda um momento crucial para **conhecer** a grávida/casal, se tinham realizado CPPP, quais os seus conhecimentos sobre o TP e parto, as suas expectativas e os seus desejos. Das 74 grávidas que realizei vigilância do TP, 58 realizaram CPPP.

Comparando as parturientes/casais que realizaram o CPPP com os que não realizaram, foi notória a diferença entre ambos, no que concerne aos conhecimentos de que eram detentores. As parturientes/casais que realizaram CPPP, mesmo que tenha sido realizado numa gravidez anterior, eram detentores de conhecimentos no que se refere ao TP, parto, controlo da dor, amamentação e CPP, enquanto que as que não realizaram CPPP, não tinham conhecimentos sobre as temáticas ou o seu nível de conhecimento era muito reduzido. Nesta linha de pensamento, os cuidados prestados a cada parturiente/casal foram sempre personalizados, segundo os processos de cuidar de Swanson. Foi realizada educação para a saúde (**possibilitar**) com o objetivo de aumentar o seu conhecimento sobre as temáticas pertinentes, tendo sempre em consideração e valorizando os conhecimentos de que eram detentores (**conhecer**), e assim **manter a crença** que todo o seu conhecimento era importante para a nova etapa nas suas vidas.

De acordo Levy & Bértolo (2012), o aleitamento materno tem diversas vantagens, pelo que existe um consenso mundial de que a sua prática exclusiva até aos 6 meses de vida é o melhor para as crianças.

No que se refere à temática da amamentação, foi notório que as parturientes/casais que realizaram CPPP tinham conhecimentos acerca deste tema, identificando a maior parte dos benefícios para a mãe e para o bebé, em relação aos que não realizaram CPPP. No entanto, foi visível um défice de conhecimento no que se refere à identificação dos sinais de prontidão e de “pega” correta, independentemente da realização ou não de CPPP, tendo-se verificado um maior conhecimentos acerca destes sinais nas múltiparas. Tendo por base os

conhecimentos de cada parturiente/casal, foi realizada educação para a saúde de acordo com as necessidades identificadas (**possibilitar**). Em primeira instância foi necessário identificar os seus conhecimentos (**conhecer**) sobre os benefícios da amamentação, sobre sinais de prontidão e de “pega” correta, para posteriormente informar acerca dos benefícios e sinais que desconheciam. Esta informação foi validada posteriormente no 4º estágio do TP.

A temática do CPP foi aquela em que se verificou um défice de conhecimento maior, apesar das parturientes/casais que realizaram CPPP referirem que a temática foi abordada durante os cursos que frequentaram. As parturientes/casais que não realizaram CPPP, ou não sabiam o que era o CPP ou então referiam que já tinham ouvido falar mas que não conheciam os seus benefícios. Quando questionadas as múltiparas se tinham realizado CPP em partos anteriores, a maioria referiu que tinha realizado, no entanto constatou-se que a duração deste contacto foi reduzida. Neste sentido, tornou-se imprescindível identificar os conhecimentos (**conhecer**) de cada parturiente/casal acerca do CPP, nomeadamente no que consistia e quais os seus benefícios, para que fosse possível, mais uma vez, adequar a educação para a saúde (**possibilitar**).

Ainda durante o 1º estágio do TP, outra preocupação foi **conhecer** se a parturiente/casal tinha elaborado um plano de parto. De todas as parturientes/casais assistidos, apenas dois tinham um plano de parto estruturado.

De acordo com Whitford & Hillan (1998), o plano de partos surgiu como uma forma de controlar o “parto medicalizado”, através do qual a mulher expressava por escrito, as suas preferências para o seu trabalho de parto e parto, obtendo assim algum controlo sobre o que iria acontecer no hospital. Tornou-se imprescindível e de extrema importância **conhecer** o plano de parto de cada parturiente/casal, pois só assim foi possível adequar os cuidados de acordo com os seus desejos, assentes nos processos de cuidar.

Terminado o 1º estágio do TP, inicia-se a fase seguinte, o 2º estágio do TP. Dos 40 partos, 39 foram realizados em litotomia modificada e 1 de cócoras.

Confirmada a eminência do parto, o passo seguinte foi sempre **estar com** a parturiente/casal, informá-los (**possibilitar**) e felicitá-los pela chegada do seu bebé (**manter a crença**). Tornou-se importante orientar a parturiente para assumir a

posição para o parto (**possibilitar**), idealmente a da sua preferência, orienta-la para a realização de esforços expulsivos (**possibilitar**), e a realização de lavagem/desinfecção do períneo (**fazer por**). De acordo com a APEO & FAME (2009), no início do período expulsivo é importante **conhecer** se a parturiente tem vontade de urinar e/ou valorizar a existência de globo vesical. Em alguns casos foi necessário **fazer por**, realizando esvaziamento vesical, pois existia a presença de globo vesical e a parturiente referia não ter vontade de urinar.

No sentido de realizar a proteção do períneo no período em que a apresentação fetal estava a coroar (**fazer por**), efetuou-se a tração controlada da cabeça e a manobra de Ritgen modificada.

Foram também desenvolvidas competências específicas na realização da episiotomia utilizando a técnica de incisão médio-lateral, existindo sempre avaliação da necessidade da sua realização (**conhecer**). Foram realizadas no total 10 episiotomias (**fazer por**). Segundo a OMS (1996), não existe evidência científica que suporte o uso rotineiro da episiotomia, sendo encorajado o alcance de uma taxa de 10%. Nesta linha de pensamento a taxa de realização de episiotomias atingida durante o estágio com relatório foi de 25% (10 episiotomias/40 partos), superior aos 10% que são encorajados pela OMS. Ao refletir sobre este assunto agora, após o termino do estágio, penso que a insegurança, e a necessidade de apreciar de acordo com os critérios descritos na evidência carecem de melhoria, permitindo aproximar a prática da evidência enunciada, e neste sentido melhorar os cuidados a prestar no futuro.

Durante o período expulsivo foi possível identificar situações (**conhecer**) como a presença de circular cervical, dando resposta à situação e solucionando a mesma - **fazer por** (manobra de sommersault ou clampagem e corte do cordão umbilical em caso de circular apertada), o que vai ao encontro do parecer da OE (2015a, p. 45),

após a expulsão da cabeça, a parteira deve pesquisar a existência de circular cervical e decidir a condução clínica a realizar se a detetar. A maioria das circulares pode ser reduzida passando o cordão através da cabeça do bebé. Caso não seja possível, tem de optar entre o clameamento/corte do cordão e a manobra de Somersault.

Depois da expulsão completa, 27 dos bebés foram colocados de imediato em CPP com a mãe, uma vez acordado com a parturiente; 12 não foram colocados de imediato por necessidade de aspiração de secreções ou por necessidade de ficarem na incubadora em aquecimento; 1 não realizou CPP por índice de Apgar 7/8/8 e pouca vitalidade com necessidade de ficar na incubadora o que vai ao encontro do referido pelo autor Matos et al. (2010).

A OMS recomenda a clampagem tardia do cordão umbilical, efetuada 1 a 3 minutos após o nascimento, tendo como benefícios o aumento das reservas de ferro do RN e menor anemia no lactente, redução da hemorragia intraventricular, menor taxa de enterocolite necrosante, menor taxa de sepsis neonatal e menor necessidade de transfusões sanguíneas (WHO, 1996). Este procedimento foi discutido com a parturiente/casal (**conhecer**), tendo-se realizado a clampagem tardia do cordão, sempre que possível (**estar com e possibilitar**). As exceções relacionaram-se com a decisão dos pais sobre a colheita de células estaminais. Nestes casos **estar com e possibilitar** foi muito relevante, pois foi explicado, atempadamente, que não seria possível a clampagem tardia do cordão, uma vez que era necessária a colheita de sangue da placenta para recolha do volume de sangue necessário. No entanto, a secção do cordão foi sempre um momento propício para o envolvimento do pai nos cuidados, tendo-o sido sempre proporcionado (**possibilitar**) ao pai, exceto se este não o quisesse, então era **possibilitado** à mãe.

Após a expulsão do feto, inicia-se o 3º estágio do TP.

Durante este estágio adquiri saberes e desenvolvi competência na realização da dequitação. O primeiro passo passou pela identificação dos sinais de descolamento da placenta. Estes sinais caracterizam-se, de acordo com Lowdermilk & Perry (2008), pela saída de sangue pelo canal de parto, alongamento do cordão umbilical pela vulva e mudança do útero de uma forma discoide para uma forma ovoide. À medida que a placenta desce para o segmento inferior, um aumento de volume é observado na vagina ou as membranas fetais são observadas no introito vaginal.

Após a presença destes sinais realizou-se a dequitação identificando-se o mecanismo de expulsão (Duncan-Varnekes ou Bandeloque-Schultz). Posteriormente

observou-se a placenta, onde foi desenvolvida competência relacionada com a apreciação da integridade das membranas e cotilédones, do cordão umbilical e sanguíneos (duas artérias e uma veia).

Foram desenvolvidas ainda competências relativamente à utilização de medicação útero-tónica (ocitocina), para redução das perdas sanguíneas e diminuição do risco de ocorrência de complicações hemorrágicas no pós-parto. De acordo com a OMS (1996), a utilização de ocitocina durante este estágio é uma prática que carece mais investigação, não existindo até ao momento evidência suficiente para suportar claramente esta recomendação, devendo desta forma ser usada com precaução.

Após a realização da dequitação, **conhecer** e **estar com** a puérpera, foram os processos de cuidar em que se investiu, procedendo-se sempre à observação do canal vaginal e períneo para identificação de possíveis lacerações ou observação das episiotomias realizadas. No total obtive 8 períneos íntegros, realizei 10 episiorrafias, suturei 14 lacerações de grau I e 8 lacerações de grau II. A realização de episiorrafias/perineorrafias, foi sem dúvida uma dificuldade sentida e um grande desafio, no entanto através da observação participante com a enfermeira orientadora e posteriormente com a realização de suturas com orientação verbal, a dificuldade foi ultrapassada, denotando-se maior destreza no decurso do Estágio, **possibilitando** cuidados promotores do bem-estar, procurando minimizar o desconforto.

Por último, no 4º estágio do TP, houve a possibilidade de prestar cuidados especializados às puérperas e RN que foram assistidos nos estádios anteriores.

No final do 4º estágio os cuidados prestados passaram pela avaliação obstétrica (observação das mamas e mamilos, involução uterina, lóquios, períneo, episiorrafia ou perineorrafia) - **conhecer**, assim como pela prestação de cuidados ao RN envolvendo sempre o pai/pessoa significativa - **fazer por e possibilitar**.

No que se refere ao CPP e amamentação, os meus cuidados incidiram mais neste estágio, pois foi o período em que existiu maior disponibilidade para apoiar a família (**estar com, fazer por e possibilitar**), sendo que durante o 3º estágio o apoio foi dado essencialmente pelo enfermeiro generalista.

Relativamente aos registos de interação, em 39 dos 40 partos eutócicos participados, foi realizado CPP entre a díade, durante os 3º e 4º estádios do TP. Em um dos partos não foi realizado por opção da mãe, que apesar de informada sobre a temática, optou por não realizar CPP no momento do nascimento. Nos 39 partos todos os RN iniciaram a amamentação na primeira hora de vida, assim como no parto em que não foi realizado CPP.

No entanto, constatou-se que o RN que não realizou CPP foi aquele que mais tempo demorou a iniciar a amamentação (58 min), necessitando de ajuda por parte da enfermeira para o início da amamentação, apesar de mostrar um sinal de prontidão (protusão da língua).

De entre os RN que realizaram CPP, o início da amamentação variou entre 5 min e 50 min, com média de 33,76min. Todos os RN apresentaram sinais de prontidão, 34 necessitaram de apoio de enfermagem para o início da amamentação e 5 iniciaram a amamentação sem necessidade de apoio.

Analisando os dados obtidos no estágio com relatório, os mesmos vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo do autor Aghdas et al. (2014), ou seja, os RN que realizaram CPP demoraram menos tempo a iniciar a amamentação, sendo o tempo médio de início da amamentação menor, em relação ao RN que não realizou CPP.

Por outro lado, os resultados obtidos também vão ao encontro da conclusão do estudo do autor Yang et al. (2016), que refere que o CPP é um cuidado promotor da amamentação.

O estudo do autor Haxton et al. (2012), evidencia o aumento da taxa iniciação da amamentação depois de melhorar a qualidade do CPP, através da implementação do modelo IOWA, o que se verificou durante o estágio com relatório. Todos os RN que realizaram CPP iniciaram a amamentação mais precocemente em relação ao RN que não realizou CPP.

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, constatou-se que os 39 RN que realizaram CPP, mantinham aleitamento materno em exclusivo 48 horas após o parto. Este dado é também evidenciado no estudo do autor Bramson et al. (2010). Por outro lado, este mesmo artigo evidencia que o CPP promove o início da amamentação, o que também se constatou durante o estágio com relatório.

Durante a prática do CPP, foi importante **estar com** a puérpera fornecendo apoio, no sentido de perceber se conseguia identificar os sinais de prontidão do RN. Em alguns casos verificou-se que as puérperas não os identificavam ou identificavam apenas alguns, apesar de terem sido abordados durante o 1º estágio do TP. Neste sentido, **fazer por** e **possibilitar** a puérpera, foram os cuidados proporcionados, através da identificação dos sinais de prontidão em conjunto com a puérpera. A validação destes sinais e a capacitação da puérpera foram de igual forma importantes, no sentido de **manter a crença** que são detentoras de conhecimento que as ajudarão a ultrapassar as dificuldades sentidas.

Na presença de sinais de prontidão do RN, os cuidados incidiram de seguida no apoio à puérpera para o estabelecimento de uma amamentação eficaz. Foi indispensável **conhecer** quais os conhecimentos de cada puérpera acerca dos sinais de “pega” correta e se conseguiam orientar o mamilo para uma “pega” eficaz como mencionam os autores Levy & Bértolo (2012). Verificou-se que algumas puérperas não conseguiam identificar estes sinais e não conseguiam orientar o mamilo para a “pega” eficaz, nomeadamente as primíparas. Uma vez mais, **estar com** a puérpera percebendo as suas dúvidas e dificuldades sentidas, **fazer por e possibilitar**, informando sobre os sinais de “pega” correta e demonstrando/otimizando a “pega” correta, assim com **possibilitar** a puérpera para a identificação dos sinais de “pega” correta e ajuda ao RN na “pega” eficaz, foram cuidados de extrema importância que facilitaram o estabelecimento da amamentação na primeira hora de vida do RN, tal como preconizado pela OMS/UNICEF.

No final do 4º estágio do trabalho de parto procurou-se estar sempre presente, não só para a prestação dos cuidados à puérpera e RN já mencionados, mas porque se considerou ser um momento importante para empoderar a puérpera com o objetivo de **manter a crença**, acreditando que consegue ultrapassar as dificuldades sentidas, evidenciando os conhecimentos sobre o CPP e amamentação (**possibilitar**), no sentido de manter os mesmos durante o internamento no puerpério e em casa, tendo em conta todos os seus benefícios.

3.4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Foi durante o EC II (puerpério) e o Estágio com Relatório que houve oportunidade de desenvolver a presente competência.

No EC II existiu a oportunidade de promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal através da educação para a saúde à puérpera/casal e também a outros membros da família, como avós ou tios, embora menos frequente. Desta forma, de acordo com os pressupostos de Swanson, tornou-se premente **conhecer** os envolventes dos cuidados, assim como quais os conhecimentos de que eram detentores, **estar com** os mesmos, demonstrando disponibilidade para escutar e apoiar e transmitindo conhecimentos adequados às suas necessidades, **possibilitar** a puérpera/casal, facilitando a sua passagem pela transição do puerpério, **fazer por** com o objetivo de antecipar as necessidades e capacitar os envolventes, **manter a crença** evidenciando os conhecimentos de que são detentores.

Sendo o objetivo a promoção da saúde, foram abordadas (**possibilitar**) várias temáticas, nomeadamente:

- Cuidados dirigidos à puérpera no pós-parto, onde foram abordados temas como a alimentação, exercício físico e repouso, reinício da atividade sexual, contraceção, cuidados de higiene perineais, sinais de infeção da episiotomia/perineorrafia, características dos lóquios, consulta de revisão do pós-parto (OE, 2015a);

- Amamentação, onde se incidiu sobre os cuidados com as mamas para evitar ingurgitamento das mesmas ou mamilos fissurados/macerados, sinais de “pega” correta, sinais de prontidão do recém-nascido para mamar, posições para amamentar, amamentação em horário livre; extração manual ou com bomba do leite materno, acondicionamento do leite materno (Levy & Bértolo, 2012).

- Cuidados ao RN, onde foi abordado o tema do banho, limpeza do cordão umbilical e sinais de alarme sugestivos de infeção, eliminação vesical e intestinal, massagem para as cólicas, mudança de fralda, manobra em situação de

engasgamento, correta colocação do recém-nascido no carrinho do bebé (OE, 2015a);

- CPP, identificando em primeiro lugar quais os conhecimentos acerca desta temática (**conhecer**), no sentido de validar os conhecimentos e promover a manutenção do CPP, tendo por base os seus benefícios (**possibilitar e manter a crença**);

- Informar e realizar do rastreio auditivo (**fazer por e possibilitar**);

- Informar e realizar do rastreio para despiste da cardiopatia congénita grave - **fazer por e possibilitar** (Morais, S.& Mimoso, G., 2013).

- Informar sobre o registo do RN (**possibilitar**);

- Informar sobre vacinação do RN (**possibilitar**) (DGS, 2015);

- Informar sobre o Teste de Guthrie a realizar entre o 3º e o 6º dia de vida, no Centro de Saúde ou no domicílio, de acordo com o parecer da OE sobre Diagnóstico Precoce no Domicílio (Parecer nº5/2012);

- Recursos disponíveis na comunidade, (**possibilitar**), informando e orientando a puérpera/casal sobre recursos disponíveis passíveis de responder às suas necessidades e do RN (Centro de Saúde, Serviço de Obstetrícia, linha SOS Amamentação), promovendo deste modo a decisão esclarecida e a continuidade de cuidados aquando da alta hospitalar.

A informação, orientação e apoio (**estar com, fazer por e possibilitar**) à puérpera/casal no autocuidado, esteve sempre presente desde a primeira observação da puérpera, aquando da sua admissão. Os cuidados incidiram sobre a observação do estado geral da puérpera, focando cuidados específicos, como por exemplo, os cuidados ao períneo para prevenção de infeção (cuidados de higiene, trocar penso higiénico com regularidade) e medidas de alívio da dor (OE, 2015a).

Outro exemplo de cuidados abordados, foi relativamente às mamas, no sentido da prevenção de ingurgitamento mamário e mastite - importância do esvaziamento da mama até esta ficar confortável, massagem para remover os nódulos palpados (bloqueio dos ductos) na mama, duche de água morna enquanto realiza massagem na mama, extração manual ou com extrator mecânico; mamilos

macerados (aplicação preventiva de colostro no mamilo no final de cada mamada) (Levy & Bértolo, 2012). De salientar que o primeiro levante após o parto é um momento em que o EEESMO **está com** a puérpera e propício para informar, orientar (**possibilitar**) e apoiar (**fazer por, manter a crença**).

O marido/pessoa significativa quando presente, foi integrado nos cuidados, como por exemplo no que diz respeito à massagem da mama - **possibilitar e manter a crença** - (pode ajudar a puérpera caso esta esteja com dificuldade e se o desejar).

Relativamente ao RN, a transmissão de informação, orientação e apoio (**fazer por e possibilitar**) à puérpera/casal foi uma constante nos cuidados, de forma a capacita-los para os cuidados necessários ao RN, através de educação para a saúde (cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical, massagem para as cólicas, vestuário, amamentação, micção, dejeção, transporte do RN, vacinação, peso do RN) de acordo com as recomendações OE (2015a).

Durante o EC ocorreram duas situações onde se identificaram (**conhecer**) e monitorizaram (**fazer por**) alterações do estado de saúde das puérperas, uma delas apresentou uma crise convulsiva, com necessidade de administração de terapêutica dirigida (Diazepam) e de monitorização de sinais vitais, tendo sido solicitada avaliação médica pelo obstetra de urgência, uma vez que a situação ultrapassa o limite das competências do EEESMO. Nesta situação, foi necessária a transferência da puérpera para o recobro do bloco de partos. Na segunda puérpera identificou-se uma situação de atonia uterina, com presença de hemorragia vaginal abundante com saída de coágulos (**conhecer**). Foi decisão do EEESMO, iniciar massagem uterina, monitorizar sinais vitais da puérpera, puncionar acesso venoso periférico, colher sangue para tubo de hemograma, bioquímica e coagulação (**estar com, fazer por, manter a crença e possibilitar**) e reportar a situação clínica ao médico obstetra de urgência.

Durante o Estágio com Relatório, uma atividade realizada e considerada bastante importante, foi a promoção da continuidade de cuidados, no período pós natal das díades em que houve participação ativa nos partos, através de contactos durante e após o internamento (**Estar com, Fazer por, Manter a crença, Possibilitar**). Sempre que possível, foi realizada visita à díade no primeiro ou

segundo dia de puerpério, pois ainda se encontravam internados. Caso a visita não tivesse sido possível, no sentido de contornar esta limitação, foi estabelecido contacto telefónico (previamente autorizado pela puérpera). Em ambos os contactos, os objetivos foram compreender (**conhecer**) se a puérpera mantinha a realização do CPP, validando os benefícios da sua manutenção; compreender (**conhecer**) como estava a decorrer a amamentação, esclarecendo possíveis dúvidas (**possibilitar**); e apoiar na identificação de sinais de prontidão e de “pega” correta (**fazer por e possibilitar**).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório, representa o culminar de um longo caminho percorrido, que se traduziu num percurso onde houve um grande desenvolvimento a nível académico, profissional e pessoal.

A metodologia utilizada, permitiu que fosse possível a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências específicas do EEESMO e comuns do EE, assim como permitiu promover o CPP realizado pelo EEESMO e enfermeiro generalista no 3º e 4º estágio do TP, constatando-se ser promotor da amamentação na primeira hora de vida, e promovendo assim uma prática de qualidade.

Nesta linha de pensamento, torna-se assim indispensável que o EEESMO seja dotado de um conjunto de competências que apoiem a sua prática, uma prática baseada na evidência.

A realização da RIL, norteadas pelas etapas da RSL, permitiu a identificação da melhor evidência científica sobre a temática em aprofundamento, com o objetivo de fundamentar as práticas de cuidados e estabelecer uma premissa para a prática baseada na evidência (Guanilo, Takahashi & Bertolozzi, 2011).

De acordo com a OMS (2015) “É importante que a formação inicial de enfermeiros e EEESMO promova o compromisso com a prática baseada na evidência, o desenvolvimento de competências e a sua manutenção através do compromisso de aprendizagem ao longo da vida enquanto componente integral e regular da prática profissional.” Desta forma, foi de extrema importância todo o conhecimento adquirido e desenvolvido durante o CMESMO, no entanto, a aprendizagem não deve, nem pode ser estanque. Enquanto futura EEESMO tenho o dever de continuar a adquirir e desenvolver conhecimentos ao longo da vida profissional, investindo em formação e procurando novos conhecimentos, garantindo assim cuidados de qualidade.

A evidência científica revela-nos os inúmeros benefícios do CPP, nomeadamente a estabilização da frequência cardíaca e da temperatura corporal do RN, a diminuição do choro e das “caretas”, a melhoria da interação entre mãe e RN, o aumento das taxas de início da amamentação, promoção da involução uterina,

diminuição do risco de hemorragia pós-parto, melhoria do desenvolvimento neuro-comportamental infantil (Haxton et al, 2012; Matos et al, 2010). No entanto, de acordo com os princípios éticos da profissão, e enquanto futura EEESMO é de extrema importância respeitar a opinião da grávida/puérpera/casal, assim como a sua tomada de decisão. É da competência do EEESMO capacitar a grávida/puérpera/casal para essa tomada de decisão, informando e disponibilizando a melhor evidência científica, particularmente durante a gravidez, uma vez que se constatou que o **possibilitar** informação durante o 1º Estádio do TP não se revelou eficaz na apreensão e subsequente identificação de sinais de prontidão e de “pega” correta do RN, por parte da puérpera.

Durante o percurso de aprendizagem fui confrontada com a existência de algumas limitações, nomeadamente a inexperience na realização de pesquisa em bases de dados, o que exigiu um grande empenho para contornar as dificuldades sentidas. Por outro lado a carga horária do estágio com relatório que foi elevada, o que gerou alguma dificuldade na articulação entre o tempo necessário para estudar e a atividade profissional.

No entanto, chegando ao final deste longo percurso, considero que adquiri conhecimentos e desenvolvi competências que me permitirão proporcionar cuidados especializados e de excelência às grávidas/puérperas/casais, evidenciando assim a posição do EEESMO, como elemento essencial na equipa multidisciplinar, e de extrema relevância para o bem-estar nos cuidados que presta.

Este relatório fundamenta a necessidade de se continuar a investigar, a recorrer à evidência científica para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados, prestados pelo EEESMO, pois só assim se contribui para o reconhecimento social do EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aghdas, K.; Talat, K.; Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27, 37-40.

Almeida, E. A.; Filho, J. M. (2004). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd.*, 13 (4), 381-388.

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.

Botelho, L. L. R.; Cunha, C. C. A.; Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5 (11), 121-136.

Bramson, L.; Lee, J. W.; Moore, E.; Montgomery, S.; Neish, C.; Bahjri, K. & Melcher, C. L. (2010). Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation*. DOI: 10.1177/0890334409355779.

Calegari, F. L. (2012). *Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível do RCAAP.

Couto, G. (2006). *Concetualização pelos enfermeiros de preparação para o parto*. Porto. Acedido em: 10/02/2016. Disponível em:

[https://www.google.pt/#q=%09Couto,+G.+\(2006\).+Conceptualização+pelos+enfermeiros+de+preparação+para+o+parto](https://www.google.pt/#q=%09Couto,+G.+(2006).+Conceptualização+pelos+enfermeiros+de+preparação+para+o+parto)

Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Direção-Geral de Saúde (2011). Norma nº 023/2011 de 29/09/2011 (atualizada a 21/05/2013) – *Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco*.

Direção-Geral de Saúde (2011). Norma nº 37/2011 de 30/09/2011 (atualizada a 20/12/2013) – *Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco*.

Direção-Geral de Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco. Acedido em: 01/02/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

ESEL. (2016). Guia Orientador do Estágio com Relatório - Ano Letivo 2016/2017. Lisboa.

Franco, S.; Calafatinho, D.; Abade, L.; Ornelas, M.; & Oliveira, S., (2014). Contato precoce. *Jornal da Madeira*, 6.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Guanilo, M. C., Takahashi, R. F. & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, (45)5, 1260-1266. DOI: 10.1590/S0080-62342011000500033.

Haxton, D.; Doering, J.; Gingras, L. & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-to-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. *Nursing for Women's Health*, 16, 222-229.

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido em 12/04/2016. Disponível em:

<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>.

Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Lamaze Internacional (2003) *Instituto Lamaze para o parto normal*. Disponível em: http://www.inutero.pt/UserFiles/File/artigos/nascimento/nao_separar_a_mae_do_beb_e.pdf;

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7a ed) Loures: Lusodidacta.

Matos, T. A.; Suzal, M. S.; Santos, E. K. A.; Velho, M. B.; Seibert, E. R. C.; Martins, N. M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004.

Monteiro, J. C. S. (2005). *Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível do RCAAP.

Morais, S.; Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (6), 343-347.

Newman, J., & Kernerman, E. (2009). The importance of skin to skin contact. *International Breastfeeding Centre*. Acedido em 12/6/2016. Disponível em:

http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17.

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Acedido em: 11/07/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Acedido em: 10/06/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Acedido em: 10/03/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer nº5/2012 de 29/06/2012 – *Diagnóstico precoce no domicílio*. Acedido em: 19/01/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_5_2012_Diagnostico_Precece_Domicilio.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em: 18/05/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Organização Mundial de Saúde (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. Acedido em 01/05/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/OMS_Europa_Orientacoes_EstrategicasEuropeias_ONLINE.pdf.

Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2.ª Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.

Regulamento n.º127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República 2.ª Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8662-8666.

Santos, A. (2011). *A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé*. (2011-03-24). Acedido em: 03/03/2015. Disponível em: http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3), 161-166.

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2011). *Modelos y teorías en enfermeira*. (7ªed.) Barcelona: Elsevier Mosby.

Vosgerau, D. S. R. & Romanowski J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, 14(41), 165-189. DOI: 10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08

Whitford, H., & Hillan, E. (1998). Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 14, 248 - 253.

World Health Organization (1998). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva, Switzerland: WHO. Acedido a 12/6/2015: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/

Yang, X.; Gao, L.; Ip, W.; Chan, W. C. S. (2016). Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*, 41, 1

Apêndices

Apêndice 1

Quadros de Extração de Dados de Estudos Quantitativos

Estudo nº 1: *Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial*

Estudo nº1	
Autores	Aghdas, Karimi; Talat, Khadivzadeh ; Sepideh, Bagheri
Titulo	Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial
Publicação (Ano)	2014
Tipo de Estudo	Estudo Quantitativo Randomizado
Objetivo(s)	Avaliar o efeito do contacto pele a pele entre mãe-bebé sobre o sucesso da amamentação
Amostra	114 primíparas iranianas
	Grupo experimental n=57 Grupo de controlo n=57
Metodologia	<p>Um investigador acompanhou as mães, em ambos os grupos, até ao final da segunda hora após o parto. No grupo CPP, os bebés foram colocados nus, em CPP com a mãe, em decúbito ventral. Foram colocados gorros na cabeça dos bebés e cobertos com cobertores aquecidos.</p> <p>As mães foram ajudadas a manter o CPP durante pelo menos 2 horas. Os cuidados hospitalares de rotina, como a pesagem e a administração de vitamina K foram adiados durante 2 horas.</p> <p>No grupo de cuidados de rotina, os bebés foram colocados sob uma incubadora de aquecimento imediatamente após a clampagem do cordão umbilical. A estes bebés foi administrado de imediato a vitamina K via IM, avaliado o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. Posteriormente foram envoltos em cobertores pré-aquecidos, e transferidos para as suas mães, sem realizar CPP.</p>
Conclusões dos Autores	<p>O estudo mostrou que o CPP imediato é um método fácil, barato e não-invasivo de aumentar o sucesso e a confiança no aleitamento materno. O sucesso do aleitamento materno resultará na amamentação exclusiva e pode prevenir a interrupção prematura da amamentação. Isso mostra que as práticas hospitalares podem ter uma influência importante para o sucesso da amamentação. A separação precoce entre mãe e bebé deve ser fortemente desencorajada.</p>

Estudo nº 2: *Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study*

Estudo nº2	
Autores	Yang, Xiao; Gao, Ling-ling; Ip, Wan-Yim; Chan, Wai Chi Sally
Titulo	Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study
Publicação (Ano)	2016
Tipo de Estudo	Estudo Quantitativo - descritivo transversal
Objetivo(s)	Examinar o nível de autoeficácia da amamentação no período pós-parto imediato; examinar as diferenças na autoeficácia da alimentação materna entre os diferentes subgrupos sócio demográficos no pós-parto imediato; examinar as relações entre a autoeficácia da amamentação e o apoio social no período pós-parto imediato; identificar os promotores da autoeficácia da amamentação no período pós-parto imediato.
Amostra	571 mães
Metodologia	Os participantes foram recrutados nas enfermarias pós-parto do hospital de estudo. Foi utilizada para medir a autoeficácia da amamentação a versão chinesa de Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). Para garantir a precisão e a consistência do processo de colheita de dados, foi realizada uma sessão de formação para quatro assistentes de pesquisa, e em seguida, foi realizado um estudo piloto com dez participantes. Os dados foram analisados através do IBM SPSS Statistics versão 22.0.
Conclusões dos Autores	Este estudo encontrou promotores do sucesso da amamentação no pós-parto imediato. Ao interpretar os resultados deste estudo, tem de se ser cauteloso pois mais da metade das participantes tiveram parto por cesariana e apenas 41,5% iniciaram a amamentação até 12 horas após o parto. Para aumentar o nível de sucesso do aleitamento materno, recomenda-se uma abordagem mais centrada nas mulheres. As mães e os pais devem ser encorajados a frequentar aulas sobre amamentação durante a gravidez. O marido poderá ser encorajado a apoiar o aleitamento materno. Enfermeiras e parteiras podem encorajar as mães a iniciar a

	<p>amamentação o mais rápido possível.</p>
--	--

O CPP é também um promotor do início da amamentação, que deve ser realizado sempre que possível.

Estudo nº 3: *Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay*

Estudo nº3	
Autores	Bramson, Leslie; Lee, Jerry W.; Moore, Elizabeth; Montgomery, Susanne; Neish, Christine; Bahjri, Khaled; Melcher, Carolyn Lopez
Titulo	<i>Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay</i>
Publicação (Ano)	2010
Tipo de Estudo	Estudo Quantitativo - estudo de cohort
Objetivo(s)	O estudo pretendia relacionar o CPP com a amamentação exclusiva durante o internamento na maternidade e examinar a possível relação entre o CPP nas primeiras 3h após o nascimento e a amamentação.
Amostra	21 842 díades (mãe-bebé)
Metodologia	Foram analisados os dados colhidos de 19 hospitais contratados pela PSN. Cada hospital concordou em implementar 2 de 3 práticas hospitalares (alojamento conjunto 24 horas, funcionários com formação em aconselhamento em aleitamento materno e contacto precoce pele a pele). Antes do início do programa, os enfermeiros de cada um dos 19 hospitais contratados pela PSN, tiveram formação na sede da PSN que incluiu as práticas que seriam implementadas no hospital. Os que estavam formados em vinculação, amamentação e alojamento conjunto tiveram a opção de incorporar o CPP nas suas rotinas hospitalares padrão.
Conclusões dos Autores	Os achados, se incorporados em práticas e protocolos hospitalares, podem fortalecer o vínculo e o apego mãe-bebé, e a amamentação exclusiva e precoce. Este é o objetivo final, mas recomendamos a continuação e expansão do CPP precoce entre a mãe e o bebé, durante um mínimo de 2 horas durante as primeiras 3 horas após o nascimento.

Estudo nº 4: *Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model*

Estudo nº4	
Autores	Haxton, Dawn; Doering, Jennifer; Gingras, Linda; Kelly, Lucy
Título	<i>Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model</i>
Publicação (Ano)	2012
Tipo de Estudo	Estudo Quantitativo – estudo de caso
Objetivo(s)	Verificar a duração tempo de CPP providenciado, e implementar o CPP imediatamente após o nascimento entre o RN de termo e a mãe, para obter benefícios para ambos, de acordo com o modelo de IOWA, num bloco de partos num Hospital Universitário nos Estados Unidos da América.
Amostra	30 puérperas
Metodologia	Foram realizadas entrevistas pelas Enfermeiras Especialistas às 30 puérperas. Foi utilizada um tipo de amostragem não probabilística por conveniência.
Conclusões dos Autores	<p>Quanto mais cedo for incorporado o CPP nos cuidados ao recém-nascido maior será a qualidade dos cuidados de Enfermagem.</p> <p>A implementação do CPP no Bloco de partos permite aumentar a taxa de iniciação da amamentação e permite ainda iniciar um contato positivo e saudável do recém nascido com os seus pais.</p> <p>O Modelo de Iowa permite que os enfermeiros consigam implementar práticas que melhoram experiência do nascimento. A utilização do Modelo de Iowa forneceu uma base sólida para desenvolver uma estrutura de implementação e avaliação do projeto o que levou à promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem.</p>

Apêndice 2

Instrumentos de apreciação JBI QARI critical appraisal tools

Estudo nº 1: Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial

MAStARI critical appraisal tools Randomised Control / Pseudo-randomised Trial

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Was the assignment to treatment groups truly random?	X			
2) Were participants blinded to treatment allocation?	X			
3) Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?		X		
4) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X			
5) Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	X			
6) Were the control and treatment groups comparable at entry?				X
7) Were groups treated identically other than for the named interventions?	X			
8) Were outcomes measured in the same way for all groups?	X			
9) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	8	1		1

Estudo nº 2: Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study

MAStARI critical appraisal tools Descriptive / Case Series Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?			X	
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
3) Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	X			
5) If comparisons are being made was there sufficient descriptions of the groups?	X			
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?			X	
7) Were the outcomes of people who withdrew described and include in the analysis?	X			
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	7		2	

Estudo nº 3: Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay

MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort / Case Control Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Is sample representative of patients in the population as a whole?			X	
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X			
3) Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X			
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	X			
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?			X	
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?		X		
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	6	1	2	

Estudo nº 4: Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model

MAStARI critical appraisal tools Descriptive / Case Series Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?			X	
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
3) Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X			
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	X			
5) If comparisons are being made was there sufficient descriptions of the groups?				X
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?			X	
7) Were the outcomes of people who withdrew described and include in the analysis?	X			
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9) Was appropriate statistical analysis used?	X			
Total	6		2	1

Apêndice 3

Instrumento de registo de interação

	Nome Idade	IG IO	História Obstétrica e Antecedentes Pessoais	VPN CPPP	No CPPP abordou CPP?		Tem experiência anterior de CPP e AM?	Quer realizar CPP e AM?	Conhecer	Estar com	Fazer por	
					Teórico	Prático						
1									Benefícios CPP - Vinculação - ↓ choro e caretas - Estab. FC - Estab. T°C - promove AM - promove IU - ↓ risco hemorragia PP	Benefícios AM - previne infeções - protetor de alergias - melhor adapt a outros alim. - promove IU - ↓ prob cancro da mama/ovário - previne nova gravidez Sinais prontidão Sinais de pega correta		
2						—			Benefícios CPP - Vinculação - ↓ choro e caretas - Estab. FC - Estab. T°C - promove AM - promove IU - ↓ risco hemorragia PP	Benefícios AM - previne infeções - protetor de alergias - melhor adapt a outros alim. - promove IU - ↓ prob cancro da mama/ovário - previne nova gravidez Sinais prontidão Sinais de pega correta		
3									Benefícios CPP - Vinculação - ↓ choro e caretas - Estab. FC - Estab. T°C - promove AM - promove IU - ↓ risco hemorragia PP	Benefícios AM - previne infeções - protetor de alergias - melhor adapt a outros alim. - promove IU - ↓ prob cancro da mama/ovário - previne nova gravidez Sinais prontidão Sinais de pega correta		

