



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

**O enfermeiro obstetra na promoção de cuidados
neuroprotetores ao recém-nascido**

Cláudia Cristina Leones Araújo

**Lisboa
2022**



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

**O enfermeiro obstetra na promoção de cuidados
neuroprotetores ao recém-nascido**

Cláudia Cristina Leones Araújo



Orientador: Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes de discussão pública

“If we change the beginning of the story,
we change the whole story.”

(WHO, 2018, p. 2)

AGRADECIMENTOS

À Professora Helena Bértolo, orientadora do presente relatório, pelo seu rigor, encaminhamento científico e, sobretudo, pela sua metodologia e postura tranquilas.

Aos meus colegas de curso, que caminharam comigo desde o início, David Pinto, Daniela Marques, Inês Neto e Sara Grácio, a união fez a força.

Às Enfermeiras orientadoras deste gratificante percurso: Filipa Lopes porque representa exemplo diário; Sara Sousa pela luta, trabalho e autonomia na nossa especialidade; Marisa Godinho pela disponibilidade e alegria; Jorge Matias pela capacidade de ensino; Andreia Queirós pelos seus valores, pelos momentos de partilha reflexiva, pela magia que espalha na sala de partos e pela amizade que se vai manter.

A todos os Enfermeiros com os quais me cruzei e assim fizeram parte deste processo e crescimento.

À minha querida chefe de serviço, Carla Cotrim, de personalidade bondosa, de incentivo maior na inscrição e desenvolvimento deste caminho, pela sua ajuda emocional e laboral.

Aos meus queridos filhos, Nuno e Duarte, meus meninos amorosos que me ensinam tanto, pelos seus abraços em todos os momentos de alegria ou tristeza. Foram fonte de inspiração deste trabalho e são a certeza desta missão.

Ao meu marido, que se transcendeu, que se revelou porto seguro e colmatou enquanto pai a minha ausência enquanto mãe. Sem o seu apoio não teria sido possível.

Aos meus pais que me guiaram, deram asas para voar e rede para cair.

À minha família, sempre presente, das mais variadas formas.

Às minhas amigas que são família, Elisa Páscoa e Teresa Inácio, por estarem presentes em todos os momentos, sempre com o mesmo carinho e palavras de coragem, mesmo nas minhas ausências não se afastaram.

Aos meus cinco afilhados que tornam a minha vida mais feliz.

À Inês Azevedo, pela sua honestidade ao devolver o meu computador após um descuido que levou ao seu extravio. Sem a sua honestidade tudo teria sido bem mais árduo. Vale a pena ser boa Pessoa.

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

BP - Bloco de Partos

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

BSR - Boletim de Saúde Reprodutiva

CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

CPC - Contexto de Prática Clínica

CPPNP - Curso de Preparação para o Parto, Nascimento e Parentalidade

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMOs – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPS - Educação para a Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPV - Human Papiloma Vírus

IA - Índice de Apgar

IAIM - International Association of Infant Massage

ICM - International Confederation of Midwives

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

IMC - Índice de Massa Corporal

JBI - Joanna Briggs Institute

NANN - National Association of Neonatal Nurses

NBAS - *Neonatal Behavioral Assessment Scale*

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NIDCM - *Neonatal Integrative Developmental Care Model*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

RN - Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

RPM - Rotura Prematura de Membranas

RS - Revisão *Scoping*

SUOG - Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINs – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDC – Universe of Developmental Care

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (2018) refere que está cientificamente provado que os primeiros anos são o período mais importante para o desenvolvimento cerebral e que as primeiras experiências neonatais têm um impacto profundo no desenvolvimento da criança. Neste período, os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, têm um papel privilegiado e extensamente rico em interações com as grávidas, suas famílias e recém-nascidos.

O presente relatório tem como **objetivo geral:** refletir sobre a promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido, pelo enfermeiro obstetra.

Método e participantes: Norteadas pela questão de pesquisa “Quais os cuidados neuroprotetores que o Enfermeiro Obstetra pode potenciar para a promoção do bem-estar do recém-nascido?”, foi realizada uma revisão *scoping*, que objetivou mapear o conhecimento já existente sobre o tema. Para dar resposta à questão de pesquisa, foi realizado um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, cujo instrumento de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada efetuada a oito Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a desempenhar funções há mais de um ano no seu contexto laboral. Cumpriram-se os pressupostos éticos. A configuração dos cuidados descritos pelos participantes demonstra que os cuidados neuroprotetores estão presentes no seu quotidiano.

Referencial Teórico: A prática baseada na evidência, foi também sustentada pelo referencial teórico de enfermagem de McCormack e McCance, no trajeto de aquisição de competências descrito no presente relatório.

Epítome: Como epítome desejo que a abordagem desta temática possa contribuir para que se suportem e incentivem os cuidados neuroprotetores, respeitando e enfatizando a complexidade do tema e contribuindo, em última análise, para uma melhoria e possível inovação na prática de cuidados.

Conclusões: Os cuidados neuroprotetores estão enquadrados no ambiente, parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, proteção do sono, minimização do *stress* e dor, proteção da pele, otimização da nutrição e estão ativamente presentes nos cuidados do enfermeiro obstetra.

Palavras-chave: enfermeiro obstetra, recém-nascido, cuidados neuroprotetores

ABSTRACT

According to the World Health Organization (2018) it is proven that the first few years of life are the most important for the brain development and the neonatal experiences have a deep impact on the child's development. During this time, health professionals, specially Midwives have a privileged and rich roll with pregnant women their families and newborns.

The aim of this internship report is to reflect about the promotion of neuroprotective care on the newborn, provided by the midwife.

Method and participants: The survey question that leaded us was "Which are the neuroprotective care that Midwives can provide to promote the wellbeing of the newborn?"

It was performed a scoping review that had the goal to map the existing knowledge on this subject. To answer the research question, it was conducted an exploratory, described study with a qualitative aproach. The data collection instrument used was a semi structured interview applied to eight Midwives with over a year of professional experience. The data collected tells us that the neuroprotective care is present in the everyday care of the participants.

The Theoretical Reference: The acquisition of skills described in this report was developed through practice based on evidence and the Nursing theoretical reference of McCormack & McCance.

Epitome: This work goal is to contribute on the promotion of neuroprotective care. To contribute to the awareness of its complexity and to improve knowledge on this theme.

Conclusion: The neuroprotective care is framed in the environment, in the partnership with the families, positioning, sleep protection, stress and pain minimization, skin protection, nutrition optimization and above all are a permanent state of mind in the Midwife care.

Keywords: Midwife, newborn, neuroprotective care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	15
1.1-Mapa Conceptual.....	15
1.2-Referencial Teórico de Enfermagem – Teoria da Prática de Enfermagem Centrada na Pessoa de McCormack e McCance	18
2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO	20
2.1-Revisão Scoping.....	20
2.1.1- Objetivo e questão de pesquisa.....	20
2.1.2- Critérios de Inclusão e de Exclusão	21
2.1.3- Estratégia de Pesquisa	21
2.1.4- Achados da Pesquisa	22
2.2-Estudo de avaliação do exercício do EEESMO relativamente aos cuidados neuroprotetores.....	25
2.2.1- Tipo de estudo	25
2.2.2- Instrumento de recolha de dados	25
2.2.3- Análise e discussão dos dados	27
2.3-Resultados da prática reflexiva baseada na evidência.....	34
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE.....	39
3.1-Competências do grau de mestre	39
3.2-Competências específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	40
3.3-Percurso de Aquisição de Competências – Análise Crítica e Reflexiva ..	41
3.3.1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.....	42
3.3.2 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	43
3.3.3 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	49
3.3.4 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	56
3.3.5 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.....	62
3.3.6 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	63

3.3.7 - Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.....	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

ANEXOS

Anexo I – Ofício de apreciação da Comissão de Ética

Anexo II – Síntese de registo de atividades práticas

APÊNDICES

Apêndice I – Termos de pesquisa da revisão *scoping*

Apêndice II – Resultados da pesquisa na base de dados CINAHL

Apêndice III - Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE

Apêndice IV - Fluxograma

Apêndice V – Tabela de extração de resultados

Apêndice VI – Guião das entrevistas semiestruturadas

Apêndice VII – Tabela de categorização dos dados das entrevistas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Neonatal Integrative Developmental Care Model.....	17
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Tabela de Categorias para análise de conteúdo.....	28
---	----

INTRODUÇÃO

Integrada no Plano de Estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, tem como finalidade maior desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica.

Esta UC tem em consideração o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e International Confederation of Midwives (ICM). Ao longo desta UC foi implementado o projeto individual, iniciado na UC de Opção II e intitulado “O enfermeiro obstetra na promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido”, integrando a componente de investigação através da realização de uma revisão *scoping* e de trabalho de campo. No presente relatório, às competências descritas estão acrescidas as exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pelo que o mesmo carecerá de apresentação e discussão pública, de acordo com o Decreto-Lei n. 65/2018 de 16 de agosto.

Esta UC decorreu ao longo de 1500 horas, com orientação de excelentes profissionais, em diversos contextos clínicos, antecedidos por práticas laboratoriais simuladas de média e alta-fidelidade e complementadas por orientações tutoriais e por seminários de acompanhamento da implementação do projeto de estágio, aliando o desenvolvimento de competências preconizadas com a concretização do projeto individual.

O respeito pelo recém-nascido (RN) esteve sempre presente na minha cultura de referência. Para a escolha do meu projeto, fez-me sentido usufruir do meu passado e acrescentar-lhe competências, complexificando o meu conhecimento. Ao longo da minha prática profissional fui tendo contacto com uma mudança de paradigma na filosofia de prestação de cuidados ao RN: abracei os cuidados individualizados e centrados na família com o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) na Neonatologia, posteriormente transitei da neonatologia ao puerpério, e deste ao bloco de partos enquanto Enfermeira Generalista. Realizei formação na área da Massagem do Bebê, da Parentalidade Positiva e em Ciências do Bebê e da sua Família: Aprendi com a Internacional Association of Infant Massage (IAIM) a importância e envolvimento do Toque Nutritivo, o significado dos cuidadores transmitirem confiança, respeito pelos estádios de desenvolvimento do RN, ao mesmo tempo que se vinculam e criam uma relação para a vida; com a Parentalidade Positiva imbuí-me da filosofia que promove uma relação digna entre pais / filhos com base no respeito mútuo, sendo que a educação é feita com amor, empatia, generosidade, e de uma forma altamente construtiva tendo em conta a evolução da maturidade cerebral da criança; com as Ciências do Bebê e da Família tive contacto com os *Touchpoints* defendidos por Berry

Brazelton e dediquei-me à Neurociência do Vínculo no *Touchpoint* do Nascimento, a qual tenho aprofundado com formação em *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS) que também privilegia a interpretação e evocação do neurocomportamento do RN na sua transição do meio intrauterino para o extrauterino e na relação de aliança RN – cuidadores – família. Senti necessidade de aprofundar, com recurso a metodologia científica e, com sentido reflexivo, valores emergentes nos quais acredito enquanto valores pessoais e profissionais, potenciando o dever de evolução profissional, no sentido de uma Enfermagem Avançada.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO o mesmo “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº391/2019, p.13562).

Deste modo, o presente relatório, ao ter como finalidade a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista e do grau académico de Mestre, tem por objetivo a descrição e análise reflexiva de dois eixos simultâneos: o percurso efetuado para aquisição de competências comuns e específicas de EEESMO e, a integração da promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido neste percurso contribuindo, em última análise, para uma melhoria e possível inovação na prática de cuidados. Assim, defini como objetivo geral refletir sobre a promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido, pelo enfermeiro obstetra; e como objetivos específicos: mapear a evidência científica sobre os cuidados neuroprotetores ao recém-nascido; analisar a relação entre a evidência científica mapeada e a filosofia de cuidados obstétricos; retratar como o EEESMO pode potenciar na prática os cuidados neuroprotetores descritos na evidência científica; aprofundar conhecimentos sobre os cuidados neuroprotetores ao recém-nascido; refletir sobre as competências comuns e específicas adquiridas no âmbito da especialidade; contribuir para a investigação no âmbito da disciplina de enfermagem nos domínios regulamentados da prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

O EEESMO deve verdadeiramente tornar a família e o RN como o foco da sua atuação tornando este Cuidar numa Cultura de Cuidar Centrado na Pessoa significativo para ambas as partes, pelo que basearei o presente relatório na teoria de McCormack & McCance (2006).

A estrutura escolhida para o relatório respeita os itens predefinidos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Deste modo, está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo contempla a descrição de conceitos, apresentação da evidência científica da temática em estudo e o modelo conceptual da Teoria da Prática de Enfermagem Centrada na Pessoa de McCormack & McCance. No segundo capítulo consta o enquadramento metodológico, contendo a revisão *scoping* (RS) efetuada. O terceiro capítulo descreve o percurso de aquisição de competências da especialidade e do grau de mestre, contendo a reflexão sobre a prática de cuidados à mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo reprodutivo. O quarto capítulo submete-se às considerações finais e antecede as

referências bibliográficas que suportam o presente relatório. A sua formatação prioriza as normas para elaboração de trabalhos da ESEL, uma vez que, as regras sobre a entrega do Relatório de Estágio, publicadas em Diário da República após homologação, só são aplicáveis a partir do ano letivo de 2021-2022 (Regulamento nº181/2021, p.149).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1- Mapa Conceptual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) refere que está cientificamente provado que os primeiros anos são o período mais importante para o desenvolvimento cerebral. As primeiras experiências neonatais têm um impacto profundo no desenvolvimento da criança, e são as que mais estão suscetíveis de sofrer influências do ambiente envolvente. A OMS defende que são necessárias políticas e intervenções que empoderem as famílias e cuidadores de conhecimentos e recursos para promoverem o “*Nurturing Care*”, e nestes primeiros anos o sector da saúde e as suas políticas têm um papel privilegiado e fundamental na capacidade de o promover. O *Nurturing Care* é um otimizador do desenvolvimento em diversos estádios de vida, no entanto, a OMS foca como fundamental o período desde a gravidez até aos 3 anos de vida e salienta que neste período o setor da saúde tem um papel privilegiado e extensamente rico em interações com as grávidas, suas famílias e RNs. O *Nurturing Care* é um guia de atuação para a ação que promove nas grávidas e crianças, o mais precocemente possível, oportunidades de interação e aprendizagens precoces, através de interações familiares responsivas e emocionalmente estáveis e contentoras, propiciando o melhor neurodesenvolvimento possível para cada RN.

Scientific findings from neuroscience and developmental psychology show that these caregiver-child interactions are highly beneficial for early childhood development and have long-lasting effects. (...) builds neural connections that strengthen the child’s brain. (...) Health services and professionals are responsible for creating a supportive environment – before birth, at birth, and in the first months afterwards (WHO, 2018, p.6).

Segundo a OE, o Enfermeiro obstetra “assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” e “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento nº391/2019, p.13563). O EEESMO deve estar alerta e preparado para os cuidados necessários, mas não ser o Foco.

O Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS define *Nurturing Care* do seguinte modo: “An environment created by caregivers. It ensures children’s good health and nutrition, protects them from threats, and gives them opportunities for early learning through interactions that are emotionally supportive and responsive” (2020, p. 25). O momento do parto

Is the critical transition for every newborn from being nurtured in the womb to being cared for in the outside world. Essential newborn care – with immediate skin to skin contact, warmth,

hygiene, early initiation of exclusive breastfeeding and zero separation of caregiver newborn – is design to make this transition as smooth as possible and provide the infant with a nurturing environment in the first minutes and hours after birth needed for the brain and body to grow and develop (Nurturing Care for Early Development - Thematic Brief, 2021, p.1).

O Nurturing Care compreende cinco componentes essenciais: Good Health; Adequate Nutrition; Safety and Security; Opportunities for early learning e Responsive caregiving. Good Health contém em si a saúde e bem-estar das crianças e seus cuidadores; Adequate Nutrition refere-se à nutrição materna e da criança; Safety and Security ressalva o ambiente da criança e suas famílias; Opportunities for Early Learning reconhece que qualquer interação contribui e modela o desenvolvimento cerebral; Responsive Caregiving refere-se às capacidades dos cuidadores em compreender e dar resposta às necessidades da criança (Nurturing Care for Early Development - Thematic Brief, 2021, p.3).

Positive Parenting é definido no Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS como “Positive Parenting incorporates anticipatory guidance for safety, education, development, and the establishment of a caring and understanding relationship with one’s child. Parenting is not limited to biological parents but extends to guardians or caregivers providing consistent care for the child” (2020, p. 25).

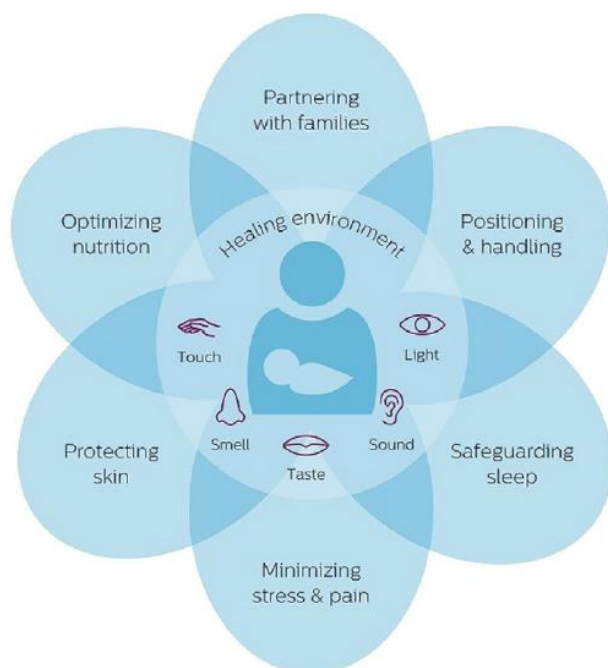
A filosofia dos Cuidados Centrados na Família, a Parceria de Cuidados, os Cuidados não Traumáticos, os Cuidados Centrados no Desenvolvimento surgem como filosofias que norteiam a implementação de práticas promotoras do desenvolvimento neurológico da criança, sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas de cada RN e suas famílias. A implementação destes programas de intervenção precoce no período neonatal deve ser um objetivo do EEESMO.

Historicamente Heidelise Als, Berry Brazelton, Gibbins, Shonkoff, Coughlin, Altimier & Phillips são autores fundamentais no desenvolvimento deste tema. A teoria sinactiva do desenvolvimento foi aprofundada, na década de oitenta, por Heidelise Als e evidencia que o RN é concebido num sistema dinâmico de sucessiva diferenciação de vários subsistemas (nomeadamente o autonómico, motor, estádios e atenção/interação). A dinâmica entre a qualidade da interação do RN com o cuidador e o ambiente em que está inserido, influencia o desenvolvimento da capacidade de adaptação, refletindo a maturidade do sistema nervoso central e a organização comportamental emergente (Als, 2015). É com Als que surge o NIDCAP, o qual retrata um ambiente de cuidados em que o RN é elemento central. Com Gibbins a família surge muito próxima do centro de cuidados, junto do RN, e surge o modelo Universe of Developmental Care (UDC), a qual aprofundou e expandiu a visão de Als (Altimier & Phillips, 2013, p.10). Deste modelo, juntamente com a necessidade de gerar padrões de qualidade de cuidados, Coughlin propôs cinco medidas de avaliação de cuidado, trabalho através do qual a National Association of Neonatal Nurses (NANN) aprovou um conjunto de

guidelines de cuidados neuroprotetores, que os grupos de políticas e gestão de saúde assumiram como medidas padrão de cuidados de qualidade, muito direcionadas à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). O Neonatal Integrative Developmental Care Model (NIDCM), de Altimier & Phillips (2016) integra aspetos do UDC e recategoriza-as em sete medidas, evidenciando Cuidados Neuroprotetores Centrados na Família, que são retratadas em pétalas de flor de lótus sobrepostas dada a sua interligação (Figura 1.). Uma vez que é o modelo mais recente, o presente relatório aprofundará esta categorização.

Traduzindo os Cuidados Neuroprotetores esquematizados na flor, as sete categorias reportam-se a: ambiente de cura (Healing Environment), parceria com famílias (Partnering with families), posicionamento e manuseio (Positioning and handling), proteção do sono (safeguarding sleep), redução do stresse e da dor (Minimizing stress and pain), proteção da pele (Protecting skin) e otimização da nutrição (Optimizing nutrition).

Figura 1. Neonatal Integrative Developmental Care Model (NIDMC)



Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Neonatal-Integrative-Developmental-Care-Model-C-Koninklijke-Philips-NV-2014-All_fig1_271726432/download

Apesar dos cuidados neuroprotetores do RN estarem muito vocacionados para a prática de cuidados nas unidades de cuidados intensivos neonatais, Altimier & Phillips (2016) referem que “Every baby, regardless of gestational age, deserves neuroprotective care throughout their hospitalization due to rapid brain growth and neurologic development occurring during the early neonatal period” (2016, p.231). A neuroproteção inclui todas as estratégias que apoiam o desenvolvimento do cérebro, facilitando o desenvolvimento normal e reduzindo sequelas.

O Nurturing Care envolve-se em estreita harmonia com o NIDCM em várias áreas chave. Adequate Nutrition significa otimizar o aleitamento materno em exclusivo e funde-se com o Optimizing Nutrition; Safety and Security minimizar o stresse e empoderar o cuidador a estar com a criança num ambiente ameno, fundindo-se no Partnering with families, Minimizing Stress e Healing Environment; Early learning inclui a estimulação adequada do RN através do toque, da voz e do contacto visual, abraçando o Healing Environment; Responsive Caregiving implica estar alerta às necessidades do RN em união com todos os cuidados específicos do NIDCM (Nurturing Care for Early Development - Thematic Brief, 2021, p.3). A complexidade do saber do EEESMO abraça todas estas especificidades.

1.2- Referencial Teórico de Enfermagem – Teoria da Prática de Enfermagem Centrada na Pessoa de McCormack e McCance

Houve diversas pioneiras de Enfermagem que desafiaram o estado da arte da Enfermagem enquanto disciplina e enquanto profissão. Abreviadamente vou referir algumas teóricas que tocam aspetos fundamentais dos conceitos que desenvolvi anteriormente. Florence Nightingale, no século XIX, já evidenciava e defendia que a manipulação do ambiente contribui como reparador no processo de saúde do doente. Mercer aprofundou e investigou sobre a consecução do papel maternal e a sua teoria incide sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento do papel maternal ao longo do tempo. Barnard defende que as características individuais de cada elemento da família influenciam a família como um todo, centrando-se na interação mãe-criança com o ambiente. Leininger e a sua teoria do cuidar transcultural enfatiza como conceitos principais o cuidar, a cultura, valores culturais e as variações culturais. Newman sugere que o objetivo da Enfermagem é ajudar as pessoas a usarem o que têm ao seu alcance à medida que se aproximam de um nível de consciência mais elevado (Aligood & Tomey, p.20-30). As diversas teorias por vezes apoiam-se em teorias já existentes e expandem o seu alcance ou visão. Como tal, todas elas intercomunicam e, as que referenciei poderiam sustentar o meu cuidar relativamente ao tema que decidi desenvolver, no entanto, atualmente McCormack & McCance (2006) expõem a Teoria da Prática de Enfermagem Centrada na Pessoa com a qual me identifico plenamente.

Esta Teoria consegue vigorar numa grande variedade de contextos porque se centra na questão inquestionável de que cada ser humano é único, no caso específico deste projeto, cada família é única e merece um cuidado humanizado e holístico específico para as suas características.

Os próprios quatro construtos que sustentam esta teoria estão intimamente interligados com as sete medidas dos Cuidados Neuroprotetores Centrados na Família pois envolvem as

mesmas. Esses construtos são: competências e pré-requisitos das Enfermeiras, ambiente de cuidados, processo centrado na pessoa e os resultados esperados.

No que concerne à questão da pessoa enquanto criança os autores defendem que o pilar dos cuidados de enfermagem nesta área é o Modelo de *Family-centred Care* e que este Modelo é em muito semelhante ao Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa. “It was about everyone in the care setting – patients, families and staff. It was important that staff were clear that to nurture, care and support the patient and family they needed to also nurture, care and support one another” (Wilson & Solman, 2017, p.195). Finalizando com uma citação do Nurturing Care for Early Development:

When health care providers partner with families to provide nurturing care, more newborns will survive and receive better care in the health facility and at home to ensure they can thrive. A nurturing environment is enabled when maternal and newborn care services are organized around core principles of dignity and respect, information sharing, participation and collaboration. One approach is infant and family-centered developmental care, which creates a nurturing environment to respond to each baby’s needs and minimizes harm (2021, p.4).

2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

Uma das competências do EEESMO especificada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, tendo por descritivo “O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº 140/2019, p.4749).

Segundo José Vilelas, o conhecimento científico é adquirido de forma intencional e consciente e resulta de investigação metódica e sistemática acerca da realidade investigada (2017, p.26).

O meu processo de investigação iniciou-se com o Projeto da UC de Opção II; passou pela revisão de literatura através da metodologia da RS, procurando mapear o estado da arte; quanto ao modo de abordagem ficou definido como um estudo qualitativo; tendo sido complementado com entrevistas semiestruturadas de forma a obter dados da realidade.

Abordarei cada caminho por mim trilhado, no processo de investigação e conhecimento, nos subcapítulos seguintes.

2.1- Revisão *Scoping*

De forma a ir ao encontro dos objetivos deste ciclo de estudos a que me propus, operacionalizei esta oportunidade de investigação, e sustentei a metodologia de investigação do projeto de Estágio com Relatório no Manual de Joanna Briggs Institute (JBI, 2020) que conferiu as orientações específicas para a realização da mesma.

Com vista à sua concretização realizei uma RS, de acordo com os passos metódicos da RS do manual supracitado. José Vilelas defende que a RS pode ser comparada à análise qualitativa, sendo metódica e ordenada, permitindo uma compreensão aprofundada sobre os dados encontrados (2017, p.119).

2.1.1- Objetivo e questão de pesquisa

A RS teve como título “O enfermeiro obstetra na promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido – uma *scoping review*” e teve por objetivo mapear toda a evidência científica disponível sobre o tema em questão (JBI, 2020).

Como ponto de partida, incluindo os elementos População, Conceito e Contexto (PCC), formulei a questão de pesquisa “Quais os cuidados neuroprotetores que o Enfermeiro Obstetra pode potenciar para a promoção do bem-estar do recém-nascido?”. Deste modo, os elementos constituintes da questão de pesquisa foram: População: Recém-nascidos;

Conceito: Cuidados Neuroprotetores; Contexto: Todos os locais de parto onde se enquadram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMOs).

2.1.2- Critérios de Inclusão e de Exclusão

Após análise da literatura foram definidos os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Estes critérios foram selecionados para ir ao encontro do objetivo e de forma a serem o mais transparentes e inequívocos possível.

Assim, numa fase inicial, foram selecionados os seguintes:

- Estudos que incidem sobre os cuidados neuroprotetores do RN pré-termo ou de termo após o parto;
- Estudos que contemplem os cuidados neuroprotetores realizados pelos Enfermeiros;
- Estudos em língua portuguesa, inglesa ou castelhana;
- Estudos com texto integral disponível;
- Estudos com publicação nas bases de dados *CINAHL Complete* ou *MEDLINE Complete*.

2.1.3- Estratégia de Pesquisa

De acordo com o Manual JBI (2020) a estratégia de pesquisa foi desenvolvida em três fases iniciais.

Na primeira fase, realizei uma pesquisa geral, na plataforma *EBSCOhost*, que agrega as bases de dados *CINAHL Plus® With Full Text* e *MEDLINE With Full Text*, bem como na literatura cinzenta. Equacionei o tema e tive a necessidade de transpor conhecimentos identificados como sendo da Neonatologia / Pediatria e enquadrar esses conhecimentos nos cuidados e competências do EEESMO, suportada pela premissa de que se pressupõe que o EEESMO “assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº 391/2019, p.13563), para acrescentar valor e conhecimento e prestar cuidados mais especializados no seu local de prestação de cuidados.

Esta foi a maior dificuldade na pesquisa uma vez que muitos dos temas estão intimamente correlacionados com as unidades de cuidados intensivos neonatais e se englobasse o termo relacionado com EEESMO não encontraria resultados sobre a temática a desenvolver.

Analisei os descritores e as palavras presentes nos títulos e resumos dos artigos encontrados, no sentido de identificar os termos de linguagem natural, de acordo com a minha questão, e posteriormente descobrir os termos indexados das respectivas bases de dados. Os termos encontram-se em tabela no Apêndice I.

Na segunda fase de pesquisa utilizei os termos de linguagem natural e indexados nas bases de dados *CINAHL® Complete* e *MEDLINE Complete*, aplicando os operadores booleanos “OR” e “AND”, para combinar os termos entre si. Posteriormente operacionalizei novamente a mesma em janeiro de 2022 e finda esta atualização resultaram 21 artigos na base de dados *CINAHL*, dos quais ficaram 10 com *full text*, e 41 na base de dados *MEDLINE*, dos quais ficaram 23 com *full text*. A estratégia de pesquisa completa e atualizada, em cada uma das bases de dados encontra-se, respetivamente, nos Apêndices II, III. Por fim, procedi à leitura dos títulos e dos resumos dos artigos obtidos, selecionei os mesmos e, dos selecionados, procedi à aplicação dos critérios de inclusão previamente definidos, seguida de leitura do texto integral, tendo obtido um total de 4 artigos. Na terceira fase de pesquisa analisei a lista de referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o objetivo de identificar estudos adicionais que fossem relevantes, associando alguns artigos aos restantes advindos das restantes pesquisas efetuadas.

A estratégia de pesquisa descrita encontra-se esquematizada em fluxograma, colocado como apêndice (Apêndice IV), baseado no fluxograma *PRISMA*, de acordo com JBI (2020).

Para mapear os dados obtidos de todos os artigos selecionados elaborei uma tabela de extração de dados a qual se encontra disponibilizada em Apêndice V. Estes resultados serão discutidos no subcapítulo seguinte, à luz da articulação entre a evidência científica e as aprendizagens de ensino clínico.

2.1.4- Achados da Pesquisa

Os artigos resultantes da RS e mencionados no subcapítulo anterior foram analisados e foram essenciais na busca de sustentação de conhecimento científico, para uma prática baseada na evidência, tal como o grau de mestre e a categoria de especialista preconizam. A capacidade reflexiva foi também uma área de constante desenvolvimento consciente, por uma Enfermagem Avançada.

Apesar da existência de diversos artigos acerca dos cuidados neuroprotetores, constata-se um grande foco na divulgação dos cuidados médicos tais como a neuroprotecção com sulfato de magnésio e/ou na importância dos cuidados neuroprotetores quando já existiu uma comorbilidade tal como a encefalopatia hipóxico-isquémica. Nesta continuidade de pensamento, a maioria dos estudos está também muito dirigido aos cuidados na neonatologia, pese embora não descurem os RN que não necessitam destes cuidados específicos.

The frontiers of science are telling us a great deal about what children need to assure that their brains and bodies develop in a way that leads to positive outcomes, and what they need to be protected from to avoid negative consequences (Center on the Developing Child, 2016, p. 17).

A detenção de conhecimento sobre a formação da arquitetura neuronal bem como dos momentos-chave de desenvolvimento do RN deverão fundamentar e sustentar políticas de

saúde que possibilitem cuidados baseados na evidência que tendam a eliminar cuidados tóxicos e permitam o melhor neurodesenvolvimento de cada RN. Desta forma, as amostras científicas desta RS, sem estudos específicos dirigidos ao EEESMO, tocam o mesmo em todas as suas competências específicas e intervenções autônomas.

É importante ressaltar que de acordo com o Nurturing Care for Early Development a qualidade dos cuidados durante o trabalho de parto, envolvendo a presença do acompanhante escolhido e a exclusão de técnicas desnecessárias, “positions the mother to provide nurturing care to her newborn” (Thematic Brief, 2021, p.2). Assegurar uma experiência de parto positiva a todas as grávidas “is a key aspect of supporting nurturing care, and is often best achieved through midwife-led care” (Thematic Brief, 2021, p.2).

Deste modo, os achados da RS, de acordo com o modelo escolhido, classificam os cuidados neuroprotetores dentro das seguintes categorias:

Healing Environment: esta medida neuroprotetora tem como definição “encompasses the physical environment of space, privacy & safety, as well as the sensory environment, which includes the tactile vestibular, olfactory, gustatory, auditory, and visual systems” (Altimier et al, 2015, p.13). Os autores defendem que o ambiente engloba não só o espaço físico, mas também as características do mesmo, a disposição, movimentação. O ambiente sensorial inclui a exposição à temperatura, ao toque, posicionamento, manipulações, cheiros e sabores, ambiente auditivo e ruídos, ambiente visual e luzes. Os insultos ambientais poderão envolver resultados menos benéficos ou até mesmo disfuncionais no desenvolvimento cerebral. (2015, p.13). No Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS há referência ao ambiente e saúde familiar sugerindo que políticas de saúde deveriam promover o bem-estar físico e mental da família e dos profissionais, sendo defendido que instabilidades mentais poderão restringir as capacidades de prestação de cuidados responsivos, dificultando o desenvolvimento de uma vinculação segura por parte do RN (2020, p. 9).

Partnering with families: este conceito de medida neuroprotetora tem como ponto de referência que, ao longo do tempo, a família terá a maior influência na saúde e bem-estar da criança (Altimier et al, 2015, p.13). Segundo o Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS o conhecimento do neurodesenvolvimento do RN, o acesso a serviços de saúde e direitos parentais são essenciais para a família. As famílias estão expostas a informações não baseadas na evidência científica e, de forma a tomarem decisões informadas, os profissionais de saúde são entidades credíveis fundamentais (2020, p. 10). Segundo o mesmo documento “positive parenting skills for parents and other caregivers are essential to create a home environment in which children can thrive and develop well” (2020, p. 10).

Positioning and handling: esta medida neuroprotetora é suportada na premissa que o posicionamento influencia a condição neuromotora bem como o desenvolvimento músculo-

esquelético mas também funções fisiológicas, estabilidade, integridade da pele, termorregulação, regulação do sono e o neurodesenvolvimento. “Secure therapeutic positioning promotes improve rest, supports optimal growth and helps to normalize neurobehavioral organization” (Altimier et al, 2015, p.14).

Safeguarding sleep: esta medida neuroprotetora é defendida na evidência que “REM e NREM sleep cycling are essential for early neurosensory development, learning and memory, and preservation of brain plasticity for the life of the individual” (Altimier et al, 2015, p.14).

Minimizing stress and pain: como medida neuroprotetora contempla que “consequences of neonatal stress include increased energy expenditure, decreased healing and growth, impaired physiologic stability and altered brain development” (Altimier et al, 2015, p.14).

Protecting skin: esta medida neuroprotetora engloba as diversas funções da pele como termorregulação, barreira protetora contra agentes externos, função sensitiva através de toque, pressões, dor (Altimier et al, 2015, p.15). O Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS enuncia que a habilidade de comunicar é uma competência essencial e também ela se expressa no toque. “Children begin communicating from birth but need attention from their parents and caregivers so they can develop communicative skills to express themselves clearly and confidently” (2020, p. 4).

Optimizing nutrition: esta medida neuroprotetora está diretamente correlacionada com a amamentação “breastfeeding is the single most powerfull and well-documented preventive modality available to health care providers to reduce the risk of common causes of infant morbidity” (Altimier et al, 2015, p.15). O Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS refere que a Europa tem a menor taxa de amamentação exclusiva do mundo. “Initiation of breastfeeding directly after birth is a problem in many health facilities. Exclusive breastfeeding from the first hour after birth to the age of 6 months contributes to a healthy start in life” (2020, p. 4).

O Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS sugere que o sistema de saúde e seus profissionais têm um papel muito privilegiado junto dos recém-nascidos (RNs) e suas famílias. Os profissionais deviam avançar no seu papel, fortalecendo os seus serviços, integrando cuidados centrados no desenvolvimento. “Guidance on nutrition, health growth and developmental monitoring in early childhood needs to be integrated into the curriculum of health, social and child education professionals, frontline workers and volunteers to ensure a sustainable high-quality workforce” (2020, p. 20).

2.2- Estudo de avaliação do exercício do EEESMO relativamente aos cuidados neuroprotetores

O objetivo de realizar um estudo empírico sobre esta temática visa dar resposta ao objetivo de refletir sobre a promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido, pelo enfermeiro obstetra. Deste modo e após a realização da RS, o objetivo foi conhecer a realidade da situação portuguesa no que se refere aos cuidados prestados pelos enfermeiros numa sala de partos de uma maternidade de um Hospital da região de Lisboa.

2.2.1- Tipo de estudo

Para tal realizou-se um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa.

Streubert & Carpenter defendem que “a prática baseada na evidência deriva muito da nossa pesquisa na área da saúde” (2013, p.19).

A abordagem qualitativa explora a dimensão das pessoas no seu contexto de vida, englobando em si mesma o modo como cada participante interpreta e tem por representação valores, crenças e hábitos. “O material da investigação qualitativa é, pois, a palavra que expressa a fala, sendo a sua pretensão compreender, profundamente” o tema abordado (José Vilelas, 2017, p.166).

A finalidade do tipo de estudo qualitativo é proporcionar uma visão da realidade que se justifica relevante para os participantes (Streubert & Carpenter, 2013, p.22), conduzindo a um processo de conhecimento importante para os contextos de prestação de cuidados dos enfermeiros.

2.2.2- Instrumento de recolha de dados

José Vilelas defende que para o processo de transformação de informação em conhecimento, uma vez construídos os elementos teóricos e definido o tipo de estudo, será “necessário escolher as técnicas de recolha necessárias para construir os instrumentos que nos permitem obter os dados da realidade” (2017, p.287).

Um instrumento de recolha de dados, assume-se como um mecanismo para conhecer fenómenos e extrair informação dos mesmos. Através dele a investigação atinge o ponto de correspondência entre a teoria e os factos.

No contexto de Bloco de Partos (BP), usufruindo do tempo prolongado de estágio neste contexto de prática clínica (CPC), de forma a fazer articulação com a prática, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a oito enfermeiros obstetras.

Guião da Entrevista:

1. No seu contexto de trabalho, quais os cuidados que adota que julga serem promotores do melhor neurodesenvolvimento do recém-nascido?

2. Tem sugestões que gostaria de partilhar no sentido da promoção destes cuidados?

Estas entrevistas foram antecedidas pela formulação de um protocolo de investigação e de consentimento informado, submetidos e aprovados pela Comissão de Ética do Hospital no qual foram realizadas, comprovado em ofício enviado pela mesma (ANEXO I). O objetivo do estudo consistiu em descrever as experiências de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido efetuados pelo EEESMO. Este estudo qualitativo envolveu como participantes EEESMOs aos quais foram realizadas entrevistas de acordo com o guião pré-estabelecido (APÊNDICE VI).

Crítérios de inclusão: ser EEESMO e trabalhar no serviço há mais de um ano (de forma a estar em posse de experiência do fenómeno em estudo), estar disposto a participar voluntariamente e assinar o consentimento informado.

Crítérios de exclusão: ser enfermeiro de cuidados gerais e trabalhar há menos de um ano no serviço.

A realização das entrevistas decorreu no interior do Bloco de Partos, em local privado, seguro e que garantia a não ocorrência de interrupções.

Participantes: oito EEESMOs, uma vez que verifiquei a repetição de informação e confirmação dos dados previamente colhidos (Streubert e Carpenter, 2013, p. 31). Cada participante foi entrevistado individualmente, respeitando as medidas de segurança definidas e exigidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e a colheita de dados seguiu o Guião de Entrevista e, de forma complementar, foram colhidos dados sociodemográficos para caracterização dos participantes.

Análise dos dados: de acordo com o meu foco de investigação, optei por realizar análise de dados segundo uma abordagem realista categorial. Segundo Jorge Vala a análise de conteúdo é uma técnica que “permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto” (2014, p.103).

Das oito entrevistas realizadas todos os participantes são do sexo feminino, com idades variáveis entre os 29 e os 54 anos, sendo a média de 41,1 anos; sendo a média de tempo de exercício profissional enquanto EEESMO de 7,6 anos, variando entre 3 e 12 anos; as entrevistadas verbalizaram ter como outra formação relevante, para esta área de atuação, as seguintes: aleitamento materno (referenciado por três vezes), emergências obstétricas (referenciado por duas vezes), reanimação neonatal (referenciado por duas vezes), bloco operatório; *coaching*; programação neurolinguística; saúde sexual e da sexualidade humana; duas das participantes são formadoras em cursos de preparação para o parto e nascimento.

As entrevistas foram realizadas por mim, a investigadora, com recurso a áudio gravação para posterior transcrição para verbatim e, posteriormente, foi efetuada a análise de conteúdo. A construção do sistema de categorias foi suportada nas categorizações semânticas de cuidados neuroprotetores encontradas previamente na RS e, aprofundando a mesma, sabendo em antemão que “Quando se faz análise de entrevistas, raramente é possível

estabelecer um quadro categorial único e homogêneo, devido à complexidade e à multidimensionalidade do material verbal” (Bardin, 2016, p. 120).

Após análise do conteúdo, sujeita a validação e apreciação pela Professora orientadora deste relatório de estágio, evitando potenciais enviesamentos de interpretação, foi efetuada divulgação dos mesmos à equipa através de sessão de formação. A tabela de categorização dos dados das entrevistas encontra-se em anexo do presente relatório (APÊNDICE VII). Jorge Vala refere que “as categorias de análise de conteúdo devem ser sujeitas a um teste de validade interna” (2014, p.113), perpetuando a maior fidelidade e validade possível.

No decorrer deste processo foram respeitados os princípios éticos nomeadamente o respeito pela privacidade, o respeito pela confidencialidade das informações, respeito pelo consentimento livre e esclarecido de autonomia, pelo que não foram colhidos dados que permitissem a identificação dos participantes (Streubert & Carpenter, 2013).

Tal como Streubert e Carpenter sugerem, analisarei no sub-capítulo seguinte os resultados do estudo recorrendo à inclusão de citações das entrevistas de forma a enriquecer os resultados do conteúdo investigado (2013, p. 23).

Segundo José Vilelas, após o investigador já ter disponíveis os dados recolhidos, deve visitar os conteúdos da teoria e confrontar os mesmos, de forma crítica, com os dados que adquiriu (2017, p.44).

2.2.3- Análise e discussão dos dados

Através do percurso metodológico realizado e dos achados identificados, numa complementaridade entre a RS, a prática baseada na evidência e a análise do conteúdo das entrevistas realizadas, foi-me proporcionada uma prática reflexiva abrangente a vários prismas do cuidar. Segundo Jorge Vala “As regras do processo inferencial que subjaz à análise de conteúdo devem ser ditadas pelos referentes teóricos e pelos objetivos do investigador” (2014, p.126).

De acordo com a análise de dados das entrevistas, à partida, alguns EEESMOs, identificam facilmente cuidados de Enfermagem interdependentes, referindo em específico a neuroprotecção com sulfato de magnésio (enumerado nas entrevistas E2, E6 e E8), ao mesmo tempo que alguns outros EEEMOS referem que os cuidados neuroprotetores já estão tão incutidos nos cuidados que já nem tomam consciência de que o são (E7: “A gente faz tanta coisa que é para isto e depois não estamos quase em consciência que estamos a fazer para isto”). Uma pequena introdução com explicação da solicitação pedida, dirigida a intervenções autónomas, evitando influenciar as respostas, foi a estratégia utilizada por mim e defendida por José Vilelas (2017, p.308), que permitiu aos participantes uma melhor contextualização.

Conseguindo transpor para os cuidados autónomos do EEESMO, os dados foram, na maioria, ao encontro das categorias previamente encontradas na RS e utilizadas *a priori* para categorização da análise do conteúdo das entrevistas:

Categorias da Análise de Conteúdo
Ambiente (Healing Environment)
Parceria com as Famílias (Partnering with families)
Posicionamento e manipulação (Positioning and Handling)
Minimização do stress e dor (Minimizing stress and pain)
Proteção da pele (Protecting skin)
Otimização da nutrição (Optimizing Nutrition)
Outros aspetos relevantes

Tabela 1. Tabela de Categorias para análise de conteúdo

Seis das categorias de cuidados neuroprotetores foram amplamente evocadas, podendo ser analisado que os EEESMOs, desta realidade estudada, são detentores de conhecimento relacionado com os cuidados neuroprotetores ao RN e apropriados das suas competências em relação aos mesmos.

Ambiente

O ambiente pode proteger o desenvolvimento do sistema sensorial dos RNs uma vez que os participantes valorizaram: o cheiro, o som, o toque, a temperatura e a luminosidade.

Relativamente ao ambiente, declarações qualitativamente significativas sobre o som e a luminosidade foram “as luzes um bocadinho mais apagadas, um ambiente mais tranquilo, um bocadinho isento de estímulos externos excessivos” (E1) e “a criação de um ambiente que seja minimamente agradável para a grávida e conseqüentemente para o bebé. Um quarto que tenha pouca luz, com pouco barulho, que... com poucas pessoas dentro (...) do quarto, seja a mulher e o acompanhante, eu e outro enfermeiro... (...) minimizar pelo menos as entradas e saídas das pessoas durante o momento do parto e até mesmo no pós-parto imediato” (E7). Os EEESMOs entrevistados ressaltam que alguns dos cuidados relacionados com o ambiente estão amplamente influenciados por outros profissionais que intervêm na dinâmica. Da minha observação no local, acrescento que é comum que outros enfermeiros, obstetras, pediatras possam estar ou aparecer nestes momentos, influenciando o ambiente com as suas intervenções. Também em relação ao cheiro, embora com menos afirmações relativas a esta unidade, foi referido que “Nós colocamos também difusores de aroma para simular quase o efeito da casa, o efeito do conforto e da casa, e menos uma coisa menos instrumentalizada” (E5). Em relação às unidades do domínio do toque e temperatura, estas interagem

diretamente com o contacto pele a pele que se sobrepõe às mesmas pelo que se encontram mais exploradas no contexto da proteção da pele.

Posteriormente, na sessão de formação dinamizada, duas questões relevantes que surgiram foram: acerca da necessidade de a luz da incubadora ficar ligada desde o momento em que é testada até ao pós-parto; a existência de sacos plastificados a utilizar de forma a ajudar a manter a temperatura nos RNs prematuros no momento imediato após o parto, enquanto ainda são observados e/ou estabilizados para transferência para a Neonatologia. Segundo a ICM, o EEESMO deve ter conhecimento sobre “needs of small for gestational age and low birth weight infants” (2019, p.18). Estas questões geraram pensamento crítico e possibilidade de mudança no contexto.

Segundo o documento Pelo Direito ao Parto Normal “as práticas utilizadas durante o parto e o nascimento afetam física e psicologicamente a mãe e o bebé. A confiança e a habilidade da mulher (...) para cuidar e amamentar o seu bebé (...) podem ser fortalecidas ou diminuídas por cada um dos cuidadores e pelo ambiente de nascimento” (2012, p.21)

Parceria com as Famílias

Os pais são os cuidadores mais importantes de um RN.

Segundo Altimier & Phillips a família é parte integrante do neurodesenvolvimento, o seu desenvolvimento normal não ocorre sem a mesma (2016, p. 233). As famílias são a constante da vida daquele RN, obter uma experiência positiva para estas famílias aumentará a sua satisfação e conseqüentemente promoverá o apego. Segundo os autores, o cuidado centrado na família é reconhecido como uma boa prática e inclui respeito mútuo, construção de competências e tomadas de decisão conjuntas (2016, p.233).

A parceria com as famílias é perspectivada por estes participantes sobretudo no que se dirige às expectativas das mesmas: “saber o que é que a Senhora idealiza, o que é que o casal idealiza, o que é que espera, se não tiver um plano de parto, mas é nesse sentido de preparar ou de tentar fazer o teste diagnóstico sobre o que é que aquele casal pretende, o que é que eles esperam ou o que eles fizeram, se fizeram algum curso preparação ou como é que eles gostavam que fosse o parto, se querem realizar o contato pele a pele, se quer amamentar, para além de elucidar ou tentar transmitir, discutir com eles, incluí-los na tomada de decisão” (E2). A autonomia e o empoderamento [“a autonomia até da Senhora” (E2); “se a Senhora quer vir abaixo ajudar no período expulsivo” (E2)] bem como a Experiência de Parto Positiva são questões de domínio do EEESMO e implicadas nesta categoria enunciada por seis dos participantes. Segundo a ICM, o EEESMO deve promover “respectful one-to-one care” (2019, p.1).

Posicionamento e manipulação

O posicionamento de segurança deve simular o posicionamento fetal.

Os autores Altimier & Phillips referem que limites suaves fornecem estabilidade postural, comportamental e fisiológica ao RN, apoiar a sua contenção corporal aumenta a sensação de segurança, reduz o stress e evita gasto energético desnecessário (2016, p.234).

Esta categoria foi abordada em exclusivo numa entrevista. O posicionamento terapêutico promove o descanso e crescimento, normalizando o a organização comportamental do RN. “o recém-nascido protesta assim que é desencostado da pele da mãe, quanto mais quanto é posto em cima de uma balança ou em cima de uma Vickers. Por mais quente que aquilo esteja, está completamente à larga, à solta, sem nada...” (E4); “mesmo o cuidado como se enrola um bebé ou como se posiciona um bebé, (...), tudo faz diferença para a organização do bebé.” (E4). Na análise destes dados, mantendo as condições éticas de anonimato, é possível especificar que a EEESMO tinha experiência profissional anterior numa UCIN o que me permite inferir que a experiência e aprendizagem de cuidados anterior permitiu um olhar mais minucioso e valorização desta medida neuroprotetora.

As manipulações têm que ver com as mudanças de posicionamento inerentes aos cuidados e também elas foram abordadas na sessão de formação. O assunto que se tornou mais evidente foi a transferência e posicionamento do RN no momento de pesar, relacionando com a organização do RN e com a temperatura. Para além da reflexão e despertar de consciência inerente, surgiram sugestões aplicáveis, facto que foi uma mais valia: ficou sugerido que, *a priori* de ligar a balança, fosse colocado um lençol, previamente aquecido, com o formato de ninho para minimizar o impacto da temperatura e promover o alinhamento, contenção e conforto do RN; em relação à transferência foi sobretudo refletido na forma de posicionar o RN até à chegada à balança, muitas vezes em extensão, ao contrário da flexão que o autorregula.

Alterar práticas de cuidados, correspondendo às necessidades individuais, requer uma mudança de paradigma do cuidado, negando cuidados orientados pelas rotinas em prol do cuidado respeitoso ao RN (Altimier & Phillips, 2016, p.233).

Minimização do stress e dor

O momento do nascimento implica stress e dor, mas estes são passíveis de ser minimizados.

Das três entrevistas que se enquadram nesta categoria, todas a correlacionam com o momento de administração da Vitamina K. Segundo a ICM, o EEESMO deve “institute newborn prophylaxis (,,,) hemorrhagic disease, according to policies and guidelines” (2019, p.18). As EEESMO entrevistadas verbalizam ainda que tentam “agilizar e facilitar mecanismos de controle da dor e de conforto para o recém-nascido, sempre fazemos a vitamina K ou fazemos sempre em contacto com a mãe ou então a amamentar” (E5). No entanto, uma das EEESMOs entrevistada alonga o pensamento e correlaciona com a diminuição dos estímulos, com a desorganização em estreita relação com o *stress* e com outros momentos de necessidade de intervenção: “mesmo a própria secagem do bebé, e o estímulo do bebé tento

que seja o pai e a mãe a fazê-lo, e não eu, nem a colega que está a recebê-lo” (E4); “As pessoas acham que aquela interrupção do contacto pele a pele é *minor* mas não é *minor*, gera imenso *stress* para o recém-nascido” (E4), “E o bebé não precisa de ser pesado, o bebé podem não precisa de ser mexido, mesmo quando precisam de aspiração secreções tento fazê-lo em cima da mãe, tentar tirá-lo o mínimo” (E4).

A administração de 1mg de Vitamina K, via intramuscular, é a recomendação número 50 da OMS, sendo sublinhado que a mesma deve acontecer após o nascimento, dentro da hora coincidente com o contacto pele a pele (2018, p.164).

Proteção da pele

A pele é o maior órgão do corpo e funciona como o canal através do qual células nervosas enviam mensagens sensoriais ao cérebro.

O toque é o primeiro sentido a ser desenvolvido na vida fetal. O contacto pele a pele promove deste modo o *nurturing care*. Segundo a ICM, o EEESMO deve “*provid skin to skin contact and warm environment*” (2019, p.18). Todas as entrevistas fazem referência ao contacto pele a pele, afirmando-se como um cuidado neuroprotetor que já faz parte da dinâmica dos EEESMOs: “É um bebé que fica em contacto pele a pele imediato e que ali permanece se for preciso durante 2 horas, sem ir à balança, sem nada” (E4), sendo salvaguardado que “Quando não é possível o contacto pele a pele com a mãe por algum motivo, esse contacto pele a pele ser feito com o pai” (E7). No entanto, outro aspeto interessante enumerado pela maioria dos EEESMOs entrevistados é a importância e complementaridade do modelo de cuidar do Enfermeiro Generalista que esteja consigo a prestar cuidados naquele momento, apontando a ocorrência de interrupção do contacto pele a pele justificada na necessidade do conhecimento do peso para os registos informáticos: “há algumas generalistas que têm sempre pressa de pesar o bebé... e vêm logo, e tiram o bebé de cima da mãe, e vamos pesar, e vou só aqui olhar para ele... eu acho que também no sentido de despachar alguns registos” (E6). Neste sentido, a formação efetuada ao serviço ao ter como público-alvo EEESMOs e Enfermeiros generalistas foi motor de transmissão de informação, sem o intuito de identificar pessoas, mas sim práticas. Nela, foi deixada a sugestão de melhoria de alteração da dinâmica de *timings* de registo, de forma a dar privilégio ao contacto pele a pele em detrimento dos registos informáticos. “Acho que as pessoas precisam se focar muito, no que é que é o alvo dos seus cuidados, não é o computador, nem é a pressa para fazer os registos” (E4). As recomendações número 48 e 49 da OMS, referem que o contacto pele a pele deve ser realizado o mais rápido possível após o nascimento e durar pelo menos uma hora (2018, p.163). Aumentar o número de díades em que é colocado o RN em contacto pele a pele durante pelo menos uma hora é um indicador de medida de qualidade do Projeto Maternidade com Qualidade da Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013, p.3).

Otimização da nutrição

O aleitamento materno é ideal para a maioria dos RNs.

Esta categoria, no contexto da realidade onde foram realizadas as entrevistas integra sobretudo o aspeto da amamentação na primeira hora de vida, tal como preconizado pela recomendação número 50 da OMS (2018, p.164).

Três das participantes fizeram referência a esta importante intervenção: “o aleitamento logo na primeira hora de vida, e que estão mais focadas por exemplo para aqueles bebés que são prematuros, na extração do colostro...” (E6) focando não só a adaptação na mama, mas também a extração manual de colostro quando necessário. Altimier & Phillips referem que o aleitamento materno está cientificamente provado como sendo o método ideal de alimentação do RN, devendo ser promovido para todos os RNs (2016, p.235).

Segundo a ICM, o EEESMO necessita “provide a safe warm environment for initiating breastfeeding and attachment (bonding) in the first hour of life” (2019, p.18). Promover o aleitamento materno com colocação do RN à mama na primeira hora de vida é um indicador de medida de qualidade do Projeto Maternidade com Qualidade da Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013, p.3).

Outros aspetos relevantes

O sono é essencial para o crescimento e desenvolvimento ideal do cérebro. Nenhum participante se refere nas entrevistas à categoria de Safeguarding sleep encontrada na RS. Segundo Jorge Vala uma das vantagens da análise de conteúdo tem que ver com “o facto de poder exercer-se sobre material que não foi produzido com o fim de servir a investigação empírica” (2014, p.107). Uma vez que desenvolvi estágio neste CPC, conhecendo o contexto, consigo inferir que, sendo o período do puerpério imediato coincidente com o período de maior alerta do RN, e que os RNs estão neste serviço apenas neste período, o seu ciclo de sono/vigília não é um dos aspetos que o EEESMO a desempenhar funções neste serviço tenha tanto contacto e esteja desperto para o mesmo. Deste modo, foi um dos assuntos abordados na sessão de formação efetuada posteriormente.

A Vinculação surge como um tema correlacionado com os cuidados neuroprotetores. “A formação do vínculo afetivo entre o bebé, a mãe e o pai constitui para o primeiro a base do desenvolvimento psíquico futuro” (DGS, 2006, p.9). A Vinculação estando associada ao tema major, embora não sendo uma das categorias do mesmo, está implícita e é um dos aspetos que diversos EEESMOs referenciam: “o promover a relação precoce, a vinculação precoce entre os três” (E3). Outro cuidado associado e referido no Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, o Nurturing Care, surge em expressões como o exemplo “no fundo aquilo que eu tento fazer de forma mais ou menos intuitiva é facilitar a adaptação do bebé a um meio que é completamente diferente daquele em que ele estava, (...) que essa transição seja o mais amena possível” (E5), sendo um cuidado criado pelos cuidadores que “ensures children’s good health and nutrition, protects them from threats, and

gives them opportunities for early learning through interactions that are emotionally supportive and responsive” (2020, p. 25).

Relativamente à interrupção do contacto pele a pele: os obstáculos que impedem a implementação de mudanças estão sobretudo relacionados com a prática convencional e a resistência a qualquer mudança. É necessário fundamentar e demonstrar cientificamente os benefícios, encorajando a mudança. A atitude que os chefes de serviço e de equipas assumem na liderança da mudança podem ser determinantes no seu sucesso e implementação. Outro princípio do Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS é “Developing evidence-based strategies: health practices that support early childhood health and development require a strong evidence-based approach. Over-and undermonitoring and screening practices need to be addressed by governments and corrected” (2020, p. 3).

Uma das competências especificada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, tendo por descritivo “O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019, p.4747).

Associados aos cuidados, embora não sejam a prioridade nem o foco, os registos informáticos são de extrema importância. O documento “Country Profiles for Early Childhood Development” desenvolvido pela UNICEF, que tem por base cinco indicadores (health, early learning, security and safety, responsive caregiving and nutrition), no que respeita ao nosso país, apenas vê documentada a saúde relacionada com a taxa de cuidados às mulheres grávidas com HIV... em relação a cuidados pré-natais, amamentação, parentalidade responsiva e informação sobre ECD o registo é de “NO DATA”. É importante resignificar o registo dos indicadores de qualidade, eles permitir-nos-ão a melhoria contínua ou a fundamentação percentual dos cuidados prestados. Ficou no serviço a sugestão de reformulação de hábitos, rotinas e registos.

Outra área de competência abordada foi quando há necessidade de transferência de RN do bloco de partos para a neonatologia, “os bebés que precisam de ficar em incubadoras... há algum tempo, alguém (...) estava a fazer isto na incubadora (movimento do dedo a picar em cima da incubadora) e a colega que era da neonatologia disse “não faças isso... que isso parecem aviões a passar por cima do bebé...” (...) aquilo faz um barulho imenso lá dentro...”(E7). A partilha e abordagem destes cuidados na continuidade entre equipas seria uma mais-valia na qualidade dos cuidados. Numa perspetiva de continuidade de cuidados da sala de partos para a UCIN, quando necessária, o “developmental care should start immediately after birth” (Rapisardi e Davidson, 2011, p. 136) e o EEESMO deverá ser detentor deste conhecimento aprofundado nesta transição individual.

2.3- Resultados da prática reflexiva baseada na evidência

A ordem cronológica de aplicação do tema em estudo, concomitantemente com a aquisição de competências, submeteu-se à sequência dos CPC.

O Center on the Developing Child defende que um dos princípios fundamentais para a formulação de boas políticas é “Support the health and nutrition of children and mothers before, during, and after pregnancy” (2016, p. 23).

Inicialmente ponderei que este tema tivesse maior oportunidade de ser explorado no Internamento de Medicina Materno-Fetal, no Bloco de Partos e na Neonatologia, no entanto, em cada contexto de estágio, a par das competências específicas foram também aprofundados outros projetos que permitiram ir mais além neste tema.

Segundo o Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS, os pais e os cuidadores são o verdadeiro pilar dos cuidados para o desenvolvimento. Esses pilares carecem de ser empoderados por forma a assumirem a sua importância enquanto recursos essenciais. O estabelecimento de relações terapêuticas de acompanhamento ao longo desta etapa do ciclo de vida é uma das chaves na criação de ambientes protetores para todos os RNs. “Developing parents’ health literacy needs to begin in schools and progress through antenatal care, postnatal and childcare to develop their parenting skills” (2020, p. 19).

A prática baseada na evidência comportou a leitura dos artigos mapeados em articulação com estratégias de interligação com a prática através do debate de ideias com as orientadoras clínicas e demais Enfermeiros participantes neste caminho de aprendizagem, prática reflexiva e julgamento crítico.

Neste caminho, a redação deste subcapítulo final do processo de trabalho seguirá de acordo com a ordem de descrição de competências do Regulamento nº 391/2019:

Relativamente ao Serviço de cuidados de saúde primários: No documento do Center on the Developing Child é referido que “the foundations of lifelong health begin with the well-being of the future mother before she becomes pregnant” (2016, p.23). A promoção de cuidados de saúde antes e durante a gravidez é essencial para o futuro desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. Segundo o mesmo documento:

The architecture of the developing brain in utero can be affected by health problems in the mother, poor maternal nutrition, exposure to a variety of toxic substances (...), and the adverse physiological effects of persistently excessive levels of maternal stress (2016, p.23).

Até no que concerne à adequada ingestão de nutrientes, incluindo os suplementos indicados na gravidez, o Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS enuncia que “Iron and iodine are particularly important for brain development from the prenatal period onwards” (2020, p. 6). Os cuidados pré-natais são essenciais e, no

pós-parto, a contínua associação entre o bem-estar materno e o bem-estar do RN apela a uma abordagem individualizada da família por parte dos profissionais (Center on the Developing Child, 2016, p.24). Este excerto contém grande essência do cuidar do EEESMO, na sua amplitude de competências específicas ao longo de várias fases do ciclo de vida, todas abrangidas nos cuidados de saúde primários, numa política centrada em cada pessoa, na sua individualidade, potenciando a arquitetura cerebral de cada novo membro.

Neste contexto participei no Curso de Preparação para o Parto, Nascimento e Parentalidade (CPPNP), depois de discutido o tema com a Enfermeira dinamizadora do CPPNP e exposto o meu tema de Projeto de Estágio este assumiu-se como inovador e de extrema importância facto que me deixou muito orgulhosa. Devido a *timings* e influência com a estruturação do CPPNP que já decorria, concretizei um artigo para exposição no blog existente dos grupos dos CPPNP deste Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e integrei uma das sessões já programadas. Assisti a uma das sessões prévias do curso, para programar a participação enquanto formadora numa das sessões deste curso, podendo conhecer a população alvo e os determinantes do contexto previamente à abordagem enquanto formadora. Depois deste diagnóstico de Situação a sessão de educação para a saúde (EPS) teve como objetivo geral: Divulgar o artigo sobre Cuidados Neuroprotetores ao RN a publicar no blog do CPPNP e como objetivos específicos: Expor o tema dos cuidados neuroprotetores ao RN; identificar situações práticas; fomentar o empoderamento das grávidas e acompanhantes na neuroproteção do seu RN; propiciar a leitura do artigo no blog. Divulguei e expliquei cada uma das sete medidas do NIDCM (Altimier & Philips, 2013), dei exemplos já expostos pela Enfermeira dinamizadora das sessões, como por exemplo o Contacto Pele a Pele correlacionado com o Toque e a Proteção da Pele. Tentei ser objetiva, indo ao encontro do grupo-alvo e dando resposta aos objetivos específicos a que me propus, baseando-me em aspetos documentados em evidência científica para a realização do mesmo, favorecendo o processo de transição para a parentalidade responsável e mais consciente de cuidados neuroprotetores. Após esta participação a avaliação da sessão teve um feedback positivo por parte dos casais e ainda mais efusivo por parte das Enfermeiras orientadora e dinamizadora do CPPNP. Como resultado obtido ficou o tema agregado à sessão dos Cuidados ao RN, de forma a ser abordado nos próximos cursos do CPPNP e, também, o enaltecimento sobre o meu contributo como aumentando a qualidade dos cuidados ao nível da prevenção primária. Um dos princípios do Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region, da OMS é

Empowering families: parents and caregivers need to be provided with information, resources, services and enabling policies, starting in the preconceptional period. Young children's health and development are the results of parents' and caregivers' support and promotion, monitoring

of the child's well-being, appropriate responses to the needs of the child, protection and danger, and appropriate use of health services for preventive care and treatment (2020, p. 2).

No Serviço de Medicina Materno-Fetal potencieei os cuidados antecipatórios possíveis de acordo com a necessidade do parto pré-termo, sendo possível explorar nestes casos os cuidados neuroprotetores ao RN prematuro, informando e esclarecendo sobre as necessidades do mesmo, explorando o método mãe-canguru, a aglomeração de cuidados, a importância de visitar o RN, os cuidados centrados na família, a importância da extração precoce de colostro.

No que se refere ao Serviço de BP, o expoente máximo de potenciar os cuidados neuroprotetores ao RN, de forma implícita no momento do contacto precoce no *touchpoint* do nascimento, foi saber que “O contacto precoce pais-bebé, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade (*rooming in*), e o estabelecimento de um ambiente calmo, íntimo e protetor, são propícios ao desenvolvimento da relação precoce pais-bebe” e “a formação do vínculo afetivo entre o bebé, a mãe e o pai constitui para o primeiro a base do desenvolvimento psíquico futuro” (DGS, 2006, p.9). Este compromisso major foi materializado nos importantes fatores categorizados no NIDCM: cuidar a família de forma individualizada; controlar o ambiente nas suas diversas componentes, a luz reduzida, a música escolhida pelos pais, em tom neutro; evitar o stress através do condicionamento do ambiente e da administração da Vitamina K IM enquanto no pele a pele com a mãe (recomendação 50 da OMS, 2018, p.164); a promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, ainda em contacto pele a pele.

Contextualizando no Serviço de Neonatologia, a filosofia desta unidade fundiu-se literalmente o meu projeto de estágio com as competências do EEESMO, conseguindo percorrer nele as diferentes medidas centrais para os cuidados centrados no desenvolvimento. Aquando do acolhimento efetuado pela Senhora Enfermeira Chefe, foi verbalizada uma frase extraordinária: “nós é que somos as visitas desta fase de vida desta família”. É verdade, enquanto Enfermeiros somos fundamentais neste processo, mas, somos nós as visitas, não são os pais que o são. O centro é aquela unidade familiar. O NIDCM surgiu-me como o modelo de cuidado nesta unidade. Das sete categorias deste modelo de cuidar consegui identificar todas elas na prestação de cuidados, mas, a que me emerge de forma mais evidente, para além da família no centro do cuidar, é o cuidado com o ambiente de prestação de cuidados. A atenção com o ruído e luminosidade são óbvios, nada é colocado sobre a incubadora; a luz é utilizada doseadamente; o Método Canguru é cuidadosamente potenciado; existe a “Hora da Sesta” em que nenhum RN é manipulado (a não ser que seja estritamente necessário); os cuidados não são só aglomerados como são definidos de acordo com a disponibilidade dos pais e é toda a equipa multiprofissional que se ajusta aos mesmos.

Enquanto Enfermeira a desenvolver o meu estágio de especialidade pude também potenciar estes cuidados, participei ativamente e permiti a hipótese de manipular os RNs a

quatro mãos, oferecendo contenção e neuroprotecção a cada um dos RNs prematuros. Realizei método Canguru com um dos RNs prematuros internados, respeitando os valores culturais desta mãe indiana que nos primeiros dias pós-parto se resguardava em casa tal como a sua cultura a incentiva, mas emergindo neste RN os benefícios do marsúpio quer a nível hemodinâmico quer a nível relacional. O pai foi envolvido nestes cuidados aquando da sua visita ao RN e as videochamadas dos tempos modernos têm-se tornado uma mais valia e um ex-líbris de ajuda nas unidades de competência dos EEESMOs. O RN e sua família são realmente sentidos como o foco central dos cuidados e os profissionais como as visitas desta fase do seu ciclo de vida familiar.

O ambiente envolvente tem um papel perentório na formação e maturação cerebral nestes pequenos RNs. A nível estrutural esta unidade fez-me muito sentido, conseguem-se minimizar estímulos negativos de forma simples, manipulando adequadamente a estimulação exógena. Os RNs mais instáveis ou com menos semanas de gestação são alocados em unidades individuais, duas das quais com menor luminosidade intencionalmente pensada para alocar RNs com menos de 30 semanas de gestação; estas vagas de intensivos estão mais afastadas da zona de maior circulação de pessoas e passagens de turno; estas unidades individuais promovem o alojamento conjunto com os pais, existe um cadeirão, é promovido o contacto pele a pele / método Canguru; existem e são bem usadas as capas de protecção das incubadoras; existe uma atenção cuidada ao ambiente sensorial, protegendo das alterações luminosas abruptas; sempre que é necessário utilizar um foco de luz direccionado para algum procedimento existe o cuidado de proteger os olhos do RN; existe imensa luz natural na restante unidade mas os RNs têm distanciamento necessário da mesma e são utilizadas estratégias promotoras do sono e do repouso, tendo presente a evidência científica sobre o ciclo de sono e vigília e a reparação do mesmo (Sociedade Portuguesa de Neonatologia – A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro, 2018).

Também a redução do ruído se demonstra uma preocupação nesta unidade e seguem-se alguns dos conselhos da Sociedade Portuguesa de Neonatologia tais como: silenciar os alarmes o mais rapidamente possível; manter os volumes dos alarmes no mínimo necessário e seguro; fechar cuidadosa e silenciosamente as portas das incubadoras; não colocar objetos sobre a incubadora; o uso de cobertas acolchoadas de forma a melhorar o isolamento acústico das mesmas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia – O Som na Unidade de Neonatologia, 2018).

Em relação ao posicionamento do RN os profissionais estão despertos para a identificação de estratégias de cuidar neuroprotetoras; o alinhamento à linha média, fletido e contido; a contenção na manipulação também é utilizada; o *swaddled* está a tentar ser implementado durante o banho do RN num projeto que o serviço está a tentar dinamizar; o serviço também disponibiliza a cada RN um polvo que depois é levado com eles na alta. A manipulação excessiva (colheitas de sangue, punção de acessos venosos, entre outros) e os

procedimentos dolorosos habitualmente são acompanhados de algumas gotas de leite materno na boca do RN.

Também observei que o tipo de banho é gerido consoante a idade gestacional peso e estabilidade hemodinâmica do RN e sempre de acordo com a disponibilidade dos pais indo ao encontro das necessidades de ambos.

Ao elaborar o presente relatório e articular situações observadas com conteúdos de artigos científicos deparei-me com uma mobilização ativa da evidência científica sobre a Amamentação, com técnicas e estratégias de potenciar o aleitamento materno. Constatei que os profissionais têm uma sensibilização de equipa de apoio ao aleitamento materno; existe um trabalho entre equipas de bloco de partos e neonatologia de forma a capacitar as mães sobre como amamentar e manter a lactação mesmo que estejam separadas dos seus bebés; existe um projeto de extração manual de colostro na primeira hora após o parto; são utilizadas técnicas tais como alimentação por copo ou sonda-dedo; a equipa de fisioterapia está envolvida nestas estratégias e vai ao encontro das mesmas; posteriormente existe um trabalho de observação e apoio às mães na adaptação dos bebés à mama, de acordo com a prontidão dos mesmos, e ajuda na superação das dificuldades que possam surgir ajudando a manter e sustentar a amamentação.

No serviço de puerpério o respeito pela individualidade familiar bem como uma estreita interligação de cuidados médicos e de enfermagem pontuaram o cuidado respeitoso pelo neurodesenvolvimento, sendo o ponto de partida de todos os cuidados prestados. O respeito existente pelas famílias e dinâmicas familiares foram ao encontro das recomendações da OMS e todos se fundiram numa boa prática de cuidados potenciadores do melhor neurodesenvolvimento. Foram observados na prática, de forma consciente e consistente, cuidados de alta qualidade baseados nas diretrizes e políticas direcionados à melhor prática neonatal.

Sumarizando e parafraseando o Center on the Developing Child, “Critical aspects of brain architecture begin to be shaped by experience before and soon after birth, and many fundamental aspects of that architecture are established well before a child enters school” (2007, p. 1).

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE

Os cursos de mestrado e de pós-licenciatura de especialização em enfermagem são elementos fulcrais de um projeto educativo, que se deseja consolidado numa estrutura de formação teórica e teórico-prática, numa determinada área do saber, desenvolvendo capacidades de investigação e raciocínio crítico simultâneas com a aquisição de competências especializadas.

Neste percurso formativo é projetada a autonomia do discente na sua formação ativa, centrada na aquisição de novas competências.

3.1- Competências do grau de mestre

De acordo com o Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto, e de acordo com os percursos possíveis para a aquisição do grau de mestre, a forma conducente à aquisição deste grau por mim trilhada foi a realização de Estágio com Relatório. Este percurso académico foi efetuado em instituição de ensino superior bem como em CPC com idoneidade formativa, ao longo de quatro semestres.

Este grau académico confere ao profissional a responsabilidade de dar continuidade ao conhecimento proveniente do primeiro ciclo de estudos, aprofundando e investindo, nomeadamente, no âmbito da investigação. Deste modo, um dos objetivos foi implementar um projeto de investigação fundamentado numa filosofia de cuidados centrados na pessoa e baseado na evidência, tendo por ambição maior que o fenómeno de investigação possa subsidiar novos pensamentos e, em última instância, propiciar a melhoria de cuidados implícitos.

O meu contributo científico fica exposto no presente relatório que tem por objetivo espelhar o percurso enriquecedor pelo qual passei, colocando em destaque a evidência científica sobre os cuidados neuroprotetores ao RN, tentando convergir diversos saberes especializados e acrescidos, fundamentados, para uma prática baseada na evidência que possa traduzir conhecimento numa perspetiva de enfermagem avançada. Através dele, após discussão pública e atribuição de classificação, almejo a certificação de competências a que me propus.

Segundo a Teoria de McCormack e McCance “A learning culture is a culture where nurses view their work as exciting and revitalizing, offering them the prospect for both personal and professional growth” (2017, p.49).

3.2- Competências específicas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A aquisição de competências especializadas aglomera cumulativamente um conjunto de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEESMO, descritas pormenorizadamente no Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), ambos da Ordem dos Enfermeiros.

As Competências comuns do Enfermeiro Especialista decorrem do aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e, são partilhadas por todos os Enfermeiros especialistas, independentemente do seu campo de atuação especializada. Envolve “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de Enfermagem” (Regulamento n. 140/2019, p. 4744). Deste modo, subordinam-se a quatro esferas de ação: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As Competências específicas do EEESMO são sete e estão regulamentadas no Regulamento nº 391/2019. O EEESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (...) e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco” (Regulamento nº 391/2019, p.13561). Cada uma das competências do EEESMO está descrita, subdividida em unidades de competência que expõem com clareza e valor reconhecido o conjunto de elementos de competência e, subordinada a critérios de avaliação que pretendem traduzir a evidência dos resultados e o alcance do desempenho profissional competente.

De acordo com o descrito pela ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a missão destes cuidados centra-se “na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva” (2021, p.2) tendo como entidade beneficiária central destes cuidados a Mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo, reunindo a premissa da Mulher enquanto ser individual e único mas também, e simultaneamente, o pressuposto de que a Mulher enquanto pessoa no seu todo comporta em si mesma uma dinâmica com os conviventes significativos e o ambiente que importa considerar na adequação de cuidados (Regulamento nº 391/2019, p.13561).

As práticas realizadas ao longo do estágio deste percurso formativo objetivaram a aquisição destas competências anteriormente referenciadas. A sumarização do registo de práticas realizadas ao longo dos CPC durante o meu itinerário académico encontra-se em anexo no presente relatório (ANEXO II).

Paralelamente a este percurso académico de aprendizagens profissionais foram aproveitadas oportunidades de formação e curiosidade científica para evolução de conhecimento pessoal e profissional. Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, da DGS, “Os profissionais que acompanham a gravidez têm por isso um desafio mantido de formação contínua, que as instituições em que se encontram inseridos devem considerar não só como uma necessidade, mas também como uma mais-valia” (2015, p.14). Com o intuito de integrar competências comuns, específicas e acrescidas, numa perspetiva de aperfeiçoamento contínuo, indo além dos objetivos propostos, frequentei:

- Curso de aconselhamento em aleitamento materno (formação de 24h);
- Formação sobre banco de parto;
- Seminário intitulado “Ser EEESMO... Vivências e desafios da atualidade”.

Segundo a Teoria de McCormack e McCance também o Enfermeiro deve ser dotado de pré-requisitos que englobam a competência e comprometimento com o seu trabalho. “Being committed to the job as its most fundamental level reflects dedication and a sense that the nurse wants to provide care that is best for patients and their families” (2017, p. 46).

3.3- Percurso de Aquisição de Competências – Análise Crítica e Reflexiva

Este percurso foi suportado pelo Regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) e pelo Regulamento de competências e aquisição do grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018). Desenvolvi-o também sob as orientações das competências definidas pelo ICM (2019), suportei-me no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018) e não descurei o Código Deontológico da Profissão de Enfermagem (Lei n.º 156/2015), fundindo os mesmos com a Teoria de Enfermagem de McCormack & McCance segundo a qual “In the context of person-centredness, competence is more than simply undertaking a task or demonstrating a desired behaviour, but is more reflective of a holistic approach that encompasses knowledge, skills and attitudes” (2017, p. 42).

Em cada um dos CPC fui também norteada por documentos específicos que enunciarei nos subcapítulos seguintes que estão esquematizados de acordo com as sete competências definidas no Regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019) embora alguns cuidados se fundam em várias competências simultâneas.

3.3.1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional

O descritivo desta competência enuncia “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13561).

Esta competência foi maioritariamente explorada no CPC de Cuidados de Saúde Primários. Devido aos condicionalismos da pandemia vivenciada na altura cronológica deste contexto, houve priorização de algumas consultas em detrimento de outras, pelo que concretizei vinte e nove consultas presenciais de planeamento familiar, sendo algumas consultas pré-concepcionais.

Tecnicamente coloquei quatro implantes e dois sistemas intra-uterinos, aprendi e ensinei sobre métodos contraceptivos, desenvolvendo as unidades de competência 1.1.5 “Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcecional” e 1.1.6 “Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização” do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº391/2019, p.13561). Com a necessidade de sentir competência válida na informação prestada aprofundei conhecimentos sobre forma correta de utilização de cada um dos métodos contraceptivos, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos adversos, riscos e benefícios não contraceptivos dos vários métodos, efeitos na reprodução, interações e, sobretudo, ser detentora de conhecimentos sobre critérios médicos de elegibilidade tal como é referido no documento intitulado “Consenso sobre contraceção”, que foi atualizado no ano de 2020, e que foi suporte científico constante neste contexto.

Como suporte da informação prestada para a decisão esclarecida do casal forneci folhetos informativos elaborados pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em questão, de forma a garantir a consolidação da mesma.

Tive oportunidade de realizar diversas citologias, fui cuidadosa em explicar e solicitar antecipadamente o consentimento informado, dei a devida importância à privacidade e sobretudo tentei minimizar o desconforto inerente a uma avaliação ginecológica, facto de que me orgulho. Saliento a unidade de competência 1.2.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher” (Regulamento nº391/2019, p.13561).

Nesta área de competência tentei colmatar uma necessidade do CPC e elaborei um folheto sobre auto-exame da mama. Dada a população a que se destinava, concretizei o folheto em português e em inglês.

Os registos das intervenções foram efetuados no Boletim de Saúde Reprodutiva (BSR)/Planeamento Familiar, de acordo com as orientações das circulares informativa e normativa da DGS (2006).

3.3.2 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O descritivo desta competência enuncia “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

Esta competência também foi aprofundada em diversos contextos.

The pregnancy can be considered a mental laboratory where possible futures are explored, while the baby is developing in the womb. This mental work is like a counterpart of the organogenesis. These two simultaneous processes, physical and psychological, mutually influence one another throughout the pregnancy (Brazelton & Nugent, 2011, p.96).

Relativamente ao CPC de Cuidados de Saúde Primários:

Particpei em dois encaminhamentos para Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Saliento a unidade de competência 2.1.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.” e também a 2.1.2 “Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto” (Regulamento nº391/2019, p.13562) e sustento a prática de atuação na Lei n.º 16/2007 (2007).

Na UCSP que foi CPC, mais de 50% da população não tem médico de família atribuído. Deste modo a EEESMO tem um papel fundamental e uma oportunidade crucial para realizar as suas competências específicas de forma muito autónoma aos utentes sem médico de família. Assim, a vigilância da gravidez de baixo risco é realizada a estes utentes com consultas alternadas só do EEESMO com consultas de médico e EEESMO. Esta circunstância não é vivida em todos os contextos e foi uma grande mais-valia para mim enquanto aluna da especialidade. Nesta competência os documentos norteadores da prática foram maioritariamente da DGS, dos quais destaco o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015); o Guia da Alimentação e Nutrição na Gravidez, entretanto atualizado em 2021 (DGS, 2021); a Norma referente aos exames ecográficos na gravidez de baixo risco (DGS, 2011).

Esforcei-me, dediquei-me, mantive o foco, concentração e responsabilidade nos cuidados. Uma das nossas responsabilidades é a validação, avaliação e transcrição dos

resultados dos exames, aprofundei conhecimentos sobre os parâmetros biofísicos do feto imprescindíveis em cada um dos exames, tornei-me detentora de conhecimentos mais aprofundados, compreendendo o que é preconizado, mas, mais ainda, tive de ter muita atenção a verificar se as grávidas os realizavam na altura correta pois é recorrente naquele contexto que tal não aconteça.

Uma estratégia utilizada foi reestruturar uma folha individual já existente na UCSP, ajustei o tamanho e atualizei-a, com orientações individualizadas para a realização de exames por trimestre, e traduzi a mesma em inglês de forma a dar melhor resposta a toda a população.

Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS: “Apesar de ser possível definir o programa de vigilância comum para a gravidez de baixo risco, ele deve sempre ser individualizado de acordo com a especificidade da informação, dos dados da grávida – família e dos achados dos exames realizados” (2015, p.38).

Terminei este ensino clínico tendo realizado sessenta e seis consultas presenciais de saúde materna, consultas estas nos três trimestres, sendo que após as 37 semanas de gestação o acompanhamento é realizado no Hospital de referência. Como tal, concretizei a realização de diversos exames pré-natais que se encontram documentados no livro de registo de práticas. Percorri e desenvolvi diversas unidades de competência da segunda competência específica do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO das quais realço as unidades de competência 2.1.1; 2.1.3; 2.1.5; 2.1.9; 2.1.10; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.6; 2.2.8 e 2.3.1.

No CPC de Ginecologia, pela dinâmica do serviço em questão, também tive oportunidade de acompanhar trinta e nove consultas de saúde materna, sendo dezassete após as 37 semanas de idade gestacional. Assim, explorei os EPS direcionados a cada etapa da gravidez, tal como o plano assistencial de cuidados pré-natais para a gravidez de baixo risco sugerido no Livro de Bolso do EEESMO (2015, p.35). Aprofundei os temas da alimentação saudável e segura, suplementação, progressão ponderal, desconfortos, legislação, sexualidade na gravidez, atividade física, acompanhamento da saúde oral, vacinação na gravidez, sinais de alerta, preparação da mala da maternidade, contagem dos movimentos fetais, preparação para a parentalidade, plano de parto, amamentação, vigilância pós-parto. A avaliação do bem-estar materno-fetal foi uma constante avaliando peso, Índice de Massa Corporal (IMC), tensão arterial, execução e análise do teste sumário de urina, medição da altura uterina, auscultação de batimentos cardíacos fetais com doppler, validação de movimentos fetais, realização de cardiotocografia (CTG). A adequação dos ensinamentos e dos exames realizados de acordo com a idade gestacional está documentada e sistematizada no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco pelo qual me guiei (2015, p. 68-75).

Foram estes contextos que protagonizaram a oportunidade maior de capacitação de auscultação de batimentos cardíacos fetais com doppler. A DGS (2015) recomenda a monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) entre as 14 e as 16 semanas de idade

gestacional e é competência do EEESMO a utilização e análise destas tecnologias. Também a monitorização da altura uterina bem como a avaliação da apresentação fetal através da execução das Manobras de Leopold tiveram maior destaque nestes CPC.

Tal como refere a unidade de competência 7.1.8 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: advoguei “o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade” (Regulamento nº391/2019, p.13565). Ao longo das consultas fui informando inicialmente sobre a Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE) e nas últimas consultas direcionando mais para as opções de licença existentes.

Tive oportunidade de colaborar no encaminhamento para a assistente social, para o projeto existente na UCSP, para a consulta de cessação tabágica, para consultas de nutrição. Saliento a unidade de competência 2.1.6 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade” (Regulamento nº391/2019, p.13562). Encaminhei para consulta Hospitalar situações que iam para além da nossa área de atuação tal como é salientado na unidade de competência 2.2.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Regulamento nº391/2019, p.13562).

Em todas as consultas de vigilância da gravidez de baixo risco foram efetuados os registos das intervenções no Boletim de Saúde da Grávida (BSG), ferramenta essencial na transmissão e continuidade de cuidados à grávida, de acordo com as indicações da Circular Informativa da DGS (2001).

Propicieei nas grávidas/casal, a participação no CPPNP do qual também fiz parte enquanto formadora em uma das sessões. Saliento a unidade de competência 2.1.8 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Regulamento nº391/2019, p.13562).

Relativamente ao CPC de Cuidados de Puerpério:

No serviço de puerpério foi identificada a necessidade de existir uma demonstração visual do serviço às grávidas que, devido à pandemia, se depararam com as visitas presenciais suspensas. Assim, e uma vez que este serviço compreende as valências de BP, Neonatologia e Puerpério, ao elaborar o projeto de apresentação do serviço, senti necessidade de abordar todas as valências que este comporta, cumprindo o objetivo primordial de colmatar uma necessidade do serviço e, após a sua implementação, obter repercussão no bem-estar da grávida, com esclarecimento de dúvidas e antecipação de possíveis fatores de stresse relacionados com o seu trabalho de parto, parto e puerpério no contexto em questão, baseando-me em aspetos fundamentais documentados em evidência

científica para a realização do mesmo, favorecendo o processo de transição para a parentalidade responsável. De acordo com os objetivos estipulados para o projeto, correlaciono o mesmo com a unidade de competência 4.1.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Primeiramente escrevi a letra de uma música, a qual foi pensada de acordo com diversos aspetos: apresentar as instalações e a equipa; seguindo o percurso desde a vigilância da gravidez à provável evolução do trabalho de parto, parto e puerpério; abordagem dos dispositivos de apoio de que o serviço dispõe; a filosofia dos cuidados e o parto respeitado pelo qual a equipa pretende ser reconhecida; cuidados ao RN. Toda a música foi baseada em cuidados do EEESMO. De seguida achei que o impacto seria maior se esta fosse cantada e pudesse ser acompanhada por uma apresentação. Através de amigos consegui gravá-la com uma cantora profissional.

No delinear do projeto foquei de forma simples e em linguagem adequada ao público-alvo, aspetos preconizados pela OMS e que se praticam no contexto: o acompanhamento pela mesma equipa ao longo do trabalho de parto, parto, neonatologia (quando necessário) e puerpério, numa filosofia de continuidade de cuidados. O Respeito.

Foi pedido o consentimento informado a todos os intervenientes, tal como explicado o propósito a que se destinava e comprometi-me a partilhar com todos os elementos o resultado final. Dois elementos do serviço recusaram a participação e tal foi respeitado. Para enriquecer o trabalho utilizei alguns desenhos criados por mim. Também estes desenhos foram pensados numa filosofia de multiculturalidade e de respeito pelos interesses pessoais das grávidas. Após a elaboração do projeto, apresentei o mesmo em contextos informais e posteriormente de forma formal à direção da Maternidade.

Relativamente ao CPC de Medicina Materno-Fetal aprofundei situações de patologia que implicaram internamento, desenvolvendo competências teóricas e práticas de assistência específica e especializada. Neste contexto aprofundei as unidades de competência 2.3.2 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez” e 2.3.3 “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” (Regulamento nº391/2019, p.13562). Os diagnósticos clínicos nos quais aprofundei e aperfeiçoei competências mais frequentemente foram a hiperémese gravídica, rotura prematura de membranas (RPM), a ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), diabetes gestacional, infeções do trato urinário.

Para estas intervenções foi importante o estudo ativo com recurso ao Livro Medicina Materno Fetal de Luís Mendes da Graça (2017), a Protocolos de Medicina Materno-Fetal

(2014) e Protocolos de Atuação da Maternidade Alfredo da Costa (2017) bem como o conhecimento dos protocolos de atuação específicos do CPC.

Sinto que aperfeiçoei cuidados de Enfermagem especializados à grávida/feto/família durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal e explorando os cuidados neuroprotetores de forma antecipatória, envolvendo a multidisciplinaridade, não me circunscrevendo ao cuidado biomédico. Concomitantemente com a compreensão das decisões clínicas de abordagem das diferentes situações a adequação das intervenções autónomas inerentes evidenciam as competências acrescidas e especializadas do EEESMO. Neste contexto a fusão entre as intervenções interdependentes e intervenções autónomas do EEESMO estiveram muito presentes. O Modelo Teórico de Enfermagem por mim escolhido engloba questões como relações multidisciplinares efetivas, no qual as interações multidisciplinares também devem ser baseadas no respeito mútuo, comungando na partilha de conhecimento para o bem maior do cuidado específico daquela pessoa na sua globalidade, ressaltando:

There is no doubt that for person-centred practice to exist, there is a need for a work organisation method that enables staff to exercise power whilst simultaneously being able to negotiate the nature of that power in relationships with others (including patients and families). Person-centred practice makes explicit the need for autonomy, equality in relationships, and the centrality of beliefs and values in guiding decision-making (2017, p. 51).

Relativamente a este contexto, foi importante reunir conhecimentos de fisiopatologia, de farmacologia, de cuidar. Destaco algumas medicações tais como glucocorticóides (dexametasona ou betametasona, com diferentes esquemas de administração preconizados) ou tocolíticos (nifedipina e atosiban) de grande recurso nesta competência. O sulfato de magnésio, também como neuroprotetor do RN, teve um papel de destaque importante neste percurso. Saliento que as normas internacionais e nacionais nem sempre são uniformes, sendo que prevalecem os protocolos de atuação do serviço, por forma a existir uma uniformização de cuidados e minimização de erro humano.

Relativamente às patologias tive oportunidade de colaborar com outras áreas do saber, fundindo atuação entre fisiopatologia e cuidar centrado na pessoa, reunindo esforços multiprofissionais. Por exemplo em situações de Diabetes Gestacional foi articulado o serviço de Nutrição e Dietética por forma a elaborar um plano alimentar personalizado e polifracionado. Destaco a unidade de competência 2.3.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (Regulamento nº391/2019, p.13562). Foi possível fazer o controlo dos valores glicémicos através de um plano dietético adequado, o que habitualmente se traduz num menor risco de

hipoxia e morte fetal comparativamente a diabetes gestacional com mau controle glicêmico (Graça, 2017).

Potenciei os cuidados antecipatórios possíveis de acordo com a necessidade do parto pré-termo, promovendo a parentalidade informada, consciente e responsável, e explorei a unidade de competência 2.1.9 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno” (Regulamento nº391/2019, p.13562). E também a 3.1.5 “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” (Regulamento nº391/2019, p.13563). Foi possível explorar nestes casos os cuidados neuroprotetores ao RN prematuro, e já descritos no subcapítulo da prática baseada na evidência. A atitude (in)formativa do EEESMO e as suas competências devem direcioná-lo para a capacitação de competências parentais, valorizando expectativas prévias e individualizando as intervenções para dar resposta às necessidades específicas.

Também no CPC de BP convivi com situações de internamento de grávida com patologia associada, dos quais destaco predominantemente as situações de pré-eclampsia, que dos distúrbios hipertensivos, pelos riscos acrescidos, necessitam de uma maior vigilância que as dotações seguras não permitem noutros serviços. A utilização de sulfato de magnésio e de labetalol foram, deste modo, mais predominantes neste contexto, sempre associados aos cuidados não farmacológicos dos estados hipertensivos.

Não se deve esquecer ainda como esta patologia associada à gravidez se pode traduzir em grande ansiedade na grávida e na família. Para muitas grávidas o diagnóstico é inesperado, bem como a decisão de internamento, juntando-se ainda com a decisão de cuidados materno-fetais continuados (...) o que faz com que tenham a perceção da gravidade da situação (Monteiro e Leite, 2016, p. 194).

Em todos os contextos onde desenvolvi esta competência foi possível abordar a questão do plano de parto, um plano, que pode ou não acontecer, com linhas diretivas que deverão ser apenas um reflexo dos desejos, devendo ser passíveis de flexibilidade tanto por parte do casal como por parte dos profissionais que acompanham este caminho pessoal. Sendo um plano pessoal e intransmissível também ele foi um recurso de excelência ao encontro da Teoria de McCormack e McCance:

Feeling involved in care is a key part of contemporary health-care strategy and policy, and there is an explicit expectation that the patients will be active participants in their own care. (...) In addition, from a staff perspective being involved in the decision-making process is a key focus of many models of care that aim to ensure that care decisions are made by practitioners working directly with patients (2017, p. 59).

3.3.3 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O descritivo desta competência enuncia “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

Esta competência foi abraçada na íntegra no CPC de BP e foi grandemente potenciada pelas orientações da OMS (2018), pelo Livro de Bolso do EEESMO (2015) e pelo Livro Parir em Movimento de Núria Vives (2009).

Mais do que ser detentor de conhecimentos científicos e atuais sobre os quatro estádios do trabalho de parto, o EEESMO tem uma pluralidade de responsabilidades profissionais, éticas e de conduta emocional que fazem do seu papel uma arte, assumindo “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº391/2019, p.13561).

Atualmente conceitos como humanização do parto, parir em movimento e empoderamento da grávida são frequentemente utilizados, contrapondo com o modelo de intervenção tecnocrata, medicalizado e práticas consideradas agora como sendo violência obstétrica, que se fizeram expressar durante longo tempo. O EEESMO é interveniente ativo nesta mudança. Tal como descrito na Filosofia de Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica do Livro de Bolso do EEESMO:

O modelo de cuidados centrado na Mulher implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades, que estes sejam sensíveis às necessidades individuais das mulheres, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados. Pressupõe ainda que seja enfatizado o empoderamento (*empowerment*)/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos (2015, p.8).

As boas práticas associadas a um potenciar de oxitocina endógena e a uma redução do cortisol do momento, através de diversificadas técnicas cientificamente provadas, fazem parte desta arte.

São parte integrante dos Padrões de Qualidade aprovados pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica padrões assistenciais como a satisfação da utente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o autocuidado, autocontrole e mestria da utente; a readaptação funcional à nova condição de saúde (2018) sendo objetivos do caminho do EEESMO tendo por objetivo último, no contexto do BP, o de

promover uma experiência de parto positiva para o casal em questão, culminando no bem estar de puérpera e RN.

As grávidas admitidas no BP do CPC provêm maioritariamente do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) e do internamento de Medicina Materno-Fetal. Reconfirma-se a importância do correto preenchimento do BSG, elemento fundamental de continuidade de informação e cuidados entre os vários profissionais. Apesar da confirmação anterior, uma anamnese criteriosa e de qualidade, mantém a sua importância. Esta colheita de dados no CPC é feita no momento da admissão e revalida informação do BSG através de entrevista à grávida, duplicando-a no processo informático e partograma. Esta informação clínica é reafirmada em cada passagem de turno e à mesma é acrescentada informação sobre dados hemodinâmicos, biofísicos e necessidades pessoais. Quando o casal se faz acompanhar de Plano de Parto, que fica anexado ao processo físico, esse já expressa de forma antecipada os seus desejos iniciais, sensibilizando-nos e dando-nos a conhecer o guia condutor daquele casal. No entanto, caso não o traga, o processo mantém-se dinâmico, no estabelecimento de uma forte relação de confiança com a equipa, incentivando a verbalização dos desejos e necessidades, estimulando a autoeficácia, oferecendo informação imparcial que envolva crenças e valores, isentas de julgamentos. Segundo o Livro de Bolso do EEESMO “há um poderoso efeito na satisfação da Mulher e no progresso do trabalho de parto, quando a Mulher se sente em controle e envolvida nas tomadas de decisão” (2015, p.40).

Ir ao encontro do modelo assistencial que a grávida pretende, acredito que é fundamental. Esta premissa está intimamente conectada com um dos quatro conceitos do meta-paradigma da Teoria de Enfermagem de McCormack e McCance “*person-centred processes, with focus on delivering care to the patient through a range of activities and include: working with patients’ beliefs and values, engagement, having a sympathetic presence, sharing decision-making and providing for physical needs*” (2017, p.38). Tal como é referido no Livro de Bolso do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

O livro “Parir em Movimento” de Blandine Calais-Germain & Núria Parés foi para mim suporte de tomada de consciência visual da anatomia aplicada ao movimento, numa pedagogia criativa. Saber integrar estes conhecimentos e conciliar os recursos de acordo com a evolução do trabalho de parto (TP) foi arte que necessitou de empenho. Integrei nos cuidados exercícios de mobilidade da estrutura pélvica, terapias de posição, estimulei a verticalidade, com e sem recurso a dispositivos de apoio, de modo a facilitar o progresso da apresentação fetal.

Otimizei a unidade de competência 3.2.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à

evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

No que diz respeito à monitorização do bem-estar materno-fetal ao longo da progressão do trabalho de parto constata-se que algumas das orientações da OMS, tal como as recomendações número 12 e 17 (2018, p. 64-65), que referem que a CTG de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão nem de forma contínua no internamento de grávidas saudáveis que se encontrem em trabalho de parto espontâneo não são criteriosamente respeitadas. No entanto, a monitorização é suspensa para possibilidade de recurso a hidroterapia e não é impeditiva da liberdade de movimentos nem da verticalidade. Para análise e vigilância desta monitorização baseei-me nas diretrizes da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Segundo Susana Santo a cardiocografia É uma tecnologia associada a grande variabilidade intra e interobservador e diversos fatores limitativos têm sido apontados na literatura. A utilização de *guidelines*, simples, objetivas e de fácil memorização têm sido apontadas como um fator crítico para a interpretação da cardiocografia. As *guidelines* da FIGO constituem seguramente um importante passo nesse sentido (2016, p. 10).

A vigilância do estado materno-fetal foi criteriosamente respeitada, envolvendo não só a CTG, como sinais vitais, ingestão de alimentos e hidratação oral, líquidos administrados e eliminados, estado geral e comportamento, conforto emocional e físico. Desenvolvi a unidade de competência 3.2.2 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

A cervicometria foi sempre uma intervenção de qualidade e risco controlado, bem doseada, seletiva e não rotineira. Antes de qualquer avaliação, pedi sempre permissão à grávida, expliquei o procedimento, o seu consentimento e a forma informada, o respeito, a privacidade, bem como evitar observação vaginal por múltiplos profissionais foram premissas tidas em conta. Esta situação potenciou o desenvolvimento de competências de avaliação não invasiva do trabalho de parto. Ressalvo a unidade de competência 3.1.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

O Projeto Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros evoca como um dos indicadores de qualidade a promoção e aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. A descrição do indicador de evidência discrimina que o alívio da dor durante o trabalho de parto deve ser um dos cuidados prioritários do EEESMO, contribuindo para o bem-estar físico e emocional da parturiente. “A utilização de métodos não

farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto inclui uma vasta variedade de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas e também prevenir a percepção psicoemocional da dor” (2013, p.1). Recorri a estratégias como relaxamento através da respiração e da música, aromaterapia e hidroterapia. A avaliação da dor, como quinto sinal vital, as características da mesma, bem como a sua reavaliação após utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor são intervenções importantes durante o processo de evolução do TP. Em relação à analgesia, saliento que a sabedoria e conhecimento da fisiologia do TP associada às técnicas analgésicas e medicações/protocolos disponíveis nos serviços são fortes conhecimentos do EEESMO.

De acordo com as especificidades e necessidades de cada trabalho de parto tive a oportunidade de praticar a amniotomia, a colocação de monitorização interna e de amnioinfusão, situações que foram pontuais, mas de grande importância.

Segundo Prada, “a OMS recomendou a utilização do partograma modificado com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência no trabalho de parto e, desta forma, reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal” (2018, p. 349). A abertura do partograma, ferramenta essencial, foi realizada concomitantemente com a fase ativa do primeiro estágio do TP e foi cuidadosamente preenchido, traduzindo graficamente a evolução do mesmo, bem como o bem-estar materno-fetal.

Relativamente ao segundo estágio do TP, este inicia-se com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão fetal. O Projeto Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros evoca também como um dos indicadores de evidência de qualidade a influência da posição de parto na mãe e no RN e, incentiva a promoção da escolha livre da parturiente, sensibilizando para as possibilidades de posições a adotar, ressaltando que

A resistência dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica a esta mudança nas práticas obstétricas não tem fundamentação científica válida e, no que concerne a enfermagem, pode inclusive, ferir o seu código deontológico ao impedir deliberadamente à parturiente o direito de participação ativa nos seus cuidados durante o parto (2013, p.3).

De todos os partos assistidos por mim ao longo deste percurso académico, experienciei apenas dois partos em posição de litotomia e, apenas por decisão da parturiente. A grande maioria optou por parto em posição de cócoras, em quatro apoios, no bando de parto, em litotomia modificada e de pé, indo ao encontro das recomendações 34 e 35 da OMS (2018, p. 125 e 129). As políticas de serviço, dinamização de chefias e aquisição de materiais novos e adequados a novas formas de perspetivar o parto comportam ganhos na prestação de cuidados e, para mim enquanto aluna foi uma mais-valia que o CPC tivesse adquirido recentemente um banco de parto. Foi-me também possível assistir a uma sessão de formação sobre o mesmo.

A recomendação número 38 da OMS (2018, p. 139) refere que são recomendadas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, incluindo massagem perineal, compressas mornas perineais e proteção de mãos no períneo, com base nas opções disponíveis, aumentando a hipótese de propiciar um períneo intacto. Tive oportunidade de explorar as diversas técnicas, em momentos diferentes ou concomitantes, de acordo com as necessidades e gostos de cada parturiente.

O Projeto Maternidade com Qualidade da Ordem dos Enfermeiros evoca a episiotomia apenas como recurso seletivo. As recomendações deste indicador de evidência referem que se ressalta “a importância de mudar comportamentos e de capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia” (2013, p.2), e também a OMS discrimina na recomendação número 39 que a realização rotineira de episiotomia não está recomendada (2018, p. 150). Neste ensino clínico nunca realizei esta técnica, no entanto, acho fundamental ser detentora de conhecimento sobre a mesma para que a saiba efetuar se necessário. Segundo Alexandra Henriques “a episiotomia médio-lateral é efetuada a partir da fúrcula, com uma incisão afastada da linha média do períneo, pelo menos, 45º” (2017, p.580).

Proporcionar um ambiente tranquilo, seguro, e com privacidade reflete a preocupação em criar condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo de todo o processo de assistência ao parto.

Durante o período expulsivo elogiar, dar reforços positivos, acreditar nas suas forças e competências pessoais, fomentar e otimizar as suas capacidades, o envolvimento e o *input* do companheiro, reforçar o bem-estar fetal foram as estratégias utilizadas assim como o recurso a dispositivos de ajuda tal como o espelho. Também comunicar com o feto, verbalizando “estamos aqui á tua espera, está tudo pronto, podes vir com calma” foram palavras proferidas que motivaram as parturientes.

É fundamental respeitar a individualidade e a dignidade bem como as necessidades específicas, a privacidade, sentimentos, crenças, valores e expectativas. Foram sem dúvida assistências ao parto carregadas de emoção, muito individualizadas, pouco intervencionistas e extremamente satisfatórias para ambas as partes. Relembro a unidade de competência 3.1.3 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Após a expulsão da cabeça fetal e a pesquisa de existência de circular cervical, que se verificou algumas vezes, mas que eram largas e permitiram resolução, foi estimulado que a parturiente apoiasse o nascimento do corpo fetal e iniciasse o contacto pele a pele, de acordo com a recomendação número 48 da OMS (2018, p. 163) tendo assegurado que o RN se encontrava com boa adaptação à vida extra-uterina, traduzida no Índice de Apgar (IA). Refiro a unidade de competência 3.2.7 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de

suporte na adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento nº391/2019, p.13563). Procedi assim maioritariamente à clampagem do cordão umbilical apenas depois deste parar de pulsar, potenciando as suas vantagens e, incentivando o pai a participar ativamente no procedimento do corte do cordão.

Tive oportunidade de realizar colheita de sangue do cordão umbilical tanto para gasimetria como para *kit* de células estaminais.

Observei sinais de descolamento da placenta, apoiei a sua expulsão com movimentos circulares, constatei ambos os mecanismos de dequitação, embora presenciasse o que a evidência científica revela como sendo o mecanismo de *Schultze* o que ocorre com maior frequência, vigiei a perda de sangue e formação do Globo de Segurança de *Pinard*. A perfusão de ocitocina no pós-parto é de acordo com protocolo hospitalar e recomendações 41 e 42 da OMS (2018, p. 159). Confirmei integridade de placenta e membranas e, posteriormente, questionei se o casal a queria observar, explicando-lhes sumariamente a anatomia e constituição.

Após revisão do canal de parto identifiquei as lacerações ocorridas e, procedi à sua sutura, operacionalizando a unidade de competência 3.3.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão além da sua área de atuação” (Regulamento nº391/2019, p.13563). Ao longo deste meu percurso suturei lesões de grau I e II. Nesta fase a gestão da medicação foi centrada na mulher e adequada à mesma, tentando minimizar o desconforto. Aproveitei também a oportunidade, associando o contexto à necessidade de informação esclarecida para aconselhar sobre cuidados perineais, atuei ao nível de ação da promoção da saúde, informando e aconselhando sobre a evolução esperada no pós-parto, involução uterina, cuidados de higiene perineal, sinais de alerta, enquanto o RN se manteve em contacto pele a pele com a mãe sob o olhar atento do pai, e aprofundando a unidade de competência 4.1.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto” (Regulamento nº391/2019, p.13563). Segundo McCormack e McCance os ensinamentos para a promoção de saúde devem ser tidos em conta “from the perspective of staff, where a healthful culture is one in which they are supported and enabled to deliver person-centred care in line with their values” (2017, p. 60).

Segundo a DGS no Programa Nacional para a vigilância da Gravidez de Baixo Risco

É fundamental iniciar a amamentação logo após o nascimento em contacto pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida, pois estimula a produção de leite materno. O alojamento conjunto, a amamentação frequente e guiada pelo bebé, um bom posicionamento, uma boa pega e a amamentação exclusiva, sem suplementos, contribuem igualmente para o sucesso da amamentação (2015, p.66).

Após cuidar da mãe e do seu conforto, promovi a unidade de competência 3.1.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” (Regulamento nº391/2019, p.13563), perguntando previamente como a puérpera pretendia alimentar o seu RN e, caso pretendesse amamentar, auxiliando (e não substituindo) nas dificuldades iniciais de adaptação e se o RN estivesse num estado de alerta tranquilo, com sinais de busca e prontidão para mamar. É um momento muito intenso e de demasiada informação, no entanto, relembrei sinais de boa pega e posição do bebê.

Ao despedir-me de todas as famílias fui agente intencional de consciencialização e fiz questão de verbalizar o orgulho que deviam ter neles próprios, na sua superação, para que tomassem esses valores mais conscientes, para se empoderarem do momento tão importante que experienciaram. Também elogiei e reconheci a boa adaptação na mama. Destaco a unidade de competência 3.1.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” (Regulamento nº391/2019, p.13563) e também a unidade de competência 4.1.6: “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

“A gravidez e o puerpério constituem um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe e da criança, comprometendo todo o desenvolvimento futuro” (DGS, 2015, p.43). O EEESMO tem assim o *touchpoint* do nascimento literalmente nas suas mãos, como um momento de expoente máximo que é preponderante nesta transição uma vez que o Nascimento é uma janela de oportunidade única para intervir.

In normal development, the new mother has a set of representations that could lead in various directions; and a particular representation has to be triggered to become active. What triggers a representation is the baby's behavior, combined with the attitude, gaze, and comments of the people surrounding the mother (Brazelton & Nugent, 2011, p.94).

Assim, é atribuída aos profissionais uma responsabilidade particular e muito significativa neste momento.

Sobre esta competência em específico, e numa altura em que a violência obstétrica é tão divulgada, gostaria de ressaltar no presente relatório que neste CPC não observei nem realizei, em nenhum momento: tricotomia, manobra de kristeller, episiotomia rotineira ou sem consentimento prévio, separação de puérpera e RN para observação de rotina. Por vezes banalizamos as exceções, mas o EEESMO tem dois papéis concomitantes: por um lado de se atualizar e ir ao encontro das atitudes cientificamente mais atualizadas, por outro, de divulgar informação e expor a realidade dos serviços. Os serviços são os profissionais que os

fazem e eu tive um CPC bem como uma orientadora clínica de exemplo e excelência na boa prática dos cuidados do EEESMO no BP.

3.3.4 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O descritivo desta competência enuncia “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13563).

Desenvolvi esta competência inicialmente no CPC de bloco de partos, maioritariamente no CPC de Puerpério e dei-lhe continuidade no CPC de Cuidados de Saúde Primários. Na neonatologia aprofundei competências específicas relacionadas com o RN em situação particular. Neste início de vivência de transição para a parentalidade, os cuidados fundem-se na transição entre o BP e o puerpério. A Neonatologia, ensino clínico de curta duração, permitiu um novo olhar da mesma sob a forma de EEESMO.

Esta competência foi muito sustentada pelas orientações da OMS (2018), pelo Livro Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica de Sequeira; Amaral & Pousa (2020) e pelos documentos dos Consensos de Neonatologia.

Considero que nesta transição tão importante e significativa, enquanto EEESMOs, devemos ajudar os pais a ser o que pretendem ser, dando-lhes mais competências para conhecerem o seu RN e dando-lhes *feedback* positivo sobre as que já possuem, reforçando competências e relação. Temos o papel de aproximar a identidade da família à circunstância de cada RN, honrando a diversidade, criando um ambiente de aprendizagem natural e inclusivo. Tal como o defendido por Brazelton e Nugent, “We can help them become the good parents they wish to be, give them a better understanding of their baby, and help them discover and become self-aware of what they already do well as parents” (2011, p.94).

De uma forma generalizada considero que no puerpério o EEESMO tem o papel fundamental de promover o envolvimento paterno nos cuidados, bem como a igualdade de género desde o nascimento, contemplando concomitantemente famílias não normativas bem como novas formas de aceitação sexual. “Quem é que a acompanha?” passou a ser a minha nova norma de saudação e inclusão.

No CPC de Puerpério, no momento de transição do BP para a unidade individual de cada família, privilégio no contexto privado que foi CPC, saliento que fomentei e propicie o contacto pele a pele nesta transição. McCormack e McCance corroboram a ideia de que “There is also a line of argument that single rooms improve patient satisfaction, and whilst this might be the case in relation to aspects of experience such as noise and privacy and dignity” (2017, p.51). Já no quarto e em contexto de puerpério imediato no qual prestei cuidados,

comecei a sugerir dar oportunidade ao acompanhante para continuar este contacto de acordo com as necessidades e dinâmica da família. Constatei que esta medida foi recebida com agrado por grande parte dos acompanhantes e com muito envolvimento emotivo por parte das mães. Destaco a unidade de competência 3.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “(...) otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Um aspeto que tentei melhorar foi estar mais atenta ao meio envolvente, gerir o ambiente, sobretudo a luminosidade que deixava no quarto, validando as preferências da família. Enquanto EEESMO devemos ser agentes facilitadores do impacto da experiência do nascimento e momentos subsequentes, podendo manipular estas condicionantes externas. Segundo Marília et al. no Livro Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica de Sequeira; Amaral & Pousa (2020, p. 209) “É essencial que o Enfermeiro tenha conhecimento dos mecanismos de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. (...). Explorar a importância destes cuidados é da competência do EEESMO, que não os deve reduzir a meros procedimentos técnicos”. Conhecer e acompanhar cada uma das famílias também se torna preponderante pois, o que será mais facilitador para uns poderá não o ser para outros. No entanto, explicar, conversar, questionar poderá dar-nos a conhecer as preferências de cada um. Favorecer a transição do feto para a vida extrauterina de forma mais harmoniosa, prevenindo uma hiperestimulação do sistema nervoso central torna-se neuroprotetor.

Segundo a Teoria do Cuidar Centrado na Pessoa de McCormack e McCance, “considerable developments have taken place in ensuring the environments are aesthetically pleasing and promote healing, nurturing, care, belonging and sensory engagement” (2017, p. 51).

O início precoce da amamentação na primeira hora de vida esteve presente neste caminho de continuidade entre o BP e o contexto de puerpério, no entanto, deparo-me com a constatação de que a sua manutenção é influenciada por quem cuida. Fiz um esforço coincidente com o período cronológico dos ensinamentos clínicos por frequentar um curso de 24h de Aleitamento Materno, melhorando a minha formação no que diz respeito ao tema. A amamentação é vista pelos pais como a sua maior responsabilidade: promovê-la é capacitar os pais para o sentido de competência enquanto cuidadores. Destaco a unidade de competência 4.1.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Relativamente à avaliação da involução uterina, lóquios e períneo, ressalvo que comecei a ser mais minuciosa e a integrar nos meus cuidados não só a explicação do que estava a realizar e observar no momento, mas também a sua justificação e a provável evolução do útero e dos lóquios, bem como os cuidados perineais, começando a aprofundar em mim um

espírito de capacitação para a alta que começa desde o início do puerpério. Não o comecei a fazer na primeira avaliação, no momento da avaliação do puerpério imediato, mas sim nas vezes seguintes. Destaco a unidade de competência 4.2.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potencializar a saúde da mulher após o parto” (Regulamento nº391/2019, p.13563). Tive esta preocupação porque considero mais oportuno aproveitar os momentos de maior disponibilidade de aprendizagem e, no momento de avaliação de puerpério imediato a puérpera encontra-se declaradamente numa fase dependente, de ajustamento materno, de deslumbramento e de vinculação mais ativa e participativa, tal como o seu RN num momento de alerta tranquilo e propício à interação. Nos primeiros momentos neste novo papel os campos percetuais estão mais limitados e, as informações dadas aos elementos da família têm de ser frequentemente repetidas. A observação do períneo permitiu-me por um lado observar a sua evolução cicatricial, mas também, permitiu reavaliar a minha prestação de cuidados de forma crítica para que pudesse melhorar técnicas de correção perineal.

Também como melhoria contínua da minha prestação de cuidados de qualidade tentei incorporar a avaliação da dor, e seu correto registo, como quinto sinal vital, de forma mais sistemática, dando continuidade ao trabalho desenvolvido no bloco de partos e já referenciado no subcapítulo anterior. No puerpério o alívio da dor é fundamental, contribuindo para o conforto da puérpera. O controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que oferece a oportunidade única de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

De acordo com a minha formação na área de desenvolvimento do RN já assumia que a sua entidade é não só predeterminada pelo genótipo como pelas experiências vivenciadas durante a gravidez. “Research shows that extrauterine stimulation which involves the pregnant mother may also be shaping the neonate’s learning in utero and may be influencing prenatal brain development” (Brazelton & Nugent, 2011, p.4). Muitos destes estudos são a base das teorias de desenvolvimento do RN, as quais se iniciaram com teóricas como Heidelise Als e seguem hoje atualizadas com Altimier e Philips. “This has led to the recognition that the infant has well-established behavioral endowments at birth and that the infant’s development is influenced by both biological and environmental influences from the beginning” (Brazelton & Nugent, 2011, p.4).

Relativamente à avaliação do RN, no CPC adotaram-se as medidas da OMS para uma experiência de parto mais positiva: salvaguarda-se que o banho do RN seja prestado no mínimo após 6h do nascimento e, tenta-se aguardar o mais possível até às 24h após o parto (OMS, 2018). Deixam-se adiar as necessidades rotineiras, como avaliações antropométricas, fazendo prevalecer a oportunidade de interação entre pais e RN. Destaco a unidade de competência 4.2.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Informa,

orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

A promoção das competências parentais é a base central destes cuidados e, também a avaliação do RN realizada pelo EEESMO pode ajudar e demonstrar aos pais as competências do mesmo. Destaco a unidade de competência 4.1.6 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável” (Regulamento nº391/2019, p.13563). O EEESMO, para além do trabalho de equipa que desenvolve, é fundamental no despiste de desvios do padrão de desenvolvimento e é o profissional mais presente com os pais e nos cuidados ao RN, momento fulcral para a avaliação do seu comportamento.

Brazelton & Nugent também alegam que “So the period after birth is a unique opportunity to help the parents establish a base for their new infant’s development and understand his or her behavior” (2011, p.94).

A avaliação do RN deve respeitar os tempos de cada família, mas sobretudo de cada RN. Cuidar de forma neuroprotetora, estando consciente de que “During these first days of life, neonatal moments of meeting pave the way for a more positive and mutually respectful relationship in the future” (Brazelton & Nugent, 2011, p.96).

Tive também oportunidade de realizar contactos *Follow UP* que a equipa realiza a todas as puérperas que estiveram internadas no serviço. Este telefonema revela-se importante em diversos níveis: numa oportunidade de crescer com a família e promover a saúde respondendo a questões que tenham surgido no decorrer desta transição e de todas as mudanças rápidas que nela ocorrem; é mais um momento de interação e de oportunidade para apoiar o sistema familiar; a manutenção da confiança e aliança com a família – EEESMO, aprofundando antecipadamente cuidados e fases de crescimento e stresse, ajudando os pais a prevenir e pensar nas respostas a dar nessa altura ao seu bebé. Destaco a unidade de competência 4.1.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Na Neonatologia as atividades desenvolvidas convergiram em lembranças do passado, enquanto Enfermeira numa unidade, e alegria no presente, extrapolando a unidade de competência 4.3.10 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal” (Regulamento nº391/2019, p.13564) e unindo o percurso de iniciado a perito em neonatologia e a EEESMO.

O que mais destaque são os cuidados centrados no desenvolvimento, favorecidos por uma unidade com instalações novas, orgânica e estruturalmente bem pensadas, e uma equipa culturalmente motivada para o respeito neuroprotetor do RN que, de acordo com a

unidade de competência 3.2.7 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº391/2019, p.13563).

Neste contexto tive a satisfação de vivenciar o que a Teoria de McCormack e McCance defendem acerca do contexto físico de cuidados. “Health-care environments that balance aesthetics with function by paying attention to design, dignity, privacy, sanctuary, choice/control, safety and universal access with the intention of improving patient, family and staff operational performance and outcomes” (2017, p. 51).

Tendo em consideração que nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINs) se encontram internados RNs por motivos diversificados, com idades gestacionais diversificadas e condições clínicas com diferentes exigências em termos de promoção e proteção do desenvolvimento, os cuidados têm de ter em conta a individualidade de cada um e de cada família. Assim sendo, reencontro-me na Teoria de Enfermagem de Prática Centrada na Pessoa defendida por McCormack e McCance que sustenta as minhas intervenções. No espaço temporal deste CPC contactei e prestei cuidados especiais a RN prematuros com idade gestacional desde as 29s + 4d, com síndrome de dificuldade respiratória, com hipertensão pulmonar, com sepsis ou em aquisição de autonomia alimentar. Assim sendo, participei na prestação de cuidados a RN ventilados e com óxido nítrico, RN em ventilação não invasiva com alto fluxo, em ar ambiente; também tive oportunidade de rever conhecimentos sobre cateteres umbilicais e epicutâneos.

Ao longo das poucas horas propostas para este contexto foi transversal a reflexão sobre a evolução dos cuidados, sobre a dinâmica das unidades em tempo de pandemia e mesmo sobre a pandemia e seu reflexo na gravidez e prematuridade.

Destaco o cuidar transcultural bem como a unidade de competência 4.3.6 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido” (Regulamento nº391/2019, p.13564), enumero um pai indiano, que foi envolvido nos cuidados aquando da sua visita ao RN e em que as videochamadas dos tempos modernos se tornaram uma mais valia na unidade de competência 7.2.2 do Regulamento das Competências Específicas do EESMO em que o mesmo: “valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil” (Regulamento nº391/2019, p.13565).

Os cuidados de higiene englobados na unidade de competência 4.2.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho” (Regulamento nº391/2019, p.13563) respeitam os tempos de ambos, tanto de necessidades individuais do RN como de disponibilidade da sua família.

Em relação à amamentação destaco a unidade de competência 4.3.3 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno” (Regulamento nº391/2019, p.13564) num esforço que presenciei por fazer prevalecer o aleitamento materno independentemente das adversidades inerentes a um processo de internamento na neonatologia.

A organização da unidade e da equipa, com a existência de protocolos de atuação e uniformização de cuidados é estruturante na organização e manutenção da mesma.

Na promoção dos cuidados centrados na família e centrados no desenvolvimento conheci uma equipa que não se esquece que toda a família está a experienciar um momento de crise quando um RN se encontra numa UCIN. Para além dos conhecimentos científicos sobre cada situação que motiva o internamento, têm de coexistir conhecimentos sobre desenvolvimento neuro-sensorial, músculo-esquelético, proprioceptivo, fisiologia do stresse e da dor e seu impacto no córtex cerebral. Um RN internado numa UCIN é um RN numa exogestação que se encontra com os seus pais numa jornada de parentalidade desafiante, num contexto de separação involuntária, emocionalmente significativa.

Neste percurso de iniciado a perito em neonatologia e a EEESMO observo também o papel dos líderes de equipa e dos pares na construção de uma individualidade e apropriação do que pretendemos Ser enquanto Enfermeiros. Crescemos com os pares e cada um de nós tem em si ambos os papéis: o de crescer e ao mesmo tempo o de ser exemplo. Com esta evolução individual e a obtenção do mestrado nesta área específica espero vir a ser um bom exemplo como Enfermeiro que evolui em si próprio e procura nas diversas experiências unir a fundamentação da melhor evidência científica com os melhores valores humanos.

Segundo o livro *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*:

Training and care of the staff must be seen as the first step strategy ('care of the caregivers').

Neonatal doctors and nurses need to enhance their understanding of brain development and of the positive effects of their caring intervention on the neurological outcome of at-risk newborns.

Special training is needed in the modalities of stress reduction, postural care, handling, and sensory and social interaction. Kangaroo care should be offered to all parents in all neonatal intensive care units, because of the benefits to neonatal physiological adaptation and development, breastfeeding, and early bonding. Developmental specialists should be available in the unit to support the staff and help plan individual intervention programs. At the same time is important to consider developmental care as a team responsibility: the nurses and doctors are the developmental care providers, while the developmental specialists (therapists, psychologists, neurologists, etc.) act mainly as mediators and facilitators to the babies, to the families and to the unit staff (2011, p.136).

Esta competência, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, foi desenvolvida em situação particular relativa à saúde da mulher no pós-parto, em específico na consulta de revisão pós-parto. Das 29 consultas realizadas 6 foram consultas de puerpério, que se realizaram entre as quatro e as seis semanas após o parto, tal como previsto. Segundo o Programa Nacional da Vigilância da Gravidez de Baixo Risco:

Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias). Designa-se por consulta de puerpério a consulta ou consultas realizadas durante esse período (DGS, 2015, p.78).

Estas consultas tornaram-se em mais um momento essencial na EPS tanto em questões relacionadas com a puérpera como com o seu RN, em complementaridade com a consulta de vigilância infantil. Realizei o exame físico, avalei o pavimento pélvico, fui oportunista na realização de rastreios de cancro do colo quando aplicável. Tive oportunidade de capacitar para a resolução de problemas relacionados com a amamentação, vivenciei situação de estudo genético e luto parental, estive atenta à saúde mental das puérperas. Promovi o esclarecimento sobre o reinício da contraceção e esclareci sobre sexualidade no período do puerpério, abordei o suporte e dinâmica familiar e conhecimentos da puérpera, reforçando ensinamentos possivelmente já abordados durante a gravidez (DGS, 2015).

Tive oportunidade de aprofundar a unidade de competência 4.3.4 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto” (Regulamento nº391/2019, p.13564) nomeadamente numa puérpera com queixas de incontinência urinária.

Revisitei o BSG [(fulcral na transmissão escrita de continuidade de cuidados, de acordo com as indicações da Circular Informativa da DGS (2001)] e o BSR [de acordo com as orientações das circulares informativa e normativa da DGS (2006)].

3.3.5 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O descritivo desta competência enuncia “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13564).

O último tempo cronológico do ciclo de vida ginecológico da mulher foi abordado e aprimorado no CPC de Ginecologia e no de Cuidados de Saúde Primários. A sua relevância pauta-se pela continuidade de cuidados na comunidade, inerente a uma prática especializada. Para esta área do saber o documento mais norteador de conhecimento foi o Consenso Nacional sobre Menopausa de 2016, revisto em 2021.

O Climatério é definido, no documento supracitado, como “o período da vida da mulher compreendido entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva e, ao longo do qual, ocorre um declínio progressivo da função ovárica” (2021, p. 12).

Neste campo de ação, de uma forma geral, tive contacto com dois contextos: ou com cliente em contexto de rotina, ou com sintomatologia de síndrome geniturinária da menopausa. Um dos aspetos que me suscitou interesse foi a constatação que muitas das queixas verbalizadas pelas clientes em fase de pré, peri e pós-menopausa tinham que ver com sintomatologia que tivesse impacto na sua vida sexual. Destaco a unidade de competência 5.2.4 do Regulamento das Competências Específicas do EESMO: “identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério (...)” (Regulamento nº391/2019, p.13564). Assim, aprofundei maioritariamente as consequências do hipoestrogenismo na atrofia vulvovaginal, na sua interferência no padrão sexual, e também nas consequências osteoarticulares. Destaco a unidade de competência 5.2.3 do Regulamento das Competências Específicas do EESMO: “identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica (...)” (Regulamento nº391/2019, p.13564). Abordei tratamentos hormonais e não hormonais, aprendi sobre cremes vaginais hidratantes e lubrificantes, aprofundando a unidade de competência 5.1.3 do Regulamento das Competências Específicas do EESMO: “informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério” (Regulamento nº391/2019, p.13564).

3.3.6 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

O descritivo desta competência enuncia “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13564).

Para este CPC foi apoiado-me no Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia (2008).

O cuidado centrado na pessoa alvo de cuidados é essencial. A sua história precisa e detalhada, uma boa e adequada colheita de dados torna-se essencial neste contexto clínico. Atitudes respeitadas e individualizadas podem ser fulcrais no estabelecimento de uma relação de confiança nesta área. No Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia de Barry O’Reilly et al. encontrei uma afirmação que foi constatada presencialmente em diversos momentos do ensino clínico:

A própria natureza da especialidade requer que quem elabora a história clínica seja respeitador, sensível e esteja atento a sinais verbais e não verbais. É essencial que durante a consulta tente pôr a paciente à vontade, para que se sinta confortável para falar acerca dos seus sintomas (2008, p.3).

Este contexto está muitas vezes associado à intimidade e sexualidade, assunto que pode ser tabu e que muitas vezes se pode tornar embaraçoso.

Assim sendo, reencontro-me na Teoria de Enfermagem de Prática Centrada na Pessoa defendida por McCormack e McCance. Ter atenção não apenas às necessidades individuais, mas também às interações de todas as partes envolvidas no cuidado são aspetos fundamentais para se atingir um bom resultado no cuidar.

Previamente a situação de doença, ressalvo a responsabilidade acrescida do EEESMO no processo de promoção da saúde e prevenção da doença, devido à sua capacidade de intervenção na sensibilização da população, sobretudo feminina, no que concerne à adoção de estilos de vida saudáveis e redução dos fatores de risco.

Abordei as diversas etapas do ciclo de vida. Desde uma jovem na sua primeira consulta de ginecologia, acompanhada pela mãe; A muitas mulheres na sua fase ativa de vida, uma com 28 anos a realizar pela primeira vez uma consulta de ginecologia; abrangiu a saúde sexual e problemas de infertilidade; cruzei-me maioritariamente com clientes de idade superior a 45 anos com problemas relacionados com patologia do colo do útero (talvez devido às prioridades das consultas, de acordo com esquema de mitigação da pandemia, prevalecendo a necessidade de convocar quem apresentou previamente resultados de exames com alterações) mas também com patologia da mama, nomeadamente cancro de mama; abordei patologias de incontinência; aproveitei também a hipótese de observar a realização de ecografias ginecológicas e colposcopias. Não foi oportuno acompanhar nenhuma das clientes durante o percurso peri-operatório devido às restrições de circulação pelo CPC, de forma a protegermos e prevenirmos ao máximo a propagação do vírus Sars-Cov-2.

Relativamente a situações de doença na área da ginecologia, uma das patologias à qual sou mais sensível é ao cancro da mama, devido ao estigma e à antiga alta taxa de mortalidade, facto muito desmistificado neste CPC através de estudo e esclarecimentos de peritos na área. Fiquei mais desperta para a necessidade de realização de exames imagiológicos de rotina pois constatei que muitos são fundamentais na precocidade do diagnóstico, antecipando-se ao aparecimento de sintomas. Fui despertada para cuidados específicos na realização de pensos na mama tal como o posicionamento dos tecidos da mesma. Destaco a unidade de competência 6.3.2 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afeções (...) e/ou mama” (Regulamento nº391/2019, p.13565). Neste contexto de doença tive ainda a perceção das alterações globais da mulher e seu acompanhante, ou seja, não “apenas” a parte psicológica e autoestima, mas também os outros sintomas não evidentes relacionados com a quimioterapia. Aprofundei a pesquisa sobre opções como o tratamento de rejuvenescimento perineal com laser que já tinha sido abordado em aula de ESMO I mas que tinha ficado pouco esclarecido para mim. Destaco a unidade de competência 6.2.3 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia,

implementa e avalia intervenções à mulher com afeções (...) e/ou mama, incluindo os conviventes significativos” (Regulamento nº391/2019, p.13564).

Aprofundi em maior dimensão conceitos relacionados com o Vírus do Papiloma Humano ou Human Papiloma Virus (HPV), senti necessidade de rever conteúdos letivos pois não me sentia familiarizada com a Avaliação de Bethesda. Parece-me fundamental que durante as colpocitologias se possa ir fornecendo informação prévia, reduzindo o stresse relacionado com o resultado do exame, salvaguardando que a positividade para o HPV identifica uma mulher em risco, mas não a presença de doença. Destaco a unidade de competência 6.1.2 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica” (Regulamento nº391/2019, p.13564).

Tive oportunidade de aprender e integrar a medicina tradicional com a convencional nestas situações, desconhecia o impacto e valor terapêutico do Cogumelo *Coriolius Versicolor* na regressão de lesões de baixo grau. Destaco a unidade de competência 7.2.2 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil” (Regulamento nº391/2019, p.13565). No contexto de estudo académico conducente ao grau de mestre, especificamente na abordagem da importância de estudos científicos e de divulgação da ciência com vista à melhoria dos cuidados de saúde, senti agrado em constatar que em 2008, médicos da Universidade de Coimbra desenvolveram um estudo pioneiro na avaliação da eficácia do *Coriolius Versicolor* no tratamento de lesões do colo do útero provocadas pelo HPV e que este estudo foi replicado na Bulgária comprovando resultados.

Estive presente também na realização de colposcopias e foi-me dada a oportunidade de utilizar o colposcópio e ter uma percepção muito mais concreta das lesões.

Situações particulares de doença, tais como as descritas anteriormente, têm implicações na vida da pessoa cuidada e requerem intervenções especializadas dirigidas à complexidade e singularidade de cada mulher e sua família. Segundo a OE e o ICN, a fertilidade deve ser um dos focos de atenção dos Enfermeiros, quer esta esteja influenciada por um processo de doença ou não, sendo que as respostas aos casais devem ser efetivas e que a nossa profissão deve assumir este desafio e integrar a equipa numa perspetiva de apoio ao casal e família (Cheio, 2016). Tive oportunidade de colaborar em consultas de infertilidade e aprofundar conhecimento na área. Colaborei com um perito e apaixonado pelo tema, a paixão dos profissionais também se transmite às utentes, bem como a sua honestidade e consentimento informado sobre as abordagens viáveis de acordo com cada caso. Destaco a unidade de competência 1.3.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando a necessidades de saúde do companheiro” (Regulamento nº391/2019, p.13562). Lamento que nesta fase de maior risco pandémico se tenha de considerar que o

companheiro não pode presenciar a consulta, são temas que devem ser expostos ao casal para que cada um dos elementos possa ter a sua individualidade preservada no processo, mantendo e aproximando a verdade da relação e a conjugalidade. “A resposta adequada e atempada para cada um dos problemas de cada casal vai minimizar as dificuldades destes, contribuindo para uma melhor satisfação dos envolvidos e de um maior sucesso reprodutivo” (Cheio, 2016, p. 45).

A gravidez e o parto têm sido considerados como fatores de risco importantes no aparecimento de Incontinência urinária. Não sendo uma situação de risco de vida, é um contexto demasiado impactante na qualidade da mesma. Estando correlacionado com a gravidez, o parto, o aparelho genito-urinário, as estratégias de prevenção e fatores de risco modificáveis tal como o abandono da realização de episiotomia por rotina, é uma patologia que estará presente na vida profissional do EEESMO em algumas das suas áreas de intervenção. Enuncio uma situação de uma cliente que recorreu á consulta por sentir necessidade de ter uma segunda opinião sobre a sua incontinência. Em mim o que ficou mais retido foram todas as implicações desta alteração uroginecológica: em questão de minutos ela verbalizou alterações na sua vida diária, sexual e laboral, na sua saúde física, emocional, mental e social e consegui empatizar com o impacto negativo e catastrófico que tinha nestas diversas dimensões, tal como no impacto económico. Destaco as unidades de competência 6.3.4 e 6.3.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO ressaltando que gostava de ter podido colaborar mais e orientar melhor. Enquanto EEESMO, durante o processo de TP e parto, partos distócicos ou lacerações mais profundas, tinha por ideia de que não nos debruçamos afincadamente sobre o futuro e sobre estas possíveis implicações, facto também desmistificado posteriormente no CPC de BP. Gostava de ter tido oportunidade de participar em consultas de reeducação do pavimento pélvico, aprofundando a unidade de competência 6.3.5 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário (...)” (Regulamento nº391/2019, p.13565).

A área da Ginecologia para mim era até então pouco conhecida nesta sua abrangência. Não sendo um gosto inato constatei que teria muito a aprofundar para me tornar uma perita na área. Foi uma experiência pautada pela parceria multidisciplinar, de integração de experiência de peritos, concomitante com procura de evidência científica. Considero importante que o EEESMO deva abranger esta área da saúde da mulher, demonstrando e defendendo o seu conhecimento especializado e este CPC foi para mim fonte de visibilidade da importância das intervenções autónomas do EEESMO na promoção da saúde, mas também no acompanhamento em caso de doença ginecológica. No entanto, pela experiência tida no contexto em que realizei este ensino clínico, também verifiquei que nem todos os outros profissionais percecionam a nossa Especialidade como dotada de competências que são comuns com as dos médicos e isso entristeceu-me. Senti-me na obrigação de esclarecer

que a nossa formação contempla a realização de colpocitologias e também a colocação de dispositivos intra-uterinos. Destaco a unidade de competência 6.1.1 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO: “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica” e “de promoção da regulação da fecundidade e fertilidade” tal como é especificado na unidade de competência 1.1.2 (Regulamento nº391/2019, p.13561).

Uma boa orientação antecipada de promoção de saúde à mulher torna-a mais empoderada e desperta para a necessidade de cuidar de si, empoderando-a e prevenindo a doença. Muitas vezes só se reconhece o valor de um assunto depois de este ser abordado pelo prestador de cuidados e esta é uma oportunidade fundamental do EEESMO na responsabilização e tomada de decisões informadas.

3.3.7 - Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

O descritivo desta competência enuncia “Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população” (Regulamento n.º 391/2019, p. 13565).

Esta competência foi aperfeiçoada ao longo das competências anteriormente descritas.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica o EEESMO cuida a Mulher, no seu variado repertório de papéis, nos distintos momentos do seu ciclo de vida (2021, p.13). Segundo o mesmo documento “Esta visão dos cuidados especializados contribui para a preferência e reconhecimento de cada EEESMO, enquanto profissional mais bem preparado para dar resposta às necessidades no âmbito da saúde reprodutiva, ginecológica e sexual e promover transições saudáveis” (2021, p. 2).

O EEESMO cuida a Mulher-Menina, a Mulher-Jovem/Adulta, a Mulher-Companheira de alguém, a Mulher-Grávida, a Mulher-Parturiente, a Mulher-Puérpera, a Mulher-Mãe, atuando no tempo e ambiente em que cada uma se encontra, numa perspetiva individual, com o intuito de promover o melhor nível de saúde sexual, ginecológica e reprodutiva, prevenir processos de doença, detetar precocemente complicações e encaminhar atempadamente para o profissional competente. Aos diversos papéis da Mulher podem associar-se outros clientes como sendo o/a Companheiro/a (nos papéis de conjugalidade e parentalidade) e o RN. Esta pluralidade de papéis pode coexistir entre si e deverá ter em conta a especificidade de cada uma em termos de necessidades de cuidados, salvaguardando que uma experiência positiva de cuidados tem significados diferentes para diferentes pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A saúde da mulher em idade fértil, nas suas diferentes dimensões, exige uma readaptação a cada nova etapa de vida e a mestria do EEESMO revela-se fulcral no apoio em cada transição.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, ao ter como finalidade a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista e do grau acadêmico de Mestre, demonstra o caminho percorrido através da descrição e análise reflexiva de dois eixos síncronos: o percurso efetuado para aquisição de competências comuns e específicas de EEESMO e a integração da promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido neste percurso. A reflexão partilhada, sendo reflexo de uma entrega intensa tanto no caminho, como na reflexão e descrição da mesma, compreende em si as vivências mais impactantes, conhecimentos, habilidades e atitudes que permitiram uma progressiva complexidade na minha identidade profissional, nos diversos domínios de intervenção e desenvolvimento técnico-científico, que me proporcionaram novos campos de atuação no exercício profissional autónomo. As limitações inerentes às regras delimitantes da forma do presente documento, condicionaram a não exploração de todas as vivências de aprendizagem. De acordo com McCormack e McCance, “Commitment to the job in this sense is more than simply acts of kindness but about taking mindful action that is informed by different types of evidence” (2017, p.46). Características pessoais, éticas e deontológicas, assim como linhas referenciais orientadoras da nossa profissão, a responsabilidade profissional, o julgamento crítico, foram parte integrante da prestação de cuidados de Enfermagem Avançada e de EEESMO.

A escolha do tema de investigação que surgiu no meu percurso profissional, através de gostos e valores, veio perpetuar a sua pertinência fundamentada na investigação científica realizada. Enquanto sujeito investigador, as minhas limitações prenderam-se com o facto de ser um investigador iniciado, principiante neste campo. Como forma de colmatação desta dificuldade tentei adquirir espírito de investigação, desenvolvendo a qualidade da leitura sistemática de diversos ramos do saber que pudessem influenciar esta área do conhecimento. Paralelamente à leitura assisti também à reprodução de um *webinar* sobre Investigação Qualitativa que tinha decorrido em 2021. Toda esta mobilização e busca por uma maior e melhor compreensão de história, fenómenos, conceitos, auxiliou na criação de um Eu mais crítico e em constante busca pelo aperfeiçoamento. A subjetividade daquilo que é o processo de análise de dados, assumiu contornos desafiantes, colmatados por um lado pela minha característica de organização pessoal que me permitiu ter um “diário de bordo” que permitiu lembrar e assegurar conteúdos importantes, no entanto, não devolvi os dados aos participantes depois da transcrição das entrevistas para verbatim, aspeto que será a melhorar em acontecimentos futuros. Não tendo tido por pretensão absolutizar a temática, deixo como sugestão a amplificação do projeto em articulação com a medicina materno-fetal e a neonatologia, num crescimento conjunto, objetivando uma melhor articulação, entrosamento, continuidade e melhoria na prestação de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido,

gerando reflexão e, se possível, produção científica, documentando a importância do EEESMO na mesma.

À luz da teoria de McCormack e McCance “the development of an effective person-centred and evidence-informed workplace requires the commitment to the development of a learning culture at work” (2017, p.49). Numa projeção de melhoria contínua no meu novo papel profissional, estou inscrita numa formação sobre o Método Guillaume a realizar em abril, representando o comprometimento de continuidade na formação e constante renovação em mim mesma e na profissão.

Considero ter conseguido desenvolver os objetivos a que me propus, e que se encontram estipulados na introdução, e que este documento espelha esse trajeto. Tendo sido um esforço imenso ganhei força na superação e alcanço a entrega deste relatório, para posterior apresentação e discussão pública.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., Kenner, C., & Damus, K. (2015). The wee care neuroprotective NICU program (Wee Care): the effect of a comprehensive developmental care training program on seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care of premature neonates. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15(1), 6-16.
- Altimier, L., & Philips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22.
- Altimier, L., & Philips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16, 230-244.
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015). FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.131(1), p13-24.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Calais-Germain, B. & Parés, N. (2009). *Parir em Movimento*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Campos, A., Soares, C., Alves, M., Mira, R. (2017). *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Center on the Developing Child. (2016). *From best practices to breakthrough impacts. A science-based approach to building a more promising future for young children and families*. Harvard University.
- Center on the Developing Child. (2007). *The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture: Working paper 5*. Harvard University.
- Cheio, E. (2016). Procriação medicamente assistida. In M. Nené, R. Marques & M. Batista, (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (p. 40-48). Lisboa: Lidel.
- Decreto Lei n.º 65/2018. Capítulo III: Mestrado. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1ª série (n.º157 de 16 de agosto de 2018), p. 4162-4165.

Direção-Geral da Saúde. (2006). Circular Informativa n.º 01/DSMIA. Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2001). Circular Informativa n.º 16/DSMIA. Boletim de Saúde da Grávida. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2006). Circular Normativa n.º 02/DSMIA. Prestação de Cuidados Pré-concepcionais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º 023/2011: Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Alimentação e Nutrição na Gravidez 2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5ª ed.). Lisboa: Lidel.

Henriques, A. (2017). Episiotomia e lacerações perineais. In Graça, L. M., *Medicina Materno-Fetal* (p. 580-584). Lisboa: Lidel.

International Classification for nursing practice, Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – ICNP/CIPE Versão 2 (2011), Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – 2019/2020.

International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. 2019, Update 2019. Acedido a 23-11-2021. Disponível em ICM competencies english 2.indd (internationalmidwives.org)

Joanna Briggs Institute (2020). JBI manual for evidence synthesis: 2020 Edition. Austrália: jbi.global, DOI doi.org/10.46658/ JBIMES-20-12.

Lei n.º 156/2015 (2015). Capítulo VI: Deontologia Profissional. *Diário da República*, 1ª série (n.º 181 de 16 de setembro de 2015), p. 8077-8080.

Lei n.º 16/2007 (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República*, 1ª série (n.º 75 de 17 de abril de 2007), p. 2417-2418.

McCormack, B., McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice*. (second edition). Wiley: Blackwell.

Monteiro, F., Leite, C. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.182-199). Lisboa: Lidel.

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Nurturing Care for Early Childhood Development. (2021). *Nurturing care for every newborn – thematic brief*. Disponível em
Nurturing care for every newborn - Nurturing Care Framework for Early Childhood Development (nurturing-care.org)

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – uma visão partilhada*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Episiotomia: realização seletiva ou rotineira*. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.* Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272604>.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region.* Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- O'Reilly, B., Bottomley, C., Rymer, J. (2008). *Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia.* Loures: Lusodidacta.
- Prada, F., Rafael, M. (2018). Perspectiva Histórica do Partograma. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.348-352). Lisboa: Lidel.
- Rapisardi, G., Davidson, A. (2011). Neurodevelopmental Assessment in young infants: a proposal for daily clinical activity and early intervention, integrating the concepts of Milani Comparetti, Brazelton and Prechtel. In T. Brazelton & K. Nugent (Coords). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale.* (p.133-140). London: Mac Keith Press.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série* (Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019), p. 4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República, 2ª série* (Nº 85 de 3 de maio de 2019), p. 13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 181/2021 (2021). Regulamento Geral de Funcionamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. *Diário da República, 2ª série* (Nº 181 de 16 de setembro de 2021), p. 138-149.

Rua, M., Carvalho, M, Santos, M., & Amaral, C. (2020). Cuidados Imediatos ao recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa & C. Amaral. (Coords). Procedimentos de *Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (p.209-214). Lisboa: Lidel.

Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. 10(1), p.8-11.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). *Consenso sobre Contraceção*.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia – Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018). *Consensos de Neonatologia: A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. Edição n.2/2018. Portugal.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018). *Consensos de Neonatologia: O som na unidade de neonatologia*. Edição n.1/2018. Portugal.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. (5ª Ed.). Loures: Lusodidática.

Vala, J. (2014). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Coords). *Metodologia das Ciências Sociais*. (p. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Vilelas, J. (2017). *Investigação - O processo de construção do conhecimento*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

World Health Organisation. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

Ofício de apreciação da Comissão de Ética

Exmo.
Conselho de Administração do Hospital

Assunto: "O enfermeiro obstetra na promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido" -
Sr.ª Enf.ª Cláudia Araújo

N/Of 31/CE
Data: 11 /10/2021

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética reunida em 16/09/2021, no que respeita ao pedido de reapreciação do projeto "O Enfermeiro Obstetra na promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido", cuja investigadora será a Senhora Enf.ª Cláudia Araújo, e considerando as alterações efectuadas no formulário de consentimento informado, a CES aprovou o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética



(Gonçalo Proença)

GP/CL

Hospital
Av.
Tel.



HIMSS Analytics **7** STAGE

ANEXO II

Síntese de registo de atividades práticas

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>306</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>147</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>44</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>0</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>0</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>29</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>44</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>72</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>33</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>300</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>300</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>12</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>49</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 4
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 37

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* ✓
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* ✓
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* ✓
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* ✓
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* ✓
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* ✓

Lisboa, 11 / 11 / 2021

Estudante/*Student*

Cristina Cristina Gomes Araújo

Docente/*Teacher*

Helena

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Alcides Ferreira dos Santos

APÊNDICES

APÊNDICE I

Termos de pesquisa da revisão *scoping*

	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	
		<i>CINAHL Complete</i>	<i>MEDLINE Complete</i>
População	Newborn Neonatal	MH "Infant, Newborn"	MH "Infant, Newborn"
Conceito	Neuroprotective care Neurotrauma care Neuroprotective strategies	MH "Neuroprotective Agents"	MH "Neuroprotective Agents"
Contexto	Health Care	MH "Nursing care" MH "Neonatal Nursing"	MH "Nursing care" MH "Neonatal Nursing"

APÊNDICE II

Resultados da pesquisa na base de dados CINAHL

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S4 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10
S14	S4 AND S9 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	21
S13	S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	741,573
S12	(MH "Neonatal Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,090
S11	(MH "Nursing Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	26,011
S10	health care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	716,606
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,783

S8	(MH "Neuroprotective Agents")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	4,596
S7	neuroprotective strategies	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	231
S6	neurotrauma care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5
S5	neuroprotective care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	186,001
S3	(MH "Infant, Newborn")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	141,176
S2	neonatal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	75,287
S1	newborn	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	155,156

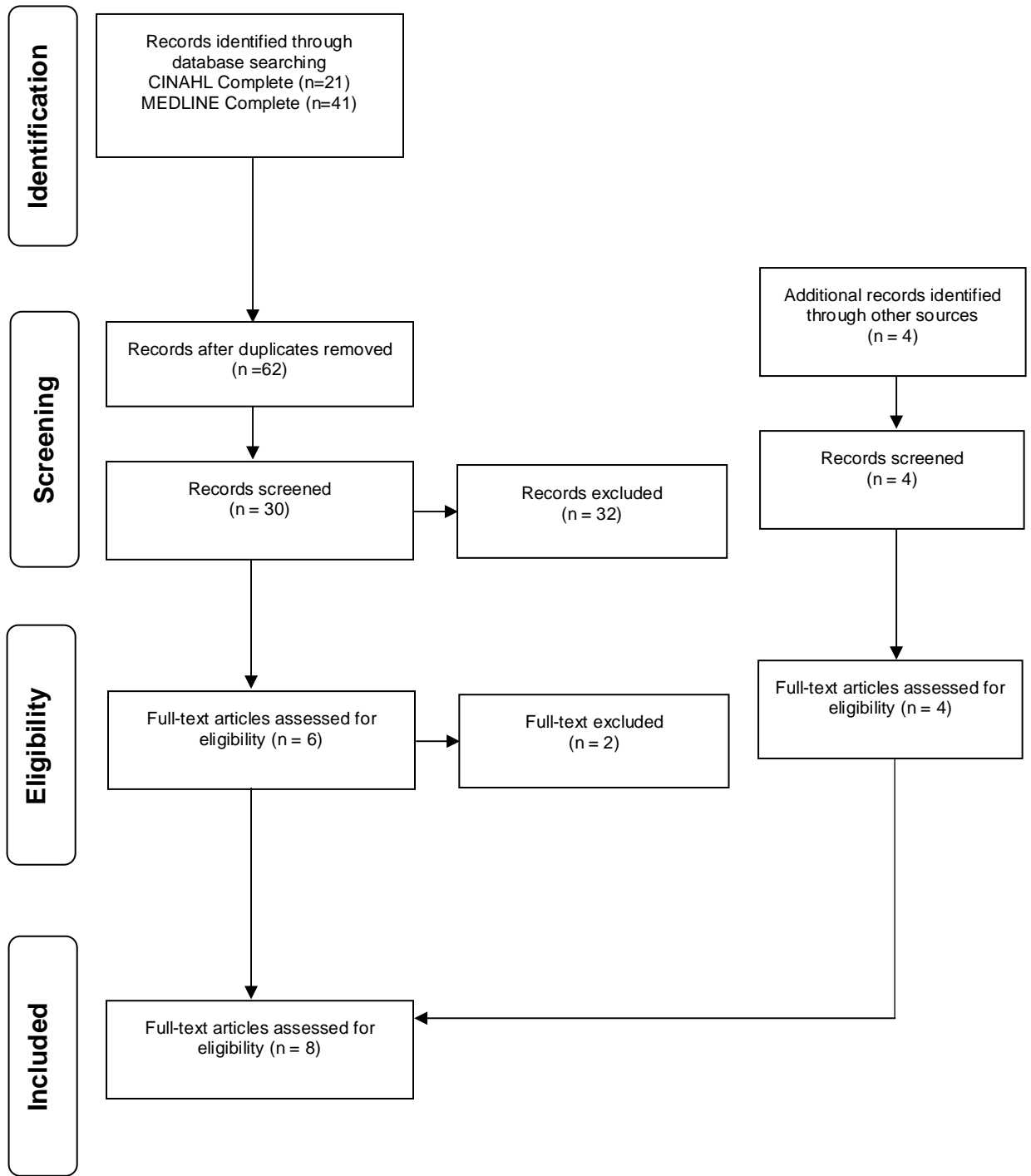
APÊNDICE III
Resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE



#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S4 AND S9 AND S13	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23
S14	S4 AND S9 AND S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	41
S13	S10 OR S11 OR S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,046,022
S12	(MH "Neonatal Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,115
S11	(MH "Nursing Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	30,637
S10	health care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,017,913
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	40,496

S8	(MH "Neuroprotective Agents")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	39,224
S7	neuroprotective strategies	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,690
S6	neurotrauma care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	34
S5	neuroprotective care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	15
S4	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	894,588
S3	(MH "Infant, Newborn")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	639,391
S2	neonatal	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	273,443
S1	newborn	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	805,378

APÊNDICE IV
Fluxograma



APÊNDICE V

Tabela de extração de resultados

Título	The Wee Care Neuroprotective NICU Program (Wee Care): The Effect of a Comprehensive Developmental Care Training Program on Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care of Premature Neonates
Autor	Altimier, L., Kenner, C., & Damus, K.
Ano	2015
Objetivos	O objetivo deste projeto de melhoria de qualidade foi determinar o efeito do programa Wee Care Neuroprotective NICU abrangente (Wee Care) em sete medidas neuroprotetoras centrais para o cuidado de desenvolvimento neuroprotetor centrado na família de RNs prematuros.
População	A amostra incluiu oitenta e uma UCINs de 27 estados dos EUA, bem como da Bélgica e da Holanda.
Tipo de Artigo	Este estudo baseia-se e amplia a pesquisa existente para determinar se o Programa Neuroprotetor Wee Care NICU, com base no modelo Neonatal IDC, teve efeito em sete medidas neuroprotetoras centrais para cuidados de desenvolvimento centrado na família. A pesquisa de avaliação do Wee Care consiste em perguntas / observações relacionadas a sete medidas centrais neuroprotetoras que são pontuadas utilizando uma escala Likert de 0 a 5. Análises descritivas univariadas, bivariadas e correlacionais foram feitas nas pontuações agregadas do pré-local e pós-local para cada uma das sete medidas neuroprotetoras.
Metodologia	A pesquisa pré-local foi concluída em 4 - 8 semanas antes da implementação do treino do Programa de Neuroproteção da UCIN e da pesquisa pós-local 12 - 14 meses após intervenção educacional no local por um dos quatro educadores / consultores treinados no uso da ferramenta de pesquisa Wee Care (confiabilidade entre avaliadores = 0,98). Todos os dados foram inseridos num banco de dados do Excel para análise secundária, a fim de examinar as mudanças nas pontuações do pré-local versus pós-local do composto de medida principal geral, bem como cada pontuação de medida principal individual pré e pós-local.
Resultados significativos	O Programa Wee Care tem-se mostrado benéfico, sendo baseado em sete medidas essenciais neuroprotetoras para o cuidado neuroprotetor centrado na família. O programa de treinamento transformacional incorpora literatura baseada em evidências e padroniza as práticas clínicas para todos os profissionais, aumentando assim a consistência na qualidade. O programa melhora o cuidado e as práticas neonatais em geral e deve ser amplamente implementado nas UCINs que desejam melhorar o cuidado neuroprotetor de bebês prematuros e / ou doentes. Este programa exclusivo combina práticas baseadas em evidências com sete medidas básicas de neuroproteção para cuidados de apoio ao desenvolvimento centrados na família, com o objetivo de padronizar as práticas de cuidados neuroprotetores na UCIN. Isso é alcançado e sustentado pela incorporação da metodologia de mudança transformacional no programa de treino. Cada uma das sete medidas principais (ambiente de cura, parceria com famílias, posicionamento e manuseio, proteção do sono, redução do stresse e da dor, proteção da pele e otimização da nutrição) tem intervenções neuroprotetoras que promovem o desenvolvimento normal e evitam deficiências. Neste artigo está detalhada cada uma das sete medidas consideradas como neuroprotetoras. Apesar das evidências de benefícios de curto e longo prazo em relação aos cuidados desenvolvimentais, vários estudos documentaram a falta de conhecimento dos enfermeiros sobre os mesmos.

	<p>O Wee Care Neuroprotective NICU Program, baseado no Neonatal Integrative Developmental Care Model, incorpora melhores práticas baseadas em evidências em educação e treino que resultam em melhores práticas neuroprotetoras para bebês prematuros e de alto risco e suas famílias, juntamente com a melhoria do bebê, família, equipa, e resultados hospitalares e institucionais. Este estudo demonstra que, dadas as oportunidades adequadas de conhecimento, treino, educação e melhoria de qualidade, apoiadas por habilidades de liderança, o complemento usual de RNs em uma UCIN pode melhorar sua aquisição de conhecimento e implementar com sucesso cuidados neuroprotetores de apoio ao desenvolvimento centrados na família, a fim de fornecer cuidados ideais aos bebês e suas famílias.</p>
Referência Bibliográfica	<p>Altimier, L., Kenner, C., & Damus, K. (2015). The wee care neuroprotective NICU program (Wee Care): the effect of a comprehensive developmental care training program on seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care of premature neonates. <i>Newborn & Infant Nursing Reviews</i>, 15(1), 6–16. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.01.006</p>

Título	Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families - Effects of a Weighted Maternally-Scented Parental Simulation Device on Premature Infants in Neonatal Intensive Care
Autor	Russell, K., Weaver, B., & Vogel, R. L.
Ano	2015
Objetivos	Avaliar os efeitos da Medida Neuroprotetora de Parceria com as Famílias através da utilização de um dispositivo de simulação parental ponderado com e sem cheiro materno
População	Amostra de 48 crianças – 45 até ao fim do estudo
Tipo de Artigo	Estudo randomizado
Metodologia	Uma amostra de 45 crianças foi randomizada em 1 de 4 grupos. Bebés em 2 dos grupos foram posicionados com um dispositivo de simulação parental ponderado com e sem cheiro materno. Os bebés de um terceiro grupo foram colocados em um dispositivo de aninhamento macio com cheiro materno, mas sem o dispositivo de simulação parental ponderada. Os bebés do grupo de controle receberam cuidados de rotina, sem cheiro materno ou dispositivo de simulação parental. Os bebés foram observados e os dados fisiológicos e comportamentais foram registados por um período contínuo de 12 horas.
Resultados significativos	<p>O cuidado neuroprotetor usando um dispositivo de simulação parental com aroma materno ponderado resultou em aumento da estabilidade fisiológica de bebés prematuros por meio da promoção da autorregulação observada pela redução de comportamentos stressantes e diminuição da apneia e bradicardia.</p> <p>Os profissionais de saúde precisam estar conscientes dos fatores ambientais físicos e sensoriais que afetam os resultados de bebés prematuros e prematuros, como o desenvolvimento do cérebro e a autorregulação. Embora os cuidados neuroprotetores tenham muitos benefícios no caso de bebés prematuros, as intervenções que facilitam apenas a contenção podem não fornecer o suporte ideal para esses bebés vulneráveis.</p> <p>Os cuidados neuroprotetores precoces, podem facilitar o apego materno-infantil seguro: o apego materno-infantil promove o desenvolvimento ideal do cérebro do bebé e ambos são essenciais para a sobrevivência, com efeitos duradouros nos resultados físicos, cognitivos e emocionais.</p>
Referência Bibliográfica	Russell, K., Weaver, B., & Vogel, R. L. (2015). Neuroprotective core measure 2: partnering with families - effects of a weighted maternally-scented parental simulation device on premature infants in Neonatal Intensive Care. <i>Newborn & Infant Nursing Reviews</i> , 15(3), 97–103. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.005

Título	Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the Neonatal Intensive Care Unit. Part A: Background and Rationale. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN
Autor	Milette, I., Martel, M.-J., Ribeiro da Silva, M., & Coughlin McNeil, M.
Ano	2017
Objetivos	Fundamentação para a implementação de diretrizes de atuação: melhorar a qualidade dos cuidados prestados a bebês prematuros e em estado crítico hospitalizados em UCINs ou berçários de cuidados especiais, pela adoção e implementação de diretrizes institucionais de cuidados neuroprotetores de apoio ao desenvolvimento que se alinham com as medidas básicas para cuidados adequados para a idade (Coughlin et al. , 2009).
População	As recomendações das diretrizes aplicam-se a todos os prestadores de cuidados diretos e indiretos (líderes clínicos e agentes de mudança, bem como administradores de UCIN e creches de cuidados especiais que implementam um programa de cuidados neuroprotetores de desenvolvimento).
Tipo de Artigo	Revisão da Literatura: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Database, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO e Google Scholar.
Metodologia	Baseada nas Instruções para Redação das Diretrizes de Prática Clínica da NANN (NANN, 2009).
Resultados significativos	<p>Práticas profissionais individuais são componentes chave dos cuidados de desenvolvimento – a padronização das abordagens melhora os resultados do bebê e família;</p> <p>Altimier e Philips (2013) reestruturaram as guidelines de Coughlin fundamentando-as em 7 medidas e, todas elas, são práticas profissionais individuais;</p> <p>No entanto também são necessárias políticas de mudança institucionais. Sugere como exemplos o NIDCAP e o Programa Wee Care.</p> <p>Estas diretrizes enfocam a implementação institucional de CD neuroprotetores para melhorar a operacionalização das medidas centrais da CD, que incluem <u>proteção do sono, redução da dor e do stresse, implementação de atividades de vida diária adequadas à idade, implementação de cuidados centrados na família e promoção de um ambiente de cura</u> (Coughlin, 2011). Cada uma destas intervenções está abordada em específico no artigo.</p> <p>As presentes diretrizes fornecem uma estrutura de implementação muito necessária para garantir a consistência dos cuidados em todos os ambientes, a sustentabilidade da prática de uma unidade de CD e a responsabilidade institucional pelas melhoria das práticas.</p> <p>Esta estrutura passo a passo fornece uma metodologia de implementação e estratégias de apoio para melhorar as competências e a responsabilidade dos profissionais de saúde pelas melhores práticas de CD tanto ao nível da unidade quanto institucional.</p>
Referência Bibliográfica	Milette, I., Martel, M.-J., Ribeiro da Silva, M., & Coughlin McNeil, M. (2017). Guidelines for the institutional implementation of developmental neuroprotective care in the neonatal intensive care unit. Part A: background and rationale. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. <i>The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche En Sciences Infirmieres</i> , 49(2), 46–62. https://doi.org/10.1177/0844562117706882
Estas diretrizes para a implementação institucional de cuidados neuroprotetores do desenvolvimento na UCIN estão programadas para revisão em 2020.	

Título	Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the NICU. Part B: Recommendations and Justification. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN.
Autor	Milette, I., Martel, M.-J., da Silva, M. R., & Coughlin McNeil, M.
Ano	2017
Objetivos	Diretrizes e justificação das mesmas para o sucesso da implementação de cada etapa dos cuidados neuroprotetores.
População	As recomendações das diretrizes aplicam-se a todos os prestadores de cuidados diretos e indiretos (líderes clínicos e agentes de mudança, bem como administradores de UCIN e creches de cuidados especiais que implementam um programa de cuidados neuroprotetores de desenvolvimento).
Tipo de Artigo	Revisão da Literatura
Metodologia	Desenvolvimento da implementação institucional de diretrizes de cuidados de desenvolvimento (CD) com base na revisão da literatura - recomendações, justificativa e revisão de resultados.
Resultados significativos	Etapas do processo de implementação: planificar; educar; priorizar. A melhor chance para uma integração bem-sucedida da filosofia DC e sua implementação como uma organização é paciência, resistência e persistência (McGrath & Valenzuela, 1994). Padrões claramente definidos, responsabilidades e liderança forte são necessários para sustentar uma mudança cultural. As presentes diretrizes fornecerão uma abordagem sistemática baseada em evidências para a sua implementação bem-sucedida na UCIN.
Referência Bibliográfica	Milette, I., Martel, M.-J., da Silva, M. R., & Coughlin McNeil, M. (2017). Guidelines for the institutional implementation of developmental neuroprotective care in the NICU. Part B: recommendations and justification. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. <i>The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche En Sciences Infirmieres</i> , 49(2), 63–74. https://doi.org/10.1177/0844562117708126

APÊNDICE VI

Guião das entrevistas semiestruturadas

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS
ESTUDO: O Enfermeiro obstetra na promoção de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido

Caracterização sócio demográfica

Idade:	
Sexo:	
Tempo de exercício profissional como EEESMO:	
Outra formação:	
Experiência em preparação para o parto e nascimento:	

Guião da Entrevista

1. No seu contexto de trabalho, quais os cuidados que adota que julga serem promotores do melhor neurodesenvolvimento do recém-nascido?
Pode descrevê-los?
2. Tem sugestões que gostaria de partilhar no sentido da promoção destes cuidados?

APÊNDICE VII

Tabela de categorização dos dados das entrevistas

<u>Ambiente</u>	<p>“as luzes um bocadinho mais apagadas, um ambiente mais tranquilo, um bocadinho isento de estímulos externos excessivos” (E1)</p> <p>“o ambiente, os ruídos, a luz, uma luz mais suave, não muita gente a falar ao mesmo tempo” (E3)</p> <p>“tentar realmente pôr um ambiente tranquilo, se calhar uma musiquinha suave, diminuirmos as luzes, tentar que não haja muita gente (...) a falar ao mesmo tempo” (E3)</p> <p>“reduzir ao máximo a nossa intervenção” (E4)</p> <p>“eu coloco sempre uma luz mais amena, (...) mais doseada na sala, uma luz mais controlada” (E5)</p> <p>“Nós colocamos também difusores de aroma para simular quase o efeito da casa, o efeito do conforto e da casa, e menos uma coisa menos instrumentalizada” (E5)</p> <p>“a criação de um ambiente que seja minimamente agradável para a grávida e conseqüentemente para o bebé. Um quarto que tenha pouca luz, com pouco barulho, que... com poucas pessoas dentro (...) do quarto, seja a mulher e o acompanhante, eu e outro enfermeiro... (...) minimizar pelo menos as entradas e saídas das pessoas durante o momento do parto e até mesmo no pós-parto imediato” (E7)</p> <p>“a maior parte da manutenção daquele ambiente que seja minimamente calmo para o bebé” (E7)</p> <p>“os bebés que precisam de ficar em incubadoras... há algum tempo, alguém (...) estava a fazer isto na incubadora (movimento do dedo a picar em cima da incubadora) e a colega que era da neonatologia disse “não faças isso... que isso parecem aviões a passar por cima do bebé...” (...) aquilo faz um barulho imenso lá dentro...”(E7)</p> <p>“se calhar retardar um bocadinho mais as nossas intervenções para o bebé e tentar que o ambiente seja mesmo realmente muito calmo.” (E7)</p> <p>“Porque o barulho, aquela agitação toda... (...) a gente todos muito entusiasmados com aquilo... (...) o entusiasmo é nosso mas... mais do que para nós, é para aquela família... se calhar conseguirmos dar alguma forma a que o ambiente seja mais calmo, mais tranquilo, com menos barulho, menos agitação, e deixar que o bebé fique com a mãe e não interrompermos tanto aquela ligação deles e a proximidade deles” (E7)</p> <p>“proporcionar ali na altura do nascimento a maior tranquilidade possível tanto para ele como para a mãe” (E8)</p> <p>“um ambiente mais tranquilo e mais carinhoso possível, dócil” (E8)</p>
-----------------	--

Parceria com as famílias	<p>“informar e esclarecer a senhora e o acompanhante” (E2)</p> <p>“estimular a relação entre a tríade” (E2)</p> <p>“a autonomia até da Senhora” (E2)</p> <p>“estimular a relação entre pai e filho” (E2)</p> <p>“se a Senhora quer vir abaixo ajudar no período expulsivo” (E2)</p> <p>“saber o que é que a Senhora idealiza, o que é que o casal idealiza, o que é que espera, se não tiver um plano de parto, mas é nesse sentido de preparar ou de tentar fazer o teste diagnóstico sobre o que é que aquele casal pretende, o que é que eles esperam ou o que eles fizeram, se fizeram algum curso preparação ou como é que eles gostavam que fosse o parto, se querem realizar o contato pele a pele, se quer amamentar, para além de elucidar ou tentar transmitir, discutir com eles, incluí-los na tomada de decisão” (E2)</p> <p>“Acho que as pessoas precisam se focar muito, no que é que é o alvo dos seus cuidados, (...), é mesmo aquela díade ou tríade quando temos a sorte de estar o pai presente.” (E4)</p> <p>“Mesmo toda a espera, eu acho que isso é sempre fundamental, todas as manipulações que nós fazemos ao recém-nascido são sempre junto da mãe também, e ser o menos intrusivo possível também” (E5)</p> <p>“Falar com ele, explicar, nós estamos preparados para o receber, que os pais expliquem isso mesmo também, que o momento seja realmente ameno, que a mãe esteja tranquila, que tenhamos uma relação de confiança marcada e que ela, que realmente não haja ali muito cortisol na mãe naquele momento, que ela se sinta num ambiente tranquilo” (E5)</p> <p>“Tentar que seja uma saída minimamente controlada, feita pela mulher, controlada pela mulher” (E7)</p> <p>“nós às vezes para abreviarmos e rentabilizarmos o nosso tempo cortamos ali aquela proximidade entre a mãe e o bebé e, se calhar, planejar os cuidados por forma a interromper o mínimo possível o contato com o bebé.” (E7)</p> <p>“se demonstra que tem uma boa adaptação à vida extra uterina, é muito mais securizante para ele estar em contato com a mãe, (...) a mãe pode ser suturada, pode ser avaliada, sempre com o bebé junto a ela.” (E7)</p> <p>“proporcionar aos dois um bom acontecimento” (E8)</p>
---------------------------------	--

Posicionamento e manipulação	<p>“o recém-nascido protesta assim que é desencostado da pele da mãe, quanto mais quanto é posto em cima de uma balança ou em cima de uma Vickers. Por mais quente que aquilo esteja, está completamente à larga, à solta, sem nada...”(E4)</p> <p>“mesmo o cuidado como se enrola um bebé ou como se posiciona um bebé, (...), tudo faz diferença para a organização do bebé.” (E4)</p>
-------------------------------------	--

Minimização do stress e dor	<p>“pouco ou nada mexo nos bebês” (E4)</p> <p>“faço a Vitamina K de preferência já à mama” (E4)</p> <p>“mesmo a própria secagem do bebê, e o estímulo do bebê tento que seja o pai e a mãe a fazê-lo, e não eu, nem a colega que está a recebê-lo” (E4)</p> <p>“As pessoas acham que aquela interrupção do contato pele a pele é <i>minor</i> mas não é <i>minor</i>, gera imenso <i>stress</i> para o recém nascido” (E4)</p> <p>“E o bebê não precisa de ser pesado, o bebê podem não precisa de ser mexido, mesmo quando precisam de aspiração secreções tento fazê-lo em cima da mãe, tentar tirá-lo o mínimo” (E4)</p> <p>“tentamos agilizar e facilitar mecanismos de controle da dor e de conforto para o recém-nascido, sempre fazemos a vitamina K ou fazemos sempre em contacto com a mãe ou então a amamentar” (E5)</p> <p>“quando nós administramos a vitamina K, (...) não a fazer logo naquele imediato, e ainda que que ela seja administrada, ser feita em contato pele a pele com a mãe, ou à mama, também para não ser tão agressivo para o bebê” (E7)</p>
------------------------------------	--

Proteção da pele	<p>“O contato pele a pele” (E1)</p> <p>“contacto pele a pele” (E2)</p> <p>“contato pele a pele” (E3)</p> <p>“É um bebê que fica em contato pele a pele imediato e que ali permanece se for preciso durante 2 horas, sem ir à balança, sem nada.” (E4)</p> <p>“sempre contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida” (E5)</p> <p>“contato pele a pele” (E6)</p> <p>“o máximo de tempo em que o bebê tem contato pele a pele com a mãe sem que seja, sem que haja um corte a meio da... dali seja para pesar, seja para vestir o bebê, para observação do bebê...” (E7)</p> <p>“Quando não é possível o contato pele a pele com a mãe por algum motivo, esse contato pele a pele ser feito com o pai.” (E7)</p> <p>“Vai logo para cima da mãe” (E8)</p>
-------------------------	--

Otimização da nutrição	<p>“promoção do aleitamento materno precoce” (E1)</p> <p>“amamentação na primeira hora de vida” (E2)</p> <p>“o aleitamento logo na primeira hora de vida, e que estão mais focadas por exemplo para aqueles bebês que são prematuros, na extração do colostro...”(E6)</p>
-------------------------------	---

Outros aspectos relevantes	<p>“Aquilo que eu falei já está muito incutido em nós, já fazemos isto quase por rotina” (E1)</p> <p>“Então, temos que seguir um protocolo que já nos indica, tem a ver com a prematuridade do bebé; depois há aquela parte da monitorização mas isso já é um bocado, se calhar estou a olhar isto de uma forma biomédica, se calhar da monitorização, sinais vitais, bem estar materno fetal” (E2)</p> <p>“o promover a relação precoce, a vinculação precoce entre os três” (E3)</p> <p>“a vinculação” (E3)</p> <p>“Basicamente é um bebé que nasce quando quer, com calma, no seu tempo” (E4)</p> <p>“laqueação do cordão muito muito tardia” (E4)</p> <p>“potenciar a não perda de temperatura, que é para ele ter um mínimo de coisas que o desorganizem para potenciar ao máximo a adaptação à vida” (E4)</p> <p>“agora acho que está a voltar outra vez um bocadinho de, de..., de pressa porque eu tenho que fazer registos... não sei quê... portanto tira de cima da mãe para pesar, vai à Vickers mete-se fralda, mete-se gorro e volta para a mãe.” (E4)</p> <p>“Acho que as pessoas precisam se focar muito, no que é que é o alvo dos seus cuidados, não é o computador, nem é a pressa para fazer os registos” (E4)</p> <p>“no fundo aquilo que eu tento fazer de forma mais ou menos intuitiva é facilitar a adaptação do bebé a um meio que é completamente diferente daquele em que ele estava, (...) que essa transição seja o mais amena possível” (E5)</p> <p>“Eu acho mesmo que no fundo, eu acho que nos facilita se nós pensarmos todos, eu acredito mesmo nisto, que o momento do nascimento, é um momento que fica realmente no sub consciente daquela pessoa” (E5)</p> <p>“é as pessoas encararem aquele momento como um momento que não é só um momento único naquele dia, naquela hora, vai ser um momento único na vida daquela pessoa e é provavelmente o momento mais poderoso na sua vida, mesmo que eles não tenham consciência disso.” (E5)</p> <p>“deixar o cordão pulsar até ao fim” (E6)</p> <p>“Eu acho que o básico é isso não é?! E depois aqueles cuidados médicos, quando são necessários, não é?! Quando são ameaças de parto pré-termo, a medicação, o sulfato, pronto, basicamente é isso.” (E6)</p> <p>“há algumas generalistas que têm sempre alguma pressa de pesar do bebé... e vêm logo, e tiram o bebé de cima da mãe, e vamos pesar, e vou só aqui olhar para ele... eu acho que também no sentido de despachar alguns registos” (E6)</p> <p>“uma clampagem tardia do cordão” (E7)</p> <p>“A gente faz tanta coisa que é para isto e depois não estamos quase em consciência que estamos a fazer para isto.” (E7)</p> <p>“a neuroproteção com o sulfato magnésio, quando tu entras, às vezes e dentro das equipas médicas, nós somos assim um bocadinho a memória deles, não é, para por o protocolo da neuroproteção em curso” (E8)</p> <p>“forma a que o nascimento seja, ou o parto em si, seja o menos traumático possível tanto para um como para o outro.” (E8)</p>
-----------------------------------	--