



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde

Materna e Obstetrícia

ESTÁGIO COM RELATÓRIO:

Contacto Pele-a-pele no Nascimento - Um Cuidado

Especializado no Estabelecimento da

Amamentação

Tânia Valente

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

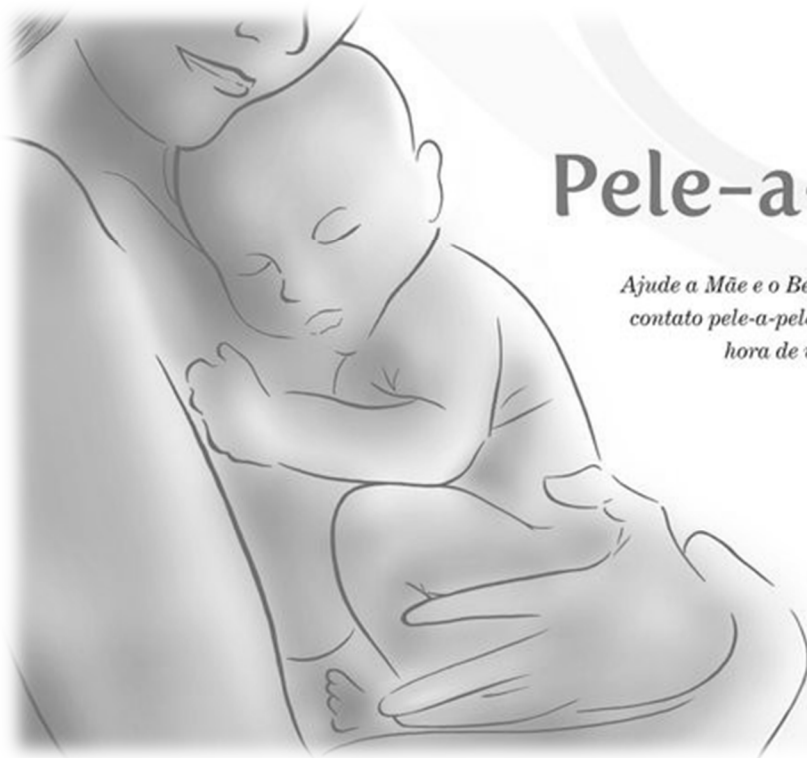
**Contacto Pele-a-pele - Um cuidado Especializado
no Estabelecimento da Amamentação**

Tânia Valente

Professora Teresa Félix e Professora Maria João Delgado

2011





Pele-a-Pele

*Ajude a Mãe e o Bebê a realizar o
contato pele-a-pele na primeira
hora de vida.*



**“ As Pedras do Meu Caminho Guardo-as Todas,
Um Dia Ainda Vou Construir um Castelo.”**

(AUTOR DESCONHECIDO)

AGRADECIMENTOS:

Gostaria de expressar aqui o meu agradecimento sincero a todas as pessoas que me acompanharam neste percurso, uma percurso longo, com algumas dificuldades mas que me permitiu crescer enquanto enfermeira e essencialmente enquanto pessoa, a todos eles muito obrigado.

Ao meu namorado, André pelo apoio e paciência perante a minha ausência;

Aos meus pais Isabel e Américo, e à minha irmã Mara, pelo incentivo constante, que não me deixou desistir...;

À minha amiga Carina, ela bem entende o porquê..., ao meu Chefe, Enf. ° Luís Miranda que me ajudou no que conseguiu...

À minha orientadora clínica Enf.^a Avelina Lopes, que me ensinou tudo o que sei...;

Às professoras do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, que me capacitaram a chegar mais além, especialmente à Prof.^a Maria João Delgado e à Prof.^a Teresa Félix.

RESUMO

Objectivo: Dar a conhecer o percurso ao longo do EC, de modo a desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados, especificamente, fundamentar a prática do contacto pele-a-pele após o nascimento e sua importância para o estabelecimento da amamentação promovido pelo EESMO, baseada na evidência científica.

Métodos: Foi utilizada a revisão sistematizada da literatura para fundamentar a prestação de cuidados e a observação participante como metodologia de trabalho em contexto de EC, recorrendo a processos de negociação com as mulheres/famílias, com os pares e restante equipa multidisciplinar como estratégia, no desenvolvimento das actividades.

Resultados: Da observação participante: os 42 partos eutócicos que realizei durante o EC, 36 díades desejaram e realizaram contacto pele-a-pele mãe-bebé após o nascimento (durante cerca de 30/40 minutos) e estabeleceram a amamentação precoce (1ª hora de vida do RN), as restantes díades, apesar de informadas acerca dos benefícios destas práticas optaram por não as realizarem, o que foi respeitado pela equipa.

Da revisão sistematizada da literatura surgiram achados de que o contacto precoce pele-a-pele mãe-bebé, e a sucção precoce são de grande contribuição para o aleitamento materno e para o aumento da sua duração e exclusividade, importa no entanto reforçar que compreender a mulher/casal como seres do mundo, possuindo 3 esferas – mente, corpo e alma - influenciadas pelo conceito do Eu (WATSON, 2002), garantindo-lhes opções informadas no seu projecto de saúde.

Considerações Finais: Importa salientar que enquanto profissional de referência para o casal grávido, o EESMO deve promover o crescimento mental-espiritual para o Eu da cada utente (WATSON, 2002) respeitando as decisões do casal, demonstrando sensibilidade para consigo e para com os outros, permitindo-lhes expressão de sentimentos positivos e negativos (WATSON, 2002), garantindo-lhes opções informadas, baseadas na evidência científica. O 4º passo da IHAB só faz sentido quando tem significado para a mulher/casal, garantindo-lhe um ambiente protector e/ou correctivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente (WATSON, 2002).

ABSTRACT (Tradução livre de Tânia Valente)

Objective: To base the practice of skin-to-skin after birth and its importance to the establishment of breastfeeding promoted by EESMO, based on scientific evidence.

Methods: We used systematic review of literature to support the provision of care and participant observation as a methodology of work in the context of EC, using the process of negotiating with women / families, with peers and staff multidisciplinary as strategy development activities.

Results: From participant observation: of the 42 normal delivery I made during EC, 36 dyads desired and held skin-to-skin mother and baby after birth (for about 30/40 minutes) and established breast-feeding early (first hour), other dyads didn't wanted, their decision was respected for the team

The review of the literature findings that emerged: early contact skin-to-skin mother and baby and early suckling are of great contribution to breastfeeding and to increase the duration and exclusivity, it is important however to stress that women understand / couple as beings-the-world, with three levels - mind, body and soul-influenced by the concept of the self (WATSON, 2002), providing them with informed choices in their health project.

Final Thoughts: It should be noted that as a professional reference for the couple pregnant, EESMO should promote mental and spiritual growth for the Self of each patient (WATSON, 2002) respecting the decisions of the couple, showing sensitivity to self and to others, allowing their expression of positive and negative feelings (WATSON, 2002), assuring an informed choice based on scientific evidence. The 4th step of BFHI only makes sense when it has meaning for the woman / couple, guaranteeing a protective environment and / or corrective mentally, physically, socially and spiritually (WATSON, 2002) or will be just another routine practice and fragmented non-coincident with the humanization of birth.

SUMÁRIO

	Pág.
0- INTRODUÇÃO	8
1- PERCURSO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO	11
2- BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
3- METODOLOGIA	15
3.1 - Revisão Sistematizada da Literatura	15
3.2 – Observação Participante	23
3.3 – Princípios Éticos	26
4- ANÁLISE/DISCUSSÃO DOS OBJECTIVOS INDIVIDUAIS	29
5- LIMITAÇÕES DO TRABALHO	43
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
7- BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	50
ANEXO I- Projecto Individual	51
ANEXO II- 1º Diário de Aprendizagem	70
ANEXO III- 2º Diário de Aprendizagem	76
ANEXO IV-3º Diário de Aprendizagem	81
ANEXO V- Sessão Formativa aos Pares	86
ANEXO VI- Proposta de Melhoria: Registo Contacto pele-a-pele no Bloco de Partos	90
ANEXO VII- Quadro Resumo da Análise dos Artigos	92
ANEXO VIII – Exemplar da Avaliação do EC	102

0- INTRODUÇÃO

Enquanto Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) é nosso papel intervir junto das mulheres/famílias que cuidamos de forma a possibilitar o seu desenvolvimento e contribuir para o *empowerment* destes na vivência de uma gravidez, parto e puerpério saudáveis e positivos.

Toda a actuação profissional precisa assumir a qualidade e segurança nos cuidados, como uma responsabilidade implícita ao acto de cuidar, pelo que a capacidade de adopção de uma filosofia de cuidados centrados no casal é essencial, assentando na construção de uma relação de parceria, garantindo cuidados oportunos, de qualidade e risco controlado (OE, Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 2007). O cuidar deve ser encarado, tal como refere Watson (2002) como o ideal moral da profissão e deve distanciar-se de abordagens meramente curativas – a pessoa deve ser compreendida, dentro do seu campo fenomenológico, e incentivada a descobrir-se de forma a encontrar crescimento espiritual.

Como quadro de referência para a realização deste relatório, e da minha prática clínica, enalteço o modelo teórico de Jean Watson que “(...) surgiu da demanda para conferir um novo significado e dignidade ao mundo de enfermagem e do cuidar (...) limitado na altura, largamente definido pelo paradigma da medicina (...)” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:165). Watson procurou construir um modelo que transportasse

“(...) a medicina, a enfermagem e o público para além da tradicional medicina ocidental, para lá da perspectiva da «cura a qualquer custo», coloca as práticas de cuidar e cura num novo paradigma que reconhece a relação simbiótica entre humanos-tecnologia-natureza e o universo mais vasto e em expansão.” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:165).

Procurei basear a minha intervenção, no ideal de que o estabelecimento de relações interpessoais fortes e sinceras, é o veículo para o verdadeiro cuidar eficaz “(...) mais holístico e humanista no qual a harmonia, a interpretação e a auto-transcendência são orientações emergentes (...)” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:172). Assim, foi através do estabelecimento dessas relações interpessoais de confiança com os casais grávidos, respeitando-os enquanto pessoas individuais e seres com dimensão espiritual, que

desenvolvi todas as actividades a que me propus, sendo para mim este o caminho para o verdadeiro desenvolvimento de competências enquanto EESMO.

Watson (2002) define como principal objectivo o crescimento mental-espiritual para o Eu e para os outros elementos envolvidos na relação terapêutica, que deve ser transpessoal – encontrando significado na nossa própria existência/experiência, e descobrir um poder e controlo interiores capaz de potenciar a transcendência e a auto-reparação.

A prestação de cuidados especializados na área de Bloco de Partos/Urgência Obstétrica e Ginecológica requer por parte do EESMO o domínio de diferentes competências, específicas e comuns a todos os enfermeiros especialistas, que nos permitam contribuir de forma activa para a melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos.

A elaboração deste Relatório de Estágio tem como finalidade traduzir a aquisição/desenvolvimento de competências no âmbito do Ensino Clínico (EC) IV do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que decorreu no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE (CHBM, EPE) entre 17 de Janeiro de 2011 e 1 de Julho de 2011 sob a orientação da EESMO Avelina Lopes, da Profª. Maria João Delgado e sob tutoria da Profª.Teresa Félix, bem como dar resposta ao Projecto Individual (Anexo I) que tracei.

Procurarei ao longo deste Relatório demonstrar o meu percurso de aquisição/desenvolvimento de competências; as actividades que desenvolvi e sua avaliação face aos objectivos propostos no Projecto Individual; apresentar a Revisão Sistematizada da Literatura (RSL) e de que forma a evidência científica se reflectiu na minha prática de cuidados e por fim elaborar uma análise crítica do meu desempenho, reflectindo os aspectos positivos e negativos do meu EC IV à luz da evidência científica, suportado nas competências do EESMO e nos objectivos delineados.

Em suma, este relatório será estruturado da seguinte forma: Percurso individual de desenvolvimento, onde traduzo o meu caminho enquanto EESMO na aquisição/desenvolvimento das minhas competências; no capítulo seguinte apresento um breve enquadramento teórico sobre a problemática em estudo; de seguida

apresento a metodologia utilizada, nomeadamente a revisão sistematizada da literatura, a observação participante e quais os princípios éticos implícitos na realização deste trabalho. O capítulo seguinte é dedicado à análise e discussão dos objectivos individuais, onde procuro traduzir as competências que adquiri/desenvolvi mobilizando o paradigma de enfermagem que orientou o meu cuidar, bem como as orientações da OE acerca das competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O próximo capítulo é dedicado às limitações que senti durante o meu percurso e termino com as considerações finais, onde faço uma análise crítica de todo o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

1- PERCURSO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO

Todo o meu percurso profissional tem estado em ligação com a área da Saúde da Mulher, tenho desenvolvido intervenções direccionadas para o apoio e capacitação da mãe/família nos cuidados ao recém-nascido (RN) e na vivência segura e confiante da parentalidade, promovendo o *empowerment* e a adaptação da família à sua situação nova e particular, apoiando e incentivando a amamentação.

Durante o meu percurso enquanto estudante tenho tido a oportunidade de cuidar mulheres/recém-nascidos/famílias em diferentes contextos, dado que exerço funções no Serviço de Obstetrícia da mesma Instituição onde desenvolvi o meu estágio de Bloco de Partos. Considero esta, uma experiência muito positiva na consolidação de conhecimentos, devido a este “*vai e vem*” entre a teoria e a prática, alargando a minha capacidade de intervenção junto dos casais/famílias que acompanhei.

Foi o estabelecimento de relações de auxílio-confiança com os casais grávidos que permitiu a minha aquisição/desenvolvimento de competências científicas e técnicas durante este EC IV.

Sendo o CHBM, EPE uma Instituição cuja equipa de saúde valoriza a promoção da amamentação, tal como preconizado pela OMS/UNICEF – fazendo eu parte dessa equipa e atendendo ao que tenho experienciado na minha prática clínica, foi minha motivação a humanização do parto, tendo como foco de atenção o efeito do contacto pele-a-pele após o nascimento, no estabelecimento da amamentação. Foi minha vontade procurar subsídios que facilitem e incentivem a prática profissional de cuidados especializados de qualidade, baseados na evidência científica.

Somos nós quem orienta e auxilia a família na transição para a parentalidade, sendo fundamental focalizarmos a nossa atenção na mulher, informando-a, conferindo-lhe capacidade de decisão, promovendo o ensino-aprendizagem transpessoais, como refere Watson, tornando-a um sujeito activo no seu projecto de saúde. Para isso considero fulcral a capacidade de comunicação dos profissionais, bem como o estabelecimento de relações interpessoais de auxílio-confiança, que nos permitam entender a mulher/família que cuidamos como única e original, auxiliando-a na satisfação das suas necessidades humanas de ordem inferior, superior e de auto realização. (WATSON, 2002).

Durante o meu percurso enquanto futura EEESMO procurei basear o meu desenvolvimento nos 4 domínios de competências comuns aos enfermeiros especialistas: a **responsabilidade profissional, ética e legal** – promovendo o respeito pela pessoa e pelos direitos humanos; a **melhoria contínua da qualidade de cuidados** – dinamizando iniciativas institucionais, colaborando em programas de melhoria dos cuidados, mantendo um ambiente terapêutico seguro; a **gestão de cuidados** – otimizando a resposta da equipa de enfermagem às situações e ao contexto e as **aprendizagens profissionais** – desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade, baseando a minha prática clínica em conhecimentos teóricos sólidos e coerentes.

Através das **Competências 2, 3 e 4** do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (OE, Outubro 2010) procurei o enquadramento legal para o meu percurso individual:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando a sua saúde, detectando e tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP), efectuando o parto (P) em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina;
- Cuidar 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.

É esta linha de pensamento que procurarei traduzir ao longo deste relatório de estágio onde evidenciarei aquilo a que me propus, o que aconteceu, a forma como o realizei e o que alcancei enquanto EESMO.

2- BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A OMS e a UNICEF (1993) recomendam o Aleitamento Materno (AM) exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de idade, e até aos 2 anos de vida como complemento de outros alimentos. Em 1992 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). Esse código de conduta surgiu na sequência da “Declaração Innocenti” a 1 de Agosto de 1990, durante um encontro entre formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e organismos internacionais (WHO/UNICEF, 1991). Esta Iniciativa tem como objectivo a promoção, protecção e apoio ao AM através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos dos hospitais, mediante a adopção das “Dez Medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés” das quais saliento a quarta medida como directriz oficial na justificação da importância deste trabalho para a excelência dos cuidados especializados que incita o início do AM na primeira hora de vida, corroborada também no Manual de Orientação em AM (FEBRASGO, 2006). Atendendo a sua grande importância, no parto, a equipa deve promover o início precoce da amamentação, colocando o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe pelo maior tempo possível. Este é um papel que pertence ao EESMO como profissional de saúde de referência para o casal grávido, sempre que seja esse o desejo da mulher.

Ao contrário dos outros mamíferos, a amamentação nos humanos não é um processo puramente instintivo, mas sim de aprendizagem, enquanto EESMO presentes e cuidadores em todo o ciclo gravídico-puerperal, é nossa função intervir em todos os momentos oportunos para incentivar, apoiar e facilitar a amamentação e subsequentemente, o contacto pele a pele. Foi nesse sentido que procurei manter uma linha de cuidar transversal, que permitisse uma intervenção nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal. Delineando actividades e estratégias dirigidas à grávida/família (EC II) durante o internamento no Serviço de Obstetria pela realização de sessões de educação para a saúde sobre Amamentação e Contacto precoce pele-a-pele; à puérpera/RN/família (EC V), pela utilização do Formulário de Observação da Mamada como instrumento de trabalho para o apoio à prática do AM exclusivo, e pretendi agora perceber qual podia ser a minha intervenção em contexto de Bloco de Partos fundamentada na evidência científica.

Do meu ponto de vista o momento do parto é crucial no estabelecimento precoce da amamentação e é onde o EESMO tem um papel privilegiado de proporcionar uma experiência positiva de amamentação à tríade, estimulando o contacto físico e visual entre mãe-bebé, assim como envolvendo o pai em todo o processo e proporcionando-lhes tempo para se conhecerem pessoalmente...

Foi minha motivação procurar subsídios que facilitassem e incentivassem a prática profissional na implementação dos saberes teóricos comprovadamente benéficos, especialmente os relacionados com o apoio e incentivo à amamentação.

Existe uma evidência muito clara de que o início do AM na primeira hora após o nascimento é muito importante para o bebé, para a mãe e para o estabelecimento do AM com sucesso. Estão bem demonstrados os efeitos positivos de uma primeira mamada com sucesso, são eles: a criação de confiança materna na capacidade de amamentar; o facto do bebé receber protecção imunológica do colostro; a estimulação do funcionamento intestinal e da digestão do bebé; a existência posterior de menor número de problemas na amamentação e o facto da relação mãe-filho, bem como o vínculo serem potenciados. (WHO/UNICEF, 1993).

3- METODOLOGIA

3.1- Revisão Sistematizada da Literatura (RSL)

Procurei através desta RSL - um tipo de estudo secundário retrospectivo que facilita a elaboração de directrizes clínicas, dado que permite reunir de forma organizada grande quantidade de resultados que auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, ou seja, pode definir-se como uma publicação viva, passível de ser actualizada cada vez que surgem novos estudos sobre o tema - contribuir para uma prática clínica de cuidados de enfermagem especializados adequada e promotora da amamentação, baseada na evidência científica, assim como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Assim:

“(...) na prática clínica é imprescindível que as informações sejam transformadas em conhecimento, isto é, que tais informações sejam reunidas, organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas. As directrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas são meios que permitem essa transformação. (...) Em suma, as directrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas consistem no elo de ligação entre as pesquisas e a prática clínica, sendo extremamente úteis para os tomadores de decisão na área da saúde (...)” (POCINHO, 2008:11)

A Revisão Sistematizada da Literatura, tal como referido por Galvão et al., “*é um recurso importante da prática baseada em evidências*” (2004:550) e difere de uma revisão tradicional, já que consiste num método rigoroso na procura e selecção das pesquisas, na avaliação da sua validade e interpretação dos dados daí originados. As suas características têm vantagens, como a promoção e actualização dos profissionais de saúde e síntese de um amplo corpo de conhecimentos.

Sampaio e Mancini referem que este método fornece “*uma soma das evidências relacionadas a uma estratégia específica de intervenção, mediante a aplicação sistematizada de (...) valorização, apreciação crítica e síntese das informações seleccionadas*” (2007:79). Para tal, inclui um protocolo com uma série de etapas para a sua realização, que procurei seguir e serão apresentadas de seguida.

Primeira etapa: construção do protocolo (Galvão [et al], 2004:551). Nesta fase defini a questão de pesquisa, que é “*uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar as pesquisas relevantes,*

colectar e analisar dados de estudos incluídos na revisão” (CORDEIRO [et al], 2007:429, citando Clark e Honton, 2001). É ela que está na base do estudo e vai definir as estratégias a seguir. Requer uma interrogação clara, bem formulada, que contenha a descrição do problema em estudo, população, contexto, intervenções e resultados, tal como realçam Sampaio e Mancini (2007). Outros autores classificam estes elementos como *PICO*. *P* de *população*, *I* de *intervenção*, *C* de *comparação*, *O* de *resultados* (com origem na palavra inglesa ‘*outcomes*’) (GALVÃO [et al], 2004:551), que vêm reflectidos na questão de pesquisa. Na primeira etapa, são definidas, igualmente, as palavras-chave e o objecto de estudo (MUÑOZ [et al], 2002:4). Também são definidos os critérios de inclusão e exclusão para a selecção dos estudos, a selecção das estratégias para a pesquisa, avaliação crítica da síntese dos estudos e que recursos poderão ter que vir a ser mobilizados (GALVÃO [et al], 2004:551).

Segunda etapa: procura de artigos que se considerem relevantes ou que tenham impacto para a conclusão da revisão sistematizada (SAMPAIO e MANCINI, 2007:79, GALVÃO [et al], 2004:551). Esta pesquisa deve ser ampla e incluir material publicado e não publicado em bases de dados electrónicas, manuais periódicos, referências listadas nos estudos identificados, contacto com investigadores ou material não publicado, tal como sugerido por Galvão [et al] (2004: 551). Neste trabalho recorri aos resultados dos estudos para fundamentar a minha prática de cuidados e compreender se correspondem às necessidades de cuidados dos casais grávidos de quem cuidei, apesar de não efectivar uma revisão sistemática da literatura, pura, pelo que será designada por revisão sistematizada da literatura, uma vez que não recorri a todas as bases de dados electrónicas, disponíveis.

Terceira etapa: pesquisa, revisão e selecção dos estudos, com base nos critérios anteriormente definidos. Dos estudos seleccionados deve mencionar-se a questão de investigação ou problema em estudo, local onde foi realizado e ano, forma como a intervenção foi realizada (metodologia) e resultados (GALVÃO [et al], 2004:553).

Quarta etapa: análise desses estudos. Nesta fase é feita a comparação entre eles, evidenciando o que existe de comum e diferente. A análise (ou síntese, como refere Galvão [et al], 2004:553) pode ser feita de duas formas: pode fazer-se uma análise quantitativa ou qualitativa (GALVÃO [et al] 2004:553). A análise quantitativa é também denominada de metanálise (CORDEIRO [et al], 2007:430 e GALVÃO [et al], 2004:553).

A análise qualitativa é feita quando os dados “*são sintetizados, mas não estatisticamente combinados*” (GALVÃO [et al], 2004:553). Devido às características deste trabalho, ser simultaneamente um relatório de estágio, realizei uma análise qualitativa dos estudos seleccionados.

A Revisão Sistematizada permite avaliar a eficácia do tratamento ou da intervenção em causa, respondendo às necessidades e questões levantadas. Em relação à profissão de enfermagem, esta metodologia permite “*identificar os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática (...) e identificar áreas que necessitam de futuras pesquisas*”, pelo que é “*um recurso valioso de informação para a tomada de decisões*” (GALVÃO [et al], 2004:551). Contudo, os mesmos autores consideram que tem desvantagens porque “*consome muito tempo (...) envolve um trabalho intelectual grande*” e pelos recursos humanos que requer (GALVÃO [et al], 2004:555).

Assim construí a seguinte **Questão PICOD**:

- **Qual o efeito do contacto pele-a-pele mãe-RN no nascimento, promovido pelo EESMO, no estabelecimento da Amamentação?**

Cujas **Palavras-Chave** foram:

- **Contacto pele-a-pele** _____ **Skin-on-skin contact**
- **Cuidado do EESMO** _____ **Midwife Care/Obstetric Care/Care**
- **Nascimento** _____ **Delivery/Birth**
- **Amamentação** _____ **Breastfeeding/Human Milk/Breast Milk**

Defini como população de estudo (P) – Mãe-RN; como intervenção (I) – Contacto pele-a-pele no nascimento; e como resultados esperados (O) – Estabelecimento da amamentação. Assim na realização da pesquisa utilizei os seguintes descritores:

P (população) – Delivery, Birth.

I (intervenção) – Skin-on-skin contact, Midwife care, Obstetric Care, Care.

O (resultados esperados) – Breastfeeding, Human Milk, Breast Milk.

Foram incluídos na pesquisa estudos experimentais e de revisão da literatura que demonstravam os benefícios do contacto pele-a-pele para o sucesso da amamentação. Atendendo ao elevado número de artigos que surgiram da pesquisa nas bases de

dados electrónicos, limitei a procura, tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão, optando apenas por artigos disponíveis em *full text* escritos em Inglês e Português. Realizei também pesquisa no Google Académico tendo seleccionado alguns estudos em Português. Como critérios de inclusão para a pesquisa seleccionei estudos realizados após o ano 2000, cujas palavras-chave incluíssem as mesmas da minha questão PICOD e como critérios de exclusão estudos realizados com RN pré-termo, RN com baixo peso e RN de partos distócicos. Após analisar os estudos encontrados nas diferentes bases de dados electrónicas (Medline, EBSCO, Publicações Cochrane Handbook, etc), seleccionei 13 estudos, que estarão resumidos num Quadro Resumo da Análise dos Artigos (Anexo VII).

Como estratégia para a consecução deste trabalho, enalteço os processos de negociação necessários, tanto com os casais grávidos, como com os pares (realizando uma sessão acerca dos achados teóricos na RSL (Anexo V), de forma a fundamentar a prática clínica baseando as nossas intervenções na evidência científica) e com os outros membros da equipa multidisciplinar. Foi minha vontade conseguir que a literatura fundamentasse o procedimento contacto pele-a-pele no nascimento e contribuir para a melhoria da prática de cuidados especializados em contexto de Bloco de Partos, baseados na evidência científica, favorecendo o bem-estar da tríade.

Parti então da Revisão Sistematizada da Literatura para fundamentar o procedimento contacto pele-a-pele no nascimento, enquanto facilitador do estabelecimento da amamentação, promovendo a adopção de comportamentos, através do desenvolvimento de um conjunto de competências comuns ao enfermeiro especialista que envolvam

“(...) as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar na prática de enfermagem.”
(REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA, 2010:2)

MATTAR E ABRÃO citados por MONTEIRO referem que:

“O quarto passo da IHAC tem suas bases teóricas sustentadas em evidência científica de benefícios e (...) auxilia no estabelecimento da sucção precoce que, estimulando a

hipófise na produção de prolactina e ocitocina, estimula a produção láctea, e tem efeitos sobre a involução uterina (...)" (2006:15)

OSSANDÓN [et al.] (2000) citados por ALMEIDA e FILHO

"(...) descrevem resultados encorajadores, permitindo assegurar que a facilitação do contacto precoce mãe-filho, além de favorecer o início do aleitamento materno e a prevalência do aleitamento materno ainda no sexto mês de vida, diminui o índice de hospitalização por hiperbilirrubinemia." (2004:384)

Pode concluir-se dos estudos referidos que o contacto pele-a-pele é recomendável para a promoção do AM, dado que o vínculo que aqui é favorecido é fundamental para o início e manutenção da amamentação (ALMEIDA e FILHO, 2004).

CHALMERS [et al.], (2009) realizou um estudo no Canadá onde analisou os níveis de adesão à amamentação exclusiva e à prática do contacto pele-a-pele, bem como seu reflexo na duração da amamentação. Parece, através dos resultados alcançados que nesse país, ao contrário do que ocorre noutros, apesar da adesão a ambos os pontos ser elevada isso não tem reflexo no prolongar do AM exclusivo. Considerei interessante incluir este estudo na minha pesquisa, pois apesar de não ir ao encontro daquilo que esperava encontrar na revisão da literatura, surpreendeu-me. Muitos e diversos são os factores que exercem influência na duração da amamentação...

Também BYSTROVA [et al.] (2009) estudou diferentes práticas de cuidados no que concerne ao contacto pele-a-pele Vs separação da mãe-bebé, utilizando 4 grupos de controlo, onde 176 díades foram incluídas. Como resultado é de salientar que aquando da prática de contacto pele-a-pele, 1ª adaptação à mama precoce, ou ambas, realizadas nas primeiras 2 horas de puerpério imediato, comparando as diferentes atitudes, parece existir um efeito positivo no estabelecimento da relação precoce da díade.

"This study demonstrated that mother-infant skin-to-skin contact, early suckling, or both in the postpartal period positively influenced mother-infant interaction (maternal sensitivity, child self-regulation, dyadic mutuality and reciprocity) 1 year later when compared with routines involving separation of mother and infant. (...) These findings support the presence of a period after birth (the early «sensitive period») during which close contact

between mother and infant may induce a long-term positive effect on mother-infant interaction.” (2009:108,109)¹

MONTEIRO refere que “(...) este contacto cria um ambiente óptimo para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, e é considerado um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce.” (2006:428).

ROMANO [et al.], numa publicação da LAMAZE INTERNATIONAL (2009) sobre os seis passos para um nascimento seguro, referem que o contacto pele-a-pele após o nascimento facilita a adaptação do RN à vida extra-uterina, associando esta prática e a sua duração com o vínculo entre mãe-bebé o que facilita o processo de amamentação.

“Skin to skin, your baby easily transitions to breathing, stays just the right temperature, and learns instinctively how to nurse. (...) scientists have discovered that unmedicated babies who are held skin to skin and undisturbed in the hour after birth need no help at all to start nursing. They scoot and crawl up the mother’s belly, find the nipple by sight and smell, and latch on all on their own! (...)The more time spent with skin-to-skin contact in the first days after birth, the stronger the benefits. One amazing benefit is a greater mother-baby attachment” (ROMANO, 2009:14)²

Muitos são os estudos que têm demonstrado as vantagens para a díade do contacto precoce pele-a-pele (BYSTROVA [et al.], 2003; BYSTROVA, WIDSTROM, [et al.], 2007; CHRISTENSSON, BHAT, AMADI, ERIKSSON & HOJER, 1998; CHRISTENSSON [et al.], 1992; MIKIEL-KOSTYRA, MAZUR, & BOLTRUSZKO, 2002; UVNAS- MOBERG, 1998 citados por CRENSHAW, 2007).

“Healthy babies placed skin-to-skin on their mothers adjust easily to life outside the womb. They stay warm more easily, cry less, have lower levels of stress hormones, and breastfeed sooner than newborns who are separated from their mothers. (...) Other

¹ Tradução livre de Tânia Valente: “Este estudo demonstrou que o contacto pele-a-pele entre mãe-filho e a sucção precoce, ou ambos no período de puerpério imediato parecem ter uma influência positiva na relação mãe-filho ao ano de vida. Estes achados comprovam a existência de um «período sensível» após o nascimento onde os benefícios a longo prazo do contacto pele-a-pele são potenciados.”

² Tradução livre de Tânia Valente: “O contacto pele-a-pele entre mãe e bebé facilita a transição deste para a vida extra-uterina, favorecendo a sua adaptação respiratória, ajustando a temperatura adequada às suas necessidades, e permitindo a aquisição de competências para a amamentação. Alguns cientistas conseguiram comprovar que bebés não sujeitos a técnicas medicalizadas e que se mantêm em contacto pele-a-pele durante 1 hora ou mais têm a capacidade de reptar pelo abdómen materno e adaptarem-se à mama de forma autónoma, sendo guiados apenas pela sua visão e pelo olfacto. Quanto maior o contacto pele-a-pele realizado nos primeiros dias de vida maior o vínculo entre mãe-bebé o que favorece a manutenção da amamentação.”

benefits (...) include easier breathing, higher and more stable blood sugar levels, and a natural progression to breastfeeding.” (CRENSHAW, 2007:40)³

Ainda a mesma autora, refere pesquisas com mães que realizaram contacto pele-a-pele logo após o nascimento, sendo que estas tratam os seus bebés com mais confiança e têm maior facilidade em compreender as suas necessidades, comparativamente com mães que não realizaram este contacto. (CRENSHAW,2007).

“It was found that those mothers who had early contact with their infants interacted in a more reciprocal and mutual way, and the infants were less dysregulated and irritable (...) at 1 year postpartum when compared with mothers and infants who were separated in the delivery ward.” (BYSTROVA [et al.], 2009:106)⁴

BRAMSON [et al.](2005), num estudo realizado na Califórnia comprovaram que o contacto pele-a-pele é clinicamente eficaz no que diz respeito ao aumento do AM exclusivo durante o internamento hospitalar. Também MCGRATH e KENNEL (2002) afirmam: “The events surrounding labor and delivery can have long-lasting effects on breastfeeding, mothers attitudes toward their infants, and many aspects of the mother-infant relationship.” (2002:1)⁵

O mesmo autor citando MOORE & ANDERSON refere:

“(...) the ideal intervention would include the mother-infant dyad experiencing skin-to-skin contact not only as early as possible, but also as often as possible, and for as long as possible each time, at least during the entire postpartum stay.” (2005: 2)⁶

MARTINS (1987) citado por ALMEIDA e FILHO corrobora a mesma ideia referindo que:

“A segurança emocional, transmitida pelo contacto íntimo entre mãe e filho no ato de amamentar, é responsável por um património neurológico mais adequado, pois os

³ Tradução livre de Tânia Valente: “Bebés saudáveis, quando colocados em contacto pele-a-pele com as suas mães adaptam-se mais facilmente ao ambiente extra-uterino. Aquecem mais facilmente, choram menos, têm níveis de stress mais baixos e adaptam-se à mama mais facilmente do que bebés que são separados da sua mãe após o nascimento. Outros benefícios incluem uma melhor capacidade respiratória, níveis de glicémia mais altos e estáveis e uma maior capacidade de progredir na amamentação”.

⁴ Tradução livre de Tânia Valente: “Comprovou-se maior reciprocidade mútua nas interações ao ano de vida entre mãe-filho, que realizaram contacto pele-a-pele após o nascimento, comparativamente com díades que não usufruíram desta prática.”

⁵ Tradução livre de Tânia Valente: “Os acontecimentos que envolvem o TP e P podem ter um efeito prolongado sobre a amamentação e influenciar muitos aspectos da vinculação mãe-filho.”

⁶ Tradução livre de Tânia Valente: “ A intervenção ideal incluiria a díade mãe-bebé experienciar o contacto pele-a-pele, não só o mais cedo possível, mas também o mais rápido possível, e durante o maior tempo possível, pelo menos durante todo o período pós-parto.”

neurônios dos bebês amamentados ao seio (...) teriam maior capacidade de desenvolvimento nos primeiros seis meses de vida, se comparados aos daqueles bebês que recebem alimentação com leite de outra espécie.” (2004:383)

MIKIEL-KOSTYRA, MAZUR e BOLTRUSZKO (2002) realizaram um estudo inovador em termos de duração (3 anos) a uma amostra de 1250 díades que realizaram contacto pele-a-pele após o nascimento e relacionaram esta prática com o sucesso do AM exclusivo:

“The main finding of this study was that early extensive skin-to-skin contact after delivery, practiced routinely in the usual delivery room care, increased the duration of exclusive breastfeeding. (...) All of the analyses indicated that short skin-to-skin contact lasting for only a few minutes, which was very often applied in these hospitals, was not very supportive for breastfeeding. This may result from the limited possibility of developing appropriate mother-infant interactions. Short contact times do not favour the early initiation of breastfeeding.” (2002:1306)⁷

MIZUNO [et al.] (2004) realizaram um estudo experimental com 2 grupos de RN saudáveis, no 1º grupo (A) foi proporcionado contacto pele-a-pele, no 2º grupo (B) os bebês foram separados das mães, o objectivo foi determinar os efeitos do contacto precoce pele-a-pele imediatamente após o nascimento, no reconhecimento do odor do LM e na duração da amamentação. Concluíram então que no 4º dia de vida os bebês do Grupo A reconheciam mais facilmente o odor do LM do que os do Grupo B, atendendo aos movimentos que realizavam com a boca, também os bebês do Grupo A mantiveram AM durante mais tempo que os do Grupo B, cerca de 1,9 meses mais.

“The findings of this study revealed that early mother-infant skin-to-skin contact, including touching of the nipple and suckling after delivery for more than 50 min, results in early recognition of own mother’s milk odour and longer breastfeeding duration. Because extended contact for more than 50 min leads most healthy, full-term infants to spontaneously grasp the nipple and begin to suck(...)” (MIZUNO [et al.], 2004:1644)⁸

⁷ Tradução livre de Tânia Valente: “O principal resultado encontrado relaciona-se com o efeito da prática de contacto pele-a-pele prolongado após o nascimento aumentar proporcionalmente a duração da amamentação exclusiva. A mesma análise dos resultados permitiu concluir que o contacto pele-a-pele realizado em muitas Instituições durante curtos instantes, em que a díade não tem oportunidade de desenvolver uma interacção adequada, não produz qualquer efeito no estabelecimento ou duração da amamentação.”

⁸ Tradução livre de Tânia Valente: “Os resultados deste estudo revelaram que o contacto precoce pele-a-pele incluindo o tocar o mamilo e sugar após o parto por mais de 50 min parece resultar num reconhecimento maior do

Também NAKAO [et al.], (2008) realizaram um estudo no Japão cujo objectivo foi compreenderem se a primeira adaptação à mama nos 120 min após o parto influenciava a amamentação exclusiva aos 4 meses. Segundo os resultados encontrados não existe diferença entre os bebés que foram amamentados nos primeiros 30 min e os que foram amamentados até aos 120 min após o nascimento em termos de duração da amamentação aos 4 meses, essa diferença está patente entre bebés que iniciaram a amamentação depois de 120 min de vida. Comparando esses com os que iniciaram AM até aos 120 minutos de vida a taxa de manutenção de AM aos 4 meses é superior neste últimos. "(...) the proportion of mothers who continued full breastfeeding at four months was significantly higher in those who breastfeed their baby within 120 minutes compared with more than 10 minutes." (NAKAO [et al.], 2008:1) ⁹

"The most commonly collected data during labor and birth – maternal vital signs; fetal heart tone characteristics; fetal position at birth; length of labor; time and mode of birth; Apgar scores; neonatal weight, length, and head circumference, and degree of perineal trauma and suturing – provide an incomplete picture of the process and outcomes of care. (...) But if hospitals are serious about improving their exclusive breastfeeding rates, they should get serious about measuring the duration of skin-to-skin care." (2010:52,53)¹⁰

Após a Revisão Sistematizada da Literatura, e tendo presente aquilo que li, passei para a etapa seguinte do trabalho...

3.2 – Observação Participante

O processo de recolha de dados consiste na "colheita sistemática de informações junto de participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos" (FORTIN, 1999:41), de forma que se consiga reunir/recolher informações acerca das suas vivências, combinando o papel investigativo com outros, produzindo uma mais completa observação. Na minha situação específica, desempenhei o papel de

odor do LM o que irá influenciar a duração do AM. Assim é dado aos RN de termo, saudáveis tempo para realizarem as suas próprias descobertas."

⁹ Tradução livre de Tânia Valente: "O número de mães que realizam AM exclusivo aos 4 meses é significativamente mais alto naquelas que iniciaram a amamentação nos primeiros 120 minutos de vida do bebé, comparativamente com as que a iniciaram depois deste tempo."

¹⁰ Tradução livre de Tânia Valente: "Os registos mais frequentemente realizados traduzem sinais vitais maternos, auscultação e características dos batimentos cardio-fetais, variedade fetal, cervicometria, data e hora do nascimento, Índice de Apgar, peso do RN, comprimento e perímetro cefálico, grau de laceração perineal e suturando uma ideia insuficiente de todos os cuidados prestados e seus resultados. (...) Se os hospitais estão interessados em implementar políticas de AM exclusivo têm que se empenhar seriamente no registo da duração do contacto pele-a-pele entre mãe-filho após os nascimentos."

investigadora e prestadora de cuidados. Como tal, a “natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar” (FORTIN, 1999:239).

A observação participante, segundo CARMO e FERREIRA permite “seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão” (1998:97) e ao realizá-la pudemos descrever e identificar os comportamentos decorrentes de um determinado momento, requerendo a imersão total do investigador na situação em estudo (FORTIN, 1999). Assim, consegui identificar os benefícios para a amamentação da prática do contacto pele-a-pele após o nascimento e da sucção precoce, identificando-se esta técnica como a mais adequada.

De salientar que assumi o papel de observadora numa lógica investigativa e, em simultâneo, participei na vida da população observada, enquanto prestadora de Cuidados de Enfermagem, o que me permitiu entrar no mundo dos sujeitos, envolver-me, observar e participar nas suas experiências.

Porém, no decorrer destas observações, teremos de tentar suprir ou minimizar erros de observação, evitando alguns factores que podem interferir na mesma, nomeadamente os abordados por POLIT e HUNGLER:

“é possível que os sentimentos, perdas, postura e valores morais do investigador gerem inferências incorrectas; Os interesses e compromissos pessoais podem repercutir sobre o que se observa em função do que o observador espera ver; A antecipação do que se pretende observar afecta o que se observa; As decisões precipitadas, prévias e recolha da informação adequada, podem conduzir a classificações ou conclusões erradas” (1997:263).

Assim, desenvolvi durante o EC uma observação participante, baseada na sensibilidade para comigo e para com os outros, o que me permitiu ser genuína e autêntica (WATSON, 2002), no sentido de identificar se a prática clínica estava ou não fundamentada na evidência científica, ou se pelo contrário haveria necessidade de mudança para a melhoria da qualidade dos cuidados. Confrontando os resultados que esperava encontrar após a RSL, com os resultados efectivamente descritos considero que consegui achados teóricos que fundamentam a prática do contacto pele-a-pele mãe-bebé, contribuindo desta forma para uma efectiva melhoria na qualidade dos cuidados especializados em contexto de Bloco de Partos, baseados na evidência

científica favorecendo o bem-estar da tríade, instilando fé e esperança aos casais grávidos, promovendo um cuidar holístico e de saúde positiva ajudando-os a adoptar comportamentos em prol da saúde (WATSON, 2002).

Tive oportunidade de proporcionar contacto pele-a-pele nos partos que realizei (6 das 42 tríades a quem prestei cuidados recusaram realizar esta prática apesar de terem demonstrado conhecerem os benefícios para mãe e bebé, todas as outras **36** realizaram contacto pele-a-pele durante cerca de 30-40 minutos), o que se revelou uma experiência enriquecedora para mim enquanto EESMO, mas essencialmente benéfica para as díades/tríades que cuidei. Consegui compreender a dimensão desta prática, e a sua influência durante o puerpério precoce, - pois como já referi exerço funções no Serviço de Obstetrícia da mesma Instituição onde desenvolvi o EC IV o que me permitiu acompanhar as puérperas/RN durante o internamento, - conhecendo a sua experiência face a esta prática, procurei analisar o comportamento dessas puérperas, através de observação participante, nomeadamente no que concerne à prestação de cuidados ao bebé, à vinculação entre mãe-filho e ao processo de amamentação.

Comprovei, através da prestação directa de cuidados, da observação que realizei e da análise dos Formulários de Observação da Mamada, que estas mulheres são mais autónomas nos cuidados aos RN, vivendo menos situações de stress relacionadas com a amamentação, os Formulários de Observação da Mamada utilizados no Serviço de Obstetrícia (introduzidos por mim em contexto de EC V) foram instrumentos de trabalho que mobilizei para a análise dos resultados. Percebi que existem menos factores de dificuldade para a amamentação nas díades que realizaram contacto pele-a-pele e estabeleceram amamentação precoce, em relação às díades que não realizaram estas práticas. São mulheres mais tranquilas, menos necessitadas de orientação no processo de amamentação. Pela observação directa percebi que o vínculo mãe-filho é forte, tendem a pegar o seu filho mais vezes ao colo, acariciam-no e tentam interpretar as suas necessidades autonomamente, o que as torna mais persistentes e pró-activas na resolução de dificuldades. Durante a prestação de cuidados, verbalizaram sentirem-se mais próximas dos seus filhos, sentindo-se menos ansiosas nos cuidados e essencialmente no processo de amamentação, não reconhecendo tantas dificuldades como outras mulheres que não usufruíram desta prática.

Tracei um plano mental de acordo com a evidência científica, os referenciais teóricos e as competências do EESMO, o que me permitiu orientar a minha observação e prestação de cuidados, de forma a obter resultados que confrontei com os achados teóricos. Após analisar criticamente os resultados da prática e os resultados da pesquisa, posso afirmar que estes são coincidentes. Os benefícios do contacto pele-a-pele para o estabelecimento da amamentação são reais e observáveis através do acompanhamento da díade aquando da prestação de cuidados. Concomitantemente pretendi concretizar o critério de avaliação: Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno (OE, 2010).

Gostaria de referir que esta observação só foi possível devido às relações de auxílio-confiança progressivamente fortalecidas durante a prestação de cuidados, que permitiram a expressão de sentimentos positivos e negativos por parte das mulheres/família (WATSON, 2002). As mulheres/famílias encararam-me como um profissional de referência, o que diminuiu os constrangimentos que poderiam ter influenciado os resultados que obtive, procurando promover um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio durante as observações que realizei. (WATSON, 2002), norteado pela unidade de competência específica: promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina (OE, 2010).

3.3 – Princípios Éticos

Em toda e qualquer intervenção com seres humanos as questões éticas têm de estar sempre presentes, o investigador tem de se guiar por um conjunto de regras de conduta quando utiliza pessoas como sujeitos de estudo. Durante a realização do EC procurei desenvolver intervenções fundamentadas na evidência científica, de forma a compreender se a prática de cuidados seria adequada atendendo aos achados teóricos resultantes da RSL que realizei.

De acordo com FORTIN (1999), ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta da pessoa humana.

A sensibilidade ética é hoje maior do que há anos atrás. Este século, considerado como o século dos direitos humanos reclama maior atenção à pessoa, com a sua cultura, as suas experiências, o seu ambiente e a sua vida concreta. A ética serve a

peessoa e avalia a ciência, a lei, a moral, a religião e todos os comportamentos humanos. É por isso que a ética em saúde se torna essencial.

De acordo com o que nos diz POLIT: “ quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigação científica – como costuma ocorrer em enfermagem - é preciso ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos...”(1995:292).

Efectuar um estágio que integrasse simultaneamente a recolha de informação com a participação de seres humanos pode levantar questões éticas e morais. O facto de querer reflectir sobre comportamentos que dizem respeito à escolha de realizar ou não contacto pele-a-pele após o nascimento e amamentação precoce (sabendo a mãe que é o melhor para si e para o seu filho), implica uma tomada de decisão baseada no juízo, no conhecimento e experiência (OE, 2010), podendo tornar-se demasiado invasivo, pelo que devemos ter em conta o respeito pela sua intimidade de modo a não levantar questões ou dúvidas sobre a sua conduta em determinada situação. Esta é própria de cada um e vivenciada pelo próprio num contexto específico e da forma que acharem mais adequada ao momento que estão a viver com todas as características que lhe são inerentes. De acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, desenvolvi estratégias de resolução de problemas em parceria com a cliente, critério de avaliação implícito à Unidade de Competência A 1.1: “Demonstra tomada de decisão ética (...)” (OE, 2010:4); critério de avaliação implícito à Unidade de Competência A 2.1: “Promove o respeito do cliente à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido. (OE, 2010:5).

Em Portugal foi constituído o Código Deontológico de Enfermagem, que se baseia em princípios éticos, aplicáveis aos cuidados de saúde e fundamentais para a prática de enfermagem. Apesar deste não ser um trabalho de investigação, procurei orientar a minha prestação de cuidados durante o estágio, na pesquisa resultante da revisão sistematizada da literatura, seguindo os princípios éticos seguintes:

- Princípio da Beneficência

A beneficência é o dever de fazer o bem e evitar o mal. Refere-se à obrigação de maximizar os benefícios previsíveis e minimizar os possíveis riscos e mau estar.

- Princípio da Autonomia

O princípio da autonomia, baseia-se no facto de cada pessoa ser única, possuir dignidade e ser dotada de liberdade e de responsabilidade pessoal.

-Princípio da Veracidade

Este princípio refere-se ao princípio de dizer a verdade, não mentir nem enganar os outros sendo a base da confiança.

-Princípio da Confidencialidade/Privacidade

A confidencialidade encontra-se presente quando uma pessoa revela informação a outra com a expectativa de que quem a recebe não a irá divulgar sem autorização.

A privacidade é a condição de acesso limitado a uma pessoa ou à sua informação.

Na elaboração deste estudo, pretendi sempre informar os sujeitos participantes, respeitar as suas decisões e dos seus direitos.

4- ANÁLISE/DISCUSSÃO DOS OBJECTIVOS INDIVIDUAIS

Enquanto EESMO devemos orientar a nossa prática clínica baseados nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no Regulamento das Competências do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (Outubro, 2010), e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Maio, 2010) cujo principal objectivo passa pela promoção e manutenção da saúde da mulher/família em todas as fases do ciclo vital, da idade fértil até ao climatério.

Assim, e respeitando essas orientações, procurei desenvolver actividades que me permitissem atingir os objectivos a que me propus, mantendo uma postura de respeito pelas utentes/famílias adequando os cuidados prestados às suas reais necessidades.

- A. Desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/recém-nascido/família, no âmbito da transição para a parentalidade atendendo à promoção do seu bem-estar.

Relativamente a este objectivo desenvolvi diversas actividades baseadas no estabelecimento de relações de auxílio-confiança com os casais grávidos/famílias, procurando ser o elemento de referência nos cuidados especializados que prestei.

Tal como preconizado pela OE (Outubro, 2010) na **Competência 2-Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, é nosso papel conceber, planear, coordenar, supervisionar implementar e avaliar programas de preparação para o parto e parentalidade responsáveis, apoiando e promovendo o aleitamento materno, bem como o planeamento de um plano de parto, sustentado em decisões informadas e esclarecidas por parte do casal, resultantes do ensino-aprendizagem transpessoal que garanta a satisfação das suas necessidades inferiores, superiores e de auto-realização, como refere WATSON. Também a **Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto** (OE, Outubro 2010), está implícita no desenvolvimento destas actividades, uma vez que faz referência à importância de actuar de acordo com o plano de parto da mulher, garantindo qualidade de cuidados e intervenções de risco controlado, proporcionando um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio a estes casais grávidos, como preconiza WATSON. Cabe-nos planear junto do casal

intervenções de promoção da vinculação entre a tríade, garantindo o conforto e bem-estar de todos, que permitam o apoio ao aleitamento materno, tal como preconizado no critério de avaliação da Unidade de Competência H3.1: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno” (OE, 2010:5).

Proporcionei apoio, educação para a saúde e orientação às utentes/famílias, o que considero fundamental na vivência saudável e equilibrada desta etapa de transição na vida do casal/família. Apesar da gravidez e do parto serem acontecimentos naturais, são igualmente momentos fulcrais para todos os envolvidos. Procurei desenvolver qualidades interpessoais e transpessoais de coerência, empatia e calor humano, tal como WATSON preconiza, tornando único cada momento. A temática da amamentação e do contacto pele-a-pele foi algo que procurei abordar com os casais, validando os seus conhecimentos e expectativas, atendendo às vantagens destas práticas, quer para a mãe quer para o bebé, instilando fé e esperança, promovendo um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio como preconizado por WATSON, bem como enfatizando o critério de avaliação da Unidade de Competência H3.1.: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN” (OE, 2010:5).

Estive presente e disponível, tendo a capacidade de adoptar uma filosofia de cuidados centrados na mulher, construindo relações de auxílio-confiança, compreendendo a individualidade de cada casal, para desta forma adequar os cuidados que prestei às suas necessidades, capacitando-os para uma real intervenção no seu projecto de saúde, conferindo-lhes autonomia e segurança na tomada de decisão, pela promoção do ensino-aprendizagem transpessoais, utilizando o método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões, sustentando-me em WATSON e desenvolvi estratégias de resolução de problemas em parceria com a cliente, critério de avaliação implícito à Unidade de Competência A1.1: “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (OE, 2010:4).

Identifiquei as suas expectativas e conhecimentos, o que me permitiu perceber experiências anteriores, receios, como idealizaram o parto/nascimento, desmistificar pré-conceitos e validar conhecimentos, para desta forma prestar cuidados especializados de qualidade e excelência, que fossem ao encontro dos desejos desses casais, cultivando a sensibilidade para com estes, promovendo a expressão de

sentimentos positivos e negativos, de forma a satisfazer as suas necessidades de ordem superior (necessidade psicossocial de realização), tal como nos refere WATSON, privilegiando o carácter holístico de cada indivíduo assegurando o critério de avaliação implícito à Unidade de Competência B3.1: “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.” (OE, 2010:7).

Sou uma pessoa comunicativa e consigo, com relativa facilidade estabelecer relações com as utentes/famílias, para além disso, exerço funções na mesma Instituição onde desenvolvi EC IV, embora noutra serviço (Obstetrícia), o que se revelou uma mais valia, pois já tinha contactado com grande parte dos casais que cuidei em contexto de Bloco de Partos noutras situações (Monitorização/Avaliação de CTG, Curso de Preparação para a Parentalidade, Internamento, Cantinho da Amamentação), tendo estes momentos fortalecido as relações estabelecidas e até permitido iniciar o processo de promoção/informação, atendendo às expectativas dos casais, promovendo o ensino-aprendizagem transpessoal, tal como refere WATSON (2002) evidenciando o critério de avaliação da Unidade de Competência H3.3: “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.” (OE, 2010:5).

B. Desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/recém-nascido/família durante os diferentes estádios do trabalho de parto (TP), puerpério e período neonatal, tendo como principal foco de atenção a amamentação.

Este objectivo era o que mais ansiedade me causava, pois tive de relacionar conhecimentos teóricos, desenvolver competências técnicas, não esquecendo nunca a componente relacional, utilizando o que WATSON (2002) definiu como método científico da resolução de problemas para a tomada de decisões. Foi um desafio, mas foi igualmente o atingir da plenitude enquanto EESMO.

Durante o EC IV prestei cuidados a **86** utentes/famílias em diferentes estádios do TP, desenvolvendo diferentes actividades adequadas a cada uma delas, atendendo à componente holística e individualidade de cada casal grávido.

Dado que já conhecia a dinâmica do Bloco de Partos foi relativamente fácil a minha integração no contexto de EC, o que me permitiu uma maior disponibilidade para o desenvolvimento das minhas competências enquanto EESMO.

Sempre que possível acompanhei estes casais desde a admissão, vigiando o TP e realizando todos os procedimentos técnicos necessários, baseando a minha actuação no estabelecimento de relações empáticas, de auxílio-confiança, procurando dar resposta às suas necessidades inferiores, superiores e de auto-realização, permitindo-lhes liberdade para decidirem sobre a sua experiência do nascimento – garantindo a segurança tanto da mãe como do RN - como preconiza WATSON (2002) de forma cada vez mais autónoma no decorrer do estágio, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal enquanto EESMO.

Considero importante especificar as actividades que desenvolvi, de forma a traduzir a minha evolução na aquisição/desenvolvimento de competências para a consecução dos objectivos a que me propus.

O planeamento das actividades/intervenções necessárias, o estabelecimento de prioridades e a capacidade de antecipar situações foram pontos que desenvolvi durante a minha prestação de cuidados, assim consegui detectar possíveis sinais de complicações e actuar em conformidade, antecipando cuidados em situações novas e complexas como por exemplo nos cuidados especializados à grávida em situação de Eclâmpsia. A **Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto** (OE, Outubro 2010), enquadra o desenvolvimento das minhas actividades, dado que nos remete para a importância de identificarmos e monitorizarmos o risco materno-fetal, referenciando as situações que se encontrem para além da nossa área de actuação. Utilizando sistematicamente o método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão privilegiando os aspectos éticos, e procurando garantir a satisfação das necessidades humanas dos casais grávidos que cuidei, tal como preconiza WATSON (2002).

Relativamente ao **1º Estádio do TP** cuidei **76** casais grávidos. Nesta fase do TP procurei estabelecer relações de auxílio-confiança com as utentes/famílias, mostrando disponibilidade, percebendo as suas experiências anteriores, os seus receios e planos de parto, ou contribuindo para a sua explicitação oral, estabelecendo-o com a

mulher/casal, de modo a que o juízo fosse baseado no conhecimento e experiência, promovendo o respeito da cliente à escolha e autodeterminação no âmbito dos Cuidados especializados. Desmistifiquei pré-conceitos e validei os seus conhecimentos, abordando a temática da amamentação e do contacto pele-a-pele. Desenvolvi actividades de educação para a saúde promotoras da amamentação que responderam adequadamente às suas necessidades/expectativas, uma vez que as próprias utentes verbalizaram/reconheceram a importância das mesmas.

A humanização do parto foi o meu guia na prestação de cuidados especializados durante o acompanhamento dos casais na vivência saudável e positiva do processo de maternidade/paternidade. O processo de negociação foi uma realidade, transmitindo segurança durante toda a minha actuação/vigilância indo ao encontro das expectativas do casal, proporcionando um ambiente protector e de apoio, promovendo a expressão de sentimentos positivos ou negativos (WATSON, 2002), garantindo que os benefícios alcançados fossem superiores aos possíveis riscos, promovendo “a protecção dos direitos humanos” da mulher/casal, evidenciando o critério de avaliação da Unidade de Competência A2.1: “Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de Enfermagem onde está inserido.” (OE, 2010:5).

No que concerne ao bem-estar materno-fetal, realizei o exame objectivo, promovendo o conforto e o bem-estar emocional da mulher, detectando possíveis desvios do padrão normal do TP, agindo em conformidade evidenciando os critérios de avaliação da Unidade de Competência H3.1: “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.” (OE, 2010:5). Realizei técnicas de amniotomia quando necessário e promovi a colaboração do casal durante todo o TP, integrando-os nos cuidados, cultivando e desenvolvendo sensibilidade para com a mulher/casal monitorizando o bem-estar, detectando desvios do padrão normal de evolução do TP, avaliei e determinei a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. Foi minha preocupação implementar e avaliar as medidas de apoio emocional e psicológico ao casal grávido em TP. (WATSON,2002), tal como preconizado nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna. Obstétrica e Ginecológica, evidenciando os critérios de avaliação da Unidade

de Competência H3.2: “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.” (OE, 2010:5) e da Unida de Competência H3.3: “Providencia cuidados à mulher com patologia assicuada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.” (OE,2010: 5).

Realizei registos de enfermagem e sempre que necessário colaborei com outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que as situações estavam para além da minha área de actuação, cooperando na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor evidenciando o critérios de avaliação H3.2.2 da Unidde de Competência H3.2: “Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durnate o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.” (OE,2010: 5). Também prestei cuidados a utentes com patologia associada como: HTA crónica e gestacional, APPT, Diabetes Tipo I e Diabetes Gestacional, Oligoâmnios e Hidrâmnios, tendo assegurado cuidados de qualidade e cooperei com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto (OE, 2010).

No **2º Estádio do TP** acompanhei **51** casais grávidos, realizei **42 partos eutócicos**, **10** dos quais com **episiotomia/episiorrafia**, **13** com **períneo intacto** e **19** onde ocorreram **lacerações de grau I**, que foram **suturadas**. Participei em **9** situações de **partos distócicos** onde o médico obstetra aplicou ventosa ou realizou cesariana. Em **2** dos partos que realizei ocorreu situação de distócia de ombros, pelo que tive oportunidade de realizar as técnicas adequadas, com sucesso. Tive também oportunidade de actuar face a situações de RN com circulares cervicais. (Tenho a agradecer a disponibilidade e larga experiência da Enfermeira Orientadora do Local Enf^a Avelina Lopes) que me proporcionou grandes oportunidades de aprendizagem e estimulou a minha evolução e crescimento enquanto EESMO. Em vários dos partos que realizei pude colher sangue do cordão umbilical para grupo sanguíneo do RN e para conservação de células estaminais. Como preconizado pela OE (2010) na **Competência 3** assegurei a avaliação imediata do RN implementando medidas de adaptação à vida extra-uterina, como a realização de contacto pele-a-pele mãe-bebé e a sucção precoce, assegurando a reanimação do RN em caso de emergência (o que não ocorreu durante o EC). Cooperei com outros elementos da equipa multidisciplinar no tratamento do RN com

alterações morfológicas e funcionais, nomeadamente em situações de malformações cardíacas congénitas e do sistema músculo-esquelético (Exp. Pé equino varus).

Em todos os momentos procurei proporcionar uma experiência positiva aos casais pelo envolvimento num ambiente de apoio e sensibilidade (WATSON,2002), promovendo a participação activa de ambos nos esforços expulsivos, na laqueação do cordão umbilical e no momento do nascimento do RN, possibilitando-lhes a oportunidade de realizarem contacto pele-a-pele sempre que desejaram. Considero fundamental a relação de auxílio-confiança que o EESMO estabelece com o casal, atendendo que o modo como cada família vive o parto é único e isso irá influenciar a sua adaptação ao seu novo papel e ao bebé (KITZINGER, 1995). Para além de cuidar o físico foi minha preocupação cuidar a dimensão psicológica da mulher/casal na vivência deste acontecimento, que tive a oportunidade de partilhar, promovendo a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, auxiliando-os na satisfação das necessidades humanas (WATSON,2002) e assegurando e mobilizando o critério de avaliação H3.3.1 da Unidade de Competência H3.3: “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto,incluindo conviventes significativos.” (OE, 2010:5).

Em suma, realizei o parto em ambiente protector, respeitando a individualidade de cada casal e as normas de conduta do EESMO, promovendo o contacto pele-a-pele pelo máximo tempo possível, o que significa garantir as adequadas condições de saúde para a mãe e RN, realizando interacções necessárias ao RN mantendo o contacto pele-a-pele, favorecendo a 1ª adaptação à mama, para uma experiência positiva de amamentação, evidenciando o critério de avaliação H4.1.4 da Unidade de Competência H4.1: “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.” (OE, 2010:5). A continuidade de cuidados foi minha preocupação, o que assegurei através da realização de registos de enfermagem escritos fidedignos e oralmente aquando da passagem de ocorrências, individualizando as actividades que desenvolvi de acordo com a especificidade de cada situação e de cada casal, evidenciando o critério de avaliação A2.1.3 da Unidade de Competência H2.1: “Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.” (OE, 2010:5).

Uma das situações que maior impacto me causou foi cuidar a mulher/família em situação de morte fetal. A minha vivência destas situações está patente num dos diários de aprendizagem que realizei no decorrer do EC (Anexo II). Foi baseando a minha intervenção nos factores de cuidar de WATSON (2002) que instilei fé e esperança, promovendo uma ambiente protector e de apoio que facilitou a expressão de sentimentos, só possível através do estabelecimento de uma relação de auxílio-confiança com as mulheres/casais que cuidei. Também a OE (2010) nos dá orientações acerca daquela que deve ser a nossa actuação enquanto EESMO nestas situações. É nosso papel, como referido na **Competência 2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, monitorizar o trabalho de abortamento, implementando intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto, referenciando sempre as situações que não sejam da nossa área de competência, tal como evidenciado nos critérios de avaliação H2.2.9, H2.2.10 e H2.2.11 da Unidade de Competência H2.2, sendo eles: H2.2.9 “Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.”; H2.2.10 “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.” E H2.2.11 “Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.” (OE, 2010:4). Importa que enquanto enfermeiros de referência para estas famílias possamos prestar apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. Considero que um excerto do meu diário de aprendizagem, consegue traduzir a minha actuação nesta situação específica de cuidar: «Antes de ser transferida para o Serviço de Ginecologia disse-me: *“Obrigado, esperei por si porque sabia que não me sentiria sózinha e isso é o mais importante, sabe, um olhar vale mais do que milhões de palavras...”* (sic). Como referem SCATENA et al, citando RODRIGUES:

“(…) toda a interacção terapêutica tem início, desenvolvimento e encerramento. Diz ainda que o primeiro contato com a pessoa que precisa de ajuda tem características especiais que o diferencia dos demais encontros do terapeuta com o paciente. Este primeiro contato comporta três finalidades distintas porém concomitantes: diagnóstica, terapêutica e fixação de um contrato (proposta terapêutica).” (2000:47).» (In: 1º Diário de Aprendizagem).

Quanto ao **3º Estádio do TP** procedi à vigilância e condução da dequitudadura, mantendo uma atitude expectante, evitando manobras intempestivas e aguardando que o processo fisiológico ocorresse, sustentando a minha atitude no que é preconizado pela OE (2010) na **Competência 3**, implementando e avaliando intervenções à parturiente em caso de retenção placentar, efectuando em caso de urgência a extracção manual e revisão uterina. Vivi apenas **1** situação de **retenção placentar**, onde realizamos revisão manual, tendo sido necessária a colaboração da equipa médica para a realização de posterior controlo ecográfico, não se registando situações de membranas fragmentadas, ou outras alteração.

Aquando da dequitudadura procedi à sua verificação garantindo a integridade de cotilédones e membranas. Verifiquei a presença do Globo de Segurança de Pinard e inspecionei o canal de parto, realizando técnicas de reparação da sua integridade, sempre que necessário, referenciando as situações que estavam para além da minha área de actuação. A realização de episiorrafias e sutura de lacerações do períneo foi uma experiência importante, pois estas técnicas são fundamentais na recuperação, bem-estar e conforto da mulher no pós-parto. Para tal mobilizei conhecimentos técnicos de como realizar episiorrafia e episiotomia, utilizando o método de resolução de problemas para a tomada de decisão, tal como preconizado por Watson. Depois de instalar a díade no recobro e garantir o conforto de ambos realizei os registos de enfermagem inerentes ao parto, promovendo a expressão de sentimentos num ambiente de apoio, auxiliando a díade na satisfação das suas necessidades humanas inferiores, superiores e de autorealização (WATSON, 2002), assumindo a decisão de transferir mãe e bebé para o recobro, mantendo a sua vigilância.

No **4º Estádio do TP** cuidei **48** díades. Sendo esta a fase de readaptação do organismo materno, importa manter uma vigilância cuidada de forma a antecipar possíveis complicações, agindo em conformidade. Este é o momento de fortalecer o vínculo entre mãe-filho, daí que o alojamento conjunto deva ser uma preocupação da equipa multidisciplinar. Fundamentando a minha intervenção no que é preconizado pela OE (2010) na **Competência 4- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**, implementei e avaliei intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno, bem como de adaptação ao pós-parto, avaliando o Globo de Segurança de Pinard, monitorizando as perdas vaginais

maternas, vigiando a eliminação urinária, atentando à observação do períneo, nomeadamente à presença de sinais inflamatórios, administrando medicação prescrita, garantindo o conforto da mãe e do bebé. Avaliei o bem-estar do RN, garantindo a sua adaptação à mama. Realizei os registos de enfermagem necessários e cuidei ambos até à sua transferência para o Serviço de Obstetrícia. Procurei potenciar em todas as minhas intervenções a saúde da mulher e RN no pós-parto (OE, 2010).

A segurança que consegui adquirir na prestação de cuidados, possibilitou a tomada de decisão fundamentada e a aquisição/desenvolvimento de competências específicas do EESMO, proporcionando-me uma vivência positiva das minhas experiências.

C. Desenvolver competências que me permitam observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia, com enfoque na articulação com os cuidados promotores da amamentação em contexto de BP.

Ao realizar os cuidados (i)mediatos ao RN tive em atenção a manutenção do seu bem-estar, promovendo a continuidade do contacto pele-a-pele pelo máximo tempo possível. No decorrer do EC IV tive oportunidade de realizar 4 turnos na Unidade de Neonatologia onde cuidei **6 RN**/famílias internados com diferentes diagnósticos: Asfixia, Sépsis, Síndrome de Dificuldade Respiratória e Aspiração de Mecónio. Tive oportunidade, de desenvolver técnicas de relaxamento como o método canguru (realizado a estes bebés por familiares e enfermeiras). As actividades que planeei para estes turnos foram direccionadas para a compreensão da articulação de cuidados entre Bloco de Partos/Neonatologia e Obstetrícia/Neonatologia no que concerne ao apoio à amamentação e à vinculação mãe-bebé. A equipa está motivada para o apoio a estas famílias no que concerne aos seus projectos de amamentação e ao favorecimento do processo de vinculação com os RN. A minha intervenção foi de disponibilidade para apoiar e estimular os pais a estabelecerem contacto físico com os seus filhos através da realização do método canguru, ajudando-os a ultrapassarem os seus receios de tocar estes bebés, instilando fé e esperança, evidenciando o critério de avaliação H4.1.6 da Unidade de Competência H4.1. “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.” (OE, 2010:6).

Foi uma experiência positiva e que enriqueceu a minha competência para prestar cuidados a RN com patologia associada. Foi para mim muito vantajosa esta oportunidade, uma vez que sou um elemento do Serviço de Obstetrícia e trabalho em parceria com as enfermeiras da Neonatologia, e pude compreender as reais possibilidades de colaboração/articulação entre as equipas de enfermagem dos diferentes serviços, tendo como objectivo a qualidade e excelência nos cuidados prestados à tríade. Também com o Bloco de Partos é importante esta articulação, é o EESMO que funciona como elemento de referência na fase em que é recebida a notícia de que o bebé necessita de cuidados específicos, assim importa, tal como refere WATSON (2002) promover um ambiente protector de apoio que permita a expressão de sentimentos positivos e negativos, demonstrando sensibilidade para com o outro, instilando fé e esperança aquando da nossa prestação de cuidados, tendo sido esta a postura que adoptei durante todo o meu desenvolvimento, ao mantermos uma atitude similar, utilizando a mesma linguagem e mantendo a mesma postura, conseguimos resultados mais favoráveis e assim maiores serão os ganhos em saúde para a utentes/famílias que cuidamos.

Desenvolver competências que me permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados no nascimento através do acompanhamento da díade/tríade até ao regresso a casa.

Neste objectivo específico as actividades que desenvolvi passaram por garantir um acompanhamento das tríades, durante as diferentes etapas do internamento. Dado que exerço funções no Serviço de Obstetrícia da mesma Instituição onde decorreu o EC IV (Bloco de Partos) tive oportunidade de manter contacto com os casais/RN no puerpério precoce, acompanhando-os até ao momento da alta hospitalar. Tal como preconizado pela OE (2010) na **Competência 4- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**, implementando e avaliando intervenções de promoção, apoio e protecção do aleitamento materno, introduzindo medidas correctivas necessárias, realizando ensinamentos acerca das características de uma “boa pega”, vantagens do AM tanto para a mãe como para o bebé... Procurei promover a saúde mental do casal na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável através da manutenção de um ambiente de cuidar protector e facilitador da expressão de sentimentos (WATSON, 2002), implementando e avaliando medidas de

suporte emocional e psicológico à puérpera incluindo os conviventes significativos, facilitadoras da recuperação pós-parto. Considero esta oportunidade uma mais valia, essencialmente para estas famílias, dado que tiveram em mim um elemento de referência nos cuidados prestados, tal como verbalizaram durante a prática clínica. As relações de auxílio-confiança foram fortalecidas, o que influenciou positivamente a prestação de cuidados, a expressão de sentimentos (WATSON, 2002). Consegui desta forma uma compreensão holística da sua experiência no processo de transição para a parentalidade, e tive oportunidade de perceber de que forma a vivência do TP e parto influencia a vinculação entre mães-bebés. Foi interessante a oportunidade de partilhar a forma como o contacto pele-a-pele e a adaptação à mama na primeira hora de vida actuam como factores facilitadores no processo de amamentação e de vinculação, sendo muitas vezes um recurso, no ultrapassar de dificuldades...

Fortaleci a relação de auxílio-confiança com os casais a quem realizei o parto, e pude desta forma ir adequando a minha prestação de cuidados às suas reais necessidades, promovendo cuidados especializados de qualidade e excelência.

D. Mobilizar conhecimentos/saberes teóricos para o contexto da prática clínica em BP, bem como aprofundar e desenvolver saberes decorrentes das experiências da prática clínica.

Neste objectivo específico procurei compreender os benefícios proporcionados pelo contacto pele-a-pele entre mãe-RN, sendo este o meu foco de atenção, numa tentativa de me munir de conhecimentos/saberes teóricos que permitissem uma prática clínica fundamentada e tal como refere WATSON (2002) procurei assegurar os factores de cuidar: uso sistemático do método científico da resolução de problemas para a tomada de decisões e auxílio na satisfação das necessidades humanas inferiores, superiores e de autorealização, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, assim surgiu o seguinte tema:

“Contacto pele-a-pele no nascimento – Um cuidado especializado no estabelecimento da amamentação”

JANICAS e PRAÇA (2002) citados por MONTEIRO (2006) enaltecem a importância da reflexão por parte dos profissionais de saúde atendendo não só à componente física no momento do parto como também à componente psíquica da mulher, avaliando a sua

disponibilidade para a realização do contacto pele-a-pele e para o estabelecimento da amamentação na 1ª hora de vida do bebé.

TORNIQUIST (2003) citado por MONTEIRO (2006) refere que:

“(...) as rotinas propostas pelo movimento de humanização ao nascimento devem ser flexibilizadas diante de variantes socioculturais e pessoais, a fim de garantir o respeito aos direitos das mulheres sobre o seu próprio corpo e o direito à diferença.” (2006:106).

Cabe-nos enquanto EESMO criar o ambiente protector, correctivo e de apoio (WATSON, 2002) propício para que a adaptação do RN à vida extra-uterina decorra da melhor forma possível, colocando de lado rotinas hospitalares (limitadoras da mudança de comportamentos nos Blocos de Partos) que dificultam e diminuem a actividade reflexa do bebé na 1ª hora de vida, e que conseqüentemente irão comprometer a amamentação.

RIGHARD e ALAÍDE (1990) citados por ALMEIDA e FILHO (2004)

“(...) recomendam que os recém-nascidos sejam deixados nus sobre o abdómen da mãe, sem interrupção, até que tenham conseguido mamar pela primeira vez, devendo-se promover ativamente seus esforços para alcançar o peito materno. O início precoce do aleitamento leva o recém-nascido a mamar corretamente mais cedo, possibilitando maior sucesso do mesmo.” (2004:384).

O mesmo autor refere um estudo realizado por TOMPSON com 2 grupos de bebés: no 1º grupo houve contacto pele-a-pele e aos 2 meses o índice de AM exclusivo foi de 60%; no 2º grupo onde não existiu contacto pele-a-pele o índice de AM exclusivo foi de apenas 20%, o que demonstra os benefícios a longo prazo de uma atitude tomada no nascimento.

Baseando-me no que refere LAMAZE INTERNATIONAL RESEARCH (2009), surgiu a minha proposta de melhoria da qualidade dos cuidados. Actualmente o contacto pele-a-pele é encarado como o novo sinal vital dos cuidados na maternidade, assim é fundamental que os profissionais envolvidos fundamentem, incentivem e proporcionem esta prática, respeitando a individualidade de cada mulher/família, garantindo o bem-estar da tríade. Assim criei, em colaboração com a Enfª Orientadora do Local um instrumento de registo (Anexo VI) que permita dar visibilidade a esta prática clínica na realidade diária do Bloco de Partos na Instituição onde desenvolvi EC IV. Isto é,

importa que nos nossos registos de enfermagem não enfatizemos somente os procedimentos técnicos, as atitudes terapêuticas, importa atentar aos registos das intervenções autónomas que o EESMO pode e deve proporcionar à tríade, potenciando a vivência positiva e informada do TP e P, entre eles a prática do contacto pele-a-pele entre mãe-filho e a 1ª adaptação à mama na primeira hora de vida do RN.

Após reflectir sobre o que li, e analisando criticamente a prática clínica importa que a nossa atenção se focalize na mulher/família quando falamos de contacto pele-a-pele e não façamos desta prática algo rotineiro e fragmentado, apenas com o propósito de cumprir orientações institucionais. “A vivência em serviços onde o contato pele a pele vem ocorrendo (...) sugere (...) sentimentos como felicidade, amor, conforto, tranquilidade, compartilhados entre a equipe e o binômio.” (ALMEIDA e FILHO, 2004:387). A qualidade dos cuidados depende da mudança de atitude por parte dos profissionais, que devem valorizar a díade mãe-bebé, facilitando deste modo a operacionalização do 4º passo na IHAB, sendo este realizado não de forma mecanicista, mas sim com respeito pelas famílias que cuidamos, senão perder-se-á todo o sentido desta prática facilitadora do estabelecimento precoce da amamentação.

“Compreender o significado do contato precoce e da amamentação, ainda em sala de parto, implica em respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher (...) para que o quarto passo tenha seus objectivos alcançados e possa promover o vínculo entre mãe e filho, incentivando o aleitamento materno, faz-se necessário atenção à mulher durante este momento, informando-a e auxiliando-a no contato precoce. Torna-se evidente que a mulher deve fazer parte deste momento, tendo poder de decisão sobre o contato precoce e a primeira amamentação, sendo sujeito das suas ações, não apenas recebendo e aceitando o quarto passo da IHAC, sem refletir sobre ele(...)” (MONTEIRO, GOMES e NAKANO, 2002:431-432).

Em suma, “A revisão bibliográfica evidencia que o contato pele a pele e a sucção precoce são de grande contribuição para o início do aleitamento materno e para o aumento na sua duração e exclusividade.” (ALMEIDA e FILHO, 2004:386), mas para que isso possa acontecer importa compreender se a mulher/mãe se encontra motivada e disponível para esta prática, senão as suas vantagens perder-se-ão.

5- LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Durante este percurso encontrei algumas dificuldades, o que limitou de certa forma o desenvolvimento deste trabalho. A carga horária semanal elevada e o meu alto nível de exigência comigo mesma, nos cuidados de excelência que procuro prestar forma factores que me levaram ao limite em algumas alturas. O cansaço físico e psíquico desta etapa final, foi para mim uma das maiores limitações, o que procurei sempre contrariar, e que consegui com sucesso, uma vez que cumpri os meus objectivos e consegui desenvolver um trabalho que aqui tenho vindo a expôr.

Alguns dos elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente alguns Pediatras não reconhecem a importância da prática do contacto pele-a-pele e do estabelecimento da amamentação precoce, em detrimento dos cuidados imediatos ao RN. Utilizei a boa relação que tenho com a equipa multidisciplinar, e a minha capacidade de negociação - sempre contando com o apoio da Enf^a Orientadora do Local e com os outros membros da equipa de enfermagem – para ultrapassar esta limitação. Fundamentei sempre as minhas acções e capacitei os casais para uma intervenção activa no seu projecto de saúde. Com o desenvolvimento destas negociações procurei envolver os Pediatras nos cuidados, motivando-os para estas práticas de excelência na humanização do parto e fundamentando cientificamente as intervenções que desenvolvi

Quanto à proposta de melhoria da qualidade dos cuidados que apresentei (Registo da duração do Contacto pele-a-pele) senti alguma resistência por parte da equipa de enfermagem perante o preenchimento de “mais um papel” (sic)... Por forma a contornar esta limitação realizei uma sessão aos pares onde expus os resultados da RSL e onde evidenciei a importância deste registo, procurando motivá-los, conseguindo assim a sua colaboração.

Em suma, considero que apesar das limitações que senti durante o desenvolvimento do trabalho, procurei manter uma atitude de tranquilidade, contando com o apoio de quem estava à minha volta, o que me permitiu concluir com sucesso mais uma etapa do meu desenvolvimento enquanto EESMO.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EC IV e a realização do Relatório de Estágio foram o culminar de 2 anos de dedicação e aquisição/desenvolvimento de competências enquanto EESMO. Procurei desde sempre direccionar o meu percurso profissional, para a capacitação e autonomia dos casais, na vivência saudável e equilibrada da transição para a parentalidade, conferindo-lhes segurança na tomada de decisão sobre a sua saúde.

Considero fundamental que enquanto EESMO, nos capacitemos para podermos ser profissionais de referência nos cuidados especializados que prestamos. Foi esta postura que procurei desenvolver durante toda a prática clínica.

Penso que a boa relação que estabeleci com a equipa multidisciplinar facilitou o meu percurso de aquisição de competências. A autonomia que consegui desenvolver, foi uma mais-valia na minha prática clínica, pois sendo o contacto pele-a-pele e o estabelecimento da amamentação uma atitude que deve ser proporcionada pelo EESMO, a sua realização deve depender da vontade da mulher/casal. Para que a atitude do casal seja consciente, foi minha preocupação conferir-lhes conhecimentos que lhes permitissem opções informadas.

O papel do EESMO passa muito pela capacitação dos casais grávidos para a tomada de decisão informada e esclarecida, que se iniciada durante a consulta de vigilância da gravidez poderá ser uma mais valia (ou algo que faça a interpretação da situação). SPRINGER citado por GALVÃO (2002) refere que associada à vontade inata de querer amamentar, a atitude dos profissionais de saúde, revela-se decisiva no suporte de uma mãe que o pretenda fazer.

Toda esta vivência foi muito importante para o meu desenvolvimento enquanto profissional e foi fundamental na compreensão holística do momento do parto.

O processo de investigação traz implicações respeitantes à profissão, sociedade, cliente e investigador. Deve contribuir para o desenvolvimento e enriquecimento do corpo de conhecimentos, bem como para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior grau de competência, assim gostaria de um dia mais tarde conseguir realizar um trabalho de investigação, a partir desta RSL, que me permitisse produzir dados quantitativos que demonstrassem as vantagens destas práticas no

nascimento para o sucesso do AM, dando visibilidade aos cuidados especializados que prestamos às utentes/famílias que cuidamos.

Por tudo o que referi, considero ter desenvolvido competências técnicas, científicas e relacionais enquanto EESMO, fulcrais na prestação de cuidados de qualidade. Demonstrei iniciativa, interesse e motivação, bem como autonomia na prestação de cuidados que desenvolvi. Procurei acompanhar a mulher/família nas diferentes dimensões do cuidar do ciclo gravídico-puerperal, o que se revelou uma boa estratégia de desenvolvimento.

Procurarei continuar a realizar formação aos pares acerca desta temática, mantendo a equipa multidisciplinar informada e motivada para esta prática tão fundamental, através de sessões formais, e quem sabe através da realização/publicação de artigos científicos...

A Área da Saúde Materna e Obstetrícia foi desde sempre algo em que investi com muito empenho, o que certamente me tem permitido evoluir profissionalmente, bem como melhorar a qualidade dos cuidados que presto.

7- BIBLIOGRAFIA

- ✓ ALMEIDA, Elaine A.;FILHO, José M. - **O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno.** Revista de Ciências Médicas Campinas_[online].13(4).(Out/Dez 2004), 381-388. Acedido em 3/2/2011. Disponível em <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>
- ✓ BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- ✓ BRAMSON, Leslei [et al.] – **Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay.**_[on line]. (2005). Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://jhl.sagepub.com/content/early/2010/01/28/0890334409355779>
- ✓ BYSTROVA, Knesia [et al.] – **Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later.**_[on line]. (2009). Acedido a 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9>
- ✓ CORDEIRO, Alexander M. [et al.] – **Revisão sistemática: uma revisão narrativa.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões_[on line]. 34(6).(2007), 428-431. ISSN 0100-6991. Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://www-scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>
- ✓ CHALMERS, Beverley[et al.]– **Breastfeeding Rates and Hospital Breastfeeding Practices inCanada: A National Survey of Women.** WileyPeriodicsJournalCompilation_[online]. 36(2). (June 2009), 122-132. Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9>
- ✓ CRENSHAW, Jeannette. – **Care practice #6: No separation of mother and baby, wuth unlimited opportunities for breastfeeding.**_[on line]. (2007). Acedido a 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9>
- ✓ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES D GINECOLOGIA E OBSTETRICIA – **Manual de Orientação em Aleitamento Materno.** [online]. (2006) Acedido em 23/1/2011. ISBN 85-89245-13-6. Disponível em http://www.scribd.com/doc/3890009/Aleitamento-Materno_Manual-de-orientação

- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação – Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- ✓ GALVÃO, D. – **A amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-11-9.
- ✓ GALVÃO Cristina Maria [et al.] – **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem**. Revista Latino-America de Enfermagem_[on line]. 12(3). (2004), 549-556. ISSN 0104-1169. Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- ✓ KITZINGER, Sheila – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. ISBN 972-8245-25-4.
- ✓ MCGRATH, SK., KENNEL, JH. – **Extended mother-infant skin-to-skin contact and prospect of breastfeeding**.ActaPediátrica_[on line]. 91. (2002). 1288-1289. Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c17bc87-cd30-45b6-b61a-a6649038725e%40sessionmgr15&vid=1&hid=14>
- ✓ MIKIEL-KOSTYRA, K. MAZUR J., BOLTRUSZKO I. – **Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study**.ActaPediátrica_[on line]. 91. (2002), 1301-1306. Acedidoem 15/5/2011. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02824.x/pdf>
- ✓ MIZUNO, K. [et al.] – **Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour**.Acta Pediátrica_[online]. 93. (2004), 1640-1645. Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9>
- ✓ MONTEIRO, Juliana C. S.; GOMES, Flávia A.; NAKANO, Ana M.S. – **Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto**. Acta Paulista de Enfermagem_[online]. 19(4). (2006), 427-432. Acedido em 3/2/2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a10.pdf>
- ✓ MONTEIRO, J. C. S. – **Contato precoce e amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo_[online]. (2006). Acedido a 15/5/2011. Disponível em <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt->

[PT&q=contato+precoce+e+amamenta%C3%A7%C3%A3o+em+sala+de+parto+na+perspectiva+da+mulher&lr=&as_sdt=0](#)

- ✓ MUÑOZ, S.I.S [et al.] – **Revisão sistemática da literatura e metanálise: noções básicas sobre o seu desenho, interpretação e aplicação na área de saúde.** Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. (Maio,2002). Acedido em 15/5/2011. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=msc000000052002000200010&ing=pt&nrm=isso
- ✓ NAKAO, Yuko [et al.] – **Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey.** InternationalBreastfeedingJournal_[online]. 3(1). (January,2008). Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9>
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.** Novembro 2007. Acedido a 8/05/2010. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedenoticias/Nov_2007/CompetEESMOfianlsite.pdf
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.**Acedido a 29/05/2010. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.** 20/11/2010.
- ✓ POCINHO, Margarida – **Lições de Metanálise.** 2008. UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO II. Prof. Irene Soares ESEAR,2011.
- ✓ POLIT, Denise; HUNGLER, Berbardette – **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem.** 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 972-65432-09.
- ✓ ROMANO, Amy M. – **Healthy Birth Your Way- Six steps to a safer birth: 6. Keep your baby wuth you – It’s best for you, your baby, and breastfeeding.**_[online]. (2009). Acedido em 15/5/2011. Disponível em <http://scholar.google.pt/scholar?hl=pt->

[PT&q=healthy+birth+your+way++six+steps+to+a+safer+birth+lamente+international+-+amy+romano&lr=&as_ylo=&as_vis=0](http://www.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9)

- ✓ ROMANO, Amy M. – **Safe and healthy birth: The importance of data.**TheJournalof Perinatal Education_[online]. 19 (4). (Fall,2010), 52-58. Acedido a 15/5/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/login?sid=9170481d-3e19-4ce8-bf48-ea0bfe2729ed%40sessionmgr4&vid=9&hid=9>
- ✓ TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Técnicas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-83-83-74-6.
- ✓ WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar em teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.
- ✓ WHO/UNICEF – **Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento**. Genebra. 1993.
- ✓ WHO/UNICEF – **Declaração de Innocenti** [on line]. (1991). Acedido em 15/5/2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breasyfeeding/innocenti.htm>

8- ANEXOS

ANEXO I – PROYECTO INDIVIDUAL

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

(5º CPLESSMO)

Ano Lectivo 2010/2011

Unidade Curricular: Estágio com Relatório/Seminário de Investigação II

PROJECTO INDIVIDUAL



Estudante: Tânia Valente

Tutora: Profª Teresa Félix

Janeiro/Fevereiro, 2011

SUMÁRIO

	P
0- INTRODUÇÃO	3
1- PLANEAMENTO DO TRABALHO DE PROJECTO	7
1.1- Finalidade do Projecto	7
1.2- Objectivos	7
1.3- Metodologia e Plano de Trabalho	8
1.3.1- Actividades Planeadas	8
1.3.2- Descrição dos Processos de Trabalho/Estratégias	9
1.3.3- Resultados Esperados	10
1.3.4- Aplicabilidade da Evidência na Área Específica	10
2- CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
BIBLIOGRAFIA	13
ANEXOS	
ANEXO I- Discriminação das Actividades Planeadas	16
ANEXO II – Cronograma das Actividades Planeadas	18

0-INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste Projecto Individual surge no âmbito da UC Estágio com Relatório em interligação com a UC Seminário de Investigação II durante o Ensino Clínico IV que decorre no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE, em contexto de Bloco de Partos no período de 17 de Janeiro a 1 de Julho de 2011 sob a Perceptoria da Enf^a ESMO Maria Avelina Lopes e da Prof^a Maria João Delgado, e sob a Tutoria da Prof^a Teresa Félix.

A OMS e a UNICEF (1993) recomendam o Aleitamento Materno (AM) exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de idade, e até aos 2 anos de vida como complemento de outros alimentos. Em 1992 a OMS e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do AM intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como BabyFriendly Hospital Initiative (BFHI). Esse código de conduta surgiu na sequência da “Declaração Innocenti” a 1 de Agosto de 1990, durante um encontro entre formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e organismos internacionais (WHO/UNICEF, 1991). Esta Iniciativa tem como objectivo a promoção, protecção e apoio ao AM através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos dos hospitais, mediante a adopção das “Dez Medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés” das quais saliento a quarta medida como directriz oficial na justificação da importância deste projecto para a excelência dos cuidados especializados que incita o início do AM na primeira hora de vida, corroborada também no Manual de Orientação em AM (FEBRASGO, 2006) dado que no parto, a equipa deve promover o início precoce da amamentação, colocando o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe pelo maior tempo possível, sendo este um papel que pertence ao EESMO como profissional de saúde de referência para o casal grávido.

Sendo esta uma Instituição cuja equipa de saúde valoriza a promoção da amamentação, tal como preconizado pela OMS/UNICEF - fazendo eu parte dessa equipa e atendendo ao que tenho observado/participado na prática clínica no que concerne ao contacto pele-a-pele mãe-bebé, e sendo minha motivação a humanização do parto, estes factores contribuíram para a justificação da criação deste projecto...Os benefícios proporcionados pelo contacto pele-a-pele entre mãe-RN passaram a ser o meu foco de atenção, numa tentativa de me munir de conhecimentos/saberes teóricos

que permitam uma prática clínica fundamentada e consequente melhoria da qualidade dos cuidados, assim construí a seguinte Questão PICOD:

■ Qual o efeito do contacto pele-a-pele mãe-RN no nascimento, promovido pelo EESMO, no estabelecimento da Amamentação?

Palavras-Chave:

- Contactopele-a-pele_____Skin on skin contact
- Cuidado do EESMO_____Midwife Care
- Nascimento_____Delivery/Birth
- Amamentação_____Breastfeeding

Ao contrário dos outros mamíferos, a amamentação nos humanos não é um processo puramente instintivo, mas sim de aprendizagem, enquanto EESMO presentes e cuidadores em todo o ciclo gravídico-puerperal, é nossa função intervir em todos os momentos oportunos para incentivar, apoiar e facilitar a amamentação. Foi nesse sentido que procurei traçar um projecto transversal, que permita uma intervenção nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal. Delineando actividades e estratégias dirigidas à grávida/família (EC II) durante o internamento no Serviço de Obstetrícia pela realização de sessões de educação para a saúde sobre Amamentação e contacto precoce pele-a-pele; à puérpera/RN/família (EC V), pela utilização do Formulário de Observação da Mamada como instrumento de trabalho para o apoio à prática do AM exclusivo, e pretendo agora perceber qual pode ser a minha intervenção em contexto de bloco de partos fundamentada na evidência científica. Do meu ponto de vista o momento do parto é crucial no estabelecimento precoce da amamentação e é onde o EESMO tem um papel privilegiado de proporcionar uma experiência positiva de amamentação à tríade, estimulando o contacto físico e visual mãe-bebé, assim como envolvendo o pai em todo o processo e proporcionando-lhes tempo para se conhecerem pessoalmente...

É minha motivação procurar subsídios que facilitem e incentivem a prática profissional na implementação dos saberes teóricos comprovadamente benéficos, especialmente os relacionados com o apoio e incentivo à amamentação. Existe uma evidência muito

clara de que o início do AM na primeira hora após o nascimento é muito importante para o bebé, para a mãe e para o estabelecimento do AM com sucesso. Estão bem demonstrados os efeitos positivos de uma primeira mamada com sucesso, são eles: a criação de confiança materna na capacidade de amamentar; o facto do bebé receber protecção imunológica do colostro; a estimulação do funcionamento intestinal e da digestão do bebé; a existência posteriorde menor número de problemas na amamentação e o facto da relação mãe-filho, bem como o vínculo serem potenciados. (WHO/UNICEF, 1993).

Pretendo partir da revisão sistemática da literatura para fundamentar o procedimento contacto pele-a-pele mãe-RN no nascimento, enquanto facilitador do estabelecimento da amamentação promovendo a adopção de comportamentos através do desenvolvimento de um conjunto de competências comuns ao enfermeiro especialista que envolvam

“(...) as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar na prática de enfermagem.”
(REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA, 2010:2)

Pretendo que o meu desenvolvimento profissional, bem como as minhas acções enquanto EESMO tenham como base os **4 domínios de competência comuns aos enfermeiros especialistas**, são eles: a **responsabilidade profissional, ética e legal** – promovendo o respeito pela pessoa e pelos direitos humanos; a **melhoria contínua da qualidade** – dinamizando iniciativas institucionais, colaborando em programas de melhoria dos cuidados, mantendo um ambiente terapêutico e seguro; a **gestão de cuidados** – optimizando a resposta de equipa de enfermagem às situações e ao contexto; e o domínio das **aprendizagens profissionais** – desenvolvendo o auto-conhecimento e a assertividade, baseando a minha prática clínica em conhecimentos teóricos sólidos e coerentes.

Considero que a **Competência 2, 3 e 4** do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010) enquadram legalmente a finalidade deste meu projecto: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal,

potenciando a sua saúde, detectando e tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal; Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina; e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Como quadro de referência para a realização deste projecto, e da minha prática clínica enalteço o modelo teórico de Jean Watson que “(...) surgiu da demanda para conferir um novo significado e dignidade ao mundo de enfermagem e do cuidar (...) limitado na altura, largamente definido pelo paradigma da medicina (...)” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:165). Watson procurou construir um modelo que transportasse

“(...) a medicina, a enfermagem e o público para além da tradicional medicina ocidental, para lá da perspectiva da «cura a qualquer custo» e coloca as práticas de cuidar e cura num novo paradigma que reconhece a relação simbiótica entre humanos-tecnologia-natureza e o universo mais vasto e em expansão.” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:165).

Perante o que referi anteriormente, procuro orientar o meu cuidar como “ (...) mais do que um comportamento orientado pela tarefa (...)” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004:166) como algo transpessoal, só possível “(...) quando existe um verdadeiro relacionamento entre enfermeira e doente” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004:166). Watson atribui ênfase às qualidades interpessoais e transpessoais da **coerência**, **empatia** e do **calor humano**.

Assim considero importante enunciar mesmo que sucintamente os 10 factores de cuidar deste modelo conceptual que orientam a minha prestação de cuidados:

“1. Formação de um sistema de valores humanisto-altruísta; (...) 2. Instilação da fé-esperança; (...) 3. Cultivo da sensibilidade para consigo e para com os outros; (...) 4. Desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança; (...) 5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; (...) 6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões; (...) 7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais; (...) 8. Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio; (...)9. Auxílio na satisfação das

necessidades humanas; (...) 10. Permissão de forças fenomenológico-existenciais.” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:167-169).

Procuro basear a minha intervenção, no ideal de que o estabelecimento de relações interpessoais fortes e sinceras, é o veículo para o verdadeiro cuidar eficaz “ (...) mais holístico e humanista no qual a harmonia, a interpretação e a auto-transcendência são orientações emergentes (...)” (TOMEY E ALLIGOOD, 2004:172). Assim, e baseando a minha intervenção no referencial teórico de Jean Watson será através do estabelecimento dessas relações interpessoais de confiança com os casais grávidos, respeitando-os enquanto pessoas individuais e seres com dimensão espiritual, que pretendo desenvolver todas as actividades a que me propus, sendo para mim este o caminho para o verdadeiro desenvolvimento de competências enquanto EESMO.

1- PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

1.1 – Finalidade do Projecto

Com o desenvolvimento deste projecto pretendo contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem especializados adequada e promotora da amamentação, baseada na evidência científica, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados.

1.2 Objectivos

Objectivo Geral: Desenvolver competências, comuns e específicas na prestação de cuidados à mulher/RN/família enquanto futura EESMO, bem como promover e apoiar a amamentação.

Objectivos Específicos:

- Desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade atendendo à promoção do seu bem-estar;
- Desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família durante os diferentes estadios do TP,

puerpério e período neonatal, tendo como principal foco de atenção a amamentação;

- Desenvolver competências que me permitam observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia, com enfoque na articulação com os cuidados promotores da amamentação em contexto de Bloco de Partos;
- Desenvolver competências que me permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados no nascimento através do acompanhamento da díade/tríade até ao regresso a casa;
- Mobilizar conhecimentos/saberes teóricos para o contexto da prática clínica em Bloco de Partos, bem como aprofundar e desenvolver saberes decorrentes das experiências da prática clínica.

1.3 – Metodologia e Plano de Trabalho

1.3.1- Actividades Planeadas (consultar Anexo I)

- Pesquisa com recurso a Revisão Sistemática da Literatura e eventualmente entrevistas a peritos;
- Realização de Sessão de formação à equipa de enfermagem sobre evidência científica que fundamenta este projecto;
- Identificação de expectativas e conhecimentos do casal grávido sobre amamentação, nascimento e contacto pele-a-pele;
- Realização de educação para a saúde ao casal grávido, promotora da amamentação;
- Prestação de cuidados à mulher durante os 4 estádios do TP;
- Realização do parto em ambiente seguro, respeitando a individualidade de cada casal e as normas de conduta profissional do EESMO;
- Prestação de cuidados (i)mediatos ao RN de adaptação à vida extra-uterina, privilegiando o contacto pele-a-pele e o estabelecimento da amamentação;
- Realização de entrevistas às puérperas de quem cuidei (em contexto de BP), aquando do seu internamento no Serviço de Obstetrícia.

1.3.2- Descrição dos Processos de Trabalho/Estratégias

Para a concretização deste projecto utilizarei a Revisão Sistemática da Literatura, um tipo de estudo secundário retrospectivo que facilita a elaboração de directrizes clínicas pois permite reunir de forma organizada grande quantidade de resultados que auxiliam na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, ou seja, pode definir-se como uma publicação viva, passível de ser actualizada cada vez que surgem novos estudos sobre o tema.

“(…) na prática clínica é imprescindível que as informações sejam transformadas em conhecimento, isto é, que tais informações sejam reunidas, organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas. As directrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas são meios que permitem essa transformação.” (POCINHO, 2008:11).

Segundo a COCHRANE HANBOOK a revisão sistemática deve passar por 7 passos: 1. Elaboração de uma pergunta bem definida; 2. Localização e Selecção de estudos; 3. Avaliação crítica dos estudos; 4. Recolha de dados; 5. Análise e apresentação dos dados; 6. Interpretação dos resultados; 7. Aperfeiçoamento e actualização.

“Em suma, as directrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas consistem no elo de ligação entre as pesquisas e a prática clínica, sendo extremamente úteis para os tomadores de decisão na área da saúde (…)” (POCINHO, 2008, p.11).

Assim pretendo realizar pesquisa de estudos publicado em diferentes bases de dados electrónicas como: Medline, Publicações CochraneHandbook, Google académico e Ebsco. Defini como critérios de inclusão: Estudos realizados após o ano 2000, cujas palavras-chave incluam contacto pele-a-pele, nascimento e amamentação. Como critérios de exclusão: Estudos realizados com recém-nascidos pré-termo; recém-nascidos de baixo peso; recém –nascidos com patologia associada; Estudos realizados com mães impossibilitadas de amamentar. É meu objectivo continuar a aprofundar a minha pesquisa de forma a enriquecer esta revisão sistemática da literatura até ao final do meu EC IV.

Tal como referem alguns autores, defino como população de estudo (P) – Mãe-RN no nascimento; como intervenção (I) – Contacto pele-a-pele no nascimento; e como resultados esperados (O) – Estabelecimento da amamentação. Assim utilizarei os seguintes descritores, relativos a cada um dos parâmetros aquando da minha pesquisa:

P (população) – Delivery, birth.

I (intervenção) – Skin on skin contact; Midwife care; Obstetric care; Care.

O (resultados esperados) – Breastfeeding; Human milk; Breast milk.

Como estratégias para o sucesso deste projecto selecionei o eventual recurso a peritos sobre esta temática, bem como os processos de negociação necessários tanto com os casais grávidos como com os pares.

Durante o EC IV pretendo desenvolver a observação participante no sentido de identificar se a prática clínica está fundamentada na evidência científica, ou se pelo contrário, há necessidade de mudança para a melhoria da qualidade dos cuidados.

1.3.3- Resultados esperados

Após a Revisão Sistemática da Literatura que realizarei, e atendendo aos resultados que encontrarei, espero: Conseguir que a literatura fundamente o estabelecimento do contacto cutâneo Mãe/RN, procedimento que pretendo estabelecer nos nascimentos que efectuar pelo máximo tempo possível (integrando a individualidade de cada puérpera) e contribuir para melhorar a prática de cuidados de enfermagem especializados no Bloco de Partos, baseados na evidência científica, em suma, contribuir para o bem-estar da tríade.

1.3.4- Aplicabilidade da evidência na área específica

Após reflectir sobre o que li, e analisando criticamente a prática clínica, importa que a nossa atenção se focalize na mulher/família quando falamos de contacto pele-a-pele e não façamos desta prática algo rotineiro e fragmentado, apenas com o propósito de cumprir orientações da Instituição. A qualidade dos cuidados depende da mudança de atitude por parte dos profissionais, que devem valorizar a díade mãe-bebé, facilitando deste modo a operacionalização do 4º passo da IHAB, sendo este realizado não de forma mecanicista, mas sim com respeito pelas famílias que cuidamos, senão perder-se-á todo o sentido desta prática facilitadora do estabelecimento precoce da amamentação. Cabe-nos o papel de criar o ambiente propício para que a adaptação do RN à vida extra-uterina decorra da melhor forma possível, colocando de lado rotinas hospitalares (limitadoras da mudança de comportamento nos Blocos de Partos) que

dificultam e diminuem a actividade reflexa do bebé na 1ª hora de vida, e que conseqüentemente irão comprometer a amamentação. ALMEIDA (2004) refere um estudo realizado por Tompson com 2 grupos de bebés: no 1º grupo houve contacto pele-a-pele e aos 2 meses o índice de AM exclusivo foi de 60%; no 2º grupo onde não existiu contacto pele-a-pele o índice foi de apenas 20%, o que demonstra os benefícios a longo prazo de uma atitude tomada no nascimento. Como refere MONTEIRO, “este contacto cria um ambiente óptimo para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, e é considerado como um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce.” (2006:428).

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de terminar este projecto referindo que a equipa de enfermagem tem um papel fulcral na operacionalização do 4º passo da IHAB. Somos nós quem orienta e auxilia a família na transição para a parentalidade, sendo fundamental focalizarmos a nossa atenção na mulher, informando-a, conferindo-lhe capacidade de decidir livremente sobre o contacto precoce e sobre o estabelecimento da amamentação tornando-a sujeito activo no seu projecto de saúde, funcionando como central a capacidade de comunicação dos profissionais de saúde, bem como o estabelecimento de relações interpessoais de confiança, que nos permitam entender/compreender a mulher que cuidamos enquanto ser único e original.

Importa que tenhamos atitudes conscientes e fundamentadas na evidência, pois cuidamos de famílias num momento crucial do seu desenvolvimento. Os procedimentos hospitalares rotineiros não coincidem com a postura humanista que pretendemos desenvolver. Como tal, devemos fazer um esforço conjunto para eliminarmos o que é prejudicial para a vinculação e amamentação, cabe-nos este papel, estando em nós a motivação para a mudança...como futuros EESMO.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ ALMEIDA, Elaine A.; FILHO, José M. - **O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno** Revista de Ciências Médicas Campinas_[online].13(4).(Out/Dez 2004), 381-388. Acedido em 3/2/2011. Disponível em <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>
- ❖ BRAZELTON, T. Berry – **Tornar-se família – O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa. Terramar, 1994. ISBN 972-710-056-2.
- ❖ FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES D GINECOLOGIA E OBSTETRICIA – **Manual de Orientação em Aleitamento Materno**. [online]. (2006) Acedido em 23/1/2011. ISBN 85-89245-13-6. Disponível em http://www.scribd.com/doc/3890009/Aleitamento-Materno_Manual-de-orientação
- ❖ GALVÃO, Cristina M.; SEWADA, Namie O.; TREZIVAN, Maria A. – **Revisão sistemática: Recurso que porporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. Revista Latino-America de Enfermagem._[online]. 12(3). (Maio/Junho 2004), 549-556. Acedido em 3/2/2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300014&lng=en&nrm=iso
- ❖ GONZÁLEZ, Carlos – **Manual Prático do Aleitamento Materno**. Caneças: Mama Mater- Associação, 2004. Depósito Legal nº 278711/08.
- ❖ MONTEIRO, Juliana C. S.; GOMES, Flávia A.; NAKANO, Ana M.S. – **Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto**. Acta Paulista de Enfermagem_[online]. 19(4). (2006), 427-432. Acedido em 3/2/2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a10.pdf>
- ❖ POCINHO, Margarida – **Lições de Metanálise**. 2008. UNIDADE CURRICULAR SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO II. Prof. Irene Soares ESEAR,2011.
- ❖ OMS – **Recomendações sobre Aleitamento Materno**. [online]. Acedido em 25/1/2011. Disponível em: <http://www.leitematerno.org/oms.htm>.
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS –**Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. 29/05/2010
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 20/11/2010.

- ❖ TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Técnicas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-83-83-74-6.
- ❖ WHO/UNICEF – **Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento**. Genebra. 1993.
- ❖ WHO/UNICEF – **Declaração Innocenti**. [on line]. (1991). Acedido em 25/10/2010. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>.

ANEXOS

ANEXO I – Descrição das Actividades Planeadas

Actividades Planeadas	Descrição das Actividades
Pesquisa com recurso a revisão sistemática da literatura e eventualmente entrevistas a peritos.	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar criticamente os estudos pesquisados; • Relacionar os conceitos-chave do projecto; • Aumentar/Aprofundar os meus conhecimentos/saberes teóricos baseados na evidência.
Realização de sessão à equipa de enfermagem sobre evidência científica que fundamenta este projecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar um plano de sessão e fazer a divulgação à equipa atempadamente; • Apresentar segundo o método expositivo.
Identificação de expectativas e conhecimentos do casal grávido sobre amamentação, nascimento e contacto pele-a-pele.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relações de confiança com os casais grávidos; • Perceber as suas experiências anteriores, os seus receios e como idealizaram parto/nascimento; • Desmistificar pré-conceitos; • Validar conhecimentos.
Realização de educação para a saúde ao casal grávido promotora da amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir, ensinar e validar sobre a amamentação, nascimento, contacto pele-a-pele e suas vantagens para a mãe e para o bebé.
Realização do parto em ambiente seguro, respeitando a individualidade de cada casal e as normas de conduta profissional do EESMO.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar e acompanhar o casal grávido em TP; • Realizar todos os procedimentos técnicos inerentes aos parto; • Cuidar a mulher/RN durante todo o período de puerpério imediato.
Prestação de cuidados (i)mediatos ao Rn de adaptação à vida extra-uterina, privilegiando o contacto pele-a-pele e o estabelecimento da amamentação.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o contacto pele-a-pele pelo máximo tempo possível, garantindo as adequadas condições de saúde para a mãe e RN; • Sempre que possível realizar os procedimentos técnicos necessários ao RN mantendo o contacto pele-a-pele; • Favorecer a 1ª adaptação à mama

	<p>promovendo sempre que possível uma experiência de amamentação positiva.</p>
<p>Prestação de cuidados à mulher durante os 4 estádios do TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar globalmente as parturientes/RN/família em contexto hospitalar; • Promover a continuidade de cuidados, individualizando as actividades realizadas de acordo com a especificidade de cada situação e individualidade de cada utente/família.
<p>Realização de entrevistas às puérperas de quem cuidei (em contexto de BP), aquando do seu internamento no Serviço de Obstetrícia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar as puérperas/RN durante o puerpério de forma a compreender a sua experiência; • Presenciar, se possível, uma mamada de forma a perceber se a 1ª mamada após o nascimento favoreceu a sua adaptação.

ANEXO II – CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES PLANEADAS

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	
***** **							
	*****18***** **						

				Primeira**Quinzena*** ****			

						****8**** **	
		*****22e24***** **					

LEGENDA:

****Realização do Projecto Individual.**

****Entrega do Projecto Individual.**

****Pesquisa com recurso a revisão sistemática da literatura e eventualmente entrevistas a peritos.**

****Realização de sessão à equipa de**

****Prestação de cuidados (i)mediatos ao Rn de adaptação à vida extra-uterina, privilegiando o contacto pele-a-pele e o estabelecimento da amamentação.**

****Realização de entrevistas às puérperas de quem cuidei (em contexto de BP), aquando do seu internamento no Serviço de Obstetrícia.**

****Realização do Relatório Final.**

****Entrega do Relatório Final**

enfermagem sobre evidência científica que fundamenta este projecto.

****Identificação de expectativas e conhecimentos do casal grávido sobre amamentação, nascimento e contacto pele-a-pele.**

****Realização de educação para a saúde ao casal grávido promotora da amamentação.**

****Realização do parto em ambiente seguro, respeitando a individualidade de cada casal e as normas de conduta profissional do EESMO**

****Vigilância e prestação de cuidados à mulher durante os 4 estádios do TP**

****Apresentação em sala de aula dos projectos individuais.**

ANEXO II – 1º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem

de Saúde Materna e Obstetrícia

2010/2011

UC: Ensino Clínico IV (Bloco Partos)

1º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

AEESMOTânia Valente / OL: Enf^a Avelina Lopes / OE: Prof. Maria João Delgado

Finalmente chegou a fase da Especialidade que mais expectativas me causava: o Ensino Clínico de Bloco de Partos. Este é o local onde me tornarei efectivamente em Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, mas como costume dizer: *“Não há rosa sem espinhos...”* (sic).

Cedo me deparei com situações de difícil gestão. É-nos exigido que consigamos desenvolver e adquirir inúmeras competências, para mim, uma das mais complexas é certamente a prestação de cuidados à mulher/família em situação de morte fetal.

Toda a minha experiência profissional enquanto enfermeira generalista que presta cuidados no Serviço de Obstetrícia tem sido na vivência de situações de felicidade, em que mais de 90% dos casais que cuido têm consigo em Rn saudável...mas a verdade é que também existem muitas outras famílias que perdem de forma inesperada o seu projecto de terem um bebé. “(...) se aceitar a morte de uma pessoa idosa, que já cumpriu boa parte de seu ciclo vital é difícil, que dirá quando esta vida nem sequer chegou a existir fora dos limites do corpo da mãe.” (HAAS et al, 2007:71).

É sobre a morte fetal de bebés de termo, a actuação dos profissionais de saúde, e a forma como eu a vivenciei e lidei com ela enquanto AEESMO, que procurei reflectir neste Diário.

Estava a fazer manhã no Bloco de Partos, era 6ª feira e a Urgência Obstétrica estava mais calma do que habitualmente. Saí para tomar o pequeno-almoço mas tive de passar pelo piso 5...Quando saí do elevador passei pela Sala dos CTG's e a colega disse-me: "O que achas deste traçado? Estamos aqui há 10 minutos mas não sei..." (sic). Dirigi-me à jovem, uma adolescente acompanhada pela mãe, e tentei perceber, procurei contextualizar a situação, palpei o pulso materno enquanto conversava com a jovem...tive a percepção de que o batimento cardíaco audível no CTG era materno e não fetal. Lembro-me de sentir uma angústia que cresceu quando a jovem me disse não sentir o bebé movimentar-se há cerca de 12 horas. Perante isto sugeri que me acompanhassem ao Bloco de Partos (adolescente e sua mãe) para que se conseguisse avaliar melhor a situação.

Chegadas ao Bloco falei com as colegas e com o médico de serviço, que deu indicação para realizar uma Ecografia, assim chamei a adolescente e expliquei que iríamos fazer uma Ecografia para confirmar se estava tudo bem como o bebé.

Sentia-me ansiosa com toda a situação e o ambiente estava tenso, outras colegas aproximaram-se da sala de ecografia e rapidamente percebemos que o feto estava morto. Mantive-me junto da jovem mas cá dentro apeteceu-me fugir dali, não queria fazer parte daquele momento tão doloroso, o termos de dizer o que estava a acontecer foi difícil, como referem HAAS et al:

"(...) o momento de revelar o diagnóstico (...) é muito difícil para os profissionais que prestam atendimento. Esta dificuldade é ainda mais exacerbada quando a perda ocorre no ambiente da maternidade, por ter-se a concepção de que este deva ser um local de surgimento de novas vidas e não o local onde ela acaba, tornando a morte um assunto polémico (...)" (2007:72).

O médico foi uma pessoa muito delicada, deu a mão à jovem e segurou na minha mão: "*Querida, temos uma má notícia para lhe dar, o seu bebé já não está vivo, não sabemos o motivo mas vamos ajudá-la...*" (sic).

"Esta situação se torna ainda mais complicada quando se consideram as expectativas que são criadas durante a gravidez, pois desejada ou não, a mesma representa a continuidade da vida e nada tem a ver com morte." (HAAS et al, 2007:71)

Emocionei-me com o choro daquela adolescente que me pareceu tão frágil e desprotegida...Chamámos a mãe, demos a notícia de forma directa a ambas e possibilitámos espaço para que pudessem conversar e chorar em privado. Foi muito doloroso acompanhar este processo mas foi fundamental para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto futura EESMO.

“Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, responsáveis pelo cuidado mais integral e directo dessas mães que perderam seus bebês, frente a falta de preparo acabam, por vezes, se afastando das mesmas por não saberem como agir diante delas(...)” (HAAS et al, 2007:72).

Ao final de algum tempo dirigi-me a ambas e expliquei todos os procedimentos técnicos. Instalei a jovem numa das boxes, coloquei um soro em perfusão e expliquei que iríamos medicá-la de forma a provocar o parto. Ela não fazia ideia de que teria de passar pelo Trabalho de Parto e Parto, culminando a sua gravidez e idealizações num colo cheio de nada...O meu turno estava a terminar, não houve qualquer evolução no TP, despedi-me desta família na esperança de não os encontrar no dia seguinte. Tinha essa esperança, pois inconscientemente queria afastar-me da vivência de uma realidade que já sabia certa: o nascimento de um feto morto de termo (IG: 38 sem+3dias). Fui para casa mas levei tudo aquilo no meu pensamento. No dia seguinte fiz tarde, quando entrei no Bloco a minha primeira tendência foi procurar notícias sobre eles. Entrei na boxe e para minha tristeza a jovem lá se mantinha. Estava sózinha, quando entrei disse-me: *“Enfª Tânia, ainda bem que voltou eu e a minha menina ficámos à sua espera, a colega disse que já estou com 2 cm de dilatação...”* (sic) Estas palavras tocaram o meu coração, emocionei-me e desejei com toda a minha força nunca as ter ouvido...

Dirigi-me a outra boxe e acompanhei um outro casal que estava em TP, de tempos a tempos entrava na boxe da jovem...nasceu o bebé desse casal, fiz eu o parto. Daí a algum tempo, antes de ir jantar fui à boxe da jovem que permanecia sózinha, olhou para mim e disse: *“Então o outro bebé já nasceu? Foi a enfermeira que fez o parto...A minha menina também vais nascer daqui a pouco, chama-se Bruna e quero muito que faça o meu parto...”*(sic).

Sorri e disse que iria avaliá-la para perceber em que fase estava, quando realizei o toque na presença da minha orientadora percebi que a jovem tinha a dilatação

completa a minha reacção foi perguntar se não tinha dores...A resposta custou-me a ouvir, tão nova (17 anos) e a viver algo tão doloroso..."A minha dor não é no corpo, é na alma e essa os medicamentos não curam. Sabe esta menina não foi programada, o pai dela deixou-me sózinha... hoje tenho outra pessoa que nos aceitou, mas parece que Deus me castigou, como não a queriam ela não veio..." (sic). Disse estas palavras sem expressar qualquer emoção e eu não tive resposta...fiquei em silêncio enquanto preparei a mesa de parto. A minha orientadora falou comigo e disse que se eu não me sentisse preparada para fazer o parto não havia problema, mesmo assim decidi enfrentar esta situação. Fiz tudo de forma serena, consegui que o períneo ficasse intacto, o parto decorreu sem intercorrências e a jovem manteve o silêncio...Quando tudo acabou ela não quis ver o bebé, pelo que respeitamos a sua vontade. Fiquei junto dela algum tempo e dei-lhe espaço para que falasse. Perguntou-me várias coisas sobre o aspecto físico da menina: quis saber o peso, a cor do cabelo e se era perfeita. Chorou e eu também. Deixamos a família entrar para junto dela e antes de ser transferida para o Serviço de Ginecologia disse-me: *"Obrigado, esperei por si porque sabia que não me sentiria sózinha e isso é o mais importante, sabe, um olhar vale mais do que milhões de palavras..."* (sic). Como referem SCATENA et al, citando RODRIGUES:

"(...) toda a interacção terapêutica tem início, desenvolvimento e encerramento. Diz ainda que o primeiro contato com a pessoa que precisa de ajuda tem características especiais que o diferencia dos demais encontros do terapeuta com o paciente. Estes primeiro contato comporta três finalidades distintas porém concomitantes: diagnóstica, terapêutica e fixação de um contrato (proposta terapêutica)." (2000:47).

Ao final desta experiência dolorosa o meu balanço é positivo, pois apesar da minha pouca vivência destas situações, procurei estabelecer uma relação de ajuda que teve sucesso, dado que minimizei, naquilo que me foi possível, a dificuldade de toda a situação – estando com esta família e para esta família – e para todos os envolvidos penso que isso foi o mais importante.

Agradeço a todos aqueles que me permitiram vivenciar esta experiência e me acompanharam, potenciando o meu crescimento.

BIBLIOGRAFIA

HAAS , Ruth Elizabeth ; PEROSA, G.; AMPESE, D. – **A influência da actuação de enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável**.Centro Universitário São Camilo _[online]. 1(2).(2007), 70-77. Acedido em 4/5/2011. Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/bioethikos/57/A_influencia_da_atuacao_de_enfermagem.pdf

SCATENA, M. C. M.; PAULA, A. A. D.; FUREGATO, A. R.F. – **Interacção enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada**.Revista Latino-americana de enfermagem _[online]. 8(4). (Agosto 2000), 45-51. Acedido em 4/5/2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400007&lng=pt&nrm=iso

ANEXO III – 2º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem

de Saúde Materna e Obstetrícia

2010/2011

UC: Ensino Clínico IV (Bloco Partos)

2º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

AEESMOTânia Valente / OL: Enf^a Avelina Lopes / OE: Prof. Maria João Delgado

No meu primeiro diário reflecti sobre um assunto que me é difícil, aproveito este outro espaço para reflectir sobre o meu percurso durante este Ensino Clínico e as minhas vivências positivas.

Sempre foi um objectivo profissional – desde o curso base – fazer a Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, felizmente cedo o alcancei...Entrei nesta caminhada sem pensar muito no que seriam estes 2 anos, mas ainda bem, pois se tivesse percebido antecipadamente o esforço que é necessário...faria a mesma opção!!!

Agora a sério, estes 2 anos têm sido bastante trabalhosos, a sobrecarga é muita mas, quando entro a porta do Bloco de Partos, quando estou junto dos casais grávidos e tenho a oportunidade de ajudar o nascimento de mais um bebé, tudo valeu e vale o esforço. A felicidade é um sentimento que me preenche, sinto orgulho e gratidão por poder participar em tantos momentos de alegria e amor como os que aqui tenho vivenciado. Se antes não tinha dúvidas do que queria fazer para o resto da vida, hoje quanto a isso digo que só tenho certezas...quero ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia podendo contribuir activamente para a humanização do parto. Como refere SILVA:

“É importante enfatizar que a assistência humanizada não é só condição técnica, mas prioritariamente a solidariedade, o respeito e o amor pelo ser humano. Sendo importante salientar que de todos os profissionais envolvidos na assistência, o enfermeiro obstetra, é

o que tem maior responsabilidade nesta humanização, uma vez que mantém sob sua responsabilidade um grande número de profissionais de enfermagem, que deverão estar comprometidos com a assistência.” (2001:19).

É a este amor pelas coisas, pelas pessoas, pela vida a que me refiro. Quando iniciei o meu Ensino Clínico extasiava-me observar um parto...é engraçado olhar para trás e pensar que tinha dificuldade em colocar uma mesa de parto...as nossas prioridades vão-se alterando com a nossa evolução. Devo o meu percurso essencialmente à minha Enfermeira orientadora, uma pessoa com muita experiência profissional e que muitos conhecimentos e segurança me tem transmitido. Sinto que existe um equilíbrio entre nós duas, o que me tem permitido evoluir e crescer enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia.

Quando iniciei o estágio tinha um projecto académico em mente, o estabelecimento precoce do contacto pele-a-pele entre mãe-bebé como facilitador do estabelecimento da amamentação, enquanto cuidado promovido pelo EESMO. A equipa reagiu bem a esta prática, pois várias são as colegas que compreendem as vantagens este contacto; a minha orientadora é uma das pessoas que fortemente apoia esta prática pelo que tem procurado capacitar-me, dando-me subsídios no desenvolvimento da minha autonomia dentro da sala de parto...a existência de condições que favorecem esta medida é subjectiva, neste momento realizei 33 partos e apenas em 6 dos quais não foi realizado contacto pele-a-pele por opção materna...isso sim é o que realmente importa, pois todo o sentido desta prática reside no significado que a mãe/família lhe atribui.

Enquanto acompanho os casais em TP procuro conversar com ambos sobre as suas expectativas quanto à amamentação, abordando o contacto pele-a-pele como veículo facilitador da mesma, e a conclusão a que tenho chegado é que ainda existe muita falta de informação acerca desta temática, cabe-nos enquanto EESMO esclarecer, informar, cuidar as famílias que acompanhamos. Como refrem OSSADÓN et al citados por ALMEIDA:

“(...) descrevem resultados encorajadores, permitindo assegurar que a facilitação do contato precoce mãe e filho, além de favorecer o início do aleitamento materno e a prevalência do aleitamento materno exclusivo ainda no sexto mês de vida, diminui o índice de hospitalização por hiperbilirrubinemia.” (2004:384).

Também VENTURA citado por ALMEIDA corrobora esta ideia:

“(...) a prática do contato precoce pele-a-pele como recomendável para a promoção do aleitamento materno, alicerçando-se no conhecimento de que os laços afetivos são mais fortes nas primeiras duas horas de vida, e que este vínculo é de máxima importância para o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo.” (2004: 385).

A satisfação e a energia positiva que envolve o momento em que colocamos um bebê pela primeira vez em contacto com a sua mãe é muito intenso...penso que deve ser uma experiência que todos os casais, AEESMO e EESMO devem poder ter a oportunidade de experienciar. Atendendo à pressão e stress do nosso trabalho diário, são momentos como este que nos fazem acreditar no sentido daquilo que fazemos. Falo por mim, porque posso estar exausta física e psicologicamente mas quando entrego um bebê aos seus pais sinto-me revigorada, é um momento que me “recarrega” baterias.

“Os profissionais envolvidos com o parto precisam dispensar atenção especial à técnica do contato pele-a-pele, cuidando para que o mesmo aconteça o mais cedo possível, ainda na sala de parto, colocando a pele do recém-nascido em contacto direto com a pele da mãe. Esta técnica é de extrema simplicidade e não se justificam as dificuldades apresentadas para que ela não aconteça (...)” (ALMEIDA, 2004: 386)

Como tenho tido oportunidade de perceber, existe ainda um caminho a percorrer para que esta prática seja uma realidade efectiva nas salas de parto, procurei enquanto AEESMO evidenciar perante a equipa a importância deste contacto, e tentei contribuir activamente na melhoria da qualidade dos cuidados com a minha prática clínica que pretendo manter aquando do meu papel como EESMO no futuro...tudo isto contando com o apoio e motivação da minha Enfermeira Orientadora, a ela o meu obrigado.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Elaine A; FILHO, José M. – **O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso so aleitamento materno.** Revista de Ciências Médicas Campinas_[online]-13 (4). (Out/Dez 2004), 381-388. Acedido em 3/2/2011. Disponível em <http://www.puc-campinas-edu-br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/833.pdf>.

MONTEIRO, Juliana C. S.; GOMES, Flávia A.; NAKANO, Ana M.S.- **Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto.** Acta Paulista de Enfermagem_[online]- 19(4). (2006), 427-432. Acedido em 3/2/2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a10.pdf>.

SILVA, A. S.; CUNHA, Icko; OKASAKI, Eij – **Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia.** Revista de Enfermagem UNISA_[online]- 2. (2001), 18-21. Acedido em 6/5/2011. Disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-04.pdf>.

ANEXO IV – 3º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem

de Saúde Materna e Obstetrícia

2010/2011

UC: Ensino Clínico IV (Neonatologia)

3º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

AEESMOTânia Valente / OL: Enf^a Rosário / OE: Prof. Maria João Delgado

Num dos últimos turnos que fiz no Bloco de Partos recebi uma grávida de 29 anos, IO=0000, IG=33sem+6dias que ficou internada por APPT. Iniciou esquema de Atosiban® e colheu análises para despiste de HELLP, uma vez que referia cefaleias intensas e apresentava valores tensionais borderline.

Fui eu quem realizou todo o processo de acolhimento e expliquei à senhora a necessidade de internamento atendendo à sua situação. Nesse dia fazia tarde na Obstetrícia e brinquei com a Sra. dizendo que seria eu a recebê-la no piso 5 e a instalá-la. Quando terminei o turno no Bloco os resultados analíticos ainda estavam em curso e o esquema de Atosiban® estava no 2º passo. O CTG estava tranquilizador sem registo de contractilidade uterina, mas a TA continuava alta e as cefaleias mantinham-se...

Iniciei o meu turno na Obstetrícia mas algo continuava a preocupar-me, após 2 horas contatei o Bloco de Partos para saber a situação da Sra., para surpresa minha esta já se encontrava no Bloco onde iria realizar CST pois os valores analíticos não estavam bem e o CTG começou a ficar com baixa variabilidade. Desci ao Bloco e após a CST conversei com a Sra. que estava apreensiva com toda a situação. Procurei tranquilizá-la e para isso fui ao Serviço de Neonatologia onde conheci a pequena Vanessa (1525 gr.). trouxe uma foto que entreguei à mãe. Considero que este gesto foi vital e realizado numa altura crucial para esta mãe prematura e surpresa pelos acontecimentos.

Cuidei da mãe enquanto grávida, e depois enquanto puérpera dado que tenho essa vantagem, uma vez que o meu EC IV (Bloco de Partos) decorre na mesma Instituição em que exerço funções no Serviço de Obstetrícia, o que se torna facilitador no estabelecimento de relações terapêuticas.

No dia seguinte iniciei o meu EC de Neonatologia e fiz questão de prestar cuidados essencialmente à pequena Vanessa atendendo à relação que já havia estabelecido com ambas (mãe e filha). A Sra. ainda não tinha visitado a bebé, pois estava em repouso absoluto por cefaleias e cervicalgias. Assim, após cuidar a Vanessa propus às colegas, dado que a mãe não tinha essa possibilidade, ser a bebé (atendendo a que estava estável, mantinha-se na incubadora para vigilância e por prematuridade) a visitar a mãe. As colegas e a enfermeira orientadora consideraram a ideia benéfica para ambas e como referem Camargo et al

“(…) manter os pais e o bebê juntos logo após o nascimento permite uma sequência de interações ligando-os uns aos outros e assegurando a continuidade do vínculo afetivo, pois logo após o nascimento a formação do vínculo está diretamente relacionada ao contato entre pais e crianças.” (2004:267).

Assim acompanhei o bebé ao piso de cima e fomos visitar a mãe. Quando me viu chegar perto da cama com a Vanessa ao colo, a puérpera emocionou-se e agradeceu-me a oportunidade de ver e tocar a sua menina pela primeira vez, dado que no Bloco foi tudo muito precipitado.

Coloquei a Vanessa sobre o abdómen materno onde se manteve durante cerca de 1 hora a dormir tranquilamente. Quando acordou teve reflexos de busca e aproveitamos a oportunidade para iniciar o processo de amamentação. Adaptou-se à mama como se tivesse mamado desde sempre...

“Geralmente a primeira visita da mãe ao seu filho internado na UTI Neonatal é o primeiro contato depois do nascimento, tratando-se de uma ocasião de significado especial para ambos, tornando-se o momento em que ocorre o reconhecimento mútuo da voz, do toque, do olhar. (CAMARGO et al, 2004:268).

Para a mãe este tempo que passou junto da sua bebé foi fundamental para a sua recuperação e para desmistificar os seus receios de que algo não estaria bem com a criança. Kennel e Klaus (1998) citados por Camargo et al referem: “(…) que o contato

precoce entre mãe e filho desde o nascimento pode aumentar a incidência e a duração da amamentação, o que poderá propiciar o aceleração da recuperação do bebê.” (2004:268).

Camargo et al citando Vinagre e Diniz (2001) referem que:

“(...) a presença da mãe na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a amamentação precoce, além de aumentar o vínculo mãe e filho, ajuda na proteção dessa criança contra infecção, ativando seu sistema imune, protegendo os recém-nascidos, sobretudo quando prematuros.” (2004:268).

Em termos globais e após refletir sobre esta experiência importa que nós, enquanto cuidadores tenhamos noção da necessidade deste contato precoce entre mãe e bebês, e devemos proporcioná-lo em todas as ocasiões.

Camargo et al citando Gracomini (1997):

“(...) sugere que em casos de RNs prematuros (...)deve-se, sempre que possível, permitir à mãe ver o bebê ainda na sala de parto, buscando fornecer informações positivas sobre o estado do filho. Tais providências podem minimizar os sentimentos de frustração, ansiedade e dor. No entanto, faz-se necessário ressaltar que o sentimento de culpa muitas vezes provoca nos pais uma dificuldade adicional para a assimilação das explicações sobre a real causa do problema do RN.” (2004:269).

Acredito que uma equipa que dê prioridade ao apoio aos pais e às suas necessidades favorecerá certamente o vínculo afetivo entre a tríade o que beneficiará a recuperação do Rn, foi nisto que procurei investir na minha curta passagem pela Unidade de Neonatologia.

BIBLIOGRAFIA

CAMARGO, Climene Laura de; [etal] – **Sentimentos maternos na visita ao Recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Ciências, Cuidado e Saúde_[online]- 3. (Set/Dez 2004), 267-277. Acedido em 16/6/2011. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5394/3440>.

ANEXO V – SESSÃO FORMATIVA AOS PARES

**CONTACTO PELE-A-PELE NO NASCIMENTO : UM
CUIDADO ESPECIALIZADO PARA O
ESTABELECIMENTO DA AMAMENTAÇÃO**

Projecto Individual

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AEESMO: Tânia Valente
OL: EESMO Avelina Lopes
OE: Profª Maria João Delgado
Tutora: Profª Teresa Félix

1

**ANEXO VI – PROPSTA DE MELHORIA: REGISTO CONTACTO PELE-A-
PELE NO BLOCO DE PARTOS**

CENTRO HOSPITALAR
BARREIRO MONTIJO, E.P.E.



**CONTACTO PELE-A-PELE NO
NASCIMENTO
BLOCO DE PARTOS**

NOME MÃE: _____

Nº PROCESSO: _____

DATA ADMISSÃO ___/___/___

IO: ___/___/___/___

IG: ___ sem + ___ dias

REGISTO PRÉ-PARTO

- Conhece a importância do contacto pele-a-pele entre mãe-bebé após o nascimento para o estabelecimento da amamentação? S N
- Pretende amamentar? S N
- Teve experiências anteriores de amamentação? S N
- Identifica alguma dificuldade ou patologia em si que possa afectar de forma menos positiva a amamentação? S Qual? _____ N

REGISTO PÓS-PARTO

Data Parto: ___/___/___

Tipo Parto: _____

- Realizado contacto pele-a-pele? S Duração: _____
N Motivo? _____
- Mamou nos primeiros 30/60 minutos após o nascimento? S N

Enfermeira: _____

ANEXO VII – QUADRO RESUMO DA ANÁLISE DOS ARTIGOS

TÍTULO	Safe and Healthy Birth: The Importance of Data (2010)
AUTORES	Amy M. Romano
PALAVRAS-CHAVE	Childbirth, Second-stage labor, Postpartum Hemorrhage, Home Birth, Skin-to-skin contact, Breastfeeding, Childbirth Education (Tradução livre de Tânia Valente: Nascimento, 2º Estádio TP, Hemorragia pós-parto, Parto no domicílio, Contacto pele-a-pele, Amamentação, Preparação para o nascimento)
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Artigo sobre os registos actualmente realizados no nascimento e a importância de documentar outros parâmetros que permitam dar visibilidade à qualidade dos cuidados para a humanização do parto.
RESULTADOS OBTIDOS	A autora ecará o contacto pele-a-pele e a sua duração, o masi prolongada possível durante o puerpéio imediato, como o novo sinal vital dos cuidados de excelência em Obstetrícia. Enfatiza a importância dos registos traduzirem esta atitude das Instituições de saúde, salientando a importância de registar igualmente a sua duração para a efectiva melhoria da qualidade dos cuidados.
TÍTULO	Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later (2009)
AUTORES	KnesiaBystrova, Valentinalvanova, MaigunEdhborg, Ann-SofiMatthiesen, Anna-BeritMansjo-Arvidson, Ann-Marie Widstrom
PALAVRAS-CHAVE	Delivery ward practices, Skin-to-skin contact, Early suckling, Early separation, Swaddling, Mother-child interaction, Sensitive period. (Tradução livre de Tânia Valente: Práticas actuais no parto, Contacto pele-a-pele, Sucção precoce, Separação precoce, Relação mãe-

	filho, Período sensível)
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	176 díades mãe-bebé foram organizadas em 4 grupos. Grupo I- Rn colocados em contacto pele-a-pele após o nascimento e em alojamento conjunto durante o internamento. Grupo II- Rn foram vestidos e colocados ao colo da mãe após o nascimento e permanecem em alojamento conjunto durante o internamento. Grupo III- Rn forma mantidos no berçário logo após o nascimento onde se mantiveram durante o internamento. Grupo IV- Rn foram colocados no berçário após o nascimento,mas mantiveram alojamento conjunto durante o internamento. Após 1 ano essas díades foram filmadas na interacção mãe-bebé e essas gravações foram antão analisadas.
RESULTADOS OBTIDOS	Concluiu-se que a prática do contacto pele-a-pele após o nascimento, a sucção precoce ou ambos influenciam positivamente a relação mãe-bebé ao ano de vida. O efeito negativo da separação entre mãe-bebé nas 2 horas de puerpério imediato não pode ser reparado através da prática de alojamento conjunto, devido à existência do denominado “período sensível”.
TÍTULO	Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding (2007)
AUTORES	JeannetteCrenshaw
PALAVRAS-CHAVE	Breastfeeding, Skin-to-skin contact, Rooming-in, Newborn, Postpartum, Normal birth, Childbirth education. (Tradução çivre de Tânia Valente: Amamentação, Contacto pele-a-pele, Alojamento conjunto, Recém-nascido, Pós-

	parto, Parto eutócico, Preparação para o nascimento)
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Revisão sistemática da literatura onde a autora interpreta a influência do contacto precoce pele-a-pele, da sua frequência e da prática de alojamento conjunto na amamentação e no processo de vinculação mãe-bebé.
RESULTADOS OBTIDOS	Pela RSL a autora afirma que quanto mais durador e frequente o contacto pele-a-pele mãe-bebé, maiores são os benefícios para ambos, entre eles: Rn com temperatura corporal mais constante, menos chorosos, menor nível de hormonas associadas ao stress em circulação, mais facilidade no processo de amamentação; as mães são mais confiantes e seguras nos cuidados aos bebés. Outras vantagens deste contacto pele-a-pele têm a ver com níveis de glicémia no bebé mais estáveis, menos dificuldade respiratória e um “talento” inato para a amamentação.
TÍTULO	Keep Your Baby With You – It’s Best for You, Your Baby and Breastfeeding (2009)
AUTORES	Amy Romano; Allison Walsh; Linda Harman.
PALAVRAS-CHAVE	
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Artigo dirigido à população em geral sobre as 6 medidas que a LamazeInternational recomenda para o parto humanizado. São descritos os benefícios do contacto precoce pele-a-pele e da prática do alojamento conjunto para o sucesso de amamentação.
RESULTADOS OBTIDOS	Referem os autores que o contacto pele-a-pele ajuda o Rn na sua adaptação à vida extra-uterina e favorece os reflexos inatos do bebé para a amamentação. Quanto mais tempo realizarem contacto pele-a-pele nos dias após o nascimento maiores os benefícios

	alcançados. No que concerne ao alojamento conjunto, estudos realizados demonstram que as mães dormem o mesmo tempo quer o bebé esteja junto a si quer este esteja no brçário, além do mais, bebés que são separados das mães tendem a chorar mais e têm mais dificuldades na amamentação.
TÍTULO	Effect of Early Skin-to-skin Mother-Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth in Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay (2008)
AUTORES	LesleiBramson, Jerry W. Lee, Elizabeth Moore, Susanne Montgomery, ChritineNeish, KhaledBahjri, Caroly Lopez Mercher
PALAVRAS-CHAVE	
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Estudo propectivo realizado em 19 hospitais da Califórnia. 21842 mulheres que pariram feto único, entre Julho 2005 e Junho 2006foi, entre outros parâmetros, estabelecida a relação entre o contacto pele-a-pele após o nascimento e a amamentação exclusiva durante a estadia na maternidade.
RESULTADOS OBTIDOS	Os autores demonstraram uma relação de proporcionalidade directa entre a duração do contacto pele-a-pele e a duração do AM exclusivo.
TÍTULO	Contato Precoce e Amamentação em Sala de Parto na Perspectiva da Mulher (2006)
AUTORES	J. C. S. Monteiro
PALAVRAS-CHAVE	Aleitamento materno, contato precoce, puerpério, saúde da mulher
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	O objectiva desta dissertação de mestrado foi conhecer e analisar as vivências das mulheres em relação ao quarto passo no contexto de um Hospital Amigo dos Bebés. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, através de observação

durante o parto e pós-parto imediato e através de entrevistas semi-estruturadas gravadas 1 dia após o parto. Participaram no estudo 23 mulheres e os dados foram analisados através de análise de conteúdo.

RESULTADOS OBTIDOS

A autora concluiu que no momento do nascimento está ainda presente para estas mulheres a ideia da separação entre mãe-bebê. Muitas encaram a maternidade como um local de dor e medo, incompatível com a ideia prazerosa da amamentação. Apesar disso entendem e aceitam esta prática, reconhecendo os seus benefícios essencialmente pensando no bem-estar do seu filho. Importa para a autora enfatizar que a opção e a oportunidade de escolha deve pertencer à mulher, garantindo uma assistência que respeite a mulher de forma a evitar atitudes mecanicistas e fragmentadas por parte da equipa de saúde, no que concerne ao contacto pele-a-pele e à amamentação precoce.

TÍTULO

O Contacto Precoce Mãe-Filho e sua Contribuição para o Sucesso do Aleitamento Materno (2004)

AUTORES

Elaine Aparecida de Almeida, José Martins Filho

PALAVRAS-CHAVE

Relações mãe-filho, contato precoce, sucção, aleitamento materno

METODOLOGIA/POPULAÇÃO

RSL sobre o quarto passo da IHAB (“o contato pele-a-pele e sucção na primeira meia hora de vida do recém-nascido”) e a sua relação com o AM exclusivo.

RESULTADOS OBTIDOS

Os autores evidenciam que o contacto pele-a-pele e a sucção precoce são de grande contribuição para o início do aleitamento e para

	o aumento na sua duração e exclusividade.
TÍTULO	Extendend Mother-Infant Skin-to skin and Prospect of Breastfeeding (2002)
AUTORES	SK Mcgrath, JH Kennell
PALAVRAS-CHAVE	
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Estudo prospectivo onde foi utilizada a observação directa do contacto pele-a-pele entre mãe-bebé.
RESULTADOS OBTIDOS	Após a análise dos resultados os autores afirmam que os bebés não sujeitos a quaisquer procedimentos técnicos tendem a adaptar-se à mama mais rapidamente e de forma mais autónoma. Todos os acontecimentos que envolvem o TP e P parecem ter um efeito prolongado sobre a amamentação, influenciando igualmente muitos aspectos da vinculação mãe-filho.
TÍTULO	Effect of Early Skin-to-skin Contact After Delivery on Duration of Breastfeeding: A Prospective Cohort Study (2002)
AUTORES	K. Mikiel-Kostyra, J. Mazur, I. Boltruszko
PALAVRAS-CHAVE	Breastfeeding duration, multivariate analysis, skin-to-skin contact (Tradução livre de Tânia Valente: Duração da amamentação, Análise multivariável, contacto pele-a-pele)
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Estudo prospectivo, utilizando um grupo de 1250 crianças polacas num <i>follow-up</i> de 3 anos. A análise multivariável dos resultados foi realizada tendo como variável dependente a duração do AM exclusivo e como variáveis independentes o contacto pele-a-pele e a educação materna.
RESULTADOS OBTIDOS	Os autores concluíram que a prática do contacto pele-a-pele que dure mais do que 20 minutos aumenta a duração da exclusividade

	da amamentação.
TÍTULO	Percepção da Mulheres Acerca do Contato Precoce e da Amamentação em Sala de Parto (2006)
AUTORES	Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flávia Azevedo Gomes e Anan Márcia SpanóNakano
PALAVRAS-CHAVE	Aleitamento materno, puerpério, saúde da mulher
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	Foi utilizada a abordagem qualitativa. Os dados foram colhidos através de entrevistas semi-estruturadas e analisados através de análise de conteúdo. Participaram no estudo 23 mulheres que relataram a sua percepção acerca da prática do contacto pele-a-pele e do AM precoce.
RESULTADOS OBTIDOS	Os autores concluíram que mesmo estando cansadas e com dor aceitam com resignação estas atitudes e compreendem o momento como importante para o bebé. Enaltecem no entanto a importância de atentar aos sentimentos da mulher, sendo necessário para isso o desenvolvimento de competências de comunicação por parte dos profissionais de saúde.
TÍTULO	Mother-Infant Skin-to-skin Contact After Delivery Results in Early Recognition of Own Mother's Milk Odour (2004)
AUTORES	K. Mizuno, N. Mizuno, T. Shinohara and M. Noda
PALAVRAS-CHAVE	Feeding preparation, mother-infant contact, mother's milk odour, olfaction (Tradução livre de Tânia Valente: Preparação alimentar, relação mãe-bebé, odor do leite materno, olfacto)
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	O objectivo do estudo foi determinar os efeitos do contacto pele-a-pele mãe-bebé após o

nascimento na capacidade da criança reconhecer o odor do LM e a duração do AM até ao 1º ano de vida 60 Rn de termo, saudáveis foram dividido em 2 grupos: Grupo A- foram colocados em contacto pele-a-pele com a mãe, no Grupo B- forma separados da mãe. Ao 1º e 4º dias de vida foi gravada a reacção facial dos bebés a direntes estímulos olfactivos: LM da sua mãe, LM de outra mulher, sumo de laranja e água destilada.

RESULTADOS OBTIDOS

Após a análise dos resultados os autores puderam afirmar que os 2 grupos tiveram diferentes respostas aos estímulos. Os bebés do Grupo A demonstraram mais movimentos da boca quando estimulados com o odor do LM da sua progenitora, comparativamente com os bebés do Grupo B ao 4º dia de vida. Além disso, os bebés do Grupo A tiveram um AM exclusivo mais duradouro que os do Grupo B (cerca de 1,9 meses mais). Concluíram então que o contacto pele-a-pele que dure 50 minutos ou mais, influencia a capacidade do bebé reconhecer o odor do LM da sua progenitora, o que favorece a duração do AM exclusivo.

TÍTULO

Initiation of Breastfeeding within 120 minutes After Birth is Associated with Breastfeeding at Four Months Among Japanese Women: A Self-Administered Questionnaire Survey (2008)

AUTORES

Yuko Nakao, Kazuhiko Moji, Sumihisa Honda, Kazuyo Oisni

PALAVRAS-CHAVE

METODOLOGIA/POPULAÇÃO

O objectivo deste estudo foi examinar a associação entre o tempo da 1ª adaptação à mama após o nascimento e a proporção de

	<p>mães que mantiveram AM exclusivo aos 4 meses pós-parto. A pesquisa foi realizada através da análise de questionários. Participaram no estudo 381 mães que realizaram exame físico dos seus filhos de 4 meses em Nagasaki, no ano de 2003.</p>
RESULTADOS OBTIDOS	<p>Os autores comprovaram uma relação de proporcionalidade entre o início precoce da amamentação e o número de mães que realiza AM exclusivo até aos 4 meses.</p>
TÍTULO	<p>Breastfeeding Rates and Hospital Breastfeeding Practices in Canada: A National Survey of Women (2009)</p>
AUTORES	<p>Beverly Chalmers, Cheryl Levitt, Maureen Heaman, Beverly O'Brien, Meg Sawue, JanuszKaczorowski</p>
PALAVRAS-CHAVE	<p>Breastfeeding, Baby-Friendly Hospital Initiative, Women's Experience (Tradução livre de Tânia Valente: Amamentação, Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, Experiências das mulheres)</p>
METODOLOGIA/POPULAÇÃO	<p>O objectivo deste estudo foi traduzir o índice de AM e a adesão à IHAB no Canadá. Foram eleitas mulheres que pariram 3 meses antes de Maio de 2006, dessas participaram no estudo aquelas que viviam com os seus filhos à data das entrevistas telefónicas (entre o 5º e o 10º mês de vida dos bebés). 19 das 309 questões estavam relacionadas com o contacto precoce e as práticas de amamentação.</p>
RESULTADOS OBTIDOS	<p>Os autores concluíram que os índices de intencionalidade e de iniciação do AM são altos, apesar disso a sua manutenção aos 6 meses é inferior à desejada.</p>

ANEXO VIII – EXEMPLAR AVALIAÇÃO DO EC