



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e
Obstétrica

Competências do recém-nascido na primeira hora de vida e a
sua relação com a amamentação

Relatório de estágio

Tânia Sofia Silva Guedes

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO NA
PRIMEIRA HORA DE VIDA E A SUA RELAÇÃO
COM A AMAMENTAÇÃO

SKILLS OF THE NEWBORN IN THE FIRST HOUR OF
LIFE AND THEIR RELATIONSHIP WITH
BREASTFEEDING

Estágio profissional de natureza profissional
orientado pela Prof.^a Doutora Alexandrina Cardoso

Tânia Sofia Silva Guedes

Porto, 2020

*Aos meus avós paternos, minhas eternas
estrelinhas protetoras!*

AGRADECIMENTOS

Quando nos propomos à realização de um objetivo que necessite de todo o nosso empenho e dedicação, necessitamos de ter ao nosso lado pessoas que nos compreendam e nos apoiem ao longo de todo o percurso. Desta forma, gostaria de agradecer:

À Prof^a Alexandrina Cardoso, orientadora do projeto, pela orientação, disponibilidade, dedicação, incentivo e apoio, bem como, todas as importantes críticas e sugestões que foram essenciais para a realização deste projeto;

Às minhas tutoras de estágio, todos os professores e a todos os profissionais de saúde com quem tive o prazer de contactar/trabalhar ao longo deste percurso, por todos os ensinamentos, compreensão, paciência e por todo o crescimento e evolução enquanto pessoa e profissional;

À minha família, em especial aos meus pais, meus maiores incentivadores e apoiantes, que sempre me incentivaram a continuar e a nunca desistir, por toda a paciência quando a minha falhava, por todo o incentivo quando as forças me faltavam, e por toda a disponibilidade que foi crucial para que me pudesse dedicar a este projeto. À minha mãe Dores, por toda a força, palavras reconfortantes nos momentos mais difíceis e acreditar sempre no meu valor. E ao meu pai Jorge, por nunca me deixar desistir e me ensinar a perseguir sempre os meus sonhos e a querer sempre mais;

Ao José, por todo o apoio, amor, companheirismo e principalmente toda a paciência e força que me deu para continuar à medida que os obstáculos e desafios surgiam. Por ter estado sempre presente nos melhores e piores momentos, por me amparar, reconfortar, e compreender durante esta longa caminhada que fez lado a lado comigo;

A todos os meus amigos, em particular à Sara Branco, por ter acreditado desde o início em mim e no meu sucesso neste projeto.

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi proposto a elaboração de um relatório de estágio, tendo subjacente o regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que contempla as Competências de Cuidados Especializados definidas pela Ordem dos Enfermeiros, com a finalidade da obtenção do grau de mestre.

O relatório de estágio tem como principal objetivo descrever as atividades e intervenções desenvolvidas inerentes ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ao longo dos ensinamentos clínicos realizados no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), no Porto e Hospital Pedro Hispano, Matosinhos. Deste modo, privilegia uma síntese crítico-reflexiva nas áreas de cuidados na gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Assim, são apresentados e fundamentados, nos diferentes ensinamentos clínicos, os saberes utilizados, bem como a atividade diagnóstica e respetivas intervenções que consideramos mais adequadas, prestadas à mulher/família, tendo por base a evidência científica mais atual.

Por fim, expomos uma análise global e reflexiva de uma revisão integrativa da literatura acerca das competências do recém-nascido, como os reflexos primitivos e os seus cinco sentidos: tato, audição, paladar, visão e olfato; na primeira hora de vida, durante o contacto pele a pele e a sua relação com a amamentação.

Apresentamos quatro estudos, atuais e pertinentes, acerca das diferentes competências instintivas do RN na primeira hora de vida e a sua relação com a amamentação, que estão maioritariamente, de acordo com os nove estádios estudados por Widstrom que nos demonstra que o RN desde o primeiro minuto de vida apresenta capacidades cognitivas para se reorganizar de forma a estabelecer ligação entre o movimento do seu corpo com os seus sentidos (visão, olfato, paladar, tato e audição) e, assim, estimular a sua aptidão de autorregulação, acarretando benefícios ao nível do desenvolvimento, emocional e de vinculação.

Através dessa revisão da literatura conseguimos compreender que todos esses estádios são um processo completo constituído por diferentes fases com diferentes durabilidades, em que nenhuma delas é indispensável, tendo todas que ser respeitadas para que tudo possa ocorrer de forma harmoniosa. Assim, no final conseguimos alcançar um melhor estabelecimento e mais precoce da amamentação e uma maior ligação mãe-filho.

Assim, importa proporcionar a oportunidade aos recém-nascidos para realizarem contacto pele a pele nas primeiras horas de vida, com tempo, sem pressas, interrupções ou ajustes, deixando a natureza atuar, por forma a ativar as competências inatas, ficando as rotinas de enfermagem/médicas para segundo plano.

Todavia, é necessária a realização de mais estudos, atualizados e abrangentes, relativamente às medidas de segurança durante contacto pele a pele, para que desta forma este possa ser inserido nas rotinas de todos os serviços de obstetrícia de forma segura por parte dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; Contacto pele a pele; Comportamento do recém-nascido; *Golden Hour*; Amamentação.

ABSTRACT

As part of the Master's Degree in Maternal and Obstetrics Health Nursing, an internship report was proposed, based on the regulation of the 2nd cycle of studies of the Nursing School of Porto, which contemplates the Specialized Care Competencies defined by the Order of Nurses, with the aim of obtaining the master's degree.

The main objective of the clinical practice report is to describe the activities and interventions developed inherent to the process of acquisition and development of competencies of the Nursing Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing throughout the internship carried out at the Maternal and Infant Centre of the North (CMIN), in Porto and Hospital Pedro Hispano, Matosinhos.

In this way, it favours a critical-reflexive synthesis in the areas of pregnancy care with complications, labor, delivery and postpartum. Thus, the knowledge used, as well as the reasoning activity and respective interventions that we consider the most appropriate, given to the woman/family, are presented and based on the most current scientific evidence.

Finally, we present a global and reflective analysis of an integrative review of the literature about the competences of the newborn, such as the primitive reflexes and its five senses: touch, hearing, taste, sight and smell; in the first hour of life, during skin to skin contact and its relationship with breastfeeding.

We present four studies, current and pertinent, about the different instinctual competences of the NB in the first hour of life and their relationship with breastfeeding, which are mostly, according to the nine stages studied by Widstrom that shows us that the NB from the first minute of life has cognitive abilities to reorganize itself in order to establish a connection between the movement of your body and your senses (sight, smell, taste, touch and hearing) and, thus, stimulate your ability to self-regulate, bringing benefits at the level development, emotional and bonding.

Through this literature review we are able to understand that all these stages are a complete process consisting of different phases with different durability, in which none of them is indispensable, all of which have to be respected so that everything can occur harmoniously. In the end, we have achieved a better establishment of breastfeeding and a greater mother-child bond.

Thus, the newborn should have the opportunity to perform skin to skin contact in the first hours of life, with time, without haste, interruptions or adjustments, letting nature act, leaving the nursing/medical routines to secondary.

Thus, it is needed more studies, updated and comprehensive, regarding safety measures during skin-to-skin contact is necessary, so that this can be updated the routines of all obstetrics services in a safe way by health professionals.

Keywords: Skills; Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetrics; Skin to skin contact; Newborn behavior; Golden Hour; Breastfeeding.

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

BSG – Boletim de Saúde de Grávida

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte

CTG - Cardiotocografia

DM – Diabetes Mellitus

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HELLP - Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count

HTA – Hipertensão Arterial

IU – Incontinência Urinária

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OCI – Orifício do Canal Interno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidência

PPT – Parto Pré-Termo

RNP - Reflexos Neonatais Primitivos

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN - Recém-Nascido

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

TP – Trabalho de Parto

TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo

UIGO – Unidade Intensiva de Ginecologia e Obstetrícia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. PROJETO DE ESTÁGIO: AS COMPETÊNCIAS DO EEESMO E OS CONTEXTOS CLÍNICOS ..	21
2. CONTEXTOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMO EEESMO.....	23
2.1. Desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações	24
2.1.2.Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da Gravidez com complicações.....	27
2.1.2.1. Avaliar a evolução da gravidez com complicação: Pré-Eclâmpsia.....	30
2.1.2.2. Conhecimento sobre complicação: pré-eclâmpsia.....	31
2.1.2.3.Conhecimento sobre autovigilância de sinais de alerta: pré-eclâmpsia...	32
2.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do Trabalho de Parto	33
2.2.1.Intervenções resultantes de prescrição.....	36
2.2.2.Critérios de diagnóstico de trabalho de parto.....	39
2.2.3.Intervenções facilitadoras do trabalho de parto	40
2.2.4.Assistir no parto/executar técnica do parto	42
2.2.5.Nascimento: facilitar a adaptação à vida extrauterina.....	48
2.2.6.A COVID-19 e o trabalho de parto e nascimento.....	50
2.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do Pós-Parto	51
2.3.1.Avaliação da recuperação pós-parto	53
2.3.2.Avaliação do desenvolvimento infantil: recém-nascido	55
2.3.3.Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da adaptação ao puerpério	60
2.3.3.1.Conhecimento sobre autocuidado pós-parto.....	61
2.3.3.2.Conhecimento sobre autovigilância pós-parto.....	61
2.3.4.Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da adaptação à parentalidade.....	62
2.3.4.1.Conhecimento sobre amamentação.....	63
2.3.4.2.Capacidade e autoeficácia para amamentar	65
3. COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E A SUA RELAÇÃO COM A AMAMENTAÇÃO	67
3.1. Problemática.....	67
3.3. Metodologia	68
3.4. Resultados	72
3.5. Competências do RN na primeira hora de vida e a sua relação com a amamentação	81
CONCLUSÃO.....	91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
----------------------------------	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), 2019/2020, está previsto a elaboração de um relatório de estágio, tendo subjacente o regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tem como a finalidade de obtenção do grau de mestre.

O relatório de estágio tem como principal objetivo descrever reflexivamente sobre a conceção e implementação dos cuidados de enfermagem especializados, através de uma análise crítica e reflexão do processo de aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), nos diferentes contextos clínicos tendo por referência o Regulamento de Competências específicas do EEESMO e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, especificamente os relacionados com a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para além disso, contempla o desenvolvimento de competências no domínio da investigação a partir da problematização das práticas, dos contextos ou dos processos de cuidados de enfermagem no âmbito da gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto, visando, em última instância, a melhoria da qualidade dos cuidados e, em consequência, ganhos em saúde.

O relatório de estágio que agora se apresenta resulta de experiências clínicas em diversos contextos, tomando como clientes dos cuidados a mulher e sua família durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Este relatório de estágio tem como objetivos: 1) relatar, analisar criticamente e fundamentar algumas das competências especializadas que desenvolvemos, em contexto de gravidez com complicações; 2) relatar, analisar criticamente e fundamentar algumas das competências especializadas que desenvolvemos, em contexto de bloco de partos; 3) relatar, analisar criticamente e fundamentar algumas das competências especializadas que desenvolvemos, em contexto de puerpério; e, 4) apresentar o resultado da revisão integrativa da literatura centrada na temática – competências inatas do recém-nascido (RN) e a sua relação com a amamentação.

A mobilização dos resultados de investigação para uma prática baseada na evidência é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade. Desta forma, decidimos aprofundar uma área do conhecimento que poderá contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à mãe e recém-nascido, na primeira hora após o

parto/nascimento, através compreensão das competências inatas do recém-nascido e a sua relação com a amamentação.

A literacia em saúde é cada vez mais uma realidade. Atualmente, temos mães e pais crescentemente interessados em saber mais sobre como atingir o potencial máximo da sua saúde e a do seu filho. O conhecimento, por parte do casal, sobre os benefícios da amamentação, do contacto pele com pele, das competências de um recém-nascido é uma realidade atual. Nos contextos clínicos, nem sempre é realizada a intervenção: executar contacto pele com pele, e esta constatação desencadeou uma reflexão: será que é mesmo relevante o contacto pele com pele na primeira hora de vida do recém-nascido? E se sim, qual o seu efeito na amamentação? Tendo sido esta a questão de partida que nos levou a um aprofundamento, com sistemática, do assunto, através do desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura. Pela leitura inicial percebemos que durante a *“golden hour”*, ou seja, na primeira hora de vida, o RN está mais ativo e desperto sendo essa a melhor hora para introduzir a amamentação, uma vez que estes se encontram mais recetivos e disponíveis devido ao seu estado de vigília inicial. No entanto, importa compreender que o comportamento, na primeira hora de vida, varia apresentando diferentes estadios de comportamento ao longo desse intervalo de tempo, bem como este difere de RN para RN, bem como de várias variantes externas ao longo do TP. Assim, procurámos reposta para a questão: Quais as competências de um recém-nascido, em contacto pele a pele, na primeira hora de vida e qual a sua relação com a amamentação?

A pertinência e justificação deste estudo, prende-se com o facto de atualmente, na prática, ainda não ser dado o devido tempo ao RN para se adaptar à vida extrauterina e, desta forma, passar por todos os estadios neurocomportamentais intrínsecos, devido às rotinas do serviço e/ou não valorização do impacto desta intervenção.

O relatório de estágio divide-se em três grandes capítulos. O primeiro capítulo caracteriza as competências do EEESMO com base nos pressupostos publicados no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados publicados pela OE. No segundo capítulo referimos todas as atividades e intervenções realizadas em contexto de estágio. Sendo que este subdivide-se em três subcapítulos para cada estágio: Gravidez com complicações, Trabalho de Parto e Pós-parto. No terceiro capítulo, abordamos as competências do recém-nascido na primeira hora de vida e a sua relação com a amamentação com a exposição das etapas e respetivas conclusões, assim como as sugestões para aplicação na prática, ensino e investigação.

Ao longo do trabalho foi desenvolvida uma reflexão sustentada tendo por base toda a pesquisa realizada e as experiências clínicas. Desta forma importa mencionar que recorreremos às seguintes bases de dados: EBSCOHost web, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects , Cochrane, PubMed , CINAHL Complete, SCIELO Academic Search Complete e Nursing Reference Center.

1. PROJETO DE ESTÁGIO: AS COMPETÊNCIAS DO EEESMO E OS CONTEXTOS CLÍNICOS

O estágio desenvolvido ao longo do presente ano letivo, teve como objetivo principal o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO.

A OE preconiza que o EEESMO possui competências para atuar de forma autónoma, em parceria com as mulheres e famílias, em todas as situações de baixo risco em que estão associados processos fisiológicos e do ciclo reprodutivo da mulher, bem como, de forma autónoma e interdependente, em situações de processos patológicos e disfuncionais de maior risco. Desta forma, ao longo do estágio foram realizadas intervenções diferenciadas no acompanhamento do casal e da família na promoção da adaptação à parentalidade.

Os estágios realizaram-se no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), nas unidades de cuidados: Materno-Fetal, Puerpério e no Hospital Pedro Hispano (HPH): Bloco de Partos, tendo cada serviço como objetivo, de acordo com a sua especificidade, assegurar cuidados de saúde diferenciados à mulher com patologia do foro ginecológico, à grávida e ao feto, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, bem como garantir a excelência e melhoria dos cuidados personalizados.

Segundo o plano de estudos estabelecido e de acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO da OE de 2010, os objetivos deste estágio são:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situações de gravidez com complicações, TP, parto e pós-parto, por forma a promover práticas emancipatórias para o exercício do papel parental;
- Produzir competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutiva, gravidez, parto e exercício de parentalidade em contexto hospitalar;
- Retratar as atividades desenvolvidas e a sua intencionalidade de acordo com a prática baseada na evidência;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados;
- Recorrer à investigação científica em enfermagem para desenvolver um estudo sobre as competências do recém-nascido na primeira hora de vida e a sua relação com amamentação, de acordo com a evidência científica atual;

- Apresentar capacidade autocrítica e reflexiva do exercício profissional enquanto EEESMO.

A melhoria dos cuidados de saúde prestados, nos últimos anos, deve-se à maior procura de informação e de investigação, havendo, desta forma, cuidados fundamentos na prática baseada na evidência que vão ao encontro das necessidades sentidas pela população. Desta forma, ao longo do relatório de estágio serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, tal como a evidência científica que suporta a sua implementação na prática.

2.CONTEXTOS CLÍNICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMO EEESMO

O estágio profissional foi dividido em 3 módulos por forma a ser possível acompanhar o percurso da mulher grávida por inteiro, tendo havido contacto com três serviços diferentes, dois no CMIN e um no Hospital Pedro Hispano.

Esse processo teve início, no Piso 3 do CMIN, na Unidade de Internamento Materno-Fetal, com duração de 100 horas, sob orientação e supervisão de uma EEESMO. Este serviço recebe mulheres grávidas que apresentem algum risco durante a sua gravidez ou necessitam de monitorização contínua por parte da equipa médica e de enfermagem. Este serviço recebe também mulheres com patologia ou submetidas a cirurgias Ginecológicas, bem como, apresenta uma sala destinada a mulheres que necessitam de cuidados intensivos, denominada de UIGO (Unidade Intensiva Ginecologia e Obstetrícia). Este estágio teve como objetivo desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações.

O segundo módulo foi realizado no Bloco de Partos, localizado no Piso 3 do Hospital Pedro Hispano, com duração de 500 horas, sob orientação de duas tutoras, apesar de ter tido o privilégio de aprender com várias EEESMO. Neste serviço ficam internadas todas as mulheres grávidas que se apresentam em trabalho de parto. Neste estágio o objetivo foi desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher e família em situação de trabalho de parto (TP) e parto e assistência ao recém-nascido.

O terceiro módulo deu-se no Piso 4 do CMIN, denominado de Puerpério, com duração de 100 horas, sob a orientação de uma EEESMO. Neste serviço, a mulher e o seu RN permanecem internados, normalmente 48 horas após o parto, nos casos de parto eutócico, salvo raras exceções que prolongam o internamento pelo tempo necessário. Utentes transferidas do bloco operatório, ou seja, mulheres e os seus RN's, submetidos a cesariana são igualmente internados no Puerpério, mas estes têm uma permanência mais longa, em média 72 horas.

Ao longo deste capítulo será explanado o processo de desenvolvimento de competências específicas de um EEESMO, nas diferentes áreas de atuação em Enfermagem

na Saúde Materna e Obstétrica. Tendo sido organizado segundo a ordem cronológica dos acontecimentos na mulher e não a ordem pela qual os diferentes módulos foram realizados.

2.1. Desenvolvimento de competências no âmbito da assistência face a gravidez com complicações

O Enfermeiro Especialista é um profissional de saúde diferenciado com níveis elevados de conhecimento clínico, de tomada de decisão e de competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A gravidez é considerada de risco quando há probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto (Graça, 2017). Desta forma, a vigilância pré-natal tem como principal objetivo a identificação do risco na gravidez, através da avaliação inicial (anamnese), um exame objetivo, testes laboratoriais e ecográficos que são realizados no decurso da gravidez. Outro objetivo importante da vigilância pré-natal - é a prevenção e deteção precoce de complicações da gravidez (DGS, 2016).

Os comportamentos maternos podem ser também considerados como fatores de risco na gravidez, tendo então de ser avaliados e tidos em conta para a avaliação do risco de uma gravidez, como por exemplo: as deficiências na ingestão nutricional e/ou distúrbios do comportamento alimentar, o consumo de tabaco/álcool/substâncias psicoativas, a exposição ambiental a poluentes e as infeções sexualmente transmissíveis (IST), a idade materna igual ou superior a 35 anos ou inferior a 15 anos de idade; peso corporal superior a 90kg ou inferior a 45kg; suporte social adverso e comportamentos aditivos (Akkerman, 2012).

No entanto, nem todos estes casos têm necessidade de internamento num serviço de cuidados especializados. Assim, no serviço Materno-Fetal, ou seja, na unidade de grávidas de risco do CMIN, são internadas mulheres grávidas que apresentam algum risco associado à sua condição com a necessidade de vigilância e acompanhamento. A gravidez é denominada de alto risco quando a saúde da mãe e/ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez, necessitando, dessa forma, de vigilância e acompanhamento especializado por EEESMO.

Neste serviço existem 32 camas, sendo que 12 são quartos particulares, ou seja, quartos com apenas 1 cama onde podem ficar acompanhantes em algumas situações, como grávidas menores, oncológicas ou de risco mais elevado; e os restantes quartos são quartos

duplos, ou seja cada quarto é constituído por 2 camas. No turno da manhã ficam escaladas 6 enfermeiras, no turno da tarde 5 enfermeiras e no turno da noite ficam, novamente, 5 enfermeiras, sendo que em cada turno uma enfermeira fica apenas com os doentes da UIGO, caso esta unidade esteja aberta. Em cada turno, no mínimo, uma das enfermeiras é EEESMO.

Uma dimensão relevante da assistência à grávida, internada no serviço de grávidas com complicações, é o acolhimento. O momento de admissão constitui um período chave para o estabelecimento da relação terapêutica. De facto, o momento de entrada no serviço, em particular na enfermaria e no movimento de aproximação à cama, era notório o olhar triste e a expressão de preocupação (rugas na testa, sobrolho fechado, ausência de sorriso ou um sorriso demasiado tímido) que revelava angústia e uma ansiedade elevada. Neste momento foi difícil dizer “vai correr tudo bem”.

O facto do seu internamento ser feito sem aviso prévio, de forma inesperada, é então propício a um nível de maior stress, bem como quando ficam internadas em quartos duplos, onde não há possibilidade de os seus companheiros passarem a noite junto delas, que nas primeiras noites era um fator dificultador, no entanto, grávidas com bom coping, esse fator tornou-se facilitador, uma vez que trocavam experiências e falavam sobre os seus medos e receios com outras grávidas.

Aquando a entrada da grávida é feita uma leitura atenta e precisa do processo clínico da mesma, fazendo uma colheita de dados inicial sobre o diagnóstico do internamento, situação clínica, antecedentes pessoais e familiares, vigilância da gravidez, etc. Posteriormente é realizado o acolhimento à grávida e acompanhante, se for o caso, sendo fornecidas todas as informações necessárias acerca do seu internamento e diagnóstico, bem como apresentação do espaço físico da unidade. É lhes também oferecido um guia de acolhimento com todas as informações no que diz respeito à unidade, relativamente a horários e normas, assim como, um guia de acompanhante, caso exista, por forma a validar toda a informação dada durante o acolhimento.

Como área de atuação é fundamental saber intervir individualmente em cada uma das diferentes patologias, atendendo a cada mulher de forma personalizada.

Neste ensino clínico as situações mais comuns verificadas neste serviço foram situações de doenças hipertensivas ou pré-eclâmpsia (PE) ou suspeita do mesmo, restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), colestase ou suspeita, rutura prematura de membranas (RPM), deiscência da sutura de cesariana anterior, placenta prévia, diabetes gestacional, oligoâmnios, pielonefrite e ameaça de trabalho de parto pré-termo (ATPPT).

2.1.1. Intervenções resultantes de prescrição face à assistência da grávida com pré-eclâmpsia

Ao longo do estágio prestamos cuidados a grávidas com diferentes quadros clínicos. Das diversas patologias que justificaram o internamento da grávida, destacamos os casos de grávidas com a pré-eclâmpsia (PE), uma vez que foi das situações mais frequentes e a que mais poderá influenciar o tema em estudo discutido mais à frente neste relatório.

A PE é caracterizada com o aumento tensional ($PAS \geq 140$ mmHg ou $PAD \geq 90$ mmHg), em diferentes medições e ocasiões, e ao aparecimento de sintomas associados, proteinúria significativa (> 0.3 mg/dL /24 horas), epigastralgias intensas, alterações visuais: visão turva e cefaleias (DGS, 2012). A HTA é responsável por grande parte das complicações observadas na assistência às gestantes e puérperas, sendo responsáveis por altos índices de mortalidade materna. Da mesma forma, as síndromes hipertensivas são responsáveis por altos índices de morbilidade e mortalidade em relação ao feto, seja por alterações do fluxo placentário ou seu tratamento, ou também pela terapêutica relacionada à interrupção precoce da gestação nas formas graves dessas patologias (Campos et al., 2008). Desta forma, a HTA na gravidez é um problema com abordagem diferente da utilizada na população não grávida, devido à necessidade de considerar duas entidades clínicas adicionais: a PE e a HTA gestacional (Guzmán-Juárez et al., 2012).

Segundo a OMS, as doenças hipertensivas ligadas à gestação, podem ser classificadas de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crónica. A PE afeta de 2% a 3% das gestações, sendo responsável, aproximadamente por 60 mil mortes por ano (Gadonski e Irigoven, 2008).

Esta situação clínica, habitualmente era controladas com recurso a medicação oral anti hipertensora, prescritas pelo médico, sendo a mais comum e utilizada na instituição a nifedipina.

Os casos de agudização desta patologia, o protocolo mais utilizado é a administração de “sulfato de magnésio”, que se mostra ser o mais ajustado em relação a outros anticonvulsivantes, o que permite a prevenção de hipermagnesémia e o risco de toxicidade (OMS, 2014).

2.1.2. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da Gravidez com complicações

As principais intervenções nos cuidados às mulheres internadas neste serviço incluíam a avaliação da evolução da gravidez e o conhecimento sobre a complicação, que levou ao internamento, e sobre o regime terapêutico.

Ao longo do ensino clínico as principais intervenções de enfermagem foram ao nível da monitorização do estado de saúde da grávida (de acordo com a sua patologia), a monitorização do bem-estar fetal (através da interpretação do CTG ou doppler), a monitorização do trabalho de parto, assim como, de grande importância, a escuta ativa, apoio emocional e controlo da ansiedade que este internamento acarreta.

A gravidez é um processo biológico que se integra no ciclo de vida da mulher e é considerada uma das fases mais importantes na sua vida, sendo, desta forma, considerada uma transição desenvolvimental que necessita de apoio dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que podem ser facilitadores deste processo.

A transição é tudo aquilo que envolve mudança e a forma como esta é incorporada na nossa vida. Desta forma, a transição pode ser definida como o modo como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita integrar novos e diferentes aspetos no seu dia-a-dia (Meleis, 2010).

O período de gravidez gera várias alterações fisiológicas na mulher, que carece de adaptações às mudanças implícitas ao desafio da redefinição dos papéis na estrutura familiar. Tornar-se mãe/pai é uma transição gradual e permanente que exige a interiorização das expectativas familiares e sociais e que obrigará à reorganização pessoal, profissional e conjugal (Santos, 2010). Para a mulher tornar-se mãe requer determinados aspetos do desenvolvimento, tais como: a aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, a reorganização de relacionamentos pessoais, o estabelecimento de relação com o feto e a preparação para a experiência de parto. Relativamente ao homem, cada vez mais é exigido pela sociedade um maior envolvimento na gravidez, o que faz com que o EEESMO tenha uma intervenção ativa no sentido de o compreender e ajudar a enquadrar-se, segundo as expectativas próprias, sociais e culturais de cada família, no seu novo papel (Lowdermilk, 2008).

Assim, o EEESMO pode contribuir para uma melhor adaptação na transição para a Parentalidade sendo que para isso deve conceber, planejar, implementar e avaliar

intervenções com a finalidade de potencializar uma gravidez saudável e otimizar a transição do casal para uma vivência da gravidez e parentalidade gratificantes.

Esta transição adquire um padrão de transição múltipla, quando a grávida passa a ter uma classificação de risco, sobrepondo-se assim uma transição de saúde-doença, tornando esse processo desenvolvimental mais difícil pela maior ansiedade e angústia das mulheres.

Em situações de gravidez de médio/alto risco, a mulher vivencia alterações complexas que, em conjunto com as mudanças da própria gravidez, alteram o seu estado de equilíbrio. Assim, a mulher passa por estados de ansiedade, medo de perder o filho e, também, um estado de culpabilização por não conseguir conduzir uma gravidez fisiológica, bem como, sensação de perda de controle sobre o seu corpo. Estas vivências, os preconceitos e o desconhecimento sobre a sua situação incapacitam a mulher para lidar com as alterações do seu corpo, dificultando o processo desenvolvimental da gravidez (Orfão, 2016). Estas mulheres necessitaram de mais apoio profissional e personalizado para ultrapassarem esta fase.

Muitas das grávidas com que contactamos encontravam-se a vivenciar uma transição de saúde/doença desencadeada por diferentes motivos clínicos, nomeadamente: doenças hipertensivas ou a pré-eclâmpsia (PE), restrição do crescimento intra uterino (RCIU), oligoâmnios, colestase gravídica, ruptura prematura de membranas (RPM), placenta prévia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo (APPT) e pielonefrite.

Desencadeou também o desenvolvimento de competências resultantes de prescrição, nomeadamente a administração de alguma terapêutica, como por exemplo, os critérios de administração da nifedipina, nos casos de PE, e até mesmo do sulfato de magnésio, nomeadamente as doses de administração e a vigilância dos seus efeitos colaterais e terapêuticos.

Tomando como exemplo a Pré-Eclâmpsia, uma vez que foi das complicações mais frequentes nas nossas experiências e das que mais poderia afetar o tema em estudo; a forma de intervir mais eficaz é quando o EEESMO apresenta o conhecimento e competências necessárias para atuar atempadamente e prestar cuidados de excelência à grávida.

Assoaciado a este diagnóstico tomamos como foco de atenção o conhecimento sobre a complicação pré-eclâmpsia; a consciencialização da relação entre o repouso e os resultados perinatais; o conhecimento do desenvolvimento fetal e o conhecimento sobre a autovigilância de sinais de alerta.

Após serem diagnosticadas com PE, surgiram muitas dúvidas e receios por parte do casal, tendo sido gerida a comunicação, mais concretamente a informoterapia, ou seja, foi avaliado sempre o estado emocional e disponibilidade da grávida naquele momento para a aquisição de conhecimentos, uma vez que nem sempre se encontravam disponíveis devido ao seu estado de ansiedade e por variados fatores externos, principalmente à chegada ao serviço e nas horas seguintes, uma vez que o facto de ficarem internadas, a obtenção do diagnóstico e a possível ausência do acompanhante durante o internamento foram fatores denotados como destabilizadores.

Assim, nas nossas experiências tentamos sempre avaliar e compreender qual o melhor momento para a realização de ensinamentos, de acordo com a disponibilidade da grávida em vez da nossa disponibilidade e das rotinas do serviço.

Tendo em conta o nosso foco de atenção relativo ao conhecimento sobre a complicação: Pré-eclâmpsia, foram realizados ensinamentos sobre a patologia e o impacto da mesma. Sentimos que este aspeto foi fulcral para diminuir a ansiedade das grávidas, para que as mesmas sentissem mais controle da situação e houvesse estabelecimento de relação de confiança que, por consequência, levou a uma melhor adesão da terapêutica.

A consciencialização da relação entre o repouso e os resultados perinatais, foram outro grande foco da nossa atenção, sendo este um aspeto relevante, principalmente nestes casos, porque sendo a PE uma situação em que há vasoconstrição dos vasos que permitem passagem de nutrientes e oxigénio ao feto, o repouso, em particular em decúbito lateral esquerdo facilitará este processo.

Assim, se a grávida for capaz de experienciar a relação entre o repouso, em decúbito lateral esquerdo, e o maior aporte de nutrientes e oxigénio será um ganho em saúde em termos de lidar com esta situação.

Ter alguma noção sobre o desenvolvimento fetal, ou seja, quais são as competências que o feto já tem naquele período de desenvolvimento e qual o impacto poderá ter o facto de a grávida ter esta condição será também um ganho em saúde.

Outro foco da nossa atenção foi melhorar o conhecimento do casal sobre os sinais e alerta que ela possa identificar, como por exemplo: epigastralgias intensas, perturbações visuais, nomeadamente visão turva, cefaleias, entre outros.

Claro está que a melhoria do nível de conhecimento e a promoção da consciencialização terá impacto ao nível da diminuição da ansiedade e do stress, associado à

própria situação, e também permite a detecção precoce de complicações, uma vez que a grávida já terá conhecimento sobre a autovigilância dos sinais de alerta.

2.1.2.1. Avaliar a evolução da gravidez com complicação: Pré-Eclâmpsia

Esta patologia requer uma vigilância diária da pressão arterial e em casos específicos, de 4/4h horas; repouso no leito e a monitorização da diurese da grávida, bem como outros sinais de alerta indicadores desta complicação como: dor (dor que poderá ser, essencialmente epigástrica ou denominada, dor em “barra” no flanco superior do abdómen), estado neurológico, nomeadamente cefaleias persistentes, tonturas e alterações visuais.

Nas grávidas que ficaram sob a nossa responsabilidade (sempre em colaboração com a Enfermeira Tutora), em todos os turnos eram avaliados um conjunto de dados que permitiam averiguar a evolução da gravidez e do estado do feto, sendo apresentadas em seguida:

- Monitorização da pressão arterial de 4/4 horas;
- Avaliação de edemas;
- Avaliação e monitorização da dor (dor que poderá ser, essencialmente epigástrica ou denominada, dor “em barra” no flanco superior do abdómen);
- Monitorização do débito urinário;
- Avaliação da proteinúria;
- Monitorização cardiotocográfica (1x/turno);
- Vigilância de sinais de alerta;
- Vigilância do estado neurológico;

A avaliação da tensão arterial foi realizada sempre com as grávidas sentadas ou em decúbito lateral esquerdo, uma vez que em decúbito lateral direito ou dorsal os valores tensionais podem sofrer alterações podendo apresentar-se mais baixos. O decúbito lateral esquerdo é a posição privilegiada para as grávidas, devido à localização da veia cava, por forma a prevenir a compressão da mesma, favorecendo, desta forma, o débito cardíaco, o fluxo uteroplacentário, o fluxo renal e a diminuição de edema dos membros inferiores (Lowdermilk, 2008).

A Cardiotocografia (CTG) é um aparelho que monitoriza a frequência cardíaca fetal e a atividade uterina, o que irá auxiliar na avaliação do bem-estar fetal, uma vez que permite o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos

movimento fetais ativos. A melhor posição para a realização de um CTG é de semi-sentada ou em decúbito lateral esquerdo (Lowdermilk, 2008).

Segundo a OE, para a realização do CTG, implica que o profissional tenha conhecimentos científicos e técnicos, por forma a identificar no abdómen da grávida o foco fetal, através da realização das manobras de Leopold, bem como o fundo uterino, para a colocação dos transdutores e desta forma detetar as contrações do mesmo. A qualidade da captação do sinal é essencial para uma correta interpretação do registo.

Posteriormente tem que se proceder à classificação do traçado, tendo por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal, bem como o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores não podem ser avaliados isoladamente, sem ter-se em atenção aos mecanismos de defesa do feto, dos estímulos externos e o seu efeito no ritmo cardíaco fetal, bem como, a situação clínica de cada grávida.

É norma do serviço, aquando a realização do CTG, a identificação do CTG de forma manual, escrevendo-se o nome da grávida, o número do processo, número da cama, a data e o turno em que foi realizado. A realização do mesmo é prescrita pelo médico, sendo ele a indicar quantas vezes ao dia é realizado o mesmo, mediante a patologia e o estado clínico da grávida e do bebé.

Aquando da realização do CTG pela primeira vez, era explicado à grávida, bem como ao acompanhante, caso existisse, o porquê da sua realização e a sua importância, para que a utente cumprisse todas as orientações dadas. Previamente à realização deste exame era solicitado à grávida que esvaziá-se a bexiga, se assim o deseja-se, uma vez que era necessário estar deitada durante 30 minutos, no mínimo, para a realização deste procedimento.

2.1.2.2. Conhecimento sobre complicação: pré-eclâmpsia

Quando a pré-eclâmpsia exige internamento, habitualmente é porque a situação traz compromisso significativo para a grávida ou para o feto. A explicação sumária sobre a doença, em particular sobre os possíveis desfechos foi algo que parecia ter efeito tranquilizador na ansiedade, bem como fazia as grávidas sentirem maior controle da situação e, assim, houvesse estabelecimento de relação de confiança que, por consequência, levou a uma melhor adesão da terapêutica.

Segundo Meleis (2010), uma transição só é bem-sucedida quando a mulher chega à fase de mestria e de integração fluída da nova identidade, mas, para isso, terá de passar por um processo complexo, gerador de vários significados, determinados por cada mulher. Para

que este fenómeno aconteça o casal grávido tem de ser empoderado e para tal temos que compreender se este dispõe de “Disponibilidade para aprender”, ou seja, se está preparado ou disponível em aprender a informação necessária para manter ou melhorar o seu nível de saúde.

Tendo em conta a relevância deste fenómeno, foram implementadas as atividades diagnósticas “avaliar quais as fontes de informação utilizadas pelo casal” e “avaliar interesse do casal para aprofundar os seus conhecimentos e capacidades”. Quando este interesse se mostrava presente foram realizados os ensinamentos considerados pertinentes.

Das intervenções de enfermagem, a consciencialização da mulher é o primeiro passo e o mais importante para que todo o processo de adaptação decorra da melhor forma possível.

No âmbito da intervenção: “Ensinar sobre complicação: pré-eclâmpsia”, era explicado à grávida que a PE é caracterizada pelo aumento da tensão arterial ($PAS \geq 140$ mmHg ou $PAD \geq 90$ mmHg), em diferentes momentos, em conjunto com outros sintomas como, proteinúria significativa, ou seja aumento de proteínas na urina, epigastralgias intensas, visão turva, cefaleias, entre outros.

Posteriormente eram esclarecidas relativamente ao possível desfecho, sendo explicado às grávidas que tinham de ficar internadas para que pudessem receber uma vigilância mais apertada, uma vez que desta patologia advém várias complicações, sendo uma delas, morbilidade e mortalidade do feto e, desta forma, dependendo da idade gestacional e da maturação pulmonar do feto poderá estar recomendado a indução do trabalho de parto.

Dependendo da idade gestacional e do risco que esta atitude terapêutica acarreta poderá criar um maior nível de ansiedade e desta forma, foram momentos em como EEESMO tivemos de prestar apoio emocional e escuta ativa, dando tempo e espaço para que os pais assimilassem esta informação e partilhassem connosco os seus medos e angústias.

2.1.2.3. Conhecimento sobre autovigilância de sinais de alerta: pré-eclâmpsia

Após a explicação breve sobre a patologia, e os possíveis desfechos era explicado às grávidas e ao acompanhante os restantes sinais e sintomas que poderiam para além do aumento tensional e da proteinúria surgir, tais como: cefaleias persistentes (ou seja, dor de

cabeça), edemas; tonturas; epistáxis; alterações visuais, como visão turva; dor abdominal e cansaço. Estes seriam os sinais de alerta que deveriam estar atentas e comunicar aos profissionais de saúde caso surgissem.

Nesta fase era explicado à grávida que para melhor controle da patologia, para além da terapêutica farmacológica, era importante a adoção de novos hábitos, como: repouso ao longo do dia, dando preferência ao decúbito lateral esquerdo; o aumento de ingestão hídrica, bem como uma dieta equilibrada e pobre em sal.

Nestes casos uma intervenção que não podia ser descurada era a gestão da comunicação bem como a quantidade de informação que dávamos, uma vez que para além de toda a ansiedade que estar internado já acarreta, para a grande maioria dos pais saber que havia a possibilidade de o seu bebé nascer pré-termo era mais uma fator de stress e, por consequência, dificultador para aquisição de qualquer conhecimento. Desta forma, toda a informação a dar teve de ser filtrada e dada numa altura de maior equilíbrio e disponibilidade. Na implementação de intervenções do tipo “Ensinar”, não era descurada a gestão da comunicação bem como a quantidade de informação, devido à ansiedade que a grávida pudesse estar a experienciar face à imprevisibilidade do desfecho perinatal e periparto. Desta forma, toda a informação obedecia aos princípios da informoterapia: a informação certa, na dose certa, para a pessoa certa, no momento certo e com a estratégia certa.

2.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do Trabalho de Parto

Como EEESMO tivemos de adquirir conhecimentos e competências para assumir a responsabilidade da assistência à mulher que vivencia processos de transição saúde/doença durante o TP (Trabalho de Parto) e Parto, desde o diagnóstico à monitorização do mesmo e, devendo prestar cuidados individualizados e especializados.

Este estágio permitiu o envolvimento em todo o TP e parto, desde a fase latente no primeiro período até ao terceiro período e, por fim, a vigilância até 2 horas após o parto.

Primeiramente este ensino clínico teve início no CMIN como teriam sido os restantes estágios, mas devido ao estado de calamidade do país em consequência à COVID-19, os estágios ficaram suspensos durante vários meses e aquando o regresso houve necessidade de reorganização de locais de estágio mediante as autorizações das instituições. Assim, tivemos de ser transferidos para outras unidades hospitalares, nomeadamente o Hospital Pedro Hispano, serviço de Bloco de Partos do piso 3.

Ao fim de um mês neste estágio deu-se uma nova pausa no estágio devido à pausa letiva, tendo regressado posteriormente. Essa pausa não foi de todo produtiva nem benéfica, uma vez que se tratava de um estágio exigente tanto ao nível de técnicas como ao nível de conhecimento, tendo essa pausa quebrado o desenvolvimento de competências, ficando com a percepção de voltar outra vez à “estaca zero”.

Este estágio teve como objetivo principal desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher e família em situação de trabalho de parto (TP) e parto e assistência ao recém-nascido.

Neste serviço existiam 6 quartos/box, com cama individual, um recobro com duas camas, um bloco operatório, onde são realizadas cesarianas de emergência e algumas programadas, e uma sala de reanimação do RN.

Em cada turno ficam escaladas 4 enfermeiras ESMO, sendo que uma enfermeira fica sempre na admissão das utentes, ou seja, na urgência obstétrica, na qual tria as mulheres podendo receber tanto utentes grávidas como da área da ginecologia; e 3 enfermeiras ficam dentro do bloco de partos, podendo ficar cada uma delas com 2 grávidas em TP.

Deste modo, as parturientes eram direcionadas para a sala de partos através da consulta de urgência ou da unidade de grávidas de risco. Na consulta de urgência, as grávidas passam sempre pela profissional de enfermagem (ESMO) e pela profissional de medicina (Obstetra).

Existem algumas situações que requerem o internamento das grávidas na sala de partos, tais como:

- Monitorização cardíaca fetal contínua por CTG não tranquilizador;
- TP avançado com condições de colo uterino propícias para analgesia epidural (caso seja desejado pela parturiente);
- Emergências obstétricas;
- Líquido amniótico com mecónio;
- Retenção placentária;

Na admissão da utente era realizada uma anamnese, após ser consultado o processo clínico, o Boletim de Saúde de Grávida (BSG) e o resultado do teste de COVID-19, onde recolhia os dados referentes: os antecedentes obstétricos/ginecológicos, antecedentes pessoais e familiares relevantes, despistes de fatores de risco materno-fetais, diagnóstico do internamento, vigilância da gravidez, alergias e medicação habitual.

No momento de admissão foi constatado através da observação do fâcies e da linguagem corporal, expressão de preocupação, medo, ansiedade (sentavam-se na ponta da cadeira de forma muito rígida, com várias entradas e saídas da sala de parto na tentativa de arrumar as malas, olhar para o chão ou quarto) e, ao mesmo tempo, entusiasmo (sorrisos leves/escondidos, com várias questões). No entanto, foi possível verificar ao longo do estágio que grávidas que estavam sem acompanhante ou que entravam na sala sem ele, se encontravam muito mais reservadas e intimidadas. Assim, o momento de entrada era maioritariamente usado para estabelecer relação terapêutica com as grávidas e acompanhante, se for o caso, de forma a conhecer as suas dúvidas e preocupações, que muitas vezes não as exprimiam a menos que questionadas, assim como para compreender quais as expectativas para o trabalho de parto e parto.

A acrescentar eram também colhidos dados do estado emocional, desconfortos, dificuldade socioeconómicas, situação familiar, realização ou não de preparação para o parto e plano de parto.

Outro desafio que nos deparamos durante a realização deste estágio foi tentar compreender aquilo que as parturientes queriam ou não para o seu parto, ou seja se teriam ou não Plano de Parto. Se sim, em quê que nós como EEESMO poderíamos ajudar no sentido de aproximar as expectativas e os desejos da parturiente à realidade e disponibilidade do serviço. E se não, tentar compreender se tinham alguma expectativa relativamente ao parto para que assim também pudéssemos atuar nesse sentido.

Foi então uma questão que foi sempre levantada e tida em atenção ao longo do ensino clínico uma vez que no Hospital Pedro Hispano defende-se o plano de parto, no entanto, nas minhas experiências quando a parturiente trazia consigo um plano de parto muito rígido e pouco flexível que maioritariamente das vezes não tinha sido discutido com nenhum profissional de saúde, nem sempre as suas expectativas iam ao encontro da realidade do serviço, como por exemplo, a presença do companheiro, a analgesia epidural, os recursos deste hospital, as suas políticas, entre outros, principalmente nesta fase atual com a pandemia.

O Trabalho de Parto (TP) é um processo contínuo e moroso com o objetivo final de expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto, que vai variar mediante a parturiente ser nulípara ou múltípara, a posição do feto, bem como as suas dimensões e da bacia.

O TP decorre em três períodos. O primeiro período define-se por dilatação e extinção do colo uterino e tem início quando as contrações regularizam até à dilatação estar completa. A segunda fase é designada de período expulsivo e inicia-se quando a dilatação se encontra completa até à expulsão do feto. O terceiro estadio, denominado de dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas (Graça, 2010).

O primeiro período do TP subdivide-se em duas fases principais: a fase latente e a fase ativa. A fase latente inicia-se com a regularização das contrações e termina quando o colo uterino já se encontra extinto e 3 cm dilatado. A fase ativa inicia-se posteriormente à fase latente e termina quando o colo uterino já se encontra completamente dilatado, ou seja, com 10 cm (Graça, 2010).

Habitualmente parturientes em fase latente ou quando se tratava de um indução ficavam internadas no serviço de grávidas de risco, sendo transferidas para o Bloco de Partos (BP) quando muito queixosas e têm o desejo de colocar cateter epidural ou quando os traçados não são satisfatórios, para uma vigilância mais apertada e para uma atuação mais rápida em caso de emergência. Quando as parturientes eram admitidas no serviço nesta fase do TP era realizado o acolhimento da grávida e do acompanhante, quando este é teste COVID-19 negativo e pode estar presente, sendo-lhes apresentado a estrutura física, as normas do serviço, os profissionais de saúde no exercício de funções, bem como era aproveitado o momento para discutir o plano de parto se fosse o caso ou as expectativas que teriam ambos para o TP e parto.

2.2.1. Intervenções resultantes de prescrição

As grávidas podiam dar entrada no serviço de forma espontânea ou para indução do TP. A indução do TP é designada pela estimulação das contrações uterinas antes do início do TP espontâneo. Esta técnica é habitualmente utilizada por causas maternas ou fetais, no entanto, atualmente, esta foi uma realidade muito frequente devido à pandemia vivida pelo país, uma vez que as grávidas eram testadas para o COVID e se negativas eram induzidas às 39 semanas de gestação.

Alguns diagnósticos têm indicação para indução do TP, tais como: pré-eclampsia, restrição de crescimento intrauterino, isoimunização Rh, RPM, suspeita de hipóxia fetal, macrosomia, morte fetal e gravidez pós-termo (Graça, 2010).

Segundo Lowdermilk (2008), os métodos de indução podem ser mecânicos (amniotomia) ou químicos, como a ocitocina ou prostaglandinas. As prostaglandinas têm como finalidade o amadurecimento cervical, por forma a torná-lo mais mole e, assim, dar início à sua dilatação. As prostaglandinas utilizadas na instituição, após prescrição médica, são: Misoprostol (Cytotec) e a Dinoprostona (Propess).

A escolha do método de indução de TP é realizada tendo em conta vários fatores, sendo um deles o amolecimento do colo uterino. O índice de Bishop é fundamental para a escolha do método indução e é determinado pelos itens de dilatação e extinção do colo uterino, altura, consistência cervical (dura, intermédia, mole), posição (posterior, intermédia, anterior), sendo no fim somado o valor de cada um dos campos. Se o índice de Bishop inferior ou igual a quatro é utilizado as prostaglandinas.

Após a administração das prostaglandinas as parturientes ficam monitorizadas de forma contínua com CTG durante pelo menos duas horas, para avaliação do bem-estar materno-fetal.

Outro método de indução química utilizado é a ocitocina, sendo esta uma hormona produzida pela neuro-hipófise e tem como finalidade a estimulação de contrações uterinas. Esta é o fármaco mais usado para a indução ou intensificação do TP, uma vez que aumenta a intensidade das contrações e regulariza-as, quando o colo se encontra amadurecido, sendo administrado por via intravenosa e regulado por bomba perfusora. Quando esta se encontra em perfusão, o EEESMO tem que vigiar o aparecimento de sinais e sintomas como náuseas, vômitos, cefaleias, hipotensão e efetuar uma avaliação contínua materna e fetal através de CTG.

Os métodos referidos anteriormente têm o seu risco pelo aumento de atividade uterina, uma vez que pode originar hipertonia uterina, ou seja, uma contração com uma duração superior a dois minutos em dez minutos; e taquissistolia, isto é, mais do que cinco contrações uterinas em 10 minutos, podendo levar ao sofrimento fetal. Nestas circunstâncias, posicionamos as parturientes em decúbito lateral esquerdo, com fluidoterapia em curso e suspendia-se o método de indução. Se após estas intervenções a situação não reverte-se recorria-se ao Salbutamol para a realização de tocólise, ou seja, para interromper/reduzir as contrações uterinas durante o TP.

Perante grávidas com cesariana anterior, pelo risco de rotura uterina ou deiscência da cicatriz uterina e, posterior hemorragia, os cuidados e a vigilância eram mais apertados, não sendo recomendado prostaglandinas nestes casos.

Previamente à utilização de qualquer um dos métodos referidos anteriormente para indução do TP era referido à parturiente e acompanhante o seu objetivo, os cuidados e respetivos riscos.

Em contexto de ensino clínico, foi possível ter contacto com todos os métodos de indução anteriormente referidos, bem como, presenciar situações de estado fetal não tranquilizador, tais como: registo de desacelerações tardias de repetição e/ou prolongadas e ausência de variabilidade. Nestes casos procedeu-se à suspensão da perfusão de ocitocina, aumento do débito de soroterapia, mantendo a parturiente em decúbito lateral esquerdo, a monitorização da FCF e da atividade uterina, sendo imediatamente comunicado ao Obstetra responsável.

Na fase ativa do TP ou quando muito queixosa, caso a parturiente assim deseja-se, era o momento em que se contactava a anestesista para proceder à colocação do cateter epidural, que durante o ensino clínico todas quiseram, sendo explicado à grávida as suas vantagens e riscos, para que esta pudesse fazer a sua escolha de forma consciente e informada. Era então explicado que a analgesia epidural tinha como vantagens: tornar as contrações uterinas indolores durante o TP, facilita a manipulação no parto instrumentado e se necessário episiorrafia, funciona também como analgesia no pós parto e nas manobras de revisão uterina após o parto; e como possíveis complicações: não ser totalmente eficaz, lombalgias, cefaleias, punção acidental de um vaso sanguíneo, parestesias e aumento da taxa de partos instrumentados (Lowdermilk, 2008). Antes da realização desta técnica era analisado se a parturiente tinha alguma contraindicação, tal como: coagulopatias, infeções, hipovolemia, história de cirurgia da coluna ou anomalias na mesma, e uso de anticoagulantes.

Durante a colocação do cateter epidural pelo anestesista era necessário a colaboração do EESMO na colocação do material, na ajuda à imobilização da parturiente e no esclarecimento sobre a analgesia. Antes da realização deste procedimento era ensinado à grávida os possíveis efeitos secundários e incentivada a estar atenta e alertar-nos sobre os mesmos, sendo estes: hipotensão arterial, prurido, tremores, sensação de peso e calor nos membros inferiores, náuseas e vômitos e retenção urinária. Esta última complicação pode ter origem obstétrica e/ou por hiporreflexia vesical por bloqueio da S3 e S4, sendo, por consequência realizado cateterismo ou esvaziamento vesical mediante a fase do TP em que a parturiente se encontrava (Graça, 2010). Após colocação do cateter epidural a analgesia poder ser administrada por PCEA (Patient-controlled epidural analgesia), onde a

administração é controlada por máquina; ou por bólus, sendo administrada pelo profissional de saúde.

Neste ensino clínico, uma das medidas interventivas durante o TP era a realização da amniotomia, ou seja, a rotura artificial das membranas, com uma pinça de Herff, que tinha indicação quando era necessário monitorizada diretamente os batimentos cardíacos fetais e/ou contrações uterinas (nunca foi o caso), avaliar as características do líquido amniótico, acelerar o TP e induzir o parto. Para a realização da mesma, a apresentação fetal deve estar encrava (o diâmetro biparietal alcança o estreito superior, limitado pelo promontório e sínfise púbica), de modo a evitar o prolapso do cordão umbilical. Como em todas as intervenções na obstetrícia, a parturiente era informada sobre o seu objetivo, os riscos e os benefícios, como boa prática, para que esta pudesse decidir de forma informada e consciente. Antes, durante e após o procedimento deve ser avaliado o bem-estar fetal, através da monitorização da FCF, e possíveis complicações, prolapsos ou compressões do cordão, com desacelerações fetais e infeções ascendentes (Lowdermilk, 2008). Após esta intervenção devem ser avaliadas as características do líquido amniótico, relativamente à sua cor, odor, quantidade e consistência, sendo, desta forma, registada a hora da rutura terapêutica e as suas características.

2.2.2. Critérios de diagnóstico de trabalho de parto

Antes do início do TP existem sinais prodrômicos que o antecedem, mas podem não se verificar em todas as mulheres, como: expulsão do rolhão mucoso; rotura de membranas; insinuação fetal; dores lombares por estiramento das articulações da cintura pélvica; polaquiúria, nictúria e pressão no reto; câibras nos membros inferiores e mobilidade comprometida; amadurecimento cervical e diminuição da altura uterina.

Um dos primeiros desafios que nos deparamos neste estágio, foi identificar os critérios de diagnóstico do TP, que se dá durante o primeiro período do TP, nomeadamente a dilatação e extinção do colo uterino, acompanhado de contrações rítmicas e dolorosas.

O que diferencia o verdadeiro, do falso TP é a presença de dilatação, extinção e contrações uterinas rítmicas e dolorosas. No falso TP as contrações são irregulares, designadas de Braxton Hicks fortes, não aumentando de frequência e/ou intensidade, e

diminuindo com repouso e, por consequência o colo uterino mantém a espessura e dilatação normais (Budin, 2010; Amorim, Melo & Katz, 2017).

Para a avaliação do TP é necessário a realização do exame vaginal, tratando-se este um exame invasivo, e como tal, deve ser efetuado por profissionais de saúde especializados. Este deve ser feito com uma luva esterilizada e lubrificada (lidocaína gel ou vaselina), onde é introduzido o dedo indicador e médio no canal vaginal para que se possa avaliar a dilatação e extinção do colo uterino, a integridade das membranas, apresentação, posição, variedade, situação e o plano de Hodge que o bebé se encontra. Antes da concretização deste exame a parturiente era sempre informada acerca da necessidade sua realização, pedida autorização para o executar e no final era-lhe transmitido o resultado e o significado do mesmo.

2.2.3. Intervenções facilitadoras do trabalho de parto

Durante o primeiro período de TP, na fase latente, as contrações uterinas ocorrem a cada 5 a 10 minutos, com a duração de 30 a 45 segundos e as parturientes referem uma dor ligeira a moderada durante a contração (Ricci, 2007). Verificou-se que durante esta fase as parturientes se encontravam mais tranquilas e mais recetivas a esclarecimento de dúvidas, sendo aproveitado esta fase muitas vezes para mais colheita de dados que não tenha sido possível anteriormente, assim como solicitado à grávida para mudar várias vezes de posição uma vez que iria ajudar na progressão do TP.

A dor que se verifica durante esta fase de TP é uma dor que é provocada pelas alterações do colo uterino, nomeadamente a dilatação e a extinção do mesmo; distensão do segmento inferior e isquemia uterina, designada de dor visceral, que se sente na porção inferior do abdómen e irradia para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e para as coxas (Lowdermilk, 2008). Para alívio da dor foram realizados ensinamentos e incentivado o uso de técnicas complementares não farmacológicas como a deambulação, alternância de posições, bola de pilates, uso do chuveiro, a massagem e as técnicas de relaxamento (técnica respiratória, massagem e musicoterapia).

Outro desafio neste estágio com que nos deparamos foi compreender aquilo que enquanto EEESMO poderíamos fazer para facilitar o TP e principalmente, atualmente, durante a pandemia a gestão de recursos nem sempre foi fácil.

Um dos métodos não farmacológicos utilizados no alívio da dor foi o uso da bola de pilates, que vários autores nos indicam como um bom método que pode e deve ser usado durante o primeiro período do TP, uma vez que vai ajudar na descida do feto e na dilatação e extinção do colo uterino, uma vez que numa posição verticalizada o peso do feto concomitantemente com a força da gravidade irá haver uma maior insinuação ao colo. Este era também reportado muito pelas parturientes um método que ajudava no alívio da dor durante as contrações.

No entanto, o serviço apenas apresentava 2 bolas de pilates e existiam 6 box, o que muitas das vezes nem sempre era possível utilizar esse método em todas as parturientes que beneficiavam no uso do mesmo por falta de recursos.

Outro método não farmacológico que também realizávamos no sentido de facilitar o TP era incentivar à deambulação.

No serviço todas as box tinham acesso a um corredor extenso, que caso estivessem negativas para a COVID-19, se desejada pela parturiente, em caso de membranas íntegras, apresentação encravada após rotura de membranas, estado fetal tranquilizador, ausência de perfusão de ocitocina ou outras perfusões, nomeadamente terapêutica analgésica, eram incentivadas à deambulação sob a nossa supervisão e acompanhadas, se possível, pelo pai ou pessoa significativa, uma vez que a movimentação livre ajuda a grávida a gerir a sensação dolorosa e melhora a atividade uterina. Segundo Lowdermilk (2008), a deambulação está associada a uma taxa reduzida de partos instrumentados e ao uso menos frequente de analgésicos.

No entanto, este método também não era sempre possível ser implementado devido à pandemia, uma vez que, apesar da grande maioria se encontrar negativas, a equipa decidiu que as parturientes não deveriam se cruzar devido ao risco de contágio aumentado.

Outro método por utilizado foi o recurso ao chuveiro, nomeadamente o uso da água tépida como método de alívio da dor não farmacológico, que como Santana (2013) indica as temperaturas aquecidas da água, aproximadamente entre os 37°C e os 38°C promovem a vasodilatação periférica, ocorrendo assim a redistribuição do fluxo sanguíneo e consequentemente o relaxamento muscular. No processo de alívio da dor ocorre a libertação de catecolaminas e elevação das endorfinas, o que reduz a ansiedade e promove o alívio da dor.

Nas minhas experiências sempre que tive oportunidade para utilizar este método, era facilmente aceite pelas parturientes, bem como referiam alívio imediato da dor. No entanto, este método não era muito viável e utilizado nesta altura, uma vez que o rácio dos chuveiros era um chuveiro para cada duas box e apesar da equipa tentar sempre colocar uma box de intervalo entre cada parturiente, nem sempre era possível, bem como nos casos de parturientes positivas não era permitido o uso deste método, uma vez que chuveiro há uma maior libertação de aerossóis e uma vez que é um método que tem de ser realizado sob supervisão devido ao risco de hipotensão, não era feito pelo elevado risco de contágio.

Em estratégia a estes obstáculos que a pandemia nos trouxe, a equipa arranjava em modo de solução métodos não farmacológicos para alívio da dor em que pudessem ser feitos apenas no quarto e no espaço da parturiente, como por exemplo, musicoterapia, bem como a deambulação no quarto, dança, entre outros.

2.2.4. Assistir no parto/executar técnica do parto

Quando a parturiente se encontra de dilatação e extinção completa do colo uterino dá-se início ao segundo período do TP, período expulsivo do feto, que termina com o nascimento do bebé. Este período tem duração em média de 50 minutos para as nulíparas e 20 minutos para as múltiparas (Graça, 2010). A monitorização da FCF, através do CTG, durante os esforços expulsivos é fundamental durante este período.

Relativamente aos esforços expulsivos, ou seja, os puxos maternos, dependem da presença ou não de analgesia, mais concretamente, analgesia por via epidural. Durante o período expulsivo era frequente, na ausência de analgesia epidural, as parturientes percecionarem o reflexo de Ferguson, ou seja, a vontade de fazer força de forma reflexa e espontânea.

Maioritariamente, as parturientes quando submetidas a analgesia por via epidural não sentiam este reflexo, o que implicava a nossa atuação junto delas, por forma, a informar, orientar e esclarecer, sendo realizados ensinamentos à grávida de como identificar as contrações uterinas, através da colocação da sua mão sobre o abdómen e quando este ficasse duro estaria a ter uma contração, sendo, desta forma, esclarecido que quando estivesse com contração uterina deveria fazer forças expulsivas.

Assim, existem dois tipos de puxos maternos: os espontâneos ou os dirigidos/precoces ou tardios. No puxo dirigido, nomeado de Manobra de Valsalva, a parturiente é incentivada a sustentar a respiração de forma prolongada, fazendo um esforço prolongado, com a glote fechada. Esta manobra produz um aumento de pressão intratorácica e cardiovascular, o que vai reduzir o desempenho cardíaco e inibir a perfusão útero-placentária, podendo levar à hipoxia fetal (Lowdermilk, 2008).

Quanto aos puxos precoces, estes coincidem com o início dos esforços expulsivos imediatamente com a dilatação completa e os puxos tardios quando se inicia os esforços expulsivos após uma hora ou mais após a dilatação completa (Graça, 2010).

O parto normal, segundo Marques (2014), um processo fisiológico único, com o qual a mulher cessa a sua gravidez de termo (entre as 37 e as 42 semanas), em que tem início de forma espontânea, evolui e finaliza sem complicações, terminando com o nascimento, sem intervenções para além do apoio integral e respeitoso. Estas intervenções têm que ter como objetivo final facilitar a evolução do TP e Parto, tais como: rotura artificial de membranas, sem o intuito de induzir o TP; monitorização fetal contínua; controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos; correção de distocias dinâmicas; episiotomia justificada por razões materno-fetais; atitude ativa no terceiro período do TP; parto com complicações menor (hemorragia pós-parto ligeira, facilmente controlada, e lacerações de primeiro e segundo grau); e, administração de antibiótica para profilaxia de infeção neonatal por SGB. Em contrapartida, estão excluídas, do parto normal, intervenções para indução de TP (prostaglandinas, ocitocina e rotura artificial de membranas), os partos distócicos (fórceps e ventosa), a cesariana e a anestesia geral (Marques, 2012).

Para a realização do parto eutócico efetuávamos a lavagem das mãos, a colocação da touca, sapatos, bata e por fim, as luvas esterilizadas. Posteriormente, para manter na técnica asséptica cirúrgica, o campo de parto colocado por baixo das nádegas da parturiente, assim como as pernas e o campo esterilizado sobre o abdómen, e por fim organizado o campo com as 3 pinças Kocher abertas e as 2 tesouras, de forma alcançável para uma eventual emergência.

Na assistência no período expulsivo, sentimos como outro desafio uma vez que tínhamos expectativas em relação, por exemplo, a diferentes possíveis posições que as parturientes poderiam adotar durante esse período, como nos foi ensinado em teoria. No entanto, apesar de nas nossas experiências ser sempre incentivado junto das parturientes a alternância de posições ao longo do TP, nomeadamente em pé, sentada, semi-sentada,

quatro apoios, decúbito lateral e cócoras, uma vez que como vários autores indicam a variação de posições vai ajudar no TP na descida e rotação do bebê, no momento expulsivo todas as nossas assistências foram realizadas em posição de litotomia por uma questão de logística de espaço físico e segurança nas técnicas, o que sentimos como algo limitador do desenvolvimento e competências.

No entanto algo que pude aprender junto da tutora orientadora foi o uso da água tépida na prevenção de trauma perineal no momento da coroação, que à semelhança do uso do chuveiro durante o TP, as parturientes referiam sempre alívio da dor, chegando até a referir como algo “prazeroso”, bem como ajudou a prevenir a necessidade de episiotomia e traumas perineais.

À medida que a cabeça fetal avançava e começava a coroar mantinha-se a vigilância a integridade do períneo, com uma constante avaliação da necessidade ou não de efetuar episiotomia. A episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal, normalmente média-lateral esquerda, devendo ser realizada aquando o coroamento da apresentação cefálica e no pico da contração, por forma a diminuir a extensão da incisão e o volume da hemorragia (Graça, 2010). Atualmente a episiotomia já não é executada de forma rotineira, tendo então critérios a cumprir, tais como: sofrimento fetal, risco de laceração perineal grave e parto distócico com forceps.

Outra intervenção que era realizada, à medida que a cabeça fetal avançava e começava a coroar, para além de vaselina e óleo de amêndoas doces que ajudava na progressão da mesma, era a imersão de água tépida no períneo, e as grávidas referiam de imediato uma sensação de conforto, alívio de dor e outras até prazerosa.

Aquando a coroação era de extrema importância a proteção do períneo, para que o estiramento do mesmo não originasse uma laceração. Algo que tive a oportunidade de aprender com a Enfermeira Tutora, e que desde esse momento apliquei sempre, foi a utilização de uma compressa esterilizada para o auxílio da proteção do períneo sempre com visibilidade para o períneo

Após a exteriorização da cabeça fetal, pedia-se à parturiente para cessar os esforços expulsivos, verificando-se, posteriormente, a presença ou não de circulares cervicais do cordão umbilical, caso existissem teriam de ser avaliadas no sentido de perceber se se trava de uma circular larga ou apertada. No caso de se tratar da primeira, tentava-se desfazer a circular, no caso de uma circular apertada ou não ser possível desfazer uma circular larga era

clampado o cordão em dois pontos e realizado o corte do cordão à vulva, ou seja, era realizada uma laqueação prévia.

Posteriormente, a cabeça rodava 45° e voltava à posição assumida inicialmente durante o encravamento, movimento designado de restituição. Em seguida o feto roda mais 45° para assumir uma posição transversal à medida que o nascimento progride, posicionando os ombros alinhados com o diâmetro antero-posterior da pelve materna. Nesta fase era então rápido, mas forma delicada ajudado a reconstituir e rodar para de seguida proceder-se à exteriorização do ombro anterior e depois posterior. A mão direita mantém a proteção perineal à medida que o corpo emergia, por fim, observada a hora do nascimento.

Após o nascimento, entramos no terceiro período do TP, designado de dequitação, que termina após a expulsão da placenta e das membranas fetais, que pode demorar até 30 minutos (Graça, 2010). Nesta fase era importante ter em atenção vários sinais de alarme, sendo um deles o descolamento da placenta que passa por uma perda súbita de sangue vermelho escuro pela vagina, o aumento do comprimento do cordão umbilical que sai pela vagina, as contrações uterinas e as alterações do útero.

Nesta fase a ação por parte do EESMO pode ser de forma ativa ou passiva. A conduta passiva, ou seja, uma atitude mais expectante e observadora que interventiva, implica que a separação e a expulsão da placenta seja de forma natural, com a ajuda dos esforços expulsivos e o clamp e o corte do cordão umbilical após a pulsação terminar, sem administração de ocitocina. Ao invés de, na conduta ativa, após o nascimento existe a administração de ocitocina, clampagem e corte do cordão, seguido da realização de tração controlada no cordão para a realização da expulsão da placenta, quando é evidente o descolamento da mesma.

Durante o estágio mantivemos uma conduta ativa com todas as mulheres, uma vez que diminui significativamente o risco de hemorragia pós-parto em relação a uma conduta passiva/expectante. Assim, após a saída fetal, clampávamos o cordão antes de parar de pulsar ou depois, dependendo do estado do RN, e após observação da formação do globo de segurança de Pinard, administrávamos 10UI de Ocitocina, via endovenosa, em perfusão rápida, e após o descolamento da placenta, com a observação de saída súbita de fluxo sanguíneo, formação ovóide do útero no abdómen e a progressão do cordão umbilical, após a manobra de Kustner, tracionava-o de forma controlada até à expulsão da placenta.

A hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna no mundo, desta forma é essencial prevenir esta complicação com intervenções ativas durante o terceiro

período de TP. É caracterizada pela perda hemática igual ou superior a 1000ml ou, por uma perda hemática acompanhada de sinais e sintomas de hipovolémia, nas primeiras 24 horas se precoce, e entre as 24 horas e as seis semanas pós-parto se tardia. São várias as causas de hemorragia pós-parto precoce tais como: placenta acreta, retenção dos anexos fetais, atonia uterina, traumas perineais, distúrbios da coagulação e inversão uterina. As causas de hemorragia pós-parto tardia podem englobar: a retenção de restos placentares e/ou membranas, a subinvolução do leito placentar e a endometrite crônica. O diagnóstico de hemorragia pós-parto faz-se observando a quantidade de perda hemática e o estado clínico da mulher, sendo que, devemos vigiar constantemente o estado de consciência, os sinais vitais e a perda hemática durante o terceiro e quarto períodos de TP. Outros fatores de risco que podem levar a hemorragia pós-parto são: os miomas uterinos, as alterações da coagulação, a placenta prévia, acreta, percreta ou increta, a corioamniotite a multiparidade, o aumento excessivo do volume uterino (gravidez gemelar, macrosomia fetal, hidrâmnios), o TP prolongado ou precipitado e a utilização de ocitocina durante o TP (ACOG, 2017d; Silva, 2011).

Apesar da conduta ativa prevenir hemorragia pós-parto, origina efeitos secundários como: náuseas e vômitos, hipertensão, maior necessidade de analgésicos nos primeiros dias por aumento da dor pós-parto e maiores taxas de recorrência ao serviço de urgência com perda hemática (Amorim et al., 2017), no entanto, nenhum deles foi verificado durante o estágio.

Durante o estágio, após uma dequitação, talvez precipitada, ocorreu um episódio de uma perda hemática abundante, sem mais sintomas associados, devido a retenção de membranas e cotilédone aberrante. Nesta situação vivenciada, foi necessário a remoção manual da placenta, administração de cinco comprimidos de Misoprostol retal e a realização vigorosa da massagem uterina, levando à expulsão de sangue e de coágulos que pudessem existir. Situação facilmente resolvida após estas intervenções, não sendo necessário a implementação de outras medidas.

A placenta pode ter dois mecanismos de expulsão, Schultze ou Duncan, sendo que só se pode identificar após a expulsão da mesma. Quando ocorre a expulsão pelo mecanismo de Duncan a hemorragia é maior, uma vez que o descolamento ocorre lateralmente, havendo um risco de hemorragia maior e apresenta-se com uma aparência mais escura e enrugada.

Nesta fase também se avalia o bem-estar materno (sinais vitais), vigilância da perda hemática, consistência e volume uterino com a realização da pressão suprapúbica, designada de manobra de Krustner e observação do sinal do cordão.

Aquando a expulsão da placenta era realizada a manobra de Jacob-Dublin que se baseava na torção das membranas para garantir o descolamento de toda a placenta e membranas.

Após a dequitação era necessário realizar inspeção e avaliação da integridade do canal vaginal e períneo bem como a verificação da placenta, que passava pelo exame do tecido placentário da face materna e fetal, avaliar o número e a integridade dos cotilédones, reconstituição das membranas, pesquisa de cotilédones aberrantes, inserção e comprimento do cordão umbilical, verificação dos três vasos (duas artérias e uma veia), presença da geleia de Wharton e presença ou ausência de nós verdadeiros ou falsos.

Por fim, dá-se o quarto estadio do TP, que compreende as primeiras duas horas após o parto, onde se inicia o reajuste dos órgãos maternos para o estado não gravídico e os sistemas orgânicos começam a estabilizar. Nesta fase era providenciado o conforto à puérpera através da higienização da zona perineal, bem como realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter com a ferida perineal, como: higiene diária genital com água e sabão com pH neutro frequente, mudança frequente do penso higiênico, uso de roupa interior de algodão não muito apertada, a aplicação de gelo tópico em caso de dor e edema e por fim os sinais e sintomas inflamatórios locais como hematoma, equimose, edema, dor, rubor, calor e deiscência.

No pós parto imediato, a hemorragia, é o maior risco para a mulher, e desta forma, como EESMO, tivemos de estar atentos a sinais como perda hemática excessiva, palidez, tonturas, sinais vitais, cansaço, diminuição do débito urinário, alteração do nível de consciência e orientação.

Como referido anteriormente, após a expulsão da placenta era efetuada a revisão da integridade de todo o canal de parto, para pesquisa de eventuais estruturas afetadas, avaliando, assim, o períneo e parede retal, em casos de suspeita de laceração da mucosa ou esfíncter, bem como a vagina e o colo uterino.

Em caso de necessidade de episiorrafia, ou seja sutura da incisão cirúrgica, ou reparação de laceração era necessário preparar todo o material de forma a assegurar as condições de assepsia. Posteriormente era realizada uma inspeção a todas as estruturas

envolvidas e à episiotomia/laceração existente e caso a parturiente estivesse sobre o efeito da analgesia epidural não teria necessidade de mais analgesia, caso contrário este era o momento para se realizar anestesia do períneo através da infiltração de Lidocaína 2%.

A episiorrafia era efetuada por planos, com o fio de sutura Vicryl Rapid 2.0, tendo início 1 cm acima do vértice, previamente identificado, por forma a garantir resistência e segurança, com sutura contínua, com encerramento perineal intradérmico, na mucosa vaginal com nó triplo no início e no fim, até à fúrcula. Posteriormente, eram suturados os músculos perineais afetados, aproximando por planos, dependendo da profundidade da ferida, através de sutura com pontos separados. Por fim era suturada a pele com pontos donatis. No fim da sutura era realizada uma nova avaliação à vagina e ao períneo, para diagnóstico da presença de outras lesões, para verificar a sutura e, por fim, reavaliada a contração uterina e o globo de segurança de Pinard, bem como a perda sanguínea e a formação de coágulos.

Durante o estágio, após um parto em que o recém-nascido veio mal posicionado, ocorreu uma grande perda de fluxo sanguíneo, realizada a dequitação que foi realizada sem qualquer advertência, avaliado o globo de segurança de Pinard e estava bem formado e contraído, realizada massagem uterina vigorosa com a expulsão de sangue vivo, comunicado ao médico que deu indicação da administração de 5 comprimidos de Misoprostol e aquando da inspeção do canal de parto verificou-se uma laceração do colo uterino. Imediatamente após a identificação da causa, foi realizada a correção da laceração tendo se revertido de imediato.

2.2.5. Nascimento: facilitar a adaptação à vida extrauterina

Aquando o nascimento, o RN era imediatamente colocado por cima do abdómen da mãe no campo esterilizado, previamente lá colocado, e observado o estado do mesmo, era limpo e estimulado através de massagem tátil, sendo assim avaliado mediante o índice de Apgar e, rapidamente era decidida a necessidade ou não de reanimação. O índice de Apgar é constituído por cinco parâmetros: a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a resposta a estímulos e a cor da pele. Se a contagem se situar entre oito a dez pontos, não há necessidade de intervenções e a condição do recém-nascido é satisfatória, se a contagem se encontrar entre os quatro a sete pontos significa que existe dificuldade moderada e

contagem de zero a três pontos demonstra intenso sofrimento à adaptação da vida extra-uterina (Ricci, 2007).

Mediante essa mesma avaliação decidia-se a prontidão ou não da clampagem e laqueação do cordão umbilical. O tempo de espera para executar esta intervenção está envolvido em várias controvérsias. Determinados autores referem que ainda existem dados insuficientes para suportar ou refutar os benefícios do corte retardado do cordão umbilical em RN de termo, assim, o corte do cordão umbilical superior a 30 segundos é considerado tardio e pode resultar num aumento de reservas de ferro no sangue e no aumento de volume sanguíneo. Esta questão torna-se importante quando existe défice de ferro, sendo que este aspeto positivo deve ser contrabalançado com a possibilidade de o aumento de risco do RN necessitar de fototerapia. Os mesmos autores indicam que o corte tardio ou precoce do cordão não interfere ao nível do índice de Apgar, o Ph do cordão umbilical ou de dificuldade respiratória. Em situações de RN prematuros, o corte do cordão umbilical tardio, posicionado a um nível abaixo do da placenta, verifica-se benefícios ao nível de uma melhor adaptação à vida extra-uterina e melhor volume sanguíneo (Madia, 2012).

Relativamente ao RN, quando este se encontrava bem adaptado à vida extra uterina era avaliado com um índice de Apgar entre 8 e 10 e, após a pesagem, medição da altura e comprimento cefálico, realizada uma avaliação física inicial pela Pediatra com o auxílio da EESMO e administrada a vitamina K, era colocado em contacto pele a pele com a mãe, ou pai em situações de cesariana, se assim desejassem, sendo-lhe colocado apenas o gorro, para evitar perdas de calor e a fralda, envolvido num lençol aquecido. Nos cuidados imediatos ao RN a manutenção da temperatura corporal deve ser um dos principais focos para o EESMO, uma vez que o *stress* causado pelo frio aumenta a necessidade de aporte de oxigénio e as reservas de glucose podem não ser suficientes.

Durante o estágio, tivemos um RN filho de uma grávida com HIV, cujo pai não sabia, tendo sido uma situação a partida difícil de gerir, uma vez que levantou imensas questões éticas, em primeiro lugar porque queríamos respeitar a vontade e privacidade da utente ao não contar a situação de saúde ao marido, no entanto levantou-se a questão junto dos profissionais de saúde se ele não teria direito a saber da sua saúde, uma vez que poderia estar infetado e da saúde do seu filho, uma vez que também poderia ficar, apesar da carga viral baixa da utente. Para além destas questões, a receção deste RN foi tb diferente do habitual, uma vez que ao nascimento este RN foi levado de imediato para a sala de reanimação, para que tomasse banho de imediato, onde foi feito o exame físico habitual à

nascença e vestido, não tendo existido o contacto pele a pele. A acrescentar, posteriormente foi informado à mãe que não poderia amamentar, informação que já sabia e que o RN iria ter que fazer medicação no serviço de puerpério. Apesar de toda a situação constrangedora foi um parto feliz, no entanto o pai durante o tempo que esteve conosco não soube da situação na integra.

No que diz respeito ao contacto pele a pele será um tema abordado de forma mais pormenorizada posteriormente no relatório. Nesta fase é também importante incentivar e dar início à amamentação.

2.2.6. A COVID-19 e o trabalho de parto e nascimento

Devido à pandemia o serviço sofreu vários ajustes de forma a adaptar-se à nova realidade, desta forma, a primeira e a segunda box estavam destinadas aos casos de grávidas positivas ou suspeitas. Foram propostas, também, a todas as grávidas indução do TP às 39 semanas por forma a que, as que aceitavam, pudessem ser testadas, assim, como os pais/acompanhantes. No caso das grávidas que recusaram a indução às 39 semanas ou entraram em TP espontâneo foram tratadas como suspeitas, ou seja, iam para a sala 1 ou 2 e era realizado o teste de COVID emergente.

Relativamente aos pais/acompanhante, quando as grávidas estavam em período expulsivo e eram covid desconhecido era-lhes permitido a sua presença dentro da sala durante o parto. Quando teste de COVID negativo tanto da grávida como do pai/acompanhante, este último podia acompanhar a grávida desde a indução; trabalho de parto, podendo passar a noite com a grávida; parto, e no serviço de obstetria.

Esta pandemia não foi fácil para ninguém, uma vez que foi uma fase de muitas dúvidas, adaptações e era algo desconhecido e, o desconhecido causa medo... No entanto ultrapassar esta fase estando grávida deve ter outro impacto, porque a gravidez é algo bonito, um mundo cor-de-rosa, quando desejado; mas ao mesmo tempo já por si é uma etapa com muitas dúvidas, medos e inseguranças e, acrescentar a isso uma pandemia, em que não puderam ter os acompanhantes nas consultas, em que tiveram de ser submetidos a testes, que noutros tempos não eram submetidos, sem saber se o vírus afetava o RN ainda mais stressa adiciona.

Outro fator dificultador foi a utilização de máscara, que sentimos como uma barreira na comunicação, bem como não era possível a visualização por completo do fâcies da grávida para a observação da linguagem não verbal. Desta forma, a otimização da comunicação e o estabelecimento de relação terapêutica foi algo que investimos ao longo do estágio. Além disso, várias grávidas referiram a máscara como dificultadora para a realização dos puxos de forma correta, referindo sensação de falta de ar.

No Bloco de Partos, para além de todas as competências anteriormente discutidas do EESMO, é também fundamental a presença, diálogo e apoio à mulher e família para que este momento marcante, pois em poucas horas, efetiva-se a sua transição para a parentalidade, seja uma experiência de TP e parto positiva de forma a facilitar esta transição.

2.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do Pós-Parto

O Puerpério é o período que se inicia logo após o parto e termina quando as alterações locais e gerais, causadas pela gestação, retornam às condições normais, pré-gravídicas, que ocorre aproximadamente até à 6 semana após o parto. Neste período ocorrem numerosas adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres, assinaladas pelos fenómenos involutivos ao estado pré-gravídico, pelo estabelecimento da amamentação e pela adaptação psicológica ao papel de mãe e relação mãe-filho e familiares. Desta forma, considera-se importante a prestação de serviço individualizado e humanizado, através da vigilância e acompanhamento especializado por EESMO.

A parentalidade, segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), é o ato de

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICN, 2016, p.71).

Este é um processo que leva à reestruturação psicoafetiva e à redefinição dos papéis na estrutura familiar (Leal, 2005). Sendo assim, a parentalidade compreende aspetos

etnológicos e culturais, como as crenças, valores e costumes da sociedade, condicionantes para o comportamento do indivíduo, sendo adquiridos ao longo da vida (Badinter, 1998; Silva, 2012; Maia, 2017).

Assim, no serviço de Puerpério do CMIN são internadas mulheres após o parto e o/os seu(/s) recém-nascido(/s). Neste serviço existem 34 camas, sendo que os primeiros 16 são quartos particulares, ou seja, quartos com apenas 1 cama onde podem ficar os pais ou alguém significativo escolhido pela mulher, sendo que o 16º quarto é de isolamento; e os restantes quartos são quartos duplos, ou seja cada quarto é constituído por 2 camas e 2 berços. No turno da manhã ficam escaladas 6 enfermeiras, no turno da tarde 5 enfermeiras e no turno da noite ficam, novamente, 5 enfermeiras. Em cada turno, no mínimo, uma das enfermeiras é ESMO. É constituído ainda por uma sala de trabalho e uma sala de tratamento.

O puerpério é dividido em três fases: imediato, tardio e remoto. O imediato corresponde ao período compreendido entre as 2h primeiras horas após o parto e o décimo dia, durante o qual ocorre várias modificações no sentido do organismo regressar ao estado pré-gravídico. O tardio decorre entre o 11º dia e o 42º dia após o parto, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas de recuperação e regeneração da região genital materna. Por último, o puerpério remoto inicia-se a partir do 43º dia, com data de término imprevisível, dependendo da lactação, normalmente em torno das 6-8 semanas.

Neste ensino clínico o puerpério que pude observar foi o imediato, sendo que as puérperas subiam para o serviço 2 horas após o parto, dependendo, claro, da sua evolução, recuperação e estabilidade no recobro ou na sala de partos; acompanhada pelo recém-nascido, salvo situações em que o mesmo tivesse necessidade de ser transferido para o serviço de neonatologia; podendo ser ou não também acompanhada pelo pai ou alguém significativo.

O tempo de permanência do internamento varia entre 48 horas pós parto, em caso de parto eutócico e 72 horas, no caso de cesariana, salvo raras exceções de situações que necessitem de mais tempo de vigilância ou casos sociais.

Este internamento tinha como objetivo incentivar e aumentar a confiança da puérpera nas respostas às necessidades do bebé e promover a amamentação exclusiva, tão importante nos primeiros meses de vida da criança.

À chegada da puérpera ao serviço, começava por consultar o processo clínico, particularmente o partograma e a informação adicional pré-natal, caso existisse, de seguida, iniciávamos a admissão da utente ao serviço, mostrando o quarto e explicando

resumidamente o funcionamento do mesmo. Este momento não é o indicado para informação em quantidade uma vez que as mulheres vêm exaustas do parto e focadas no RN.

2.3.1. Avaliação da recuperação pós-parto

Nas primeiras horas após o parto, fazia parte do nosso plano de cuidados uma avaliação do estado físico geral da puérpera, nomeadamente: a vigilância da involução uterina, características dos lóquios, a identificação do globo de segurança de Pinard, a monitorização da altura do fundo uterino, vigilância da ferida perineal, a vigilância da perda sanguínea (a cada 4 horas), especialmente quanto à quantidade, características e cheiro do sangue perdido, mamas e adaptação à amamentação, bem como, avaliação dos sinais vitais e estado psicológico perante todas as mudanças e novas vivências.

Nas primeiras 24 horas da fase puerperal existe uma grande dependência da mulher, em que a sua atenção se direciona para ela própria, para as suas necessidades fisiológicas básicas e nas respostas emocionais à experiência do parto. O desconforto físico e a exaustão associados ao parto, assim como a sua insegurança quanto à capacidade de exercer o seu papel, tornam-na mais dependente dos cuidados de enfermagem (Cunningham et al., 2012). Deste modo, as intervenções do EEESMO têm como finalidade promover o bem-estar físico e emocional da mulher, prevenir complicações, manter o conforto, desenvolver atividades de educação para o autocuidado, e ainda, incentivar a comunicação e a expressão de sentimentos e emoções relacionadas com a experiência da gravidez e do parto (Silva, 2018).

Também foi avaliada a pressão arterial e vigiada a ocorrência da primeira micção espontânea, assim como a quantidade e as características da urina eliminada e o desconforto ao urinar (Campos [et al.], 2008). No caso de atonia uterina os indicadores mais sensíveis que estivemos atentos foi a avaliação da respiração, da frequência cardíaca, do estado da pele, do débito urinário e do estado de consciência (Lowdermilk et Perry, 2008). O aumento do tamanho da bexiga, particularmente nos casos de retenção urinária, também pode conduzir à atonia uterina, durante as primeiras horas após o parto pelo que a eliminação urinária foi avaliada a cada 4 horas, durante as primeiras 24 horas. (Johnson, 2012). Assim, nas primeiras 6 horas após o parto, as intervenções de enfermagem passaram pela promoção da micção espontânea (Freitas, 2001; Montenegro et Rezende-Filho, 2007). Quando a utente apresentou dificuldade em urinar, foram implementadas medidas de estimulação urinária:

audição da queda de água e/ou o contacto com água morna e colocar água no períneo. Caso após estas 6 horas a utente não tenha ainda conseguido urinar, após a implementação de intervenções nesse sentido, foi introduzida uma sonda vesical para drenagem de urina (NICE, 2006).

Outras vigilâncias realizadas foram ao nível das mamas (presença de fissuras, maceração), a involução uterina, o períneo (edema, dor, cicatrização, sinais de infeção), a função vesical e intestinal e os sinais vitais.

Em todas as puérperas, principalmente nas que apresentavam ferida perineal, foram avaliadas a presença de dor e o desconforto, assim como a presença de edema. Esta avaliação foi realizada de 4/4 horas nas primeiras 24 horas e posteriormente uma vez turno até ao final do internamento (NICE, 2006). Sempre que a utente referiu queixas algícas foi efetuada uma avaliação perineal onde foi avaliada a presença de sinais inflamatórios ou infecciosos. Na ausência destes sinais foi recomendada a utilização de gelo envolto em compressas sem contacto direto com a pele, por períodos inferiores a 15 minutos, várias vezes ao dia, até o desconforto ser menor. Nos casos em que a intervenção não surtiu efeito, o fármaco de primeira linha utilizado foi o paracetamol (por via oral ou endovenosa) até 1g de 8 em 8 horas, salvo contra-indicação (NICE, 2006).

A função intestinal, nesta fase, encontra-se alterada na maioria das mulheres devido ao relaxamento da musculatura abdominal e perineal, a presença de episiotomia e hemorroidas (que tornam a defecação mais dolorosa e evitada pelas mulheres), a diminuição dos movimentos intestinais durante a gestação pelo efeito da progesterona, o repouso relativo e a dieta da puérpera durante os primeiros dias (Varela, 2007). Deste modo, existe um risco de obstipação nas primeiras 24 horas após o parto, tendo sido informadas as puérperas sobre: as alterações esperadas no padrão de eliminação intestinal; a eventual necessidade de aumentar a ingestão hídrica (até 8-10 copos de água por dia); o consumo de alimentos ricos em fibras e a importância da mobilização. Sempre que as utentes referiam desconforto de origem intestinal foi administrado de laxante de contacto, que se encontrava prescrito em caso de necessidade.

Segundo Lowdermilk (2008), após a dequitação existe uma perda hemática e de tecido decidual necrótico, pertencente à ferida placentar, designada por lóquios. Nos primeiros dias, os lóquios pós-parto são hemáticos, contendo eritrócitos, fragmentos da decídua e restos de tecido trofoblástico. A partir do terceiro ou quarto dia, os lóquios passam a ser serohemáticos, constituídos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos

tecidulares, dando uma cor serosa, acastanhada ou rosada. A partir do décimo dia, os lóquios apresentam-se serosos, com uma coloração amarelada de aspeto mucóide e espesso, constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias. Esta fase tem duração de 10 a 14 dias.

A avaliação da quantidade de lóquios, é também importante para despistar possível atonia uterina, retenção de fragmentos placentares ou lacerações vaginais que merecem reavaliação (Silva, 2018). Durante esta prática clínica, a perda hemática era avaliada pela saturação do penso higiénico da puérpera. Se no período de duas horas o penso ficasse saturado, a perda hemática era considerada abundante. Nesta fase aproveitávamos para informar a mulher sobre as características normais dos lóquios, alertávamos para as possíveis alterações desse fluxo e, caso este aumentasse, solicitávamos para nos alertar.

Deste modo, poderíamos atuar precocemente e em conformidade com a possível causa, referenciando para a equipa médica se necessário. Durante o estágio não houve episódios destes.

2.3.2. Avaliação do desenvolvimento infantil: recém-nascido

O recém nascido é também alvo dos cuidados de enfermagem e tem de ser examinado, observando-se a coloração das mucosas, a pele, a postura, flexibilidade, o tipo de respiração, o coto umbilical e a presença da pulseira.

As primeiras 24 horas de vida são um período crítico devido à instabilidade e imaturidade orgânica do bebé. Assim, antes da sua chegada ao serviço de puerpério, informávamos-nos sobre a hora de nascimento, o peso, o sexo, o índice de Apgar, a presença ou ausência de eliminação urinária e intestinal, e se foi amamentado na primeira hora de vida, ou qual o tipo de outro leite e a hora a que mamou pela última vez.

Aquando da sua chegada, procedíamos ao exame físico, observando a presença ou não de caput succedaneum, cefalohematoma ou escoriações, principalmente nos partos vaginais distócicos, e a coloração da pele e mucosas. Na presença de caput succedaneum, cefalohematoma ou escoriações era vigiada a sua evolução. O caput succedaneum é uma bossa serossanguínea presente no couro cabeludo, depressível e com limites imprecisos. A sua absorção dá-se de forma mais rápida, normalmente entre três a quatro dias, por ser uma zona bastante irrigada. Já o cefalohematoma é caracterizado por acumulação de sangue, numa forma arredondada e limitada entre um osso e o perióstio (membranas que reveste o

osso). Como nesta zona há menos irrigação sanguínea, a sua absorção pode demorar mais tempo, entre três a seis semanas (Lowdermilk, 2008).

Posteriormente sinais de dificuldade respiratória, como tiragem intercostal, retração do apêndice xifóide, presença de adejo nasal e gemido concomitante, e a presença de alguns reflexos: reflexo de sucção, de deglutição, de busca, de extrusão, de tossir, espirrar e engasgar. No mesmo momento, observávamos o coto umbilical e vigiávamos se o clampe estava bem fechado. E, ainda, se tinha ou não a presença da pulseira eletrônica.

Observava-se as características das duas fontanelas principais, a bregmática e a lambdóide. A fontanela anterior, designada por bregmática, apresenta-se em forma de losango com quatro a cinco centímetros, demorando entre um ano e meio a dois a encerrar. A fontanela posterior, lambdóide, tem forma triangular com cerca de um centímetro e encerra até ao primeiro mês de vida. O comum é que se apresentem planas, macias e firmes. Caso se apresentem abauladas pode significar hemorragia intracraniana, raquitismo, hidrocefalia ou meningite, assim como se se apresentarem deprimidas deve-se à presença de desnutrição acentuada e desidratação. Avaliávamos, também, a saliência das suturas cranianas que marca uma normalidade após o nascimento. O seu encerramento dá-se entre os seis e os 12 meses de vida (Secretaria de Estado de Saúde, 2015; Lowdermilk & Perry, 2008).

Após o parto é comum a pele apresentar-se quente, rosada e com acrocianose, devido à lenta perfusão periférica. No segundo e terceiro dia apresenta-se rosada, escamosa e seca (Lowdermilk, 2008).

Pode ser comum, também, observarmos vernix caseoso, caracterizado por uma camada branca, lipídica e espessa, encontrada principalmente nas axilas, virilhas e grandes lábios. O vernix caseoso tem propriedades hidratantes, de limpeza e cicatrizantes, protegendo a pele do recém-nascido contra infeções e irritações (Visscher & Narendran, 2014). Assim, recomendávamos à puérpera/casal que esta camada não fosse removida uma vez que confere proteção ao bebé (WHO, 2006).

A vigilância da pele e mucosas é um aspeto importante pois podem observar-se sinais de dificuldade respiratória, icterícia neonatal ou lesões dérmicas. No entanto, achados como millium sebáceo, mancha mongólica, eritema tóxico, equimose e petéquias são comuns, desaparecendo ao longo do tempo sem qualquer tratamento.

O millium sebáceo são pequenos pontinhos brancos, maioritariamente presentes no nariz, mento e zona frontal. Este é caracterizado pelo aumento de queratina e células mortas

nos poros, ou seja, são glândulas sebáceas obstruídas pela presença de hormonas maternas, que desaparecem no primeiro mês (Secretaria de Estado de Saúde, 2015).

A mancha mongólica é uma mácula azul-acinzentada com bordos indefinidos, sendo mais comum na zona lombococcígea .

O eritema tóxico são pequenas manchas vermelhas, principalmente na face, tórax, braços e nádegas e é uma reação alérgica a medicamentos, roupas, ou produtos de higiene e é caracterizado Normalmente aparece algumas horas após o parto e desaparece em duas semanas.

A equimose e petéquias normalmente são causadas por traumatismo do parto devido à fragilidade capilar do recém-nascido (Lowdermilk, 2008).

Ao longo do internamento os pais são preparados para o momento da alta, sendo dotados de informações úteis, uma vez que, estão perante um novo ser vivo, ainda desconhecido, com novas necessidades, que precisa de cuidados permanentes. Deste modo, são chamados atenção para pequenos comportamentos do seu bebé como o choro, sorriso ou murmúrios, sinais de fome, bem como as suas competências. Neste sentido, foram informados acerca das competências do recém-nascido, uma vez que foi constatado ao longo do ensino clínico que os pais não tinham esse conhecimento, tendo sido realizado ensinamentos no sentido de colmatar este défice de conhecimento.

O bebé apresenta um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhes permite interagir ativamente.

Aquando o nascimento, os olhos do recém-nascido não se encontram estruturalmente desenvolvidos, uma vez que a fóvea central não se encontra totalmente diferenciada da mácula e os músculos ciliares encontram-se imaturos. Desta forma, a capacidade de focalização de um objeto encontra-se limitada, havendo, assim, um grande número de RN que nascem estrábicos, devido á descoordenação muscular existente por esta não se encontrar matura. Assim, ao nascimento a visão de um RN é enevoada e sem profundidade, como se contemplassem o mundo através de um vidro embaciado.

Ao fim de algumas horas de vida, o RN consegue ver a uma distância de 20 a 25cm, sendo essa a distância habitual do rosto da mãe durante a amamentação, conseguindo focar-se num objeto durante cerca de 10 segundos, privilegiando objetos em movimento do que objetos estáticos; dando preferência a contornos pronunciados com forte contraste claro e escuro e ricos em detalhe. Primeiramente visualizam os contornos das figuras e em seguida os seus detalhes (Cardoso, 2011).

Segundo Widstrom et al. (2011), os RN olham com maior frequência para o mamilo da mãe do que para o seu rosto, durante os primeiros 10 a 20 minutos de vida. Especula-se que, para além do fator olfativo envolvido, poderá ser a cor escurecida da areola, que foi escurecendo ao longo da gravidez, que os poderá chamar atenção e estimular nesse sentido.

Relativamente à audição, aquando o nascimento, o RN possui uma capacidade auditiva semelhante ao adulto. Este prefere sons agudos, priorizando vozes femininas em especial a da sua própria mãe. Com 2 dias de idade o RN já consegue diferenciar a voz da mãe de outra mulher na sala. Mais tarde, por volta dos 14 dias irá distinguir a voz do pai à de um estranho (Cardoso, 2011).

Quanto ao olfato este encontra-se muito bem desenvolvido desde o nascimento, o que faz com que o RN tenha a capacidade de reconhecer o odor do leite materno. Segundo Widstrom et al. (2011), o olfato parece ser o sentido que mais estimula o RN a localizar o mamilo.

Ao nascer, o sistema do paladar está bem desenvolvido, sendo capaz de distinguir os 4 sabores básicos: doce, amargo, azedo e salgado. Os RN demonstram preferência para alimentos mais doces, podendo ser prazeroso, em detrimento de alimentos azedos ou amargos.

O tato é um sentido que constitui um importante meio de comunicação entre o RN e o mundo que o rodeia, principalmente com os seus pais. O RN desde o nascimento que é capaz de sentir mudanças de temperatura, humidade e textura. Este apresenta sensibilidade táctil em todas as partes do corpo, no entanto, com maior reatividade na zona da face, mais concretamente os lábios, mãos e pés, uma vez que são as zonas com maior inervação (Cardoso, 2011).

Desta forma, estas competências foram informadas aos pais, principalmente aos pais pela primeira vez, com a finalidade de os ajudar a compreender melhor o seu recém-nascido e os seus sinais, por forma a melhorar a comunicação entre eles e, assim, conseguirem dar resposta com maior facilidade às necessidades do mesmo.

O RN, ao nascimento, apresenta reflexos neonatais primitivos (RNP), que se baseiam num grupo de respostas reflexas inatas, comportamentos espontâneos, automáticos e reações a estímulos endógenos ou ambientais. Estes estão presentes ao nascimento, mas ao longo dos primeiros meses de vida estes deverão ser inibidos, em substituição dos estímulos posturais. A presença destes estímulos demonstra a integridade do sistema nervoso central, sendo estes sinais de saúde, no entanto, a persistência dos mesmos poderá ser a manifestação de uma disfunção neurológica.

Os reflexos primitivos aquando o nascimento são: o Reflexo de Moro, Sucção Reflexa, Reflexo de Busca, Reflexo tónico-cervical assimétrico, Preensão Palmar, Preensão Plantar, Apoio Plantar, Marcha Reflexa, Reflexo de Galant, Reflexo da Escada ou de colocação (“Placing”) e, por fim, o reflexo de fuga.

O reflexo de Moro é desencadeado quando ocorre queda súbita da cabeça, sendo possível observar a extensão e abdução dos membros superiores, podendo ser seguida por choro. Normalmente, este reflexo desaparece por volta do quarto e o sexto mês de vida.

Reflexo de Sucção Reflexa é desencadeado pela estimulação dos lábios, sendo possível observar sucção vigorosa. Este pode ser visível já no meio intrauterino, através de ecografias, mantendo-se presente nos primeiros meses de vida, ficando inibido entre o quarto e o sexto mês de vida, sendo a partir dessa altura um ato voluntário.

Existe também o Reflexo de Busca que ocorre quando há estimulação das bochechas ou ao redor da boca. Sendo possível visualizar a rotação da cabeça com o objetivo de alcançar o objeto que lhe tocou, seguido de sucção reflexa do mesmo, devido ao reflexo referido anteriormente. Este reflexo costuma se encontrar inibido por volta do segundo e quarto mês de vida.

É possível observar o reflexo tónico-cervical assimétrico quando o examinador roda a cabeça do RN, sendo visível a extensão dos membros ao lado contrário da rotação da cabeça e a flexão dos membros do lado da rotação da cabeça. Este encontra-se presente até por volta dos seis meses de vida.

O reflexo de preensão palmar observa-se quando o examinador aplica pressão na palma da mão, observando-se instantaneamente a flexão dos dedos da mão. Este reflexo costuma desaparecer por volta do sexto mês de vida.

É possível também observar o mesmo reflexo ao nível plantar, realizando pressão na região plantar junto aos dedos, sendo possível observar a flexão dos mesmos. Este reflexo permanece ativo até por volta, aproximadamente, dos 9 meses e 1 ano de vida.

O reflexo de apoio plantar é de possível observação quando se apoia os pés do RN sobre uma superfície dura, seguro pelas axilas, observando-se a extensão das pernas.

Após a obtenção do reflexo de apoio plantar, ao inclinar-se o tronco do RN é possível desencadear o reflexo de marcha. Desta forma, é observado o cruzamento dos membros inferiores um á frente do outro, quase como se o bebé andasse. Este reflexo mantém-se apenas até ao segundo mês de vida aproximadamente.

O reflexo de Galant ou reflexo de encurvamento do tronco é desencadeado, com o RN posicionado de cabeça para baixo, através do toque na região dorsal no sentido em direção

à lateral, sendo possível observar o encurvamento do tronco no sentido ao estímulo. Esse estímulo irá manter-se até ao primeiro ano de vida.

O reflexo de colocação ou “Placing” que é estimulado através do toque no dorso do pé, enquanto o bebé é seguro pelas axilas. É possível observar a elevação do pé que sofreu estímulo, quase como se estivesse a subir um degrau de escada.

Por fim, apresentam, também, o reflexo de fuga, este surge quando os RN são colocados em decúbito ventral, ou seja, de barriga para baixo, estes arrastam a cabeça por forma a ficar com ela lateralizada para um dos lados.

2.3.3. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da adaptação ao puerpério

Ao longo do ensino clínico as principais intervenções de enfermagem foram ao nível da vigilância do estado de saúde da puérpera, nomeadamente a adaptação ao novo papel, o primeiro levante, a integridade mamária, a amamentação, a involução uterina, regulação vesical e intestinal, o estado perineal, presença de edemas; bem como, a vigilância do bem-estar do bebé, particularmente as fontanelas, estado de vigilância, a adaptação à mama, cordão umbilical, primeira micção e dejeção, integridade cutânea; assim como, escuta ativa, apoio emocional, controlo da ansiedade, diferentes educações nos cuidados ao RN e relação mãe-filho.

As mulheres que tiverem um parto eutócico ou distócico (ventosa ou fórceps) iniciam a alimentação assim que a tolerem, já as mulheres submetidas a cesariana, dependendo do tipo de analgesia efetuada, podem ter um período de jejum de 6 horas após a cirurgia (Graça [et al.], 2010; ACOG, AAP, 2007).

Posteriormente, mediante o tipo de parto e/ou anestesia, tinha que permanecer no leito até ao primeiro levante, realizado na presença de enfermagem, sendo que no caso de parto vaginal sem anestesia era promovido o levante o mais precocemente possível, uma vez que a deambulação precoce após o parto apresenta vários benefícios para a puérpera: promove a involução uterina, promove a expulsão dos lóquios do útero, propicia um melhor funcionamento da bexiga, do intestino, da circulação sanguínea e previne a ocorrência de trombose venosa. A tromboflebite é uma patologia que se caracteriza por uma trombose, ou seja, a formação de um trombo de sangue coagulado, dentro de uma veia superficial, com reação inflamatória da parede venosa e dos tecidos circundantes. Na obstétrica esta doença é muito comum e é das principais causade morbidade e mortalidade obstétrica, havendo

um maior risco durante o terceiro trimestre da gestação e no puerpério, sendo ainda maior após cesariana do que no parto eutócico. Dito isto, recomenda-se o levante precoce, acompanhado sempre por uma EESMO ou enfermeira generalista, após avaliação dos sinais vitais, pelo risco de hipotensão ortostática.

2.3.3.1. Conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Nos casos em que a utente escolheu se autocuidar ao nível da sua higiene durante as primeiras 8 horas após o parto, foi monitorizada a PA antes dos cuidados, bem como foi acompanhada e foi certificada a existência de campainha e de uma cadeira perto do chuveiro para auxílio, uma vez que a elevada temperatura da água no banho pode diminuir os níveis tensionais da mulher podendo ocorrer episódios de hipotensão. (Lowdermilk et Perry, 2008).

Ao longo do internamento, as utentes foram informadas sobre os cuidados de higiene a ter, tais como: a utilização e troca de penso absorvente sempre que estiver cheio ou em cada 4 a 6 horas; os sinais de potenciais complicações associados à cicatrização perineal, as características dos lóquios e a sua evolução esperada, a importância da lavagem das mãos antes de contactar com o períneo, os produtos de higiene a usar e a frequência dos cuidados perineais.

2.3.3.2. Conhecimento sobre autovigilância pós-parto

O EESMO assume um papel preponderante para a preparação do regresso a casa após a alta, devendo abordar vários temas, sendo um deles a sexualidade criando um espaço seguro para esclarecimento de dúvidas e a expressão de emoções e sentimentos (Conceição, 2009). O retomar da atividade sexual é uma das principais preocupações do casal, após o parto, que mais dificuldade apresentam em verbalizar. Durante o estágio nenhum casal verbalizou essa preocupação, no entanto, quando abordado este tema todos se mostraram recetivos e interessados. Deste modo, foram avaliados os conhecimentos relativamente aos métodos contraceptivos a utilizar, bem como, as adaptações necessárias na intimidade após o parto, o diálogo sobre os medos/mitos adjacentes, dando espaço sempre para o esclarecimento de qualquer dúvida que tenham.

Durante o puerpério, a lubrificação vaginal está reduzida substancialmente e em conjunto com a diminuição de estrogénios, inibe a vasocongestão característica da tensão sexual, causando secura vaginal e por consequência dispareunia. O aumento da prolactina conduz à inibição da produção de gonadotrofinas que influencia diretamente a produção de estrogénios, sendo esta a razão que explica a dor sentida nas primeiras tentativas de retorno à sexualidade. Este é a principal razão para a recusa da mulher para a sexualidade durante os primeiros meses de puerpério (Alves, 2008; Brtnicka, Weiss et Zverina, 2009). Deste modo, foi aconselhada a utilização de lubrificante, à base de água e compatível com os preservativos, que poderá ajudar na diminuição do desconforto associado à actividade sexual, bem como, o diálogo ativo entre casal, por forma a haver uma comunicação eficaz dos medos e inseguranças quanto à retoma da mesma.

Relativamente à contraceção foi informado às mulheres que podem iniciar a pílula progestativa 6 semanas após o parto porque, embora não afete a quantidade ou a qualidade do leite materno é ainda desconhecido o efeito sobre o desenvolvimento hepático ou cerebral do RN (DGS, 2008). Deste modo, nesse período é aconselhável a utilização de preservativo como contraceptivo, bem como, diminui o risco de infeção e, como contém lubrificante, torna o ato sexual mais confortável.

Por outro lado, após o parto as mulheres passam por uma fase de grandes alterações tanto ao nível físico, como psicológico e até mesmo social. As fortes alterações hormonais sentidas pela puérpera podem dar origem a alterações bruscas de humor na mesma. Em acréscimo a todas estas mudanças referidas anteriormente, a mulher tem de se adaptar a um novo papel, agora para além de mulher torna-se mãe e, acompanhada dessa mudança, há a necessidade de reorganização social e familiar. O novo papel trás com ele mais responsabilidades, como tornar-se a figura de referência de um ser dependente, novas tarefas, que a executa em parceria, bem como, privação súbita do sono e consequentemente isolamento social. Acrescentando ainda as alterações na auto-imagem, a reestruturação da sexualidade da mulher e do casal, bem como, a identidade feminina. Devido a estas mudanças rápidas e repentinas na vida da mulher este é o período de maior vulnerabilidade da saúde mental ao longo do ciclo de vida.

2.3.4. Diagnósticos e intervenções de enfermagem no domínio da adaptação à parentalidade

Dos cuidados/avaliações, acima mencionados, que têm de ser realizados às puérperas durante o seu internamento gostaria de destacar a adaptação à amamentação, uma vez que em relação ao meu tema em estudo é aquele que mais diretamente está interligada.

Como EEESMO uma das competências que obrigatoriamente tinha de desenvolver passava por promover e apoiar o aleitamento materno. A amamentação per si é um processo complexo e difícil, com muitos obstáculos, como por exemplo o cansaço e dor física, que têm de ser alertados e acompanhados de perto pelos profissionais de saúde, por forma que a puérpera supere as suas dificuldades e, no final, que todo o processo seja prazeroso para a puérpera e recém-nascido e que assim se estabeleça o vínculo perfeito entre mãe-filho.

2.3.4.1.1. Conhecimento sobre amamentação

Apesar da amamentação se tratar de um processo fisiológico, este necessita de ser aprendido e, desta forma, é fundamental a presença e ação por parte dos enfermeiros nesta etapa, sendo importante o apoio na decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte na amamentação.

Deste modo, as puérperas, ao longo do internamento eram informadas acerca das vantagens do aleitamento materno para o recém-nascido, desde que nascem até à idade adulta, como, por exemplo, diminuição da taxa de síndrome da morte súbita, favorece o vínculo afetivo, previne infeções e alergias, previne o aparecimento de doenças como a doença de Crohn, diabetes mellitus, colite ulcerosa, obesidade, doenças infecciosas, entre outros, de mais fácil digestão e absorção, há uma maior estimulação dos músculos faciais, promove o desenvolvimento cognitivo e por todas estas razões é o melhor alimento para o bebé. Eram, também, realizados ensinamentos às puérperas as vantagens para a mulher, uma vez que, facilita a recuperação mais rápida do peso pré-gravídico, diminui a incidência de cancro da mama e ovário, osteoporose, involução uterina mais rápida, menor hemorragia após o parto, bem como, promove a vinculação com o bebé. Era também informado aos pais que o leite materno é o melhor alimento uma vez que também é o mais económico, ecológico, prático e encontrava-se sempre à temperatura ideal para o bebé.

Ao longo do internamento, por forma, apoiar e a tornar o processo mais prazeroso, as puérperas eram instruídas e esclarecidas das suas dúvidas, sendo das mais comuns se a

pega se encontraria correta e se o leite da mama era suficiente para o recém-nascido. Sendo geralmente necessária a intervenção de enfermagem, de forma, a fazer ensinios sobre uma pega correta do recém-nascido à mama: sendo aconselhado em primeiro lugar à mulher a encontrar uma posição confortável tanto para a mãe como para o bebé, posteriormente a mulher tem de sustentar corretamente a mama, com o polegar acima da aréola e o indicador por baixo da mama com o formato da letra “C”; a mãe deve apontar o mamilo para o lábio superior do bebé até que este abra amplamente a boca, e com a boca aberta deve introduzir o mamilo, de forma abocanhar a aréola o mais que conseguir, ficando com os lábios voltados para fora; o queixo deve tocar na mama e com as bochechas cheias.

Relativamente à segunda questão mais frequente colocada pelos pais quanto ao facto do leite da mama ser ou não suficiente para o bebé, enquanto EESMO realizei ensinios relativamente à capacidade gástrica dos bebés: explicando que no primeiro dia o recém-nascido tem pouca capacidade gástrica, conseguindo apenas ingerir 5-7 ml de leite, do tamanho de uma cereja, o que equivale a uma colher de chá e por consequência a mama produz apenas a quantidade necessária para saciar o bebé; pelo terceiro dia o estômago aumenta para o tamanho de uma noz e já consegue ingerir 22-27ml de leite, sendo mais ao menos a altura a que se dá a subida de leite, havendo mais uma vez a adaptação da mama à quantidade ingerida pelo bebé; ao fim de uma semana o tamanho do estômago já é comparável a um damasco, tendo capacidade para ingerir 45-60ml de leite; e ao fim do primeiro mês o estômago já se encontra do tamanho de um ovo e ingere, aproximadamente 80-150ml. Foi também lhes dito que à medida que o tempo vai passando vão conhecer cada vez melhor o seu bebé e, desta forma, conhecer cada vez melhor os seus sinais, sendo que alguns dos sinais que devemos estar atentos para perceber se o leite materno é suficiente são o bebé parecer-nos satisfeitos após as mamadas, a sucção e a deglutição vigorosa nos mamilos, ter um aspeto saudável e músculos firmes, apresentar 6 micções ou mais em 24 horas e se está a aumentar de peso, tendo em consideração que nos primeiros 10 dias o bebé perde até 10% do peso que tinha ao nascer, porque elimina muitos líquidos e outras substâncias.

Foi igualmente importante, como EESMO, ensinar às puérperas que o leite não é sempre igual e que tinha diferentes fases. Do primeiro ao terceiro dia o leite que apresentam designa-se de colostro é rico em anticorpos e é igual do início ao fim da mamada, sendo ensinado às mães que devem em cada mamada dar das duas mamas para que em ambas seja estimulada a produção de leite. Posteriormente apresentam leite de transição, até que a partir do 15º dia já apresentam leite nomeado de maduro em que o leite inicial é mais rico

em água, anticorpos e lactose e o leite final é mais rico em gordura, sendo essencial que a mãe em cada mamada esvazie primeiro uma mama e só posteriormente, caso o bebê ainda apresente sinais de fome, deve oferecer a outra mama.

Relativamente à duração da mamada era explicado que a mesma dependia do recém-nascido, não havendo nenhum intervalo de tempo fixo. Ao longo do tempo a mãe irá aperceber-se das necessidades do seu bebê e dos sinais de saciedade, como sucção e deglutição mais lenta e menos vigorosa, o bebê largar o mamilo espontaneamente e o mesmo pode adormecer ou ficar interessado na socialização.

Por fim, as puérperas para avaliarem se a mama é suficiente devem ter em atenção ao número de micções e dejeções do bebê, que devem ser em média entre seis e oito micções e duas a cinco dejeções por dia; o aumento do peso que deve ser constante após a primeira semana e o estado geral do recém nascido: aspeto saudável.

Quanto à frequência das mamadas, foi-lhes explicado que esta deveria ser de demanda livre, ou seja, quando o recém-nascido pedi-se através de sinais iniciais como: movimentos de sucção, levar a mão à boca, acordado inquieto, roda a cabeça à procura, procura com a boca, e através de sinais mais tardios como: choro forte, arquear de costas, dificuldade em adaptar-se à mama. Em bebés mais preguiçosos, foi explicado que devem ser estimulados para comer em intervalos de 3 em 3 horas no máximo.

2.3.4.2. Capacidade e autoeficácia para amamentar

Assim o EESMO assume um papel de destaque no acompanhamento das famílias, durante o processo de transição para a parentalidade, uma vez que se encontra numa posição privilegiada, para identificar necessidades, planejar e implementar cuidados que promovam uma transição saudável, pela proximidade e competências que possui.

Desta forma, faz parte das competências do EESMO ajudar o casal a desenvolver conhecimento e competências que lhes permitam desenvolver capacidades parentais conducentes com as expectativas criadas pelos mesmos, coadjuvando, assim, para uma adequada aceitação de papéis e vivência saudável da parentalidade.

As competências parentais são definidas como o

“conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança” (Cardoso, 2011, p.52).

A transição para a parentalidade implica que os pais assumam um novo papel no seio familiar e, esta reorganização, individual e conjugal, implica a aquisição de conhecimentos e habilidades facilitadoras dessa mesma transição (Meleis, 2000).

Deste modo, após a avaliação de conhecimentos de cada puérpera e realizados os ensinamentos referidos anteriormente, adequados a cada casal, eram avaliadas essas capacidades de maneira a compreender a integração desses mesmos conhecimentos.

3. COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E A SUA RELAÇÃO COM A AMAMENTAÇÃO

Até à década de 50, os profissionais de saúde acreditavam que os recém-nascidos não tinham visão, audição e desta forma não conseguiam comunicar. Acreditavam, também, que os movimentos por eles produzidos eram aleatórios ou produto de reflexos desorganizados.

Eram vistos como seres humanos imaturos, deficientes e inadequados em que o seu desenvolvimento sensorial era visto como rudimentar. Eram entendidos como páginas em branco, sem memória, emoções, temperamento e preferências, que só seriam desenvolvidos no decurso da vida.

Nos últimos 30 anos, ocorreu uma mudança drástica da forma como o RN é entendido nas suas capacidades e especificidades.

Cada recém-nascido, mesmo ao nascimento, apresenta capacidades comportamentais e comunicativas reguladas por ele mesmo, permitindo-lhe interagir socialmente por forma a garantir a sua sobrevivência.

Para além do choro, as expressões faciais constituem uma forma de os recém-nascidos comunicarem. Através de manifestações e mudanças na sua fâcies, os progenitores conseguem interpretar e perceber que tipo de sensações os RN estão a sentir aquando das diferentes experiências. Por exemplo, reações a cheiros, sabores, estímulos visuais ou dolorosos. Assim, os RN dão uso a estas habilidades de forma organizada e integrada.

A interação entre mãe-filho é estudada por diferentes autores tendo sido evidenciado uma sincronia ou co-regulação entre eles, ou seja, os comportamentos de um irmão influenciar os comportamentos e respostas do outro, de um modo dinâmico e complexo.

Nos últimos anos, os profissionais de saúde têm estudado, com grande atenção, o desenvolvimento fetal, uma vez que se trata de um parâmetro importante para avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor.

Importa, então, esclarecer quais são as competências que os RN apresentam aquando do nascimento, que benefícios tem no contacto pele a pele, como vai influenciar a amamentação e como pode o EEESMO facilitar todo o processo.

3.1. Problemática

A adaptação à vida extrauterina, sendo um período desafiante para os recém-nascidos, é considerado um período importante no qual a intervenção do EEESMO poderá fazer a diferença, nomeadamente na vigilância atenta das adaptações do recém-nascido, desde a alimentação, aos reflexos primitivos, passando por sinais vitais e estado geral.

Dito isto, após uma rápida avaliação por parte dos profissionais de saúde, o RN poderá ser colocado o mais precocemente em contacto pele-a-pele com mãe, ou com o pai, por exemplo, em caso de cesariana.

O contacto pele-a-pele com a mãe provoca sensações de calma e relaxamento ao RN, diminuindo assim as hormonas de stresse no seu organismo, o que irá facilitar a habilidade do mesmo para dar uso aos seus órgãos dos sentidos.

O facto de o RN ter a oportunidade de se reorganizar sucessivamente, passando por casa fase do seu ciclo de comportamento instintivo, sem interrupções, organizando o movimento do seu corpo com os seus sentidos faz com que melhore a sua capacidade de autorregulação.

Um RN com 3 dias de vida com baixos níveis de autorregulação apresenta um risco acrescido de défice ao nível do seu desenvolvimento social e cognitivo, tendo maior dificuldade na interação. Assim, Widstrom et al. (2011) reforçam a importância de se promover um processo de autorregulação o mais precoce possível.

Deste modo, o contacto pele-a-pele na primeira hora de vida de um RN revela-se uma medida que poderá dar resposta a estas situações, pois vai proporcionar não só, um desenvolvimento mais efetivo do recém-nascido bem com a ligação mãe-filho e a vinculação.

3.2. Metodologia

A prática baseada em evidência (PBE) é entendida como

“uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Essa abordagem envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis (principalmente pesquisas), implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. Incorpora ainda, a competência clínica do profissional e

as preferências do cliente para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde.” (Galvão et al., 2003: 57).

A PBE é fundamental para uma boa prestação de cuidados. Deste modo, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde devem ser sempre fundamentados na PBE atualizada e relevante, tendo por base a experiência clínica, por forma a ser realizada uma boa prestação de cuidados. Assim, é utilizada para solucionar um problema, auxiliando na tomada de decisão, através da utilização da melhor evidência e atualizada sobre o tema em questão.

O método escolhido como um instrumento da PBE foi a revisão integrativa da literatura (RIL) com o objetivo de reunir e sintetizar resultados da pesquisa acerca de um tema ou questão, delimitado de forma cuidada, sistemática e ordenada, contribuindo, assim, para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desta forma, podemos acrescentar novo conhecimento através da síntese de vários estudos já publicados.

Para ser bem-sucedido, qualquer estudo deve ter uma pergunta bem definida de partida que permita uma pesquisa assertiva acerca do tema.

Segundo Sousa (2012), a pergunta de investigação deve especificar a população, intervenção, comparação e resultado, que irá ajudar na procura de evidências e, mais uma vez, permite a exclusão de tudo aquilo que não é pertinente.

O modelo PICO é modelo desenvolvido por Sackett et al. (1997), e visa auxiliar a definição da pergunta de partida. A palavra PICO representa um acrónimo de tudo aquilo que temos de definir: P – Patient (paciente/população); I – Intervention (Intervenção); C – Comparison (Comparação); e O – Outcome (Resultado).

Assim, a pergunta PICO que orienta a revisão da literatura a realizar é apresentado no quadro 1:

Tabela 1. Pergunta PICO

P (Pacientes/População)	Recém-nascido
I (Intervenção)	Competências do RN na primeira hora de vida, durante o contacto pele a pele
C (Comparação)	Sem comparação

O (Resultado)	Impacto na amamentação
------------------	------------------------

Assim, este trabalho consiste numa pesquisa bibliográfica através de uma revisão integrativa da literatura (RIL), sendo que a mesma foi orientada pela questão: **Quais as competências de um recém-nascido, em contacto pele a pele, na primeira hora de vida e qual a sua relação com a amamentação?**

A RIL permite a inclusão de diferentes estudos o que concede uma pesquisa mais ampla, diversificada, o mais atualizada possível e de acordo com a pergunta de partida.

É de destacar que este método permite, também, a produção de novo conhecimento, bem como a sua integração na prática clínica (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Segundo Galvão et al. (2008), uma RIL organiza-se em seis etapas. A primeira etapa corresponde à identificação do tema e formulação da questão de partida, onde deverá ser incluída a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem medidos.

Na segunda etapa existe a formulação de critérios de inclusão e exclusão de estudos, amostragens e procura de literatura.

Posteriormente, na terceira etapa são identificados os resultados a serem extraídos dos estudos selecionados e realizada a categorização dos mesmos.

Na etapa seguinte é realizada a avaliação dos estudos incluídos, onde poderá ser organizada hierarquicamente segundo os níveis de evidência e a importância dos estudos selecionados.

Seguidamente, na quinta etapa ocorre a discussão e interpretação dos resultados e comparação dos dados obtidos na análise dos artigos, onde devem ser, também, expostas recomendações e sugestões para futuras pesquisas direcionadas para o mesmo tema, por forma, a criar melhoria ao nível da assistência de saúde.

Por último, na sexta etapa é reunido e apresentado a das conclusões obtidas através da revisão.

A pesquisa foi realizada nos agregadores de conteúdo/bases de dados: EBSCOHost web, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane, PubMed, CINAHL Complete, SCIELO Academic Search Complete e Nursing Reference Center.

Para a realização da pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras chave: “newborn behavior”, “breastfeeding” e “skin to skin” com a seguinte frase booleana: (“newborn behavior”) AND (“breastfeeding”) AND (“skin to skin”).

Da pesquisa com recurso a esta frase booleana obtivemos 21 artigos. A este resultado, aplicamos critérios de inclusão: idioma português ou inglês, texto completo e datas de publicação entre 2015 e 2020, tendo resultado em 9 artigos.

Da análise dos resumos foram excluídos 5 artigos porque não consideramos pertinentes e não iam de encontro ao que pretendíamos, tendo resultado em 4 artigos que foram usados para análise (Figura1).

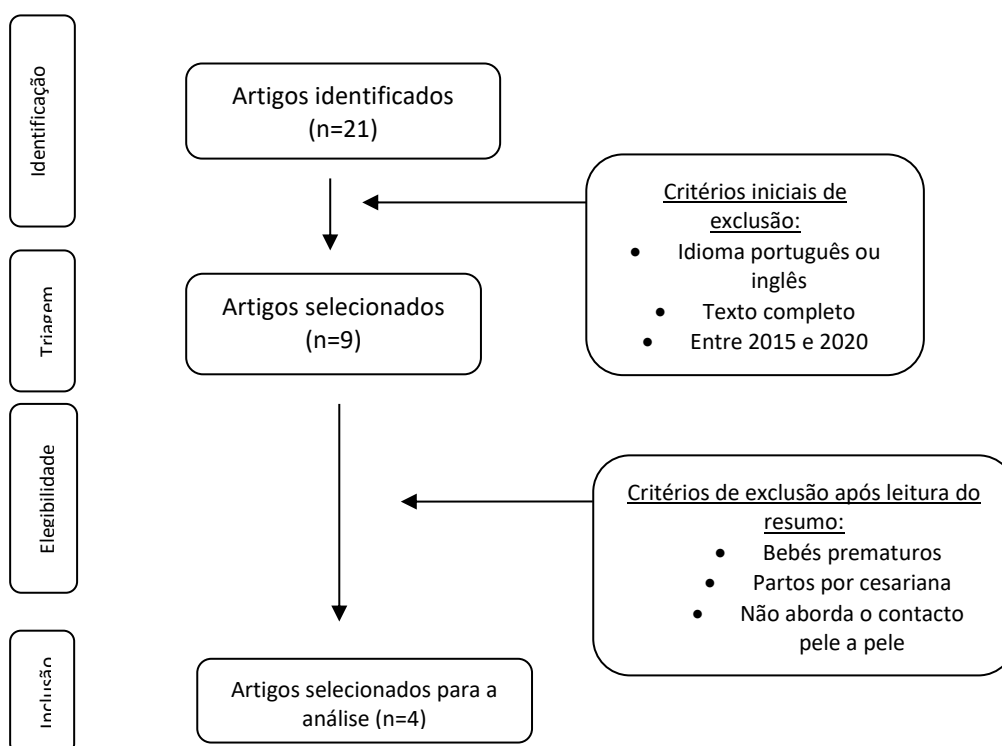


Figura 1. Diagrama de fluxo das fases de seleção dos estudos

Os artigos selecionados foram submetidos a análise de conteúdo no sentido de procurar resposta para a questão de partida.

3.3. Resultados

As competências de um recém-nascido são essenciais para a sua sobrevivência.

Cada RN apresenta, desde o nascimento um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe permite uma interação ativa com os outros.

Segundo Widstrom et al. (2019), o RN saudável, quando colocado em contacto pele a pele no peito da mãe, nas primeiras horas de vida, apresenta um padrão comportamental sequencial inato, sendo esse contacto bastante relevante para ambos. Durante este tempo, o RN coordena os cinco sentidos - visão, audição, olfato, paladar e tato. Assim, estes comportamentos inatos surgem quando há contacto entre mãe e filho quando de forma contínua e ininterrupta, gradualmente e com tempo, tendo como consequência obter, ao fim de meia hora de vida, reflexos de sucção e “enraizamento”, fechar a mão e trazer a mão à boca e 1h após o nascimento o RN consegue alcançar a mama da mãe sozinho e iniciar a sucção.

Vários autores, constataram que os RN realizam uma “massagem” com a mão na mama inata, durante a primeira hora de vida, antes da sucção, que em sintonia com a libertação de ocitocina materna, em grandes quantidades, produz um maior estímulo da lactação. Constataram ainda que o balanço da cabeça e a flexão/extensão dos dedos são observados antes do “abocanhar” durante o primeiro mês de vida.

O reflexo de levar a mão à boca trata-se de um comportamento organizacional, bem como uma atividade auto-reconfortante. Este reflexo irá desencadear a abertura da boca, o “enraizamento” e, conseqüentemente, a sucção.

Segundo Widstrom et al. (2011), o RN na primeira hora de vida, também nomeada de “golden hour”, que se designa o espaço de tempo em que o RN se encontra mais ativo, desperto e comunicativo; quando colocado em contacto pele a pele, passa por nove estadios diferentes de comportamento instintivo. Este comportamento instintivo pode ser visto como um processo de desenvolvimento através de 9 estágios durante as primeiras horas, progredindo de um grito/choro ao nascimento, através do relaxamento, despertar, atividade, descanso, engatinhar, familiarização, passando pela sucção e depois sono.

De acordo com Widstrom et al. (2019), na primeira metade da gravidez ocorre um período de aprendizagem de padrões. Assim, nas primeiras horas de vida, em contacto pele a pele reproduzem um padrão de desenvolvimento instintivo de comportamentos motores semelhantes ao período pré-natal.

Imediatamente após o nascimento, o RN experiência o choro ao nascimento, ocorrendo uma expansão dos pulmões do mesmo, começando, assim, a respirar ar. Os reflexos protetores do RN estabilizam-se com o reflexo de moro, bem como, através de movimentos de proteção geral, como: chutar, puxar os braços e agarrar o cordão umbilical ou cobertor.

Esta primeira etapa do padrão do desenvolvimento ocorre quando o feto tem 9-10 semanas de idade. Um dos primeiros movimentos perceptíveis são movimentos de “sobressalto” – um movimento rápido entre os membros, pescoço e tronco.

A 2ª etapa, relaxamento, é uma pausa específica após o choro do parto, uma vez que o sistema sensorial o RN está deprimido devido ao aumento da catecolamina devido à compressão criada pelo canal de parto.

Na etapa seguinte, o RN desperta, começando por fazer pequenos movimentos exploratórios com a cabeça, rosto, ombros e boca, 2-5min após o parto, abrindo gradualmente os olhos. Este movimento é desenvolvido entre as 9 e as 10 semanas fetais.

Na etapa 4, atividade, os movimentos são mais intencionais, que na etapa anterior, ocorrendo ao fim de 8 minutos aproximadamente após o nascimento, apresentando maior amplitude nos movimentos.

Durante a primeira hora de vida existe períodos intercalados de quietude e silêncio, períodos de descanso, sendo essa a 5ª fase.

Na fase seguinte (6), o RN começa, ao fim de 36 minutos de vida, a gatinhar, movendo-se do centro das mamas para um dos mamilos. Desenvolvendo este movimento a partir da 10ª semana de gestação.

No estadio 7, familiarização, inicia-se por volta dos 43 min após o nascimento, o RN torna-se familiar com a mama, lambendo o mamilo e a aréola, tornando os movimentos da fase anterior mais vigorosos e coordenados. Ao fim de 11 semanas de gestação o feto começa a adotar estas ações.

Aproximadamente aos 62 min após o nascimento, o RN abocanha o mamilo e inicia a sucção. Por volta das 12 semanas de gestação o feto inicia movimentos rítmicos de sucção e deglutição.

Por fim, no estadio 9, o RN cai num sono profundo, aproximadamente ao fim de 90 min.

Ou seja, segundo Widstrom et al. (2019), o padrão e a sequência dos movimentos do feto intrauterinos, aprendidos na primeira metade da gravidez e se mantêm ao longo da segunda metade e após o nascimento, parece ser um mecanismo de sobrevivência que é implementado pelo recém-nascido durante a primeira hora de vida, quando em contacto pele a pele. Os comportamentos das 9 etapas, descritos anteriormente, foram desenvolvidos e praticados in útero, na mesma ordem específica, para quando o nascimento se encontrar

preparado para encontrar o mamilo, iniciar a amamentação e contribuir para as contrações uterinas após o parto, que servem para minimizar a perda de sangue e velocidade expulsão da placenta.

Existem várias pesquisas científicas sobre a importância do contacto pele a pele na primeira hora de vida: vantagens vitais para a saúde, regulamentação e ligação.

Segundo Widstrom et al. (2019), durante a fase pré-natal deve ser ensinado ao casal sobre o contacto pele a pele com a mãe: do que é, de como se realiza, os cuidados a ter e os seus benefícios. Desta forma, quando o casal chega à unidade de parto, apenas é preciso fazer uma revisão do conhecimento anteriormente adquirido e a sua compreensão dos comportamentos instintivos do recém-nascido.

O pai deve também ter conhecimento sobre a importância de monitorizar as etapas do comportamento instintivo do recém-nascido e sua segurança durante o processo.

Segundo Widstrom et al. (2019), fornecer um panfleto aos pais com as nove etapas dos comportamentos instintivos foi considerado útil pelos pais, uma vez que conseguem seguir o RN durante todas as etapas e reconhecer a capacidade do seu recém-nascido. Isso também dá uma função clara ao companheiro e fornece-lhe motivação para permanecer com a mãe e o recém-nascido, e uma oportunidade adicional para a segurança do mesmo. Assim, os pais têm esse conhecimento adicional, priorizando, concentrando-se no recém-nascido invés de ações distrativas como chamadas, postar na internet, falar com amigos ou familiares, que são comportamentos que podem ser adiados para depois desse momento único.

Os profissionais de saúde têm o dever de proteger este pequeno e importante janela de tempo para os pais possam seguir o recém-nascido e o seu desenvolvimento comportamental.

Isso cria um abrigo para o direito da mãe e do RN de não se separarem, de ficar em contacto pele a pele após o nascimento até que o recém-nascido tenha mamado e/ou adormecido.

Interrupção do contacto pele a pele durante as primeiras duas horas reduz as chances do RN de amamentação precoce. Deste modo, os profissionais de saúde devem garantir as providências práticas para que ocorra contacto pele a pele, isso inclui garantir que as roupas da mãe sejam de fácil remoção ou ajustáveis para permitir o acesso ao tórax imediatamente após o parto, bem como estarem cientes de qualquer linhas intravenosas em relação às mangas vestidas, etc. Independentemente da posição do parto, a mãe precisa de uma posição confortável e de apoio durante o contacto pele a pele com o recém-nascido.

Segundo Brimdyr et al. (2015), outros fatores que diminuem a probabilidade de amamentar durante a primeira hora de vida são determinados fármacos, uma vez que existe

relação inversa entre a quantidade e a duração da exposição ao fentanil por via epidural e a quantidade de ocitocina sintética contra a probabilidade de alcançar a sucção. Assim, a exposição intraparto às drogas fentanil e ocitocina sintética diminui significativamente a probabilidade do RN, colocado em contacto pele a pele com a mãe, mamar durante a primeira hora de vida.

De acordo com Dani (2015), a maioria dos recém-nascidos tiveram fases comportamentais e alguns deles tinham sequências alternativas. Ou seja, o contacto pele a pele imediato após o parto e sem perturbações é caracterizada por comportamentos específicos cuja sequência pode variar sem afetar a taxa de sucção no final do contacto pele a pele e o sucesso da amamentação.

Os artigos foram analisados em função do objetivo, metodologia, resultados e principais conclusões (Tabela 2)

Tabela 2. Análise dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura

Autor	Título (Local e Data) /Nível de Evidência	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões
Ann-Marie Widström, Kajsa Brimdyrb, Kristin Svensson, Karin Cadwell, Eva Nissen	<i>A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements</i> (Suécia, 2019) – 2A	Relacionar os 9 estádios instintivos de Widstrom (comportamentos do recém-nascido de termo durante as primeiras horas de vida) com o treino comportamental durante as primeiras 12 semanas de vida fetal, com uma ordem específica mediante a necessidade de sobrevivência.	Revisão da literatura	Os recém-nascidos de termo colocados em contacto pele a pele, na primeira hora de vida, desenvolvem um comportamento instintivo que percorre 9 estágios: grito de nascimento, relaxamento, despertar, atividade, descanso, engatinhar, familiarização, sucção e, por fim, sono. Na primeira metade da gravidez ocorre um período de aprendizagem de padrões. Assim, nas primeiras horas de vida, em contacto pele a pele refletem um padrão de desenvolvimento vinculado de comportamentos motores semelhantes ao período pré-natal. Imediatamente após o nascimento, o RN experiência o choro ao nascimento, ocorrendo uma expansão dos pulmões do mesmo, começando, assim, a respirar ar. Os reflexos protetores do RN estabilizam-se com o reflexo de moro, bem como, através de movimentos de proteção geral, como: chutar, puxar os braços e agarrar o cordão umbilical ou cobertor. Esta primeira etapa do padrão do desenvolvimento ocorre quando o feto tem 9-10 semanas de idade. Um dos primeiros movimentos perceptíveis são movimentos de “sobressalto” – um movimento rápido entre os membros, pescoço e tronco. A 2ª etapa, relaxamento, é uma pausa específica após o choro do parto, uma vez que o sistema sensorial o RN está deprimido devido ao aumento da catecolamina devido à compressão criada pelo canal de parto. Na etapa seguinte, o RN desperta, começando por fazer pequenos movimentos exploratórios com a cabeça, rosto, ombros e boca, 2-5min após o parto, abrindo gradualmente os olhos. Este movimento é desenvolvido entre as 9 e as 10 semanas fetais. Na 4ª etapa, atividade, os movimentos são mais intencionais, que no estadio anterior, ocorrendo ao fim de 8 minutos	O padrão e a sequência dos movimentos do feto intrauterinos, aprendidos na primeira metade da gravidez e se mantêm ao longo da segunda metade e após o nascimento, parece ser um mecanismo de sobrevivência que é implementado pelo recém-nascido durante a primeira hora de vida, quando em contacto pele a pele. Os comportamentos descritos nos 9 estádios: choro no nascimento, relaxamento, despertar, atividade, descanso, engatinhar, familiarização, amamentar e dormir – foram desenvolvidos e praticas <i>in útero</i> , na mesma ordem específica. O recém-nascido praticou estes movimentos para aquando o nascimento se encontrar preparado para encontrar o mamilo, iniciar a amamentação e contribuir para as contrações uterinas após o parto, que servem para minimizar a perda de sangue e velocidade expulsão da placenta.

				aproximadamente após o nascimento, apresentando maior amplitude nos movimentos. Durante a primeira hora de vida existe períodos intercalados de quietude e silêncio, períodos de descanso, sendo essa a 5ª fase. Na fase seguinte (6), o RN começa, ao fim de 36 minutos de vida, a gatinhar, movendo-se do centro das mamas para um dos mamilos. Desenvolvendo este movimento a partir da 10ª semana de gestação. Na 7ª etapa, familiarização, inicia-se por volta dos 43 min após o nascimento, o RN torna-se familiar com a mama, lambendo o mamilo e a aréola, tornando os movimentos da fase anterior mais vigorosos e coordenados. Ao fim de 11 semanas de gestação o feto começa a adotar estas ações. Aproximadamente aos 62 min após o nascimento, o RN abocanha o mamilo e inicia a sucção. Por volta das 12 semanas de gestação o feto inicia movimentos rítmicos de sucção e deglutição. Por fim, na 9ª etapa, o RN cai num sono profundo, aproximadamente ao fim de 90 min. A partir da 30ª semana de gestação, consegue-se detetar padrões de sono específicos.	
Ann-Marie Widstrom, Kajsa Brimdyr, Kristin Svensson, Karin Cadwell, Eva Nissen	<i>Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice</i> (Suécia, 2019) - 1A	Este artigo integra uma experiência clínica e pesquisas anteriores sobre os comportamentos dos bebês termo saudáveis, colocados em contacto pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida e após um parto vaginal não instrumentado.	Observações clínicas e práticas com resultados baseados em evidências.	Existem várias pesquisas científicas sobre a importância do contacto pele a pele na primeira hora de vida: vantagens vitais para a saúde, regulamentação e ligação. Durante a fase pré-natal a educação deve ser feita no sentido de ensinar sobre o contacto pele a pele com a mãe. Desta forma, quando o casal chegar à unidade de parto, apenas é preciso fazer uma revisão de sua compreensão dos comportamentos instintivos do recém-nascido e o processo de segurança pele a pele. Os pais também devem ter um entendimento sobre a importância de monitorizar a posição do recém-nascido, respiração e segurança. Fornecer um panfleto aos pais dos 9 estádios instintivos foi considerado útil para os pais seguirem o RN durante todos os estádios e reconhecer a capacidade do seu recém-nascido. Isso também dá uma função clara ao companheiro e fornece-lhe	A primeira hora após o nascimento é um período sensível tanto para o bebê como para a mãe. Por forma a uma compreensão aprimorada do comportamento instintivo do recém-nascido, surgem sugestões práticas baseadas em evidências que se esforçam para superar as barreiras e facilitar a tradução do conhecimento obtido. Este tempo deve ser protegido por rotinas dos funcionários baseadas em evidências.

				motivação para permanecer com a mãe e o recém-nascido, e uma oportunidade adicional para a segurança do mesmo. Assim, os pais têm esse conhecimento adicional, priorizando, concentrando-se no recém-nascido invés de ações distrativas como chamadas, postar na internet, falar com amigos ou familiares, que são comportamentos que podem ser adiados para depois desse momento único. Os profissionais de saúde têm a oportunidade de proteger este pequeno e importante janela de tempo para os pais seguirem seu recém-nascido e o seu desenvolvimento comportamental. Isso cria um abrigo para o direito da mãe e do RN de não se separarem, de ficar pele a pele após o nascimento até que o recém-nascido tenha mamado e/ou adormeceu. Interrupção do contato pele a pele durante as primeiras duas horas reduz as chances do RN de amamentação precoce. Os profissionais de saúde devem garantir que as providências práticas para que seja para a experiência do contato pele a pele. Isso inclui garantir que as roupas da mãe fiquem arrumadas de forma fácil de remover e permitir o acesso ao tórax imediatamente após o parto, estando ciente de qualquer linhas intravenosas em relação às mangas vestido, etc. Independentemente da posição do parto, a mãe precisa de uma posição confortável e de apoio durante o primeiro horas enquanto pele a pele com o recém-nascido.	
Kajsa Brimdyr, Karin Cadwell, Ann-Marie Widstrom, Kristin Svensson, Monica Neumann, Elaine A. Hart, Sarah Harrington	<i>The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth</i> (2015) – 1B	Compreender a relação entre a utilização de determinadas medicações durante o parto e a amamentação, quando colocado em contacto pele a pele, durante a primeira hora de vida	Estudo comparativo prospectivo: Ensaio randomizados e estudos observacionais, com mais de 63 mães de baixo risco com analgesia / anestesia intraparto ou	Existe relação inversa entre a quantidade e a duração da exposição ao fentanil epidural e a quantidade de oxitocina sintética contra a probabilidade de alcançar a sucção durante a primeira hora após um parto vaginal.	Os resultados sugerem que a exposição intraparto às drogas fentanil e a oxitocina sintética diminuiu significativamente a probabilidade de o RN mamar, colocado em contacto pele a pele, com a mãe, durante a primeira de vida.

and Raylene Phillips			não. Foram gravados vídeos de RN durante a primeira hora de vida, quando colocado em contacto pele a pele com a mãe.		
Carlo Dani, Alessandra Cecchi, Arianna Commar, Gherardo Rapisardi, Rita Breschi, and Simone Pratesi	<i>Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin</i> (2015) – 1B	Confirmar as sequências comportamentais, previamente descritas, durante o contacto pele a pele com a mãe na primeira hora de vida.	Ensaio clínico controlado randomizado e estudos observacionais, com 17 participantes (mãe-RN) mães de. Foram realizadas gravações das sequências comportamentais de RN saudáveis e termo durante o contacto pele a pele com a mãe na primeira hora de vida.	De acordo com o estudo a maioria dos recém-nascidos (59%) tiveram fases comportamentais e alguns deles tinham sequências alternativas. Foi observada a massagem do recém-nascido à mama da mãe com a sua mão durante o contacto pele a pele, o que não tinha sido relatado anteriormente. Não foram encontradas relações entre a sequência comportamental durante o contacto pele a pele, amamentação e resultado neonatal. Além disso, os estímulos de dor materna não afetaram a sequência comportamental do RN durante o contacto pele a pele.	Os autores concluíram que o contacto pele a pele imediato após o parto e sem perturbações é caracterizada por comportamentos específicos cuja sequência pode variar sem afetar a taxa de sucção no final do contacto pele a pele e o sucesso da amamentação.

3.4. Competências do RN na primeira hora de vida e a sua relação com a amamentação

Da análise de toda a informação obtida dos artigos incluídos da RIL, emergiram vários resultados que devem ser clarificados para que possa ser melhor compreendida a importância do contacto pele a pele na primeira hora de vida do RN para que os comportamentos instintivos do mesmo tenham tempo e espaço para decorrer.

Anteriormente, os profissionais de saúde acreditavam que os RN, ao nascimento, não possuíam os órgãos dos sentidos desenvolvidos, bem como os seus movimentos eram produzidos de forma aleatória ou resultado de reflexos desorganizados e, desta forma, não seriam capazes de interagir.

No decorrer dos anos, começaram a compreender que o RN, aquando o nascimento apresenta todos os sentidos desenvolvidos, apesar de alguns imaturos e, capacidade comportamental e comunicativa mediada por ele mesmo.

Da análise dos estudos e para responder à questão de partida, emergiram três categorias de resultados: 1) competências inatas de um recém-nascido; 2) fatores que interferem negativamente no comportamento do recém-nascido para mamar; fatores que interferem positivamente no comportamento do recém-nascido para mamar; e, 3) relação entre as competências inatas do recém-nascido e a amamentação.

Os cinco sentidos de um recém-nascido

Através da pesquisa realizada percebemos que o contacto físico contínuo e ininterrupto, entre a mãe e o RN, imediatamente após o nascimento até a primeira mamada, é muito importante para ambos. Durante este período o recém-nascido é capaz de coordenar os cinco sentidos – visão, audição, olfato, paladar e tato e, desta forma, conduz a uma melhor autorregulação.

Visão

Pelas 26 semanas de gestação, ocorre uma reabertura das pálpebras e as camadas de retina já se encontram completas e recetivas, o que faz com que consigam perceber a luz.

Aquando o nascimento, é conhecido que os olhos do RN ainda não se encontram estruturalmente completos, uma vez que a fóvea central não se encontra totalmente diferenciada da mácula e os músculos ciliares encontram-se imaturos. Desta forma, a capacidade de focalização de um objeto encontra-se limitada. Grande parte dos RN nascem aparentemente estrábicos, devido á descoordenação muscular existente por esta não se encontrar matura. As glândulas lacrimais não se encontram ativas no nascimento, começando a funcionar apenas as 2 -4 semanas de idade.

Ao fim de algumas horas de vida, o RN consegue ver a uma distância de 20 a 25cm, a distância habitual do rosto da mãe durante a amamentação, conseguindo concentrar-se num objeto durante cerca de 10 segundos, privilegiando objetos em movimento do que objetos estáticos; dando preferência a contornos pronunciados com forte contraste claro e escuro e ricos em detalhe. Primeiramente visualizam os contornos das figuras e em seguida os seus detalhes. (Cardoso, 2011)

Segundo Widstrom et al. (2011), os RN olham com maior frequência para o mamilo da mãe do que para o seu rosto, durante os primeiros 10 a 20 minutos de vida. Especula-se que, para além do fator olfativo envolvido, poderá ser a cor escurecida da areola, que foi escurecendo ao longo da gravidez, que os poderá chamar atenção e estimular nesse sentido.

Audição

Ao nível do desenvolvimento fetal, às 22 semanas de gestação o feto desenvolve o sentido de audição e começa a reagir ao som, conseguindo discriminar a intensidade, altura e familiaridade e direção do mesmo.

O ritmo cardíaco do feto modifica-se de acordo com os estímulos sonoros da voz da mãe.

Sendo indicado, então, nesta fase explicar a grávida que o feto consegue ouvir sons internos ao corpo da mãe e que este reage aos mesmos, podendo ser acalmado com o som da voz da mãe. Importante também de salientar que a frequência que ultrapassa melhor a camada adiposa e a bolsa amniótica são as frequências graves, deste modo, o som que o feto normalmente consegue ouvir melhor é a voz do pai. Desta forma, a mãe e o pai devem ser incentivados a falar com o feto, cantar, ler histórias e/ou ouvir música. De salientar que aquilo que é utilizado durante a gravidez como forma de acalmar o feto, seja música, seja contos de história, seja “white noise”, som equivalente aos sons uterinos, intestinais e afins

que o feto ouve ao longo da gravidez, etc poderá também ser utilizado para acalmar o bebê depois do nascimento.

Aquando o nascimento, o RN possui uma capacidade auditiva semelhante ao adulto. Este prefere sons agudos, priorizando vozes femininas em especial a da mãe. Com 2 dias de idade o RN já consegue diferenciar a voz da mãe de outra mulher na sala. Mais tarde, por volta dos 14 dias irá distinguir a voz do pai à de um estranho (Cardoso, 2011).

Olfato

Este sentido encontra-se muito bem desenvolvido desde o nascimento, o que faz com que o RN tenha a capacidade de reconhecer o odor do leite materno.

Segundo Widstrom et al. (2011), o olfato parece ser o sentido que mais estimula o RN a localizar o mamilo. Tendo sido observado, durante o seu estudo, uma maior solicitação da mama quando colocados os RN próximos do mamilo.

Sendo este um sentido bastante desenvolvido, aquando o nascimento, o RN para além de conseguir localizar o mamilo e diferenciar o odor do leite materno da sua mãe, consegue, também, reconhecer a sua mãe, promovendo o processo de ligação mãe-filho.

Aos 6 dias de idade, o RN é capaz de distinguir o cheiro da sua própria mãe do de outra mulher (Cardoso, 2011)

Paladar

Às 22 semanas de gestação o feto começa a distinguir o paladar. É necessário explicar á grávida que deverá fazer uma alimentação o mais variada possível, por forma, a que o feto experiencie uma vasta diferença de sabores.

Ao nascer, o sistema do paladar está bem desenvolvido, sendo capaz de distinguir os 4 sabores básicos: doce, amargo, azedo e salgado. Os RN demonstram preferência para alimentos mais doces, podendo ser prazeroso, em detrimento de alimentos azedos ou amargos. O bebê manifesta-se de forma diferente aos diferentes tipos de sabor por exemplo, no caso de doce desencadeia no RN uma sucção mais vigorosa e no caso de alimento amargo este poderá produzir uma “careta” (Cardoso, 2011).

Tato

O feto, a partir das 6-12 semanas de gestação, apesar de a mãe ainda não ter percepção, já reage a estímulos táteis, sendo, desta forma, o sentido que se desenvolve mais cedo. Dentro do útero, quando algo “encosta” ao feto este reage, movimentando-se.

Entre as 14 e as 17 semanas o feto vai tentar agarrar o que lhe toca, como o cordão umbilical. Por volta das 17 semanas, habitualmente, é possível sentir o feto mexer-se. Nesta fase, é importante explicar à grávida que poderá estimulá-lo mexendo na barriga onde o sentir a mexer, bem como contrariar o movimento do feto, ou seja, quando o sentir a mexer de um lado da barriga procurar mexer no lado oposto, de forma a que este reaja ao estímulo da mãe procurando alcançar o seu movimento.

Poderá também estimular este sentido através de massagem com chuveiro ou através de um objeto com diferentes texturas, bem como com o uso da piscina.

O RN, aquando o contacto com objetos na sua pele, é capaz de sentir mudanças de temperatura, humidade e textura. Devendo, desta forma, ser estimulado através de brinquedos com diferentes texturas para que estes possam explorar e consigam ter novas experiências.

Este apresenta sensibilidade tátil em todas as partes do corpo, no entanto, com maior reatividade na zona da face, mais concretamente os lábios, mãos e pés, uma vez que são as zonas com maior inervação (Cardoso, 2011).

Reflexos Primitivos

Durante o período neonatal, é importante que ocorra uma avaliação neuro comportamental, para que seja possível determinar a capacidade do RN para as futuras interações que irá estabelecer com o meio extrauterino.

O RN, aquando o nascimento, apresenta reflexos neonatais primitivos (RNP), que se baseiam num grupo de respostas reflexas inatas, comportamentos espontâneos, automáticos e reações a estímulos endógenos ou ambientais. Estes estão presentes ao nascimento, mas ao longo dos primeiros meses de vida estes deverão ser inibidos, em substituição dos estímulos posturais.

A presença destes estímulos demonstra a integridade do sistema nervoso central, sendo estes sinais de saúde, no entanto, a persistência dos mesmos poderá ser a manifestação de uma disfunção neurológica.

Os RNP manifestam-se de forma diferente de acordo com a idade gestacional (IG), a posição neonatal e o estado comportamental do RN.

Os reflexos primitivos aquando o nascimento são: o Reflexo de Moro, Sucção Reflexa, Reflexo de Busca, Reflexo tónico-cervical assimétrico, Preensão Palmar, Preensão Plantar, Apoio Plantar, Marcha Reflexa, Reflexo de Galant, Reflexo da Escada ou de colocação (“Placing”) e, por fim, o reflexo de fuga.

O reflexo de Moro é desencadeado quando ocorre queda súbita da cabeça, sendo possível observar a extensão e abdução dos membros superiores, podendo ser seguida por choro. Normalmente, este reflexo desaparece por volta do quarto e o sexto mês de vida.

Reflexo de Sucção Reflexa é desencadeado pela estimulação dos lábios, sendo possível observar sucção vigorosa. Este pode ser visível já no meio intrauterino, através de ecografias, mantendo-se presente nos primeiros meses de vida, ficando inibido entre o quarto e o sexto mês de vida, sendo a partir dessa altura um ato voluntário.

Existe também o Reflexo de Busca que ocorre quando há estimulação das bochechas ou ao redor da boca. Sendo possível visualizar a rotação da cabeça com o objetivo de alcançar o objeto que lhe tocou, seguido de sucção reflexa do mesmo, devido ao reflexo referido anteriormente. Este reflexo costuma se encontrar inibido por volta do segundo e quarto mês de vida.

É possível observar o reflexo tónico-cervical assimétrico quando o examinador roda a cabeça do RN, sendo visível a extensão dos membros ao lado contrário da rotação da cabeça e a flexão dos membros do lado da rotação da cabeça. Este encontra-se presente até por volta dos seis meses de vida.

O reflexo de preensão palmar observa-se quando o examinador aplica pressão na palma da mão, observando-se instantaneamente a flexão dos dedos da mão. Este reflexo costuma desaparecer por volta do sexto mês de vida.

É possível também observar o mesmo reflexo ao nível plantar, realizando pressão na região plantar junto aos dedos, sendo possível observar a flexão dos mesmos. Este reflexo permanece ativo até por volta, aproximadamente, dos 9 meses e 1 ano de vida.

O reflexo de apoio plantar é de possível observação quando se apoia os pés do RN sobre uma superfície dura, seguro pelas axilas, observando-se a extensão das pernas.

Após a obtenção do reflexo de apoio plantar, ao inclinar-se o tronco do RN é possível desencadear o reflexo de marcha. Desta forma, é observado o cruzamento dos membros inferiores um á frente do outro, quase como se o bebé andasse. Este reflexo mantém-se apenas até ao segundo mês de vida aproximadamente.

O reflexo de Galant ou reflexo de encurvamento do tronco é desencadeado, com o RN posicionado de cabeça para baixo, através do toque na região dorsal no sentido em direção

à lateral, sendo possível observar o encurvamento do tronco no sentido ao estímulo. Esse estímulo irá manter-se até ao primeiro ano de vida.

O reflexo de colocação ou “Placing” que é estimulado através do toque no dorso do pé, enquanto o bebé é seguro pelas axilas. É possível observar a elevação do pé que sofreu estímulo, quase como se estivesse a subir um degrau de escada.

Por fim, apresentam, também, o reflexo de fuga, este surge quando os RN são colocados em decúbito ventral, ou seja, de barriga para baixo, estes arrastam a cabeça por forma a ficar com ela lateralizada para um dos lados.

O parto por via vaginal estimula a produção e libertação de catecolaminas, o que irá facilitar adaptação do RN à vida extrauterina, uma vez que vai estimular a função pulmonar, a absorção do líquido e aumentar o desempenho cardíaco. Posteriormente, ocorre uma baixa de concentração das catecolaminas o que irá originar consequências negativas ao nível do stress, o que poderá originar choro e vasoconstrição sustentada. Atualmente, está provado através de estudos científicos que o contacto pele a pele contraria estas consequências. O contacto pele a pele trás bastantes benefícios tanto ao nível dos sinais vitais do RN, como por exemplo ajudar a regular a sua temperatura, bem como, benefícios maternos, no estabelecimento da amamentação e ao nível da ligação mãe-filho. Este método estimula um padrão comportamental sequencial inato do RN.

Einspieler (2008) sugere que durante a primeira metade da gravidez existe um período de desenvolvimento e aprendizagem da maioria dos padrões de movimento fetal, e que esses padrões aprendidos continuam ao longo da segunda metade da gravidez e após o nascimento. Os comportamentos do recém-nascido durante a primeira hora segue um caminho semelhante ao repertório motor pré-natal do feto. Assim sendo, os comportamentos sequenciais do recém-nascido, observados nas primeiras horas após o nascimento, durante o contacto pele a pele com a mãe, reflete um padrão de comportamentos aprendidos enquanto feto.

O primeiro estadio, segundo Widstrom et al (2020), inicia-se imediatamente após o nascimento, o RN apresenta um choro intenso, durante, aproximadamente 2 minutos, o que vai estimular os pulmões e à libertação do líquido amniótico das vias aéreas. Durante esta fase, existe uma compressão torácica no canal de parto e posteriormente uma expansão dos pulmões do bebé e, assim, respiram ar pela primeira vez. Desta forma, imediatamente após o nascimento o RN deve ser colocado em posição de drenagem, ou seja, com a cabeça ligeiramente abaixo do dorso ligeiramente de lado, permitindo que o fluido flua livremente da boca e do nariz. Estes movimentos surgem pela primeira vez à 10ª – 12ª semana de gestação. Os reflexos protetores do RN estabilizam-se com o reflexo de moro, bem como,

através de movimentos de proteção geral, como: chutar, puxar os braços e agarrar o cordão umbilical ou cobertor. Esta primeira etapa do padrão do desenvolvimento ocorre quando o feto tem 9-10 semanas de idade. Um dos primeiros movimentos perceptíveis são movimentos de “sobressalto” – um movimento rápido entre os membros, pescoço e tronco. A partir das 9 semanas de gestação, o feto pratica estes comportamentos iniciais de proteção vitais, que são aparentes nos primeiros minutos após o nascimento. Este movimento assustadiço ocorre no início da vida do feto e fica estagnado ao longo da gravidez, e é “reativado” nos primeiros minutos após o nascimento.

Sucedese a fase de relaxamento em que o RN recupera, sendo essa uma pausa específica após o choro de parto, uma vez que o sistema sensorial do RN se encontra deprimido, devido ao aumento das catecolaminas, em consequência à compressão criada pelo canal de parto. Enquanto feto nunca esteve exposto a esta situação, assim sendo, esta fase não é aplicável aos padrões de comportamento aprendidos em fase pré-natal. Assim, neste estadio o RN não efetua nenhuma atividade ao nível da boca, cabeça, braços, pernas ou corpo.

Na etapa seguinte, o RN entra na fase de despertar em que começa a fazer pequenos movimentos exploratórios com a cabeça, rosto, ombros e boca, como, por exemplo, abrir gradualmente os olhos pela primeira vez, 2-5 minutos após o parto, piscando-os repetidamente até que os olhos estejam estáveis e focados. Este movimento é desenvolvido entre as 9 e as 10 semanas fetais.

No quarto estadio, ou seja, atividade, os movimentos do RN são mais intencionais, movimentando de forma mais vigorosa e com maior amplitude os membros e a cabeça, começando quase como a “empurrar-se” sem mexer o corpo, ocorrendo ao fim de 8 minutos aproximadamente após o nascimento. Os membros são movidos com maior determinação conseguindo fixar e levantar a cabeça do peito da mãe.

Durante a primeira hora de vida existe períodos intercalados de quietude e silêncio, período de descanso, designado esse o quinto estadio, onde o RN aproveita para descansar do gasto energia que ocorreu anteriormente. Mantém alguma atividade, porém reduzida, focaliza-se mais ao nível da boca, podendo sugar na mão. Podendo durar aproximadamente 10 minutos, variando da necessidade de repouso do RN e do gasto de energia até então efetuado pelo mesmo.

Posteriormente, dá-se o sexto estadio, rastejar/gatinhar, onde existem movimentos mais vigorosos, com força o suficiente para arrastar o corpo e iniciar um movimento quase como rastejar/reptar, movendo-se do centro das mamas para um dos mamilos, iniciando-se ao fim de, aproximadamente, 36 minutos de vida, sendo esta a fase mais longa variando de RN para

RN, podendo ser afetada por fatores internos e externos. Este movimento é desenvolvido a partir da 10ª semana de gestação.

A sétima fase, familiarização, inicia-se por volta dos 43 minutos de vida, o RN já terá alcançado a aréola e o mamilo, tendo a sua boca ao nível e posicionada nesse sentido poderá começar a lamber o mesmo. À 11ª semana de gestação o feto desenvolve os movimentos enunciados anteriormente.

Aproximadamente aos 62 minutos após o nascimento, dá-se o oitavo estadio, sucção, onde o RN abocanha o mamilo e inicia movimentos de sucção. O movimento de sucção e deglutição de forma rítmica é alcançado por volta das 12 semanas de gestação, servindo como treino para este estadio.

Por último, após a mamada RN chega ao último estadio que é atingido quando este cai num sono profundo, aproximadamente ao fim de 90 minutos.

Assim, durante a primeira hora após o parto, a mãe e o recém-nascido poderão experienciar um momento especial e único, um período sensível, que foi biologicamente predeterminado, especialmente após o parto vaginal.

Desta maneira, o feto, desenvolve movimentos padronizados, onde aprimora sensações de tato e familiaridade com o corpo, usando-os na primeira hora de vida para interagir com a mãe, mover-se e massajar a mama.

Esses comportamentos aumentam os níveis maternos de ocitocina contribuindo para a contração do útero, o que minimiza perda de sangue materno em excesso, acelera a expulsão da placenta, bem como, contribui para a autoeficácia para amamentar e diminui os níveis de stresse materno.

Durante 31 semanas, com início na 9ª semana, o RN pratica estes movimentos. Este comportamento sequencial e instintivo do RN imediatamente após o nascimento requer ações específicas coordenadas através dos cinco sentidos do mesmo.

No entanto, estes comportamentos podem sofrer desvios por variados motivos, nomeadamente: desenvolvimento fetal, trabalho de parto e parto, stress, medicamentos, etc.

O contacto pele a pele durante a primeira hora de vida traz várias vantagens ao RN, como: diminuição do stress do nascimento, melhor termorregulação e diminuição do choro.

Este período é auxiliado pelo estado fisiológico de cada um: os altos níveis de ocitocina na mãe e a concentração de catecolaminas no recém-nascido.

Fatores que interferem negativamente nas competências do recém-nascido

Aquando o nascimento, o RN apresenta um sistema sensorial deprimido e, dessa forma, uma capacidade limitada de regular o seu corpo. Assim, assume-se que o aumento da produção de catecolamina e β -endorfina que ocorre durante o trabalho de parto por via vaginal provoque um aumento do limiar da dor do RN na primeira hora de vida (Widstrom et al., 2011).

Estudos indicam que os RN apresentam um alto limiar à dor depois do nascimento. Acrescentando, também, que aos bebês que foram administrados vitamina K durante a primeira hora de vida expressaram menos dor, em comparação a RN aos quais foi administrado após a primeira hora. Outra possível explicação para o mesmo fenômeno poderá ser a produção de ocitocina por parte do feto, em resposta à experiência stressante que é nascer. Está provado cientificamente que a ocitocina aumenta o limiar da dor, desta forma a libertação desta mesma hormona por parte do feto pode aumentar o seu limiar a dor e o seu relaxamento, que é possível ser observado nos primeiros minutos após o nascimento. Assim, o RN não é capaz de forma espontânea e imediata trepar o corpo da mãe e efetuar a sucção do leite sem antes passar por todo este processo fisiológico.

É de salientar que, técnicas como aspiração das vias aéreas em RN saudáveis, bem como, a secagem poderá afetar negativamente todo este processo de comportamento, que o RN adota espontaneamente e fisiologicamente caso não tenha nenhuma interrupção desse mesmo processo. Caso essas interrupções do processo ocorram, terá que ser dado ao RN tempo para se reorganizar e retomar as suas atividades, podendo isto levar mais tempo em comparação a RN que não sofreram manipulações por parte dos profissionais de saúde.

Segundo Widstrom et al. (2011), outro fator que poderá também afetar todo este processo é a exposição do RN à petidina, através da administração deste fármaco à mãe antes do parto, podendo este deprimir o comportamento instintivo, mais especificamente, a fase ativa e a de rastejar/reptar, uma vez que estes irão demorar mais tempo a identificar a aréola e o mamilo e desta forma vão iniciar mais tarde o movimento de “escalagem”.

O recém-nascido tem de coordenar o sistema de estado autónomo, sensorial, motor e comportamental para progredir sem problemas através dos 9 estágios dentro da primeira hora de vida. Todos estes estadios deverão ser considerados como um processo completo com várias fases, em que nenhuma delas é indispensável e todas elas têm o seu tempo que tem de ser respeitado para que tudo possa ocorrer de forma harmoniosa. Por exemplo, os RN não deverão ser “empurrados”, por forma a “forçá-los” a continuar, mas sim deve ser lhes dado o tempo e o espaço que necessitam com o mínimo de interrupções possíveis, para que os mesmos possam tomar iniciativa. Devendo ser compreendido que este processo é

algo que lhes consome muita energia e, desta forma, precisam de criar o seu tempo para descansar e recuperar energias para poder levar o procedimento até ao fim.

O contacto pele-a-pele com a mãe provoca sensações de calma e relaxamento ao RN, o que irá facilitar a habilidade do mesmo para dar uso aos seus sentidos sensoriais e finalizar os diferentes estadios de comportamento que irão ter como meta o alcance do mamilo e, por conseguinte, a amamentação.

As competências do recém-nascido que influenciam o sucesso da primeira mamada são a articulação dos cinco sentidos, com os reflexos primitivos e os comportamentos instintivos (descritos por Widstrom, 2019), sendo que quando existem fatores que interferem nessas competências (como por exemplo, fármacos; como petidina, a interrupção do “circuito” dos comportamentos instintivos devido a rotinas do serviço como exame físico ao RN) poderão determinar um compromisso na capacidade de mamar.

CONCLUSÃO

Concluindo este percurso formativo de crescimento pessoal e profissional, apresentamos um relatório consistente com a aquisição das competências específicas do EEESMO e investigação em enfermagem numa temática de interesse relevante para a prática clínica, baseada na evidência científica mais recente.

Assim, o presente relatório permitiu uma exposição do percurso percorrido, apresentando coincidentemente uma descrição das atividades e intervenções realizadas, assim como, a apresentação do processo de investigação realizado. Todo este processo facilitou o desenvolvimento e aquisição de competências, através de uma reflexão das diferentes intervenções e diferentes situações vivenciadas, incidindo nos momentos mais marcantes e potenciadores de aprendizagem que permitiram o crescimento profissional, que foi possível devido não só aos conhecimentos previamente adquiridos, mas também através da procura constante de informação atualizada e recontextualização dos saberes baseados na evidência mais atual.

A prática baseada na evidência promove o desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo e a melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem prestadas ao casal, tornando a assistência de enfermagem mais humanizada e livre de intervenções desnecessárias, preservando, assim, a autonomia da mulher durante o parto e nascimento.

Desta forma as competências do EEESMO, não se resume apenas aos procedimentos técnicos, mas também na interação com a grávida/parturiente/puérpera e a sua família. Esta capacidade de aquisição de competências e de reflexão sobre as mesmas foi o grande objetivo deste relatório, destes estágios e da formação ao longo do MESMO.

Assim, o relatório documenta o cumprimento dos objetivos que nos foram propostos e descreve o percurso, o que nos permitiu assimilar e desenvolver conhecimentos e competências como EEESMO. Uma vez que este percurso permite o contacto com a gravidez, parto e pós-parto, permite um acompanhamento integral desta transição na vida do casal, caracterizada pela incorporação vasta de mudanças que altera o seu comportamento e redefine a sua identidade.

Ao longo desse percurso foi possível aferir momentos de maior dificuldade, que se tornaram também em momentos de aprendizagem, principalmente no que diz respeito à capacidade de conciliação das vivências pessoais e profissionais com as exigências deste processo, bem como, a adaptação à pandemia de COVID-19, que para além dos ajustes que daí resultaram para todo o mundo, levou também a várias pausas que criaram muitas

quebras ao longo do percurso, bem como, a mudança de campo de estágio do CMIN para o Hospital Pedro Hispano, que apesar da dificuldade inicial da adaptação ao novo serviço, novos enfermeiros e novos protocolos, acabou por ser uma mudança positiva uma vez que neste último praticam contacto pele a pele durante a primeira hora de vida do RN, o que foi positivo para poder observar de perto o tema em investigação.

Tendo sido todos os locais de estágio importantes para o crescimento pessoal e profissional, gostaríamos de fazer uma ressalva à passagem pelo Bloco de Partos no Hospital do Pedro Hispano, visto ter sido o estágio que consideramos mais difícil e desafiante e ao mesmo tempo o mais marcante, com maior aquisição de conhecimentos e crescimento. No início do estágio a adaptação não foi fácil uma vez houve a transferência do CMIN para o Hospital Pedro Hispano, devido ao COVID-19, e ser uma nova adaptação a um novo hospital, novo serviço, novos protocolos, onde nunca antes tínhamos executado por exemplo o exame ginecológico que em comparação com as colegas que tinham realizado o estágio de grávidas com complicações nessa instituição tinham experienciado, tendo sido, desta forma, uma desvantagem à partida. A acrescentar, as duas tutoras no mês inicial tiveram de férias tendo sido confuso ficar numa fase tão primordial com vários enfermeiros, no entanto o mesmo evento aconteceu de novo no final, no entanto aqui a experiência foi completamente diferente, uma vez que no final já havia uma maior solidificação de conhecimentos e autoconfiança e segurança o que permitiu retirar o melhor de cada enfermeira com quem tivemos o prazer de trabalhar e aprender com todas as diferentes formas de organizar a sala de partos, comunicar com o casal, orientar o trabalho de parto e partejar.

Atualmente, conseguimos identificar as etapas essenciais para a aquisição de competências: os conhecimentos prévios, adquiridos nas aulas teóricas e a sua recontextualização; as experiências; a prática; a busca incessante do conhecimento científico mais atualizado e motivação constante.

No presente relatório foi apresentada uma investigação, sob a forma de revisão integrativa da literatura, sobre as competências do RN na primeira hora de vida e a sua relação com a amamentação. Esta pesquisa teve como ponto de partida a necessidade de guidelines atualizadas sobre as intervenções adequadas a adotar nesta temática, através de inúmeras pesquisas em diferentes bases de dados.

Através desta pesquisa, foi-nos possível compreender que o RN desde o primeiro minuto de vida apresenta capacidades cognitivas para se reorganizar de forma a estabelecer ligação entre o movimento do seu corpo com os seus sentidos (visão, olfato, paladar, tato e audição) e, assim, estimular a sua aptidão de autorregulação, acarretando benefícios ao nível do desenvolvimento, emocional e de vinculação.

Conseguimos compreender, também, que aquando o nascimento, o RN passa por vários estadios de comportamento, devendo estes ser considerados como um processo completo constituído por diferentes fases com diferentes durabilidades, em que nenhuma delas é indispensável, tendo todas que ser respeitadas para que tudo possa ocorrer de forma harmoniosa. Assim, no final conseguimos alcançar um melhor estabelecimento da amamentação e uma maior ligação mãe-filho.

Desta forma, idealmente, os pais devem ser educados, durante o período pré-natal, relativamente ao contacto pele a pele, as suas vantagens para a mãe e bebé e como fazê-lo em segurança. Assim, à chegada da unidade de parto, deverá ser feita uma revisão destes conhecimentos, bem como, da compreensão dos comportamentos instintivos do RN e o seu processo em segurança durante o contacto pele a pele, junto da mãe e do pai/acompanhante, que desejam ter esta experiência.

Assim, tendo ambos os pais conhecimento acerca deste procedimento, trás também ao pai sentido de responsabilidade e de inclusão no processo. Desta forma, o pai prioriza o RN e mãe ao invés de ações distrativas como telefonemas, postar na internet, etc, promovendo maior envolvimento e ligação.

Enquanto profissional de saúde, e especialmente enquanto enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, devemos garantir todos os meios para que seja realizado contacto pele a pele seguro, como por exemplo, garantir que a mãe se encontre com roupas de fácil acesso ao peito imediatamente após o parto e confortável após o parto.

Em conclusão, o contacto pele a pele entre a mãe e o RN, durante o intervalo de tempo que for prazeroso para ambos, realizado de forma segura, permite ao RN de adotar comportamentos instintivos que irão ser benéficos para ambos.

De salientar que, o desenvolvimento sensorial tem início ainda na vida intrauterina, devendo este ser estimulado o mais precoce possível, por forma, aquando o nascimento este se encontrar desenvolvido.

Assim, é possível concluir que, de um modo geral, o bebé e a mãe interagem em uníssono, admitindo um carácter dinâmico, no que é melhor para ambos.

Concluimos que, a avaliação neonatal para além de se ter em conta os aspetos físicos e neurológicos, deverá também se incluir a avaliação do comportamento individual e da interação entre ambos, para que os cuidados prestados no pós-natal sejam adequados e personalizados a cada bebé.

Acrescentamos ainda que os RNS deverão realizar contacto pele a pele nas primeiras horas de vida, com tempo, sem pressas, interrupções ou ajustes, deixando a natureza atuar, ficando as rotinas de enfermagem/médicas para secundário.

Deste modo, é possível concluir que é necessária a realização de mais estudos, atualizados e abrangentes, relativamente às medidas de segurança durante contacto pele a pele, para que desta forma este possa ser inserido nas rotinas de todas os serviços de obstetrícia de forma segura e consciente por parte dos profissionais de saúde.

Por conseguinte, podemos concluir que os objetivos a que nos propusemos no início desta jornada foram alcançados com a aquisição das aptidões, competências e atitudes do que está preconizado no regulamento de competências do EEESMO.

Por outro lado, os objetivos anteriormente propostos ao nível da investigação foram, equitativamente, conseguidos, demonstrando os benefícios e a importância de respeitar a primeira hora de vida, de forma a que o RN tenha tempo para passar por todos os estádios do comportamento instintivo.

Para que tudo isto fosse possível foi essencial o apoio incondicional, formação, paciência, destreza, amabilidade, aconselhamento, supervisão e partilha de informação e de experiências das tutoras/orientadoras de estágio, bem como todas as equipas de enfermagem dos locais de estágio que tivemos a possibilidade de passar, que nos auxiliaram a crescer, aprender, adquirir conhecimentos, competências teórico-práticas, habilidades, de maneira a saber identificar, atempadamente, situações de risco, contribuindo e solidificando, desta forma, a paixão pela área de Saúde Materna e Obstetrícia.

Concluímos, assim, que o EEESMO é um profissional de saúde com conhecimentos e competências avançadas, que concebe, planeia, implementa e avalia os cuidados a prestar à mulher e à sua família ao longo do ciclo reprodutivo, com o objetivo de maximizar o seu potencial de saúde.

Parafraseando, Cora Carolina ***“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”***. Assim, concluímos que este processo foi apenas o início de uma longa caminhada de aprendizagem e desenvolvimento para a aquisição de mais conhecimento e competências que nos levará a ser um ESMO de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akkerman, D. et al. (2012). Routine Prenatal Care. *Institute for Clinical Systems Improvement*.

Barbosa, V et al. (2007). Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos de pré-termo. *Revista brasileira de Fisioterapia*, 11 (4) 275-281.

Brimdyr, K. et al. (2015). The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth*, 42.

Colson, S et al. (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*, 84 441-449

Crossetti, M. (2012). Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33 (2), 8-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>

Cunha, M., et al. (2009). Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 13, Sup. 1, p. 146-153.

Dani, C. et al. (2015). Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. *Journal of Human Lactation*.

Enfermeiros, Ordem dos (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa.

Einspieler, Marschik & Prechtl. (2008) Prenatal origin and early postnatal development. *J Psychol*; P. 216:148–54.

Genna, C et al. (2010). Facilitating autonomous infant hand use during breastfeeding. *Clinica Lactation*, Vol 11 15-20.

Graça, M. (2017). - *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição: Lidel.

Guzmán-Juárez, W. et al. (2012). Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex*, Volume 80, n.º 7, p. 461-466.

ICN. (2015). CIPE, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Lecanuët, J et al. (1996). Fetal sensory competencies. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Vol 68, 1-23.

London, M. et al. (2010). Maternal & Child Nursing Care. *Pearson Education*, 4ª edição.

Lowdermilk, et al. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: 7ª Edição Lusodidacta.

Madia, J. et al. (2012) - Apgar score of zero at one minute: Perinatal factors and early neonatal outcomes. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, volume 5, n.º 1, p. 65–70.

Meleis, A., et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. Vol. 376. n.º 9756, p. 1923-58. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>>.

Mendes, et al. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enfermagem*, 17(4), p. 758-764. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720080004000183

Mendez-Gallardo, V. et al. (2013). Odor-Induced Crawling Locomotion in the Newborn Rat: Effects of Amniotic Fluid and Milk. *Wiley Online Library*

Moore E. et al. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Journal of Advanced Nursing Review Summaries: Evidence For Nursing Practice*

Obstetrícia, M. (2011). *Parecer n.º 23/2011: Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera durante o internamento hospitalar*.

OBSTETRICS, I. (2012). GUIDELINES: Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119, pp. 111–116.

Oliveira, A. (2008). *Hipertensão na Gravidez*. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro.

Orfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-Fetal. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: *Lidel*. p. 108-116.

Organization, W. H. (1997). Care in normal birth: a practical guide. *Birth*, p. 121-3.

Pedro, J. (1986). Competências e comportamentos do recém-nascido: modo e significado da sua avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 207.

Raies, C., et al. (2012). Skin to skin contact effects in newborn and their mothers. *Index de Enfermería*, 21, 209-213.

Ricci, S. (2008). *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Santana, L., et al. (2013). Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. dor* [online], vol.14, n.2, pp.111-113. ISSN 1806-0013. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000200007>

Santos, A. et al. (2010). A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. nº 11.

Silva, I. et al. (2018). Neurocomportamento de bebés nascidos de pré-termo, pequenos e adequados para a idade gestacional. *Revista Paulista Pediatria*, 36 (4), 407-414.

Tavares de Souza, M., et al (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein, São Paulo. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102

Widstrom, A. et al. (2019). A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and

intrauterine training of movements. *Medical Hypotheses*, 134. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109432>

Widstrom, A. et al. (2010). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Pediátrica*, 100, 79-85.

Widstrom, A. et al. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Pediátrica*, 108, 1192-1204.

