



2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
2011 / 2012

**Contacto pele a pele Mãe / Recém-nascido
- Benefícios sensíveis aos cuidados do EEESMO -**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientado por
Prof. Teresa Félix

**Discente:
Sílvia Dias Afonso
(nº3817)**

**Lisboa
2013**

“Para se mudar o Mundo há que se mudar a forma de nascer”
(Michel Odent)

O meu obrigado...

A todos os familiares e amigos que percorreram lado a lado neste longo caminho, em especial ao Ricardo, ao Rodrigo e à Maria que respeitaram e toleraram, a distância, o silêncio e os momentos de ausência.

A todos aqueles que, durante o meu percurso, cuidaram, apoiaram e motivaram.

Aos profissionais que fui encontrando – ao longo deste dois anos – e que proporcionaram as melhores experiências, sempre com a dedicação que poderia desejar.

E não podia deixar de registar um obrigado muito especial a todos os casais que me permitiram partilhar e vivenciar o seu maior projeto de vida...o nascimento de um filho.

RESUMO

Relatório realizado no âmbito da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, com a temática central na análise do contacto pele-a-pele (CPP) entre mãe e recém-nascido saudável, mais concretamente os benefícios do CPP sensíveis à prática de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Está evidenciado neste relatório os inúmeros benefícios associados à prática do CPP, nomeadamente no que diz respeito: a adaptação do RN à vida extra-uterina, à vinculação precoce, à implementação e continuidade da amamentação, e à promoção do bem-estar psico-emocional materno.

Relativamente aos contributos dos enfermeiros, ficou evidente que será importante investir-se em algumas áreas fulcrais, ou sejam, na área da educação para a saúde, não só para promover o início do CPP, mas também para garantir a sua continuidade; na defesa do utente e no respeito pela sua tomada de decisão; e na responsabilidade em proporcionar, aos pais, as condições necessárias para a prática do CPPP garantindo o conforto, a proteção da intimidade e a segurança.

A par do CPP estão espelhadas neste relatório, algumas atividades ocorridas ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, e que ocorreram paralela ou convergentemente, com a temática em análise, no sentido de serem desenvolvidas competências do EEESMO durante este período de formação.

ABSTRACT

Report done within the Obstetric and maternal health Specialty, with the central theme in the analysis of skin-to-skin contact (SSC) between mother and newborn health, specifically the benefits of SSC sensitive care practice Specialist Nurse in maternal health and Obstetric Nursing.

Is evidenced in this report, the numerous benefits associated with the practice of its members, in particular as regards: the adaptation of newborn to life outside the womb, early binding, the implementation and continuation of breastfeeding, and the promotion of

psycho-emotional well-being.

With regard to the contributions of nurses, it was evident that it will be important to invest in some key areas, or are, in the area of health education, not only to promote the start of the CPP, but also to ensure their continuity; in defense of the wearer and in respect for his decision; and the responsibility to provide, to the parents, the necessary conditions for the practice of CPPP ensuring comfort, protection of privacy and security.

Alongside this issue of CPP is mirrored in this report, some activities carried out over the various clinical teachings, and that there were parallel or convergent, with the subject under discussion, to be developed powers of EEESMO during this formative period.

SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS	8
0.INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	11
1.1 Finalidade e Objetivos	14
2. PLANO DE TRABALHO.....	16
2.1 Metodologia para a revisão da literatura.....	16
2.2 Metodologia para implementação do projeto	18
2.3 Metodologia para a colheita e tratamento dos dados.....	20
2.4 Aplicabilidade da evidência científica na prática de cuidados	23
3. RESULTADO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO PROCESSO FORMATIVO.....	26
3.1 Descrição dos contextos clínicos.....	26
3.2 Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.....	29
3.3 Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o período pré- natal.....	31
3.3.1 Reflexão sobre as atividades relacionadas com o CPP durante o período pré-natal	35
3.4 Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o trabalho de parto	39
3.4.1 - Reflexão sobre as atividades relacionadas com o CPP durante o trabalho de parto	41
3.5 - Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o período pós- natal.....	50
3.5.1- Reflexão sobre as atividades relacionadas com o CPP durante o período pós-natal	52
4. QUESTÕES ÉTICAS	58
5. QUESTÕES EMERGENTES	62
6. CONCLUSÃO / LIMITAÇÕES	65
Sílvia Dias Afonso.....	6

7. BIBLIOGRAFIA	68
APÊNDICES.....	74
Apêndice I - Modelo teórico de Nanacy Roper.....	75
Apêndice II - Quadro de referência da revisão da literatura.....	80
Apêndice III - Compilação da revisão da literatura.....	89
Apêndice IV - Plano de observação do CPP no Bloco de Partos.....	93
Apêndice V - Atividades planeadas no âmbito do Bloco de Partos.....	95
Apêndice VI - Representação esquemática das notas de campo no Bloco de Partos.....	99
Apêndice VII - Diário de Aprendizagem 1	102
Apêndice VIII - Diário de Aprendizagem 2	106
ANEXOS.....	110
Anexo I - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica	

SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABCF - Avaliação dos batimentos cardíacos fetais
- BP - Bloco de Partos
- CPF - Consulta de Planeamento Familiar
- CPP - Contacto Pele a Pele
- CPPP - Contacto Precoce Pele a Pele
- EC - Ensino clínico
- EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- IVG - Interrupção voluntária da gravidez
- IST - Infecções sexualmente transmissíveis
- LA - Líquido Amniótico
- RN - Recém-nascido
- USF - Unidade de Saúde Familiar
- TP - Trabalho de Parto
- SM - Saúde Materna
- SNS - Serviço Nacional de Saúde

0.INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio no qual ficasse registado uma descrição e reflexão pormenorizadas de todas as atividades por mim desenvolvidas ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, atribuindo maior ênfase ao estágio com relatório. Estágio esse, realizado no bloco de partos de um hospital público da região da Lisboa, de 27 de Fevereiro a 27 de Julho do presente ano.

A execução deste relatório de estágio foi alicerçada num projeto de estágio, realizado previamente, que norteou as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos nas diferentes áreas de intervenção: cuidados de saúde primários, puerpério, vigilância materno-fetal e neonatologia. Contudo, o projeto em causa, foi estruturado para privilegiar as aprendizagens inerentes ao bloco de partos (BP), no qual houve maior disponibilidade temporal para a implementação do mesmo.

A partir do momento em que ficou definido que o projeto seria desenvolvido no âmbito do estágio no BP, procurei refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem que é, atualmente - e também futuramente - necessária para quem trabalha num serviço com especificidades e necessidades muito próprias, como é o caso do BP.

Ter a capacidade para refletir sobre a prática de cuidados e sobre o saber científico é imprescindível para alcançar a excelência do cuidar. Por isso, e como ponto de partida para a realização do projeto de estágio, foi necessário um período de reflexão sobre a minha prática e experiência profissional, e de como é que a minha ação, enquanto enfermeira e pessoa, poderia contribuir positivamente para a prestação de cuidados à mulher e recém-nascido, integrados na família e na comunidade.

Perante o desafio de responder às competências exigidas para a formação de 2º Ciclo (Bolonha) decidi apresentar neste relatório o projeto que, aquando da realização de cada EC, permitiu:

- Analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática da enfermagem obstétrica;
- Refletir e questionar as práticas existentes e paradigmas ao nível da enfermagem

obstétrica, mais concretamente com o que se relaciona com o nascimento de um novo indivíduo;

- Mobilizar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, na prática clínica de quem cuida da mulher e do recém-nascido.

Os objetivos específicos que orientaram a concretização deste relatório foram:

- Reflectir e descrever pormenorizadamente as atividades desenvolvidas no âmbito dos diferentes ensinamentos clínicos e no estágio com relatório;
- Apresentar a evidência da investigação que sustentou a minha tomada de decisão na resolução dos problemas e no desenvolvimento de intervenções de enfermagem;
- Descrever e discutir os resultados obtidos, sustentados do ponto de vista conceptual;
- Descrever e analisar as questões éticas que se colocaram ao longo do estágio e qual a forma de abordagem.

Seguindo uma metodologia descritiva, estruturei este relatório de estágio em cinco capítulos distintos - embora intimamente relacionados - por forma a facilitar a compreensão do percurso desenvolvido.

No primeiro capítulo, dedicado à identificação e caracterização da problemática clínica em estudo, será apresentada a sustentação teórica dessa problemática, ancorada num paradigma de enfermagem e na revisão sistemática da literatura (capítulo 1).

Segue-se um capítulo dedicado à descrição do plano de trabalho, no qual ficará explícita, a metodologia de trabalho utilizada para alcançar a finalidade e os objetivos propostos para este trabalho (capítulo 2).

O terceiro capítulo ficará reservado para a descrição e discussão dos resultados obtidos das atividades implementadas no âmbito do processo formativo, bem como, o seu contributo para o desenvolvimento profissional e para o avanço da enfermagem e dos cuidados de saúde (capítulo 3).

No capítulo 4 serão descritas e analisadas as questões éticas que se colocaram ao longo do estágio e o modo como foram abordadas. Seguido de um capítulo dedicado à discussão de questões consideradas emergentes, e à apresentação de algumas sugestões, não só para a prática de cuidados, mas também, para futuros trabalhos de investigação, que possam contribuir para o desenvolvimento e continuidade da temática em estudo (capítulo 5).

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Ao longo da minha experiência profissional na área do puerpério e bloco de partos, confrontei-me com várias situações que, na minha perspectiva, poderiam colocar em causa conceitos essenciais no atendimento ao parto normal.

Hoje é globalmente aceite que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) pode assumir, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou sejam, todas as situações em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo de vida da mulher (OE, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros a mulher, no âmbito das competências específicas do EEESMO e do ciclo reprodutivo, é definida como: “entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se” (OE, 2011, p.2).

Acrescenta-se ainda que a mulher “deve ser entendida numa perspectiva individual como pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve...” (OE, 2011, p.2).

Esta visão, da individualidade e da independência nos comportamentos e na tomada de decisão, associada à necessidade constante que cada indivíduo tem de desempenhar as suas atividades de vida, gera um enorme campo de ação para os enfermeiros. Como tal, os cuidados de enfermagem podem ser orientados “para o ensino de saúde, para promoverem e manterem a saúde, para evitarem a doença e promoverem a reabilitação” (Roper, 1996, p.24).

Na verdade, na linha de pensamento de Roper, não será possível focalizarmo-nos nas atividades de vida, sem termos em consideração as necessidades humanas que estão na sua base. Esta é a essência da escola das necessidades onde assenta o seu modelo de enfermagem, e que está desenvolvido no apêndice I.

Genericamente, estes são os princípios que justificam o facto de ter adotado o

modelo de enfermagem de Nancy Roper como linha orientadora do meu pensamento. Desde sempre, acreditei que a utilização deste modelo no meu projeto, iria contribuir, não só, para a compreensão do conhecimento necessário na prática de enfermagem, como também para a compreensão da própria prática.

É evidente que num trabalho de parto (TP) todas as fases, todos os momentos, todos os segundos, são importantes e especiais mas, da minha percepção, considero – como também é defendido por Roper - que um dos momentos mais importantes será mesmo o nascimento. O nascimento é o momento em que o recém-nascido começa a desempenhar imediatamente algumas atividades de vida essenciais para a sua sobrevivência, e que se não forem garantidas podem colocar em causa o seu bem-estar.

Segundo Roper (1995), o nascimento é o evento que marca o início das etapas de vida, e o EEESMO, que a autora interpreta como *parteira*, tem o privilégio de partilhar com os pais esta experiência tão importante. Nesse momento, o RN é “separado” da mãe para iniciar a sua existência como ser humano independente, com as suas próprias necessidades humanas básicas, e com atividades de vida para desempenhar.

Apesar da autora em análise fazer questão de ressaltar, por um lado, a individualidade do RN em relação à sua mãe, por outro, não deixa de explicitar o grau de dependência do mesmo para o desempenho dessas mesmas atividades de vida.

Na verdade, é importante salientar o facto de o momento do nascimento, ser em si mesmo, uma etapa de vida, não só para o RN mas também para os seus pais. É uma etapa na qual a tríade (mãe, pai e recém-nascido) tem oportunidade de desempenhar as suas atividades de vida, determinantes para o bem-estar da díade (mãe e RN).

“...os primeiros momentos da vida após o nascimento são vitais e, também aqui, as parteiras desempenham um papel vital. Elas asseguram, por exemplo, que a atividade de vida respirar é satisfatoriamente estabelecida, que existe uma oportunidade imediata para a comunicação entre mãe e o bebé, que o bebé está enxuto e quente para evitar problemas com a atividade de vida de controlar a temperatura corporal; e tão essencial para a vida é a atividade de comer e beber que a parteira pode encorajar a mãe a dar de mamar ao seu bebé (aleitamento materno) muito antes do nascimento.” (Roper, 1995, p.48).

Esta descrição da autora, relativamente às funções da “parteira”, que em Portugal se designa EEESMO, é coincidente com o que se preconiza como procedimentos essenciais no apoio à adaptação do RN à vida extra-uterina.

Da pesquisa bibliográfica realizada constatou-se que a prática do CPPP entre a mãe e o RN cria um ótimo ambiente para o ajudar a adaptar-se à vida extra-uterina, na medida em que, muitas são as atividades de vida que são influenciadas e beneficiadas pela sua realização (Monteiro [et al], 2006).

Mas o que se entende por CPPP?

É concensual para vários autores (apêndice III), que o contacto precoce pele a pele significa colocar o bebé, despido, em contacto direto com o tórax da mãe, imediatamente após o nascimento.

Ao longo do trabalho terei oportunidade de aprofundar de que forma é que o CPPP pode ter um papel determinante no nascimento da criança e na garantia do seu bem-estar – informação que resulta da revisão sistemática da literatura.

Como tal, e por estar convicta do real contributo que o CPPP tem para o bem-estar materno e do RN, decidi desenvolver esta temática no meu projeto de estágio. Para tal, procurei analisar exaustivamente o conhecimento que se tem produzido acerca desta temática, e na qual fundamentei a minha tomada de decisão e prática de cuidados.

Na sequência do que já foi descrito anteriormente, será sempre possível afirmar que muitos são os benefícios associados ao contacto precoce pele-a-pele. Contudo, neste relatório darei maior destaque à influência do contacto precoce na adaptação do RN à vida extra-uterina, na vinculação entre mãe-filho, e no sucesso do aleitamento materno.

Por isso, procurei não centralizar este projeto exclusivamente no estágio de bloco de partos, pois sempre acreditei que a chave para o sucesso do CPPP está na sua promoção. Promoção esta, que será tanto ou mais eficiente, quanto maior for o investimento durante o período pré-natal. Na verdade, é neste período que surge a possibilidade de se fazer uma primeira abordagem à temática do contacto pele-a-pele (Matos [et al], 2009).

Uma etapa fundamental de qualquer projeto é converter as necessidades de informação numa determinada questão focalizada (Craig, 2004). E neste caso, a própria definição de CPPP fez despoletar em mim a necessidade de informação sobre qual seriam

os benefícios do CPPP sensíveis à prática de cuidados de enfermagem.

Segundo o mesmo autor, e numa abordagem que visa incorporar a melhor evidência na tomada da decisão, é a questão inerente à prática de cuidados que deverá orientar cada um dos passos subsequentes do processo de investigação. O autor salienta ainda que, há três razões chave para precisar as questões, nomeadamente: facilitar a pesquisa da evidência relevante, possibilitar a triagem da melhor evidência e ajudar a decidir se a evidência é aplicável à nossa população-alvo.

Um método útil para formular questões de pesquisa, que sejam mais focalizadas, é o esquema de referência PICO (população, intervenção, comparação da intervenção, resultados).

A formulação da questão de pesquisa permitiu, numa fase inicial, nortear a construção do projeto de estágio, e posteriormente, definir a temática em estudo neste relatório, ou seja: **“Quais os benefícios do contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido saudável sensíveis à prática de cuidados do EEESMO?”**

Através da formulação da questão de pesquisa foi possível definir os conceitos sobre os quais incidiu a investigação da temática em estudo:

População (P): a mãe e o recém-nascido saudável;

Intervenções (I): prática de cuidados do EEESMO;

Comparações (C): - não é aplicável para esta questão de pesquisa- ;

Resultados (O): benefícios do contacto pele-a-pele.

1.1 Finalidade e Objetivos

A principal finalidade deste projeto, e resumindo o que já foi escrito anteriormente, recai na necessidade de procurar evidência científica que suporte a prática de cuidados ou uma mudança da mesma, bem como desafiar os enfermeiros EEESMO, profissionais de excelência na área do cuidar, a reconhecerem a importância de se interrogarem sobre a sua prática.

Os objetivos que me propus desenvolver, no âmbito deste projecto/relatório de estágio, são:

- Contribuir para a tomada de decisão autónoma e independente, através de ações

de educação para a saúde à mulher/casal, no período pré-natal;

- Identificar quais as estratégias/intervenções do EEESMO para promover a prática do CPPP;

- Apoiar a mulher na realização do CPPP, após o seu consentimento informado;

- Contribuir para a melhoria da prática profissional do CPPP através de ações de formação em serviço, com base na evidência científica;

- Compreender se a mãe identifica o CPPP como um procedimento essencial para o RN desempenhar algumas atividades de vida após o nascimento;

- Reconhecer e validar o contributo efetivo do CPPP para o desenvolvimento de algumas atividades de vida, tais como: manutenção do ambiente seguro, de comunicação, de alimentação, de respiração, de manutenção da temperatura corporal e do sono;

- Promover a continuidade do CPP após a alta hospitalar;

- Identificar quais as intervenções do EEESMO, no período pré-natal, utilizadas para capacitar a mulher para a tomada de decisão autónoma e independente aquando da realização do CPP.

Pretendo também, identificar que tipo de ações de enfermagem, no âmbito da educação e promoção da saúde, e no âmbito da prática do CPP, podem contribuir para promover a individualidade/independência da díade – e quando possível da tríade – na realização do contacto pele-a-pele.

2. PLANO DE TRABALHO

Segundo Craig e Smyth (2002, p.4), a prática baseada na evidência não significa somente “ fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito “bem” – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos. Contudo, a identificação da melhor evidência exige uma compreensão dos princípios básicos na pesquisa da literatura de investigação.

Segundo Burns e Grove (2003), citados por Fortin (2009), a revisão da literatura é indispensável para uma definição do problema, e para ter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para a construção do saber.

2.1 Metodologia para a revisão da literatura

Após ter precisado o tema do meu estudo, fiz uma revisão inicial da literatura que me permitiu familiarizar com o processo de pesquisa documental, com vista a explorar o tema.

Contudo, para a análise da prática clínica e produção de conhecimento, inerentes ao desenvolvimento do meu percurso formativo, propus-me executar uma revisão sistematizada da literatura, que embora não sendo sistemática - pois não esgotei todas as bases de dados disponíveis - utilizei o modelo de pesquisa de uma revisão sistemática.

Pretendi, com a revisão sistematizada da literatura, a compilação do conhecimento baseado na evidência científica, por forma a permitir construir uma mudança na prática de cuidados com base na melhor evidência possível.

Segundo Fortin, são vários os objetivos de uma revisão da literatura, mas eu destacaria um pela sua utilidade neste projecto: “*Permite distinguir a teoria que melhor explica os factos observados, discernir sobre os conceitos que os designam e destacar as relações entre estes conceitos.*” (Fortin, 2009, p.86).

A mesma autora defende um conjunto de etapas para a estratégia de investigação documental: 1) enunciar a questão de pesquisa; 2) destacar os conceitos sobre os quais

incidirá a investigação; 3) escolher as palavras-chaves; 4) aplicar os operadores booleanos e 5) proceder à pesquisa com a ajuda de um servidor em linha.

A questão de pesquisa, formulada através do esquema PICO e os conceitos que nortearam a investigação da minha temática, ficaram descritos no capítulo anterior (cap.1).

Após ter estabelecido as componentes chave da questão de pesquisa, foi necessário geral uma lista de descritores para cada um destes componentes:

População (P): mãe (*mother*) ; recém-nascido saudável (*healthy newborn*)

Intervenções (I): sala de Partos (*delivery room*) ; EEESMO (*Midwife*) ; promoção da saúde (*Health Promotion*)

Comparações (C): - não é aplicável para esta questão de pesquisa- ;

Resultados (O): contacto precoce (*early contact*) ; benefícios do contacto pele-a-pele (*skin-to-skin contact*)

Para a pesquisa informatizada foram consultadas as bases de dados EBSCO HOS que contêm detalhes de uma vasta gama de artigos periódicos: CINAHL e MEDLINE.

Uma vez geradas as listas de palavras separadas, a partir da questão PICO, foram combinadas as diferentes palavras através dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Contudo, no processo final, só foram utilizados os dois descritores representados no quadro seguinte, uma vez que, a utilização de qualquer outro descritor limitava muito o número de artigos apresentados, o que resultava na eliminação de artigos com potencial interesse.

Search ID#	Search Terms	Search Options	Results
S3	S1 and S2	Limiters - Full Text; Published Date from: 20050101-20111231 Search modes - Boolean/Phrase	68
S2	newborn	Search modes - Boolean/Phrase	633869
S1	skin to skin contact	Search modes - Boolean/Phrase	378

Os critérios de inclusão definidos, para a obtenção dos artigos de investigação nas bases de dados foram: o documento original estar disponível sem limitações ou custos adicionais, e ter data de publicação superior ao ano de 2005, por forma a reunir informação científica mais atualizada.

Após concluída a pesquisa da informação, que resultou em 68 artigos, procedi à seleção dos estudos de investigação para análise. Considerei os artigos que abordavam assuntos análogos ao tema em estudo e que tinham sido realizados sobre o mesmo género de população, e para tal, utilizei para a seleção, a análise do título e o resumo de cada artigo, o que resultou numa seleção de **16 artigos**.

O aporte teórico resultante da revisão da literatura - que está representado de forma organizada e detalhada no apêndice II - sustentou a minha prática de cuidados, no âmbito de todo o meu processo formativo, e simultaneamente, permitiu-me desenvolver adequadamente as competências propostas para cada ensino clínico.

2.2 Metodologia para implementação do projeto

Para a implementação e viabilização do projecto delineado inicialmente foi necessário que, em cada ensino clínico, tivesse havido um envolvimento de todos os enfermeiros que constituíam a equipa de trabalho.

Numa fase inicial da concretização do projeto, propus-me fazer uma apresentação da temática em estudo através da construção de um folheto. Contudo, por considerar, à posteriori, que o folheto poderia se tornar algo impessoal, decidi fazer uma apresentação informal nos diferentes ensinos clínicos e, simultaneamente, englobei a temática do CPP em todos os projetos de aprendizagem norteadores de cada EC.

Para colocar em prática a implementação do projeto, planeei e desenvolvi um conjunto de atividades que serão descritas e fundamentadas no capítulo seguinte (capítulo 3). As atividades implementadas em cada EC foram sempre fundamentadas com base nos resultados da revisão sistematizada da literatura, e naturalmente, foram traçadas no sentido de dar resposta à finalidade e aos objetivos definidos inicialmente (capítulo 1).

Ter um plano inicial de como pretendia conduzir este projeto foi útil, não só para a definição de cada uma das atividades que me propus desenvolver, mas também para a recolha de informação.

O delineamento das atividades esteve assente nos dois pilares importantes de todo este trabalho, ou sejam, a revisão da literatura e o referencial teórico de enfermagem que norteou a minha prática de cuidados.

Eu sabia à priori que, e segundo o que é entendido por Roper, no momento do nascimento, e no período pós-natal, mãe e RN vivenciam uma nova etapa das suas vidas, na qual está implícito o desempenho de algumas atividades de vida que garantam a autonomia da mãe, seja no autocuidado ou nos cuidados ao RN, e algumas atividades que garantam a própria sobrevivência do RN, que nesta fase apresenta um elevado grau de dependência para o desempenho da maioria das suas atividades de vida.

Por outro lado, e de acordo com o que está descrito na revisão da literatura, o contacto CPP induz inúmeras alterações fisiológicas e emocionais que beneficiam a mãe e RN após o nascimento, e como tal, a integração do CPP nos cuidados de enfermagem, pode ser um óptimo contributo para apoiar mãe e RN no desempenho das suas AV.

No entanto, com a elaboração deste relatório pretendo identificar quais os benefícios do CPP, que dependem direta ou indiretamente da prática dos cuidados de enfermagem no estágio pré-natal, no nascimento e na primeira infância¹, e de que forma é que essa prática pode contribuir para o estabelecimento desses benefícios.

A primeira infância – etapa de vida descrita do modelo de enfermagem de Nancy Roper - , é uma etapa com especial relevância para o tema em análise, pois é nesta etapa que se dará início e continuidade ao CPP. Para Roper (1995, p.48), esta etapa, que se prolonga até ao primeiro ano de vida, inicia-se com os “primeiros momentos da vida após o nascimento”, nos quais as *parteiras* desempenham um papel de grande relevância:

“Elas (parteiras) asseguram, por exemplo, que a atividade de vida respirar é satisfatoriamente estabelecida, que existe oportunidade imediata para a comunicação entre a mãe e o bebé, que o bebé está enxuto e quente para evitar problemas com a atividade de vida de controlo da temperatura corporal; e tão essencial para a vida é a atividade de comer e beber que a parteira pode encorajar a mãe a dar de mamar ao seu bebé (aleitamento materno) muito antes do nascimento. Ajudar a mãe a aprender a alimentar e cuidar do seu bebé é uma preocupação importante para a enfermagem pós-natal, depois de o bebé ser totalmente dependente da mãe no que respeita a todas as atividades de vida.” (Roper, 1995, p.48).

Por estar consciente da transversalidade do tema em análise, procurei incorporar a

¹ Etapas de vida definidas por Roper (1995, p. 48)

temática do CPP em todos os projetos de aprendizagem desenvolvidos em cada EC e no estágio com relatório, ao longo do meu processo formativo. Conseqüentemente, procurei desenvolver atividades direcionadas, não só para a identificação dos benefícios associados à prática do CPP, mas também para a sua promoção, na ótica da melhoria dos cuidados de enfermagem.

2.3 Metodologia para a colheita e tratamento dos dados

Após a identificação dos conhecimentos e das orientações que fundamentam a prática de uma enfermagem individualizada² foi necessário, antes da implementação e da avaliação das intervenções, definir como se processaria o “exame”, expressão utilizada por Roper que engloba: a recolha de informação da pessoa, a revisão da informação colhida, a identificação dos problemas e a identificação das prioridades.

O “exame” constitui assim uma parte da enfermagem individualizada e é essencial para o próprio processo de enfermagem. No entanto, e tal como é defendido por Roper (1995), estive sempre consciente que a principal fonte de informação sobre a pessoa seria a própria pessoa, e que seria tanto mais provável a quantidade e qualidade de informação fornecida, quanto melhor a ligação que eu conseguisse estabelecer com essa mesma pessoa. Esta ligação/relação, associada à informação recolhida, foi fundamental na aquisição de competências – específicas do EEESMO - que me permitissem realizar o diagnóstico precoce de situações problemáticas e, conseqüentemente, prevenir complicações na saúde da mulher, nos diferentes estadios do seu ciclo reprodutivo.

O “exame” que procurei realizar para a colheita de informação teve como objetivo registar dois tipos de informação: os dados de saúde e biográficos do individuo e os dados relacionados com o desempenho das suas atividades de vida.

Durante a prestação de cuidados foram utilizados como métodos de colheita de dados: a entrevista não estruturada, a observação participante, e os dados presentes no processo clínico que complementaram a informação colhida, e que, à semelhança do descrito anteriormente, foram úteis não só para o diagnóstico precoce e prevenção de

² Conceito do modelo teórico de Roper (1995, p.62)

complicações, mas também para o planeamento e implementação de intervenções dirigidas à mulher e RN. Atividades estas, que são transversais às diferentes competências do EEESMO descritas nos regulamento das competências específicas do EEESMOG.

A entrevista não estruturada é um método considerado útil na colheita de informação, na medida em que, permite examinar os conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como ele é percebido pelos participantes, e serve de complemento a outros métodos de colheita de dados. (Fortin, 2009) Este tipo de entrevista foi utilizada nos vários contextos clínicos, sempre que surgia, ou que se criava, a oportunidade de abordar a temática do CPP. Os testemunhos mais relevantes foram registados como notas de campo e serão apresentados, sempre que considere pertinente, no capítulo destinado à análise dos resultados (capítulo 4).

Durante o ensino clínico de bloco de partos privilegiei como colheita de dados a **observação participante** que, segundo Bouchard e Cry (1998) citados por Fortin (2009), é uma observação “livre” na qual o observador recolhe informação sobre comportamentos, no momento que considere oportuno. Para tal, tive que investir numa boa integração e adaptação ao contexto de estágio, para que fosse possível observar as intervenções do EEESMO que contribuem para o CPPP, e simultaneamente para participar enquanto prestadora de cuidados à grávida/parturiente/puérpera/RN. Com este método de recolha de informação procurei “examinar” (observar) a forma como mãe e RN desempenhavam as suas atividades de vida, de forma a desenvolver atividades/intervenções, que me permitissem a aquisição de competências relacionadas com o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, sendo que, os cuidados dirigidos ao RN só podem ser aplicados nos dois últimos estádios do TP.

Para esta recolha de dados relacionada com a prática do CPP no bloco de partos, foi necessário elaborar previamente um plano de observação, construído com base na informação recolhida da revisão da literatura (Apêndice III), e que permitiu planear, previamente, o que devia ser observado e anotado (Apêndice IV).

A informação recolhida destes métodos de colheita de dados culminou na construção de notas de campo.

As notas de campo são uma forma de descrição objetiva e cronológica dos eventos

e diálogos decorrentes de uma interação / observação. Representa em si mesmo, um instrumento de colheita de dados, no qual pode constar: a descrição de cada indivíduo, a reconstrução dos diálogos, a descrição dos locais, a descrição de eventos especiais, a descrição das atitudes/comportamentos das pessoas observadas e dos comportamentos e sensações vivenciadas pelo próprio observador.

As notas de campo foram feitas ao longo das diferentes interações e experiências vividas, e culminaram em registos informais. Não se procedeu à análise de conteúdo dos dados colhidos, porque não foi considerado como objetivo para este relatório de estágio.

No entanto, embora os dados não tenham sido submetidos a análise de conteúdo, as notas de campo possibilitaram a análise e interpretação objectiva e cronológica dos eventos e diálogos decorrentes da interação com a mulher enquanto grávida e puérpera. E na verdade, sem a informação resultante da prática clínica não teria sido possível fazer a confrontação com a informação resultante da revisão da literatura e a reflexão, possibilitando retirar as conclusões necessárias para a evolução dos cuidados de enfermagem.

Ao longo dos ensinamentos clínicos as notas de campo foram sendo registadas numa folha de excel criada para o efeito. Neste documento, procurei que ficasse registado o conhecimento dos pais relativamente ao CPP e aos benefícios que lhe estão associados, as sensações/sentimentos resultantes das experiências vividas, e a minha observação dos cuidados de enfermagem promotores da prática do CPP.

Os relatos verbais da mãe/pai/casal foram sendo anotados de forma informal no respetivo documento. Contudo, os relatos que considerei mais relevantes e pertinentes, foram transcritos no desenvolvimento deste relatório (ver, p.47 e p.54).

Perante a complexidade e quantidade de dados recolhidos no estágio de bloco de partos, e com o objetivo de facilitar a sua leitura e interpretação, elaborei uma representação esquemática que permite uma análise global da informação recolhida, apresentada no apêndice VI.

2.4 Aplicabilidade da evidência científica na prática de cuidados

O processo de cuidados de saúde baseados na evidência apoia-se em cinco etapas chave (Craig, 2004):

- Converter problemas de cuidados de saúde em questões focalizadas de cuidados de saúde. Como é o exemplo da adaptação do RN à vida extrauterina e o CPPP.
- Pesquisar a melhor evidência possível. Que foi feita através da revisão da literatura.
- Apreciar criticamente a evidência recuperada. Que será feito no momento oportuno.
- Implementar a evidência. Que será apresentado no capítulo 3, dedicado à descrição das atividades implementadas.
- Fazer auditoria à implementação, ou seja, fazer uma avaliação das intervenções de enfermagem após a implementação de estratégias utilizadas para a mudança da prática de cuidados. Que será apresentado no capítulo 4, dedicado à apresentação dos resultados.

Neste trabalho a evidência científica foi o ponto central e comum a todas as fases do projecto. O conhecimento, baseado na evidência científica, esteve sempre presente ao longo do planeamento e implementação deste projeto, e o seu contributo refletiu-se na forma como foram planeadas as atividades, na forma como desenvolvi a minha prática de cuidados e também, na forma como procurei envolver os profissionais na mudança da prática de cuidados, com o sentido e o objetivo de garantir uma prática baseada na evidência.

Numa fase inicial, e visto que o CPP ainda não é um procedimento praticado em todas os serviços de saúde, procurei preparar-me para uma eventual confrontação com práticas de cuidados que não correspondessem ao que é preconizado pela evidência científica, quer na promoção, quer na implementação do CPPP.

Contudo, sustentei a minha linha de atuação em consonância com a linha de entendimento de Roper, em relação ao papel vital das “parteiras” nos primeiros momentos de vida do RN.

A evidência, suporta o conceito de CPP, como um procedimento importante, através do qual, o EEESMO pode mobilizar algumas das competências preconizadas pelo regulamento das competências (Anexo I), nomeadamente:

- **Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal** (H2.1). Neste âmbito o CPP pode ser mobilizado como contributo na preparação completa para o parto e parentalidade responsável (H2.1.7), bem como para a promoção do aleitamento materno (H2.1.8).

- **Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina** (H3.1). Nesta área o CPP pode ser mobilizado como contributo na promoção do conforto e bem-estar da mulher (H3.1.3); na promoção da vinculação mãe/pai/RN (H3.1.4); na promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno (H3.1.5); bem como, na prevenção e controlo da dor (H3.1.6).

- **Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal** (H4.1). Neste campo de ação o CPP pode contribuir para a promoção e apoio ao aleitamento materno (H4.1.4); para a promoção e apoio à adaptação pós-parto (H4.1.5); bem como, para a promoção da saúde mental na vivência do puerpério (H4.1.6).

O suporte teórico, consequente da revisão sistemática da literatura, constituiu um forte alicerce nas estratégias utilizadas para a mudança da prática de cuidados. Estratégias essas, que incidiram em dois tipos de abordagem: uma formal, através de formação em serviço, e uma informal, utilizada na interação ocasional com cada profissional. Em ambas as situações, o intuito seria partilhar e discutir o que é recomendado pela evidência científica. Conforme descrito no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Anexo I), as competências do enfermeiro especialista, seja qual for a área da especialidade, “ *também envolve a educação dos clientes e dos pares,...e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem*”.

A maioria das pessoas – neste caso, profissionais de enfermagem – concorda que os cuidados de saúde baseados na ciência devem ser uma realidade mas, muitas vezes, faltam subsídios para se conseguir as mudanças de comportamento necessárias (Craig e Smyth, 2004).

E, como é óbvio, neste projecto, também era espectável confrontar-me com alguma

resistência à mudança, por parte de alguns profissionais de saúde. No entanto, em vez de assumir a resistência encontrada como uma limitação do trabalho, estava disposta a aceitar essa condicionante como um desafio a que me proporia a ultrapassar.

Relativamente à evidência científica encontrada, esta está apresentada sobe a forma de uma quadro de referência da revisão da literatura (Apêndice II), resultante da análise dos artigos de investigação analisados, e num quadro de compilação da evidência encontrada (Apêndice III).

A confrontação da evidência científica com os dados recolhidos será analisada detalhadamente nos capítulos subsequentes. No entanto, posso desde já reforçar que os benefícios associados ao CPP, que foram possíveis observar, vão ao encontro do que está descrito na literatura. Contudo, ainda ocorrem algumas lacunas/imprecisões no que diz respeito à promoção e prática do CPP nos diferentes serviços de saúde.

3. RESULTADO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO PROCESSO FORMATIVO

Este capítulo foi dedicado à descrição e reflexão das atividades desenvolvidas no decorrer dos diferentes ensinamentos clínicos e, para facilitar a respetiva análise e compreensão, a sua descrição foi organizada de acordo com as competências atribuídas ao EEESMO, descritas no respetivo **Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (Anexo I)**. Este documento, com a respetiva catalogação de cada competência, será utilizado para enquadrar as atividades desenvolvidas com as respetivas competências.

Esta opção, na forma como foi estruturada a descrição das atividades desenvolvidas, é justificada pelo facto de considerar que, a problemática em análise – o **CPP entre mãe e recém-nascido** – é transversal a todas as etapas da parentalidade e, simultaneamente, enquadra-se no âmbito da maioria das competências do EEESMO. Contudo, por considerar relevante para o meu processo formativo, também analisei as atividades que me permitiram adquirir outras competências, embora não aplicáveis à temática em estudo.

3.1 Descrição dos contextos clínicos

O **ECI**, dedicado aos cuidados à mulher e RN durante o período pós-natal, foi realizado no serviço de Obstetrícia e Ginecologia de um hospital privado da região de Lisboa. O serviço em causa, tem uma particularidade – quanto a mim negativa - na medida em que, os cuidados à mulher e ao RN são prestados por equipas de profissionais distintas. Ou seja, os cuidados à puérpera são prestados pela enfermeira do internamento de puerpério e os cuidados ao RN são da responsabilidade da enfermeira afeta à Unidade de Neonatologia – unidade esta que está inserida no próprio serviço de obstetrícia, o que contraria a lógica da prestação de cuidados centrados na família.

O **EC II**, dedicado aos cuidados à mulher com patologia do foro ginecológico, foi realizado no hospital público da mesma região. No entanto, a população alvo deste serviço não se centrava somente nos cuidados à doente com patologia ginecológica, mas também nos cuidados à mulher após realização de IVG, que era efetuada no serviço de urgência obstétrica deste hospital.

Embora o EC II não tenha tido qualquer nível de aplicabilidade para a temática em estudo, a experiência adquirida foi de extrema relevância e pertinência para o meu desempenho no serviço de urgência ginecológica, e para o desenvolvimento/aquisição de competências específicas nesta área de atuação.

O **EC III**, dedicado aos cuidados de saúde primários dirigidos à mulher em todo o seu ciclo de vida, desde a menarca (início do período fértil) até à transição e adaptação à menopausa, foi realizado numa unidade de saúde familiar (USF) localizada no distrito de Lisboa. Na altura em que desenvolvi este EC, esta unidade tinha apenas uma EEESMO que estava responsável pela consulta de planeamento familiar, consulta de vigilância pré-natal e consulta de revisão pós-parto. No entanto, durante a realização do EC, esta metodologia estava a ser substituída em detrimento da implementação do conceito de enfermeiro de família e, como tal, tive a oportunidade de assistir ao seu processo de transição.

A grande mais valia de assistir a esta transição foi perceber o quanto é difícil, para os próprios enfermeiros, a mudança para uma nova forma de desenvolver as suas atividades, embora todos estivessem convictos dos reais benefícios relacionados com essa mudança. É um facto incontestável a mais valia associada à possibilidade de a “enfermeira de família” acompanhar o estado de saúde de todos os membros do agregado familiar em todas as etapas de vida, bem como garantir a independência de cada um desses membros no desenvolvimento das suas atividades de vida, tendo em conta o contexto familiar em que estão inseridos.

O **EC IV**, dedicado à vigilância materno-fetal em situação de vigilância pré-natal, foi realizado no serviço de medicina materno-fetal de um hospital público, que por coincidência, é o hospital de referência da unidade de saúde familiar na qual foi desenvolvido o EC III. No serviço de medicina materno-fetal, os cuidados são dirigidos a doentes em situações clínicas distintas, ou sejam, as grávidas que estão a vivenciar

gravidezes de risco e as grávidas sujeitas a internamento hospitalar para indução farmacológica do trabalho de parto.

O **EC V** – dedicado aos cuidados ao recém-nascido, foi realizado numa UCIN de um hospital também da região de Lisboa. Esta é uma unidade com capacidade para cinco incubadoras e com um rácio de dois enfermeiros por turno, sendo que nenhum deles tem a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. É uma UCIN que prima pela relação de proximidade que consegue estabelecer com os pais, e pela forma como fomenta a proximidade entre os pais e o RN. Os pais têm a oportunidade de estarem junto do RN durante as vinte e quatro horas do dia e, durante esse período, é incentivada e estimulada a sua participação nos cuidados ao RN.

O **estágio com relatório** foi desenvolvido na Urgência Obstétrica/Bloco de Partos do mesmo hospital. Este serviço tem a particularidade de poder contribuir para a aquisição das competências desenvolvidas ao longo dos anteriores ensinamentos clínicos.

As competências específicas do EEESMO que foram exploradas, no âmbito da finalidade e objetivos propostos (cap.1) para este relatório de estágio, foram:

1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.
4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.
5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.
6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

3.2 Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

As atividades desenvolvidas no âmbito da consulta de planeamento familiar (CPF) - e também na consulta de revisão pós-parto - foram implementadas na USF. As atividades realizadas, norteadas pela competência (H1) preconizada no regulamento das competências do EEESMOG (Anexo I), possibilitaram o desenvolvimento de competências que me capacitaram para a promoção da saúde da mulher, no âmbito da sua saúde sexual e do seu planeamento familiar.



Relativamente às atividades dirigidas à mulher/família no período pré-concepcional, não tive a oportunidade de desenvolver este tipo de atividades, visto que, esta consulta não estava implementada no contexto clínico em questão. Para colmatar esta lacuna, as informações mais relevantes – referentes a esta temática – foram integradas nas ações de educação para a saúde implementadas no âmbito da consulta de planeamento familiar.

Neste período, em análise, as ações de educação para a saúde ganharam especial relevância, pois estava ciente de como era importante conseguir uma adequada compreensão e adesão da pessoa ao método anticoncepcional por si escolhido. Para tal, foi fundamental que cada a mulher fosse devidamente informada sobre os diferentes métodos anticoncepcionais disponíveis na comunidade e quais as características e particularidades de cada um deles. Isto para que, não só pudesse fazer a sua escolha de forma independente – e mais adaptada às suas necessidades/expetativas - mas também para que, ficasse independente na toma/manipulação do respetivo método anticoncepcional.

Considero que estas medidas, juntamente com a disponibilização de informação sobre uma paternidade desejada e responsável, foram essenciais para o desenvolvimento de mais uma das competências preconizadas no regulamento de competências, a promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade do grupo alvo (H.1.1.2).

Do que pude observar, no decorrer da realização da CPF, posso afirmar que houve uma procura constante, por parte da população feminina adolescente e adulta, do método contraceptivo oral. Contudo, foi frequente encontrar falhas na sua toma, colocando em risco

a eficácia do método. Por outro lado, constatei que existia alguma dificuldade de diálogo entre a população mais jovem e a equipa de enfermagem, não só pelo desconhecimento da linguagem, mas também, julgo eu, pelo desconforto associado ao meio envolvente. No entanto, penso que consegui ultrapassar essa limitação, com a mobilização de algumas estratégias de comunicação, nomeadamente, a escuta ativa e a utilização de uma linguagem apropriada para o grupo alvo, adaptada à sua capacidade de perceção e compreensão.

Segundo Roper (1995), muitos dos problemas que podem surgir na adolescência relacionam-se com os aspetos físicos e psicológicos do desenvolvimento sexual. Como tal é fundamental uma compreensão desta etapa de vida, a adolescência.

A autora, referenciada anteriormente, reforça ainda a ideia de que, as alterações de humor inerentes a esta etapa de vida, e que são comuns entre os adolescentes, podem dificultar a relação entre enfermeiro/pessoa. Por isso, e de acordo com a experiência adquirida, entendi o quanto é importante cada profissional encontrar a estratégia necessária para adequar a linguagem - e os respetivos cuidados de enfermagem - às necessidades/expetativas de cada adolescente, na ótica de uma enfermagem individualizada, com vista a ajudar esta pessoa a desenvolver a sua individualidade na expressão da sexualidade.

O facultar métodos contraceptivos e supervisionar a sua utilização, competência do EEESMOG (H1.1.6), não foi o único elemento vital na consulta de planeamento familiar. Neste âmbito, foi igualmente importante desenvolver algumas ações de educação para a saúde, que se enquadram no âmbito das competências do EEESMOG e que estão preconizadas no respetivo regulamento, ações essas relacionadas com: a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (H1.2.2); a tomada de decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez (H2.1.3); e com a orientação sobre o estilos de vida saudáveis, relacionados com algumas atividades de vida importantes como: a alimentação, a mobilidade, a higiene pessoal, a expressão da sexualidade e o sono.

Considero importante referir que, tanto nas consultas de planeamento familiar, como nas consultas de IVG, a adolescente/mulher adulta nunca veio acompanhada do seu parceiro sexual. Este facto é possivelmente denunciador da existência de “tabus” relacionados com a forma como cada pessoa vive e exprime a sua sexualidade, e pela

complexidade de se expor a terceiros.

Como tal, desconheço qual o grau de percepção, do grupo alvo masculino, relativamente ao conjunto de temáticas abordadas. Ajuízo que será mais fácil, com a implementação do novo modelo de “enfermeiro de família”, alcançar a proximidade e a confiança necessárias para abordar alguns destes temas com o adolescente/homem adulto ao longo das diferentes etapas de vida.

Este percurso de desenvolvimento permitiu atingir o nível exigido ao EEESMO, orientado pelos critérios de competência plasmados no regulamento de competências do do mesmo.

3.3 Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o período pré-natal

As atividades implementadas durante o período pré-natal, foram norteadas pela competência preconizada no já mencionado regulamento de competências do EEESMOG, que se centra nos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante este período, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (H2).



“O conhecimento detalhado do crescimento e desenvolvimento do estágio pré-natal, dessa etapa de vida, é utilizado para monitorizar o crescimento do feto e permitir a deteção em estágio inicial de problemas que podem acontecer na gravidez e para os quais o tratamento pode ser iniciado.” (Roper, 1995, p.47)

As atividades desenvolvidas durante o estágio pré-natal – etapa de vida definida por Roper (1995, p.47) - foram passíveis de serem implementadas nos diferentes contextos clínicos, ou seja: nos cuidados de saúde primários, ocorridos na USF, e nos cuidados de vigilância materno-fetal, ocorridos no internamento dos serviços de medicina materno-fetal e urgência obstétrica.

Durante este período, desenvolvi atividades que foram transversais aos diferentes contextos clínicos, nomeadamente: estabelecer com os futuros pais uma relação de confiança sustentada na ajuda prática; desenvolver uma prática de cuidados individualizada, adequada às suas necessidades, e capacitando os pais para o desenvolvimento das suas AV de forma independente; identificar os fatores que podem influenciar o desenvolvimento das AV durante o estágio pré-natal (principalmente a manutenção de um ambiente seguro para o feto); e encorajar um sentido de responsabilidade pessoal quanto à saúde e proteger a autonomia mesmo na doença.

Estas atividades desenvolvidas em contexto pré-natal, embora não sendo tão específicas – e em certa medida até transversais aos restantes contextos clínicos - foram importantes para o meu percurso formativo, na medida em que, permitiram-me ganhar maior confiança e segurança na relação com os pais e na consolidação da prática de cuidados, através da consciencialização da importância do papel do EEESMO na promoção da independência da mulher/casal no desempenho das suas AV.

Durante o EC na USF, desenvolvi atividades mais específicas no decorrer da **consulta de vigilância da gravidez**, nomeadamente:

- Concretizei, no contexto da consulta, ações de educação para a saúde dirigidas à mulher/casal para que, de forma independente, a mãe conseguisse adaptar o seu estilo de vida às necessidades inerentes ao período da gravidez, com o objetivo de maximizar a saúde da mãe e do feto. Conforme preconizado na competência H2.1 – promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal;

- Procurei garantir que a mulher/casal adquirisse a independência necessária, para puder vir a desempenhar as suas AV ao longo do trabalho de parto, informando sobre as particularidades inerentes a cada estágio, bem como, promover o plano de parto e apoiar a mulher na tomada de decisão (competência H2.1.7 e H2.1.9);

- Informei os pais sobre o grau de dependência do RN no desempenho de algumas AV essenciais para a sua sobrevivência e, como tal, a importância da prática do CPP e da implementação da amamentação logo após o nascimento (competência H2.1.8);

- Diagnosticuei precocemente e preveni complicações na saúde da mulher, durante o período pré-natal (competência H2.2), através da monitorização do bem-estar materno-fetal; da identificação dos fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e

económicos que podiam influenciar a mulher no desempenho as suas AV; e da educação para a saúde sobre os sinais e sintomas de risco.

- Providenciei cuidados à mulher grávida de forma a ajudá-la a readquirir o seu grau de independência no desempenho de algumas AV, que podessem estar comprometidas pelas alterações fisiológicas da gravidez, como por exemplo, as AV de: alimentação, eliminação, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade e sono (competência H2.3.1)

Aquando da minha integração na dinâmica da consulta de vigilância da gravidez, da USF, identifiquei-me com a organização das consultas e constatei que havia uma relação de grande proximidade, entre o EEESMO e a mulher/casal, baseada na confiança e ajuda prática. E para mim foi importante reconhecer esses critérios, como critérios essenciais para quem dirige os seus cuidados na promoção da saúde e investe na mudança de comportamentos.

As temáticas abordadas durante esta consulta, que antecedia a consulta médica, estavam estruturadas e adaptadas à idade gestacional da grávida. Contudo, em cada consulta, havia a flexibilidade suficiente para se adaptar as temáticas às necessidades e expectativas da mulher. Isto revela, de alguma maneira, a importância de estruturar as ações de educação para a saúde da forma mais individualizada possível. Isto porque, e de acordo com o modelo teórico de Nancy Roper, cada individuo é detentor de necessidades fundamentais e específicas, pelo qual deve ser assistido e apoiado, com o objetivo de conservar ou restabelecer a sua independência na satisfação dessas mesmas necessidades.

Na consulta privilegiava-se a educação e promoção da saúde, no entanto, algumas intervenções inerentes às competências do EEESMO não eram desempenhadas pelos mesmos, nomeadamente, no que diz respeito ao exame obstétrico da grávida. No âmbito da consulta não era feita a medição da altura uterina, a avaliação da situação e apresentação fetal, nem a avaliação do risco pré-natal segundo o índice de Goodwin modificado.

Quando confrontada a equipa de enfermagem sobre a pertinência de esta equipa assumir estas funções, foi-me justificada a sua inviabilidade, com o facto de os médicos de família considerarem serem funções da sua área de atuação. No entanto constatei que, no

âmbito da consulta médica, só era feita com regularidade a avaliação da altura do fundo uterino.

No meu entender, a existência de exames complementares de diagnóstico, mais concretamente a ecografia fetal, assegura a falsa questão de se dispensar a avaliação física, associado ainda ao facto de se alegar a falta de tempo para dispensar esse tipo de avaliações.

Contudo, e para eu conseguir desenvolver as minhas competências na área da vigilância do bem-estar materno-fetal, procurei experienciar as manobras de Leopold nalgumas grávidas, quando combinado com a minha orientadora, e tentei introduzir a avaliação do risco pré-natal no âmbito da consulta, mas houve sempre pouca receptividade da equipa, por considerar que se estaria a ultrapassar uma competência médica

Relativamente à minha experiência em serviços de **vigilância materno-fetal** esta foi desenvolvida em dois contextos distintos, ou seja, no serviço de medicina materno-fetal e na urgência obstétrica.

No serviço de medicina materno-fetal pude confrontar-me com dois tipos de situações clínicas distintas, ou sejam, por um lado mulheres/casais que lutam para ultrapassar uma gravidez de risco, vivenciando – na maior parte das situações – a ameaça de um parto pré-termo, e por outro lado, mulheres que estão internadas para início da indução do trabalho de parto. No entanto, apenas um enfermeiro especialista, por turno, assegura os cuidados às mulheres que estão internadas num serviço com especificidades e necessidades individuais e distintas. Singularidade esta, justificada não só pelo risco da emergência clínica, mas essencialmente pela carga emocional que lhe é inerente.

Na urgência obstétrica, as situações que requerem uma vigilância materno-fetal, são geralmente, situações que suportam um risco maior para o bem-estar da grávida e do feto. E por isso, são situações que envolvem ainda uma maior carga emocional e que beneficiam com uma efetiva relação de ajuda entre a grávida/casal e o EEESMO. Contudo, em ambos os contextos, e pela possibilidade de prestar cuidados às grávidas com situações patológicas ou com alterações e/ou desvios à fisiologia do processo gravídico, desenvolvi atividades da exclusiva competência do EEESMOG (H2.3.1; H2.3.2 e H2.3.3). Procurei desenvolver atividades que garantissem a manutenção do ambiente seguro para o feto e para a mulher grávida desempenhar as suas AV com a máxima

independência possível, identificando, simultaneamente, os fatores que possam influenciar esse mesmo desempenho.

Nestes dois contextos, desenvolvi competências – relacionadas com a competência H2.1 - que me permitissem assegurar a vigilância da gravidez segura, utilizando para tal, a avaliação dos sinais vitais maternos, a avaliação do bem-estar fetal através da avaliação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), a avaliação da dinâmica uterina - através do tocograma -, e a identificação de sinais/sintomas sugestivos de alguma alteração no bem-estar materno-fetal.

Procurei, neste contexto, desenvolver competências relativamente ao exame obstétrico da grávida, mais concretamente as manobras de Leopold e a avaliação da cervicometria.

Sempre que justificável, promovi o repouso no leito e reforcei a sua importância como medida preventiva da contratilidade uterina. Sensibilizei a mulher/casal para os riscos associados ao nascimento de um recém-nascido prematuro. Nomeadamente, a importância da existência de maturidade fetal para a adaptação à vida extrauterina. Preparei os pais para uma eventual e eminente necessidade de transferir o RN para uma UCIN, informando, simultaneamente, para as características deste serviço e para o seu grau de importância na continuidade dos cuidados ao RN. E, essencialmente, para assegurar o desempenho das suas atividades de vida, vitais para a sua sobrevivência, como por exemplo: a respiração, a alimentação, a eliminação, o controlo da temperatura corporal e o sono.

3.3.1 Reflexão sobre as atividades relacionadas com o CPP durante o período pré-natal

As atividades definidas para o período pré-natal estão intimamente relacionadas com a promoção do CPP, e tal só é possível, através da implementação de ações de educação para a saúde.

A evidência demonstra que, o facto de se ser detentor de conhecimento antecipado sobre o CPP, e haver satisfação com o apoio recebido na prática do CPP, incentiva a prática do CPP entre pais e bebés de termo durante os primeiros dias após o nascimento.

Isto demonstra a importância das ações de educação para a saúde durante o estágio pré-natal, bem como disponibilizar informações sobre o nascimento. A aquisição desta informação, por parte dos pais, facilita a integração do CPP como parte integrante dos cuidados ao RN após o nascimento (Calais, 2010).

Durante o período pré-natal, o meu maior objetivo era que os pais fossem informados e esclarecidos sobre os benefícios associados à prática do CPP. Por isso, procurei todas as oportunidades para reforçar a importância do CPP, como mecanismo de ajuda ao RN que, segundo Roper (1995) apresenta uma quase dependência total para o desempenho de quase todas as suas atividades de vida, a maioria, relacionadas com a sua adaptação à vida extrauterina.

Por isso, e em consonância com o que está descrito na literatura revista, e igualmente preconizado na competência H3.1, fui sempre informando os pais para a importância do CPP na:

- promoção da comunicação e vinculação entre a mãe e RN (Crenshaw, 2007; Gabriel, 2009), e também entre o pai e o RN (Erlandsson, 2007), não só após o nascimento, mas também durante os primeiros meses de vida da criança (Bystrova, 2009);
- melhoria da adaptação do RN à vida extrauterina e na melhoria da capacidade de autorregulação da temperatura corporal (devido à melhor regulação térmica pelo contacto com o tórax materno, que sofre um aumento da temperatura após o nascimento; e da respiração, pela estabilidade cardiorrespiratória associada à redução do choro infantil. A adaptação à vida extrauterina fica também facilitada por o RN adquirir proteção contra as infeções através do contacto com a flora bacteriana da pele materna (Crenshaw, 2007), e por alcançar um estado de sonolência mais precocemente (Crenshaw, 2007; Bystrova, 2009; Gabriel, 2009).
- promoção e continuidade da amamentação (Gabriel, 2009 ; Nyqvist [et al] 2010)
- prevenção da tristeza pós-parto e da depressão pós-parto (Gabriel, 2009 ; Nyqvist [et al] 2010).

No entanto, as minhas ações de educação para a saúde não se justificam apenas com a existência de benefícios para o RN. Estou convicta que, durante a prática do CPP, e apesar de todos os receios que podem estar associados, mãe e pai conseguirão

encontrar a tranquilidade e serenidade necessárias para desenvolverem a sua própria parentalidade.

Aquando do início do ensino clínico na USF constatei que a temática do contacto pele-a-pele não era abordada nas consultas de vigilância da gravidez. E, como tal, propus-me a integrar esta temática nas ações de educação para a saúde realizadas no âmbito desta consulta. A par disso, propus-me a desenvolver um folheto alusivo ao CPP e a elaborar uma apresentação para ser projetada na “TV Saúde”, e que seria transmitida continuamente na sala de espera das consultas de obstetrícia. Por questões de ordem técnica e informática, esta apresentação não foi colocada na TV Saúde em tempo útil do ensino clínico. No entanto, e a pedido da equipa de enfermagem, os conteúdos ficaram na posse desta equipa para ser dada continuidade ao projeto.

Nos contextos clínicos dirigidos para vigilância materno-fetal, também foram definidas algumas atividades que contribuiram para a promoção do CPP. Aliás, o contexto da vigilância materno-fetal, no decorrer de uma gravidez de risco, é o contexto ideal para introduzir a temática do CPP. Isto porque, a evidência tem demonstrado que o método de *Kangaroo Care*, é um método de eleição para o favorecimento do desenvolvimento psicomotor do RN prematuro, para além de promover a vinculação entre a mãe e o recém-nascido (Gabriel, 2009), favorecer a implementação e a continuidade do aleitamento materno (Creedy [et al], 2008), bem como promover uma melhoria do seu padrão respiratório (Moore, 2007).

Prevendo a possibilidade da ocorrência de um parto pré-termo, associada à impossibilidade de se praticar o CPPP, considerei importante informar cada casal sobre um procedimento que permitiria ao RN, durante o seu internamento hospitalar, adquirir a segurança e as competências necessárias para o desempenho de atividades essenciais ao seu desenvolvimento e sobrevivência.

A abordagem às mulheres que estavam internadas para indução do TP foi necessariamente diferente. Nesta situação procurei, junto de cada uma das grávidas - e individualmente - , perceber se já tinham alguma noção do que é o CPP e sensibilizar, ou reforçar, os benefícios imediatos, e a longo prazo, do CPP. Esta ação ganhou maior relevância pelo facto de que, o hospital que integrava o serviço de medicina materno-fetal, preconizava a prática do CPPP logo após o nascimento.

Embora estando convicta que o período de vigilância materno-fetal é um período de maior fragilidade emocional, acredito também que é um momento importante para a promoção e educação para a saúde, e até da necessidade de algumas atividades lúdicas devido ao tempo prolongado de internamento, potencialmente de stress e ansiedade.

Expondo a minha perceção relativamente à promoção do CPP nos cuidados de saúde ocorridos no período pré-natal, posso afirmar que o EEESMO tem um campo de intervenção a explorar. Na medida em que, tanto ao nível dos cuidados de saúde primários, como ao nível dos cuidados prestados na vigilância materno-fetal, em situação de risco gravídico, a temática do CPP, não fazia parte do conjunto de temáticas a abordar durante este período. E, por outro lado, também não era um tema que a mulher grávida questionasse.

A maioria das mulheres - se não quase a totalidade – que estavam a ser acompanhadas na consulta de vigilância da gravidez, ou que estavam internadas para vigilância materno-fetal, apresentavam um desconhecimento total sobre a temática do CPP, desconheciam no que consistia o procedimento e quais os benefícios que lhe estavam associados.

Em apenas duas situações era evidente a existência de conhecimentos prévios sobre o CPP. Uma das situações identificadas era quando a sua vigilância de gravidez ocorria em centros privados de preparação para o nascimento. A outra situação era associada a experiência de prática do CPP num nascimento anterior.

Após a apresentação desta temática, bem como das atividades planeadas, houve uma grande receptividade e interesse, por parte das equipas de enfermagem dos diferentes contextos clínicos

Ao longo da implementação e abordagem desta temática na consulta da USF e no internamento de medicina materno-fetal, também foi possível identificar um grande interesse e motivação da mulher/casal para a prática do CPP. Não houve nenhuma situação, em que à partida, os pais tivessem ficado com uma impressão negativa relativamente ao CPP, ou que assumissem, à partida, que seria uma prática a não implementar no nascimento do seu filho(a).

Os “argumentos” utilizados para justificar a pertinência do CPP num RN prematuro, foram colhidos pelos pais de uma forma muito receptiva. Tive a noção, que por estarem a

vivenciar uma gravidez de risco, sentiam que estavam a tomar conhecimento de uma estratégia que lhes permitia, enquanto pais, contribuir ativamente para a promoção da saúde do seu filho. E por isso, estavam interessados e motivados para investir “fervorosamente” no CPP, mesmo que isso só fosse possível numa fase mais adiantada do período neonatal.

Esta confrontação com o défice de investimento na promoção do CPP durante o período pré-natal, foi importante não só, para a aquisição dessa consciência, mas essencialmente, para adaptar a minha prática de cuidados nos ensinamentos clínicos seguintes. Ou seja, fiquei consciente de que teria que aplicar um maior investimento nesta área durante o período do trabalho de parto, e no período pós-natal, para que os pais atingissem o grau de independência necessária na integração do CPP nos cuidados ao RN.

3.4 Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o trabalho de parto

As atividades implementadas no âmbito dos diferentes estádios do trabalho de parto foram desenvolvidas – durante o estágio no bloco de partos – com o objetivo de desenvolver competências que garantam à mulher/casal um trabalho de parto e parto em ambiente seguro, e que contribuam para a adaptação do RN à vida extrauterina, bem como, desenvolver competências que me permitam atuar em situação de urgência, garantindo a segurança e o bem-estar materno fetal, conforme preconizado na competência H3 do regulamento de competências (Anexo I).



Para o cumprimento destes objetivos foram implementadas atividades que estivessem de acordo com as exigências/especificidades de cada estágio do trabalho de parto, e que fossem ao encontro das expectativas da mulher/casal, garantindo intervenções de qualidade e risco controlados.

No **primeiro estágio do TP**, no qual está implícita a fase latente e fase ativa do TP,

procurei planejar, implementar e avaliar – juntamente com a minha orientadora - as intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, por forma a otimizar as condições de saúde da mãe e do feto. Para esse efeito, foi necessário desenvolver atividades específicas que estão descritas no Apêndice V.

No **segundo estágio do TP**, procurei planejar, implementar e avaliar – juntamente com a minha orientadora de estágio – as intervenções adequadas, que me permitissem alcançar e colocar em prática, com o maior grau de autonomia possível, as competências necessárias à realização de um parto eutócico em ambiente seguro. Para tal, foi necessário desenvolver algumas atividades (Apêndice V) que permitissem garantir, não só esse grau de segurança, mas também que permitissem à parturiente o desempenho das suas atividades de vida com o maior grau de independência possível.

O **terceiro estágio do TP**, é o período que decorre desde o nascimento até à expulsão da dequitada. Este período que pode ser de duração variável, é de extrema importância para a garantia do bem-estar materno e implica uma avaliação rigorosa da adaptação do RN à vida extrauterina, e como tal, também desenvolvi atividades que vão encontro das suas especificidades (Apêndice V).

Os cuidados prestados à puérpera e recém-nascido durante o **quarto estágio do TP**, período de estabilização, incidiram essencialmente: na garantia do estado de saúde e bem-estar da mulher e RN; na garantia de uma adequada adaptação do RN à mama e na garantia de satisfação da mãe e RN no contacto pele a pele. Em suma, a principal missão para este último período do trabalho de parto, foi promover e manter um ambiente seguro para mãe e RN que, não só facilitasse o desempenho das suas atividades de vida, mas também que potenciase a saúde da puérpera, que potenciase a adaptação do RN à vida extrauterina e que prevenisse as complicações associadas a este estágio do trabalho de parto. Para alcançar este último objetivo era vital garantir: a contratilidade uterina, a ausência de hemorragia, e a estabilidade hemodinâmica da mãe e do RN.

Na sequência do exposto anteriormente, posso afirmar que as atividades desenvolvidas durante o TP possibilitaram a aquisição de competências que me capacitaram para potenciar a saúde da puérpera e do RN apoiando, simultaneamente, no processo de transição e adaptação da parentalidade.

3.4.1 - Reflexão sobre as atividades relacionadas com o CPP durante o trabalho de parto

Relativamente à temática em estudo neste relatório, foi neste período que consegui desenvolver um maior número de atividades relacionadas com o CPP, na medida em que, foi o período no qual foi possível a implementação do primeiro contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido saudável.

Procurei, neste período, ir ao encontro das expectativas do casal relativamente ao CPPP, ou seja, sempre que o CPPP era uma vontade/desejo do casal desenvolvi estratégias para garantir a sua implementação/concretização.

Para o sucesso das estratégias planeadas, e porque considerava ser de vital importância, procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica com o casal - baseada na confiança e na ajuda prática – no sentido de desenvolver, na mulher, a segurança necessária para a prática do CPP.

Contudo, a medida anterior, não poderá ser dissociada de uma prévia abordagem à temática do CPP, durante o primeiro estágio do TP. A finalidade deste tipo de abordagem centra-se na necessidade de, por um lado, identificar o grau de conhecimento da mulher/casal relativamente à prática do CPP, e qual a respetiva fonte de informação; informar a mulher/casal, sempre que considerado necessário, sobre o que caracteriza o CPP e quais os seus reais benefícios para o bem-estar da díade; e, por outro lado, conhecer as expectativas da mulher/casal relativamente à prática do CPP. E, por último, mas não menos importante, respeitar sempre a decisão do casal/mulher relativamente à prática do CPP, mesmo que a sua decisão passe pela não concretização do contacto. Nestas situações, emerge o desafio de estimularmos outras formas de contacto. Isto porque, na minha opinião pessoal, a comunicação entre a mãe/pai e recém-nascido não converge e não se esgota apenas na prática do CPP.

A promoção do CPPP durante o trabalho de parto – período não tão adequado para a integração de conhecimentos como o período pré-natal - foi algo que exigiu um maior investimento da minha parte. Isto porque, a enorme gestão das expectativas e das necessidades que a mulher tem de fazer, durante este período, faz com que esteja menos

disponível e sensível para a integração de novos conhecimentos.

Como tal, fui desenvolvendo ao longo do estágio de BP, algumas estratégias de educação para a saúde adaptadas à realidade do contexto clínico e às necessidades da parturiente. Ou seja, durante a fase latente e ativa do trabalho de parto a minha abordagem centrava-se na identificação do seu grau de conhecimento sobre o CPP e na explicação do que consistia, e como se realizava o procedimento, bem como os seus benefícios imediatos na adaptação do RN à vida extrauterina.

No quarto período do trabalho de parto, ou seja, no período de estabilização, e antes da puérpera ser transferida para o internamento de puerpério, fazia uma nova abordagem à temática do CPP, de acordo com o que foi encontrado na revisão da literatura. Reforçava a importância que o CPP tem na promoção da vinculação entre a mãe e o RN, na continuidade e no sucesso da amamentação, no aumento da segurança materna na prestação de cuidados ao RN e, conseqüentemente, na prevenção da tristeza pós-parto. Relativamente aos benefícios para o RN, reforçava o efeito do CPP na tranquilização do RN, na regulação do sono e como medida de redução da dor do RN. O objetivo de informar os pais sobre estes benefícios tinha como principal finalidade promover e estimular a continuidade do CPP ao longo da primeira infância, e essa é uma função que o EEESMO deve ter sempre presente na sua prática de cuidados.

Na minha opinião, o período que decorre entre o início do 3º estágio e o fim do 4º estágio do TP, é um período em que emerge a necessidade de desempenho de uma série de atividades de vida, e este processo formativo foi importante para ganhar consciência dessas mesmas necessidades e desenvolver competências que vão ao encontro da satisfação dessas mesmas necessidades.

Neste período, consegui identificar e destacar as atividades de vida preconizadas por Roper que se relacionam com a prática do CPPP nomeadamente: a atividade de manutenção do ambiente seguro, a atividade de comunicação, a atividade de respiração, a atividade de alimentação, a atividade de manutenção da temperatura corporal, e atividade do sono.

A verdade é que é fundamental a promoção de um ambiente que permita ao indivíduo manter-se vivo e que lhe confira o maior grau de proteção possível. No entanto, Nancy Roper defende que o recém-nascido depende totalmente de outros “para a

provisão de um ambiente seguro no qual cresça bem e sobreviva”. Isto porque, após o nascimento o RN fica bruscamente exposto a todos os riscos do ambiente externo (Roper, 1995, p.97).

Tendo em conta este conceito de ambiente seguro, e no contexto deste projeto, a prática do contacto pele-a-pele é uma oportunidade para criar um ambiente ideal para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, ou seja, para a sua sobrevivência com segurança.

Por sua vez, ao potenciar a sucção precoce na mama da mãe, também confere, à mãe maior segurança, na medida em que, o aumento dos níveis de ocitocina em circulação, potencia a involução uterina e diminui o risco de hemorragia puerperal (Monteiro [et al], 2006).

Outra questão essencial que deve ser tida, e que foi tida em consideração, são os aspetos relacionados com as características ambientais essenciais à prática, e ao sucesso, do CPP. Esta preocupação, não é justificada exclusivamente com a temática em questão, na verdade, esta é uma preocupação que deve ser tida em consideração em qualquer nascimento, bem como a adaptação gradual à luminosidade ambiente.

Quando estávamos perante a eminência do período expulsivo procurava-se sempre reduzir a luz ambiente, anulando o foco de luz e reduzindo a intensidade da iluminação na sala de partos. Esta medida, além de reduzir o potencial efeito stressor da luz no RN, facilita a implementação do primeiro contacto visual após o nascimento.

“a fim de incentivar aquela interação devem ser implementadas práticas médicas e de enfermagem imediatamente após o nascimento, como por exemplo, o bebé ser posicionado sobre o abdómen ou o peito da mãe, com os rostos no mesmo plano para que possam estabelecer facilmente o contacto visual. Para que o recém-nascido abra os olhos pode diminuir-se a intensidade das luzes”. (Lowdermilk e Perry, 2008, p.527)

Outro aspeto que foi tido em consideração, foi a redução do ruído na sala de partos. Isto porque, para além de ser perturbador para o RN, e constituir um potencial fator de stress para o mesmo, cria uma barreira ao primeiro contacto do RN com a voz materna, esta sim, um agente tranquilizador para o bem-estar neonatal e facilitador da vinculação

precoce.

Nas situações em que eu estava corresponsável pela condução do trabalho de parto, e após a negociação prévia com os pais, colocava imediatamente o recém-nascido em cima do tórax da mãe após o nascimento, caso o RN demonstrasse estar a conseguir desempenhar as atividades de vida e as competências necessárias para a sua adaptação à vida extrauterina.

Nas situações em que era impossível estabelecer o CPP imediato - justificado pelo facto do recém-nascido necessitar de uma observação prévia do seu estado de saúde, ou alguma intervenção clínica - era transmitida à enfermeira, que estava responsável pela receção do recém-nascido, a vontade da mãe para a prática do contacto pele-a-pele.

Tal como defendido por diversos autores (Bystrova, 2009; Caruana, 2008 e Calais, 2010) procurei que o CPP fosse sempre iniciado na primeira hora de vida do RN, visto que, segundo os autores referenciados, este é o período no qual o RN está mais alerta para desempenhar a sua atividade de vida comunicação.

Quanto à durabilidade do CPP procurei sempre que este perdurasse o maior tempo possível, na medida em que, estava ciente do que está recomendado nas *guidelines*, ou seja, uma duração de sessenta minutos sem interrupções (Ludington-hoe, 2011).

A abordagem à temática do CPP durante o trabalho de parto constituiu um grande desafio, pois constatei o quanto é importante encontrar e proporcionar o momento oportuno para o efeito.

Após as primeiras abordagens, rapidamente percebi que era preciso encontrar o *timing* certo para o efeito, e que era necessário adaptar a minha abordagem ao contexto vivenciado pela doente.

À semelhança do que já tinha sido identificado no período pré-natal, também neste período, foi possível identificar algumas lacunas na promoção do CPP. A maioria das mulheres (58%; n=26), registadas em notas de campo (Apêndice VI), desconhecia por completo em que consistia a prática do CPP, ou seja, só 42% (n=19) é que eram detentoras de conhecimento sobre o CPP. No entanto, após ser-lhes transmitida a informação sobre o procedimento, e os benefícios que lhe estão associados, todas revelaram que gostariam de praticar o CPP no momento do nascimento.

Das 19 mulheres que já eram detentoras de conhecimento sobre o CPP, uma

grande percentagem (42%) obteve esse conhecimento através de experiências anteriores de CPP, 26% nos centros de preparação para o nascimento e apenas 21% nas consultas de vigilância de gravidez realizadas no centro de saúde.

Mas na verdade, nenhuma destas mulheres, tomou a liberdade de solicitar e garantir a prática deste procedimento após o nascimento do seu filho. Ou seja, é como se fossem detentoras de uma informação que, ainda assim, não lhes conferisse a autonomia necessária para solicitar uma prática importante no seu trabalho de parto. Na verdade, deixavam que a prática do CPPP ficasse ao livre arbítrio da equipa de saúde.

Do grupo de mulheres que já eram detentoras de conhecimento sobre o CPP, foram poucas as que conseguiram reconhecer algum benefício. O benefício para o início da amamentação é reconhecido por 26% das mulheres, o benefício no primeiro contacto mãe-bebé é reconhecido por 21% e o benefício para o prazer do RN é reconhecido por apenas 16%. Relativamente aos outros benefícios sustentados na evidência científica, não houve qualquer reconhecimento por parte das mães, nomeadamente: a manutenção da temperatura corporal do RN, a melhoria da estabilidade fisiológica do RN, a continuidade da amamentação, a regulação do sono do RN, a redução da dor do RN, a redução do tempo de expulsão da placenta, a vinculação do RN com a mãe e o pai, e a redução dos sintomas de depressão-parto.

Foi interessante constatar que as mulheres que já tinham vivenciado a prática do CPPP num parto anterior (17% das parturientes a quem prestei cuidados), conseguiam lembrar o prazer que esteve associado ao momento em si, mas eram poucas as que conseguiam identificar os benefícios que esse contacto teve para mãe e RN. E como tal, muito poucas foram as mães que deram continuidade ao CPP após a saída da sala de partos.

Da minha avaliação, julgo que, para os pais, o CPPP está mais vinculado aos aspetos emocionais e menos aos aspetos fisiológicos. Por isso, acredito e defendo que deve ser da nossa competência, enquanto EEESMO, investir na construção de um conhecimento mais real e concreto do CPPP junto do nosso grupo alvo, grávidas, puérperas e família.

Nos partos eutócicos/distócicos, em que eu adotei uma postura de observadora participante, percebi que na sua maioria (54%), era dada a oportunidade de a mãe

vivenciar o CPPP logo após o nascimento, mas nessas situações, o CPPP tinha uma duração média de 15 minutos. Durante esse tempo de contacto, e de uma forma geral, os recém-nascidos cessavam imediatamente o choro, apresentavam parâmetros respiratórios normais, e boa tonicidade muscular. Embora com pouco de contacto, ainda assim, alguns RN conseguiam apresentar o reflexo de procura da mama. Estes dados vão ao encontro do que está traduzido na literatura (Crenshaw, 2007; Bystrova, 2009; Erlandsson, 2007).

Ao fim deste período (tempo médio de 15 minutos), o CPPP era interrompido para se realizarem cuidados de rotina ao RN, e geralmente era comunicado às mães para que efeito. Após o RN estar vestido a maioria das crianças eram colocadas em contacto com a mãe, justificado pela enfermeira como uma forma de vinculação entre mãe e RN, as outras crianças eram colocados ao colo do pai/acompanhante significativo, mas só quando solicitado pela mãe.

Nos partos assistidos por mim, nos quais eu estava responsável por auxiliar a grávida no período expulsivo, tive sempre a preocupação de colocar o RN em contacto pele a pele com a mãe, desde que estivessem garantidos dois fatores, ou sejam: a vontade da mãe e o bem-estar materno e do RN. Por vezes, era difícil gerir quando a enfermeira que estava responsável pelos cuidados ao RN queria interromper o CPPP para a execução dos cuidados de rotina. Nestas situações, eu sugeria que o RN se mantivesse em CPPP, o maior tempo possível, e eu própria me responsabilizaria pela realização dos procedimentos de rotina, após terminar os cuidados à mãe. Aliás, esta posição era fundamentada com o facto de este procedimento ajudar a minimizar a dor da mãe associada à perineorrafia (Gabriel, 2009), preconizado na competência H3.1.1 do regulamento de competências, para além de todos os benefícios que já foram defendidos neste trabalho.

Era notório o benefício desta medida, isto porque, enquanto eu executava a perineorrafia, quando necessária, a mãe estava focada exclusivamente no seu bebé, o que fazia com que desviasse a sua atenção do ato da sutura e alcançasse maior grau de tolerância à dor. Por outro lado, era um bom momento, para ir consciencializando a mãe para os reais benefícios do CPP. Até porque, alguns deles, a mãe estava a conseguir constatar em tempo real.

Após o término dos cuidados à mulher, agora puérpera, os cuidados eram dirigidos

para o RN e para a vinculação mãe-RN. Aproveitava a permanência do RN em CPP para executar a administração da vitamina K e realizar a profilaxia de Crede, que neste BP se administrava, por rotina, a todos os recém-nascidos. Foi muito gratificante perceber que - ao contrário do que acontecia nos RN que não estavam em CPP - neste caso, em que o RN estava em CPP, o RN não chorava durante a administração de vitamina K, apenas demonstrava um ligeiro esgar de dor aquando da introdução da agulha. Esta observação é coerente com o que está descrito na evidência científica (Gabriel, 2009; Ludington-hoe, 2011; Nyqvist [et al], 2010).

Após a realização dos cuidados de rotina, aproximava-se o momento de apoiar mãe e RN na primeira adaptação à mama. Em algumas situações conseguia-se adaptar o RN à mama, ainda enquanto estava em contacto pele-a-pele com a mãe, se este demonstrava sinais de prontidão e procura. Não tive a oportunidade de vivenciar a experiência de ver um RN a adaptar-se espontaneamente, sem ajuda de terceiros.

Ao contrário do que está preconizado pela evidência científica, que defende que o CPPP não deve ser interrompido até a primeira mamada estar concluída (Caruana, 2008; Ludington-hoe, 2011), a maior parte das mães solicitava que se vestisse o RN antes da adaptação à mama. E nestes casos, já se tinha alcançado, em média, cerca de 40 minutos de contacto. Por vezes, até sugeria protelar a adaptação à mama para o RN se manter o maior tempo possível em CPP. E o grau de satisfação das mães era de tal forma evidente que concordavam com o sugerido, conforme alguns exemplos que se seguem:

“...sim Sra. enfermeira, deixe-o estar (RN) aqui mais um tempo em cima de mim, está-me a saber tão bem...” (28A, IO:1001)

“... ele (RN) pode ficar aqui, até porque percebe-se que ele está a sentir-se muito bem...está tão calmo...e com os olhinhos tão abertos...” (30A, IO: 2002)

“... por mim ele (RN) pode ficar...está a ser fantástico...só tenho algum receio que ele fique com frio.” (24A, IO:1011)

“ ... é uma sensação indescritível e não imaginava que fosse tão bom... se não houver nenhum problema para si (enfermeira) ele pode ficar todo o tempo.” (28A, IO:1102)

Foi também possível constatar que os recém-nascidos que tinham estado em contacto pele-a-pele apresentavam melhores reflexos de procura no momento da primeira adaptação à mama. Em certa medida, o contacto com a pele e o cheiro maternos, fazia com que o RN estivesse mais alerta e estimulado para procurar a mama, podendo eventualmente contribuir, para o sucesso da amamentação, tal como é defendido por Gabriel (2009) e Nyqvist (2010).

Outro aspeto que também foi evidente neste estágio do trabalho de parto, foi o grau de receptividade das mães para a educação para a saúde, que se apresentava substancialmente superior, comparando com os restantes estádios do TP. Por isso, tal como descrito nas atividades desenvolvidas durante o TP, foi no período de estabilização (4º estágio) que houve um maior investimento para a promoção da continuidade do CPP. Para tal, e enquanto a mãe praticava o CPPP, ou enquanto estava a amamentar o RN, reforçava os benefícios do CPP a médio e longo prazo. Benefícios estes que já foram exaustivamente descritos ao longo deste trabalho. As mães colhiam sempre esta ação com bastante interesse e até com alguma admiração, pois assumiam – muitas vezes – estarem pouco conscientes dos benefícios associados à prática contínua do CPP durante os primeiros meses de vida do RN, tal como é defendido por Bystrova (2009).

Às grávidas submetidas a cesariana eletiva, ou de urgência, não era permitida a prática de CPPP logo após o nascimento. Esta medida era justificada com o facto de haver necessidade do Pediatra fazer a observação do RN logo após nascimento, e pela temperatura fria do bloco operatório.

A verdade é que, esta rotina hospitalar – na linha de pensamento de Roper, um fator político-económico – pode estar a impedir algo tão importante para uma mãe que já está, à partida, privada de ter um parto eutócico. A verdade, é que não há justificação clínica para que não se faça um CPPP, mesmo, eventualmente, de menor duração. Na verdade, o RN até pode ser observado pelo pediatra e imediatamente a seguir ser colocado em CPP com a sua mãe. E a questão da temperatura do bloco operatório acaba por ser uma falsa questão pois, tal como está descrito na literatura, o aumento da temperatura do tórax materno garante, por si só, a manutenção da temperatura corporal do RN (Crenshaw, 2007; Bystrova, 2007; Gabriel, 2009). Contudo, seria sempre importante a colocação de um pano aquecido para tapar o RN, bem como o gorro.

Nestas situações, ainda se poderia encontrar uma solução alternativa. Ou seja, poderia ser dada a possibilidade ao pai de praticar o CPPP com o RN, ainda no bloco operatório. Até porque, Erlandsson (2007) defende que a prática do CPP entre o RN e o pai é ótimo para o bem-estar do RN, e uma boa alternativa para quando a mãe não pode estabelecer esse contacto.

Contudo, este procedimento não poderia ser executado pelo simples facto de, a equipa médica deste BP, impedir a entrada do pai no interior do bloco operatório. Esta questão, à semelhança da anterior, também poderá ser entendida como uma falsa questão, pois na verdade, a mesma equipa, em contexto de clínica privada, já permite a presença do pai durante a realização de cesariana eletiva. (Esta temática será abordada mais profundamente no capítulo destinado às questões emergentes – capítulo 4)

Enquanto decorria o meu processo formativo no BP, e à semelhança do sucedido nos restantes contextos clínicos, estive sempre ciente, por um lado, da importância da mulher estar devidamente informada e esclarecida para uma tomada de decisão independente e autónoma, e por outro lado, a importância de estar capacitada para realizar a atividade de comunicação com o seu filho, garantindo a sua independência e individualidade no seu desempenho.

Contudo, é importante estar-se consciente de que esta individualidade, bem como a forma como é vivenciado o contacto pele-a-pele, podem ser influenciados por circunstâncias físicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e político-económicas (Roper, 1996).

Os fatores físicos podem estar relacionados com a situação de saúde materno-fetal, ou seja, situações clínicas que impeçam a realização do contacto precoce, como é o caso dos recém-nascidos que nascem prematuramente ou que não conseguem uma adaptação eficaz à vida extrauterina, e o caso das mães com complicações intraparto e/ou no puerpério imediato.

Relativamente aos fatores psicológicos entende-se, como exemplo, experiências anteriores, sejam elas negativas ou positivas, bem como receios ou sentimentos de ambivalência por parte da mãe. A verdade é que muitas mulheres sentem-se “desajeitadas” para o primeiro encontro com o filho (Monteiro, 2005, p.429).

Os fatores socioculturais podem estar relacionados com a construção cultural do

que é ser mãe, que pode favorecer ou contrariar a prática do contacto precoce, bem como situações de união ou desunião familiar que, igualmente, facilitem ou dificultem o primeiro contacto. E também as questões espirituais, religiosas e éticas, que inevitavelmente, influenciam a forma como desempenhamos as nossas atividades de vida.

No que diz respeito aos fatores ambientais, é importante ter em consideração as características do ambiente hospitalar que é geralmente frio, formal e pouco acolhedor. Características que podem inibir a mulher para um ato que implica a exposição da sua intimidade.

Pode-se considerar como fator político-económico a posição dos serviços e dos hospitais relativamente ao contacto precoce. Nesta matéria, pode haver duas posições, ou se apoia e preconiza, acreditando que é uma mais valia para o bem-estar materno e do RN, ou então, não se pratica, conferindo ao procedimento um fator dificultador das rotinas hospitalares, com maiores custos para a entidade hospitalar.

Como tal, controlar e contornar estes fatores, também constituiu um dos principais objetivos das atividades desenvolvidas na implementação do projeto em estudo.

3.5 - Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o período pós-natal

Segue-se uma descrição generalizada das atividades que foram implementadas, ao nível do período pós-natal – que se inicia após o término do 4º estágio do TP, aquando da transferência da puérpera para o internamento de puerpério –, com o objetivo de desenvolver competências que permitam garantir à mulher/casal, durante este período, cuidados que promovam e que garantam o bem-estar da mãe e do recém-nascido, e que vão ao encontro das suas expectativas/necessidades.



O desenvolvimento das atividades inerentes ao período pós-natal foi passível de ocorrer nos seguintes contextos clínicos:

- Cuidados de Saúde Primários – USF
- Internamento durante o Puerpério – Serviço de Obstetrícia em hospital privado
- Internamento de Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As atividades desenvolvidas no período pós-natal foram, em certa medida, transversais aos três contextos clínicos, embora algumas com maior relevância e impacto, de acordo com a própria dinâmica de cada contexto. Como tal, as atividades que me propus implementar neste período, em análise, foram:

- Estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher/casal que permita a partilha dos sentimentos e emoções vivenciadas no período pós-natal.
- Apoio à mulher/casal no processo de transição e adaptação à parentalidade.
- Orientação do casal no sentido de criarem estratégias que ajudem a prevenir e a lidar com as potenciais alterações psicológicas no período pós-natal: promoção da escuta ativa, dar reforço positivo e incremento da autoestima e estar-se atenta a sinais sugestivos de alterações psicológicas.
- Identificação, o mais precocemente possível, dos potenciais fatores stressores, que interfiram com o bem-estar da tríade (mãe, pai e RN).
- Capacitação da mulher/casal para a autoajuda através de ações de educação para a saúde, no sentido de adquirir o maior grau de independência no desempenho das AV.
- Avaliação do estado de saúde da puérpera e identificação de alterações do estado de saúde inerentes ao período pós-parto.
- Informação sobre os sinais/sintomas de alerta sugestivos de alterações ao estado de saúde no período pós-natal.
- Informação à mulher/casal sobre as questões relacionadas com a AV de expressão da sexualidade no pós-parto, bem como, a contraceção e a recuperação física pós-parto.

A concretização destas atividades, norteadas pela competência preconizada no regulamento de competências do EESMOG (H4), permitiram-me garantir o cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do RN, apoiando o processo de transição para a parentalidade.

Durante este período, foi minha intenção atribuir um maior investimento nas ações de educação para a saúde. E estas, foram essencialmente conduzidas para os cuidados

de saúde dirigidos ao RN, para a autoajuda e vigilância da saúde da mulher, para os aspectos psicoemocionais relacionados com a transição para a parentalidade, e para a promoção e continuidade da amamentação. Sendo natural, que cada uma destas temáticas conflua na temática do contacto pele-a-pele.

A visitação domiciliária constituiu uma experiência de enorme relevância no meu percurso de aprendizagem, uma vez que, considero ter sido um momento privilegiado para um contacto de proximidade com a realidade do contexto familiar, e no qual, será possível um investimento mais personalizado. Após as primeiras visitas percebi o papel preponderante que esta medida podia ter para o bem-estar da tríade. Isto porque, possibilitava a continuidade dos cuidados prestados em contexto hospitalar, constituindo por um lado um fator de segurança para a mulher/casal, e por outro, uma oportunidade para os profissionais detetarem alterações físicas e psicoemocionais inerentes aos desafios que a mulher/casal enfrentam nesta nova etapa das suas vidas.

3.5.1- Reflexão sobre as atividades relacionadas com o CPP durante o período pós-natal

Para Roper a atividade de comunicar é um veículo de transmissão de emoções, que promove todo um conjunto de interações pessoais e relacionamentos humanos, dimensões importantes e fundamentais da vida.

Esta linha de pensamento cruza-se com o que é defendido por alguns autores em relação ao CPPP.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o contacto precoce de proximidade pode ser um fator facilitador de apego entre pais e filhos. Os autores defendem que a relação pais-bebé é reforçada através da utilização das reações sensoriais e das capacidades, de ambos os progenitores, para a comunicação/interação. Como tal, defende-se que é através dos sentidos estimulados no contacto precoce pele-a-pele, ou seja, do toque, do contacto visual, da voz e do cheiro maternos, que se consegue uma maior permuta de reações sensoriais, que promovem a estimulação da vinculação precoce, e que garantem o desempenho da AV de comunicação entre o RN e os pais.

Também na ótica dos autores referenciados anteriormente, o desempenho da

atividade de alimentação é algo essencial para a existência da vida humana, e defendem que, durante o período de recém-nascido, o leite materno é o único alimento capaz de fornecer proteção contra as infeções e alergias, assim como, é a nutrição na forma mais adequada para bebés. E neste âmbito, a atividade de alimentação também contribui para a manutenção do ambiente seguro. Mas não só, pois a intimidade da alimentação materna é conhecida como indutora de uma relação especial entre a mãe e o bebé. Relação esta que é resultado do desempenho da atividade comunicação.

Relativamente à atividade de vida em análise, a evidência científica comprova a importância do CPPP no seu desempenho, na medida em que, é através do contacto pele-a-pele que o bebé aprende rapidamente a distinguir o cheiro do leite da mãe. (Lowdermilk e Perry, 2008).

Por outro lado, o CPPP favorece a libertação de ocitocina, que enquanto antagonista da adrenalina, reduz a ansiedade materna, inerente ao trabalho de parto, e proporciona alívio. Condições estas que são necessárias à produção e libertação de leite materno (Matos [et al], 2009).

Para as outras atividades de vida que não foram desenvolvidas, existe também evidência científica, que permite integrar o CPPP no modelo de enfermagem de Nancy Roper, na medida em que, o CPPP contribui para a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido, para uma melhor estabilização cardio-respiratória, para manter o bebé mais calmo e menos choroso, e para promover um sono mais tranquilo. (Ferber [et al], 2004 ; Newman, 2009 ; PAHO, 2007).

No âmbito da temática em análise, e com o objetivo de potenciar a saúde da mãe e RN no período pós-natal - através do contacto pele-a-pele - foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Promoção e auxílio na realização do contacto pele-a-pele, sempre que este for da vontade da mãe.
- Incentivo ao casal para dar continuidade ao CPP, mesmo após alta hospitalar, informando os pais sobre os reais benefícios do contacto pele a pele no bem-estar do recém-nascido e na relação deste com a tríade.
- Identificar os casais que estabeleceram o CPP no internamento de puerpério, bem como conhecer: o grau de satisfação da mãe/pai durante o CPP; os sentimentos vivenciados

pelos pais e quais as manifestações comportamentais do RN; e as experiências vividas durante a visitação domiciliária.

Tanto na visitação domiciliária, que era efetuada - entre o 4º e o 7º dia de puerpério - para a realização do diagnóstico precoce ao RN, como na consulta de revisão do puerpério, realizada na USF cerca de duas semanas após o parto, foi possível recolher dados sobre o CPP, que se revelaram idênticos aos períodos anteriores. Ou seja, a maioria das mães que tinham tido os seus filhos no hospital que preconiza o CPP na primeira hora de vida, tinham de facto tido a oportunidade de realizar este procedimento, mas apenas quatro puérperas, conseguiram identificar os benefícios associados à continuidade deste procedimento, no que diz respeito à vinculação entre a mãe e RN e à continuidade da amamentação:

“ Sinto que começo a produzir mais leite quando tenho o bebé em cima de mim, e por isso ele fica mais satisfeito quando mama.” (P1, 30 anos)

“ É bom para acalmar o meu filho e para estarmos mais próximos.” (P3, 32 anos)

“ É bom para o aquecer, a nossa casa é muito fria...” (P4, 24 anos)

Esse grupo de 4 mulheres, que constituía a exceção, representava as mulheres a quem tínhamos tido a oportunidade de abordar a temática do CPP na consulta pré-natal. Estas deram continuidade à prática do CPP após a alta hospitalar, o que revela o impacto das nossas ações na continuidade dos cuidados ao RN e na autoajuda. E foi interessante constatar que estas mulheres, que estavam a praticar o CPP apresentavam mais confiança na prestação de cuidados ao RN, até porque todas referiam o CPP como uma medida importante na tranquilização do RN e da própria mãe:

“...quando ele está a chorar eu coloco-o despido em cima do meu peito e ele acalma em pouco tempo...” (P1, 30 anos)

“...aproveito os períodos em que ele está acordado para fazer o contacto pele-a-pele, e ele acaba por adormecer ao peito...” (P2, 26 anos)

“...é um momento só nosso, faz-me sentir mãe.” (P3, 32 anos)

Outro dado também muito gratificante está relacionado com as mulheres que demonstraram e que foram identificados sinais de tristeza pós-parto aquando da nossa visita domiciliária. A estas mulheres foi incentivada a prática do CPP como forma de

alcançar maiores níveis de tranquilidade e segurança, bem como, outras estratégias que ajudaram a mulher a elevar a sua autoestima e a encontrar o seu próprio espaço numa nova dinâmica familiar. A verdade é que, na consulta de revisão do puerpério, estas mulheres demonstravam estar a ultrapassar positivamente a tristeza pós-parto, e que, se devia em grande medida, à prática do CPP:

“...quando me sinto mais ansiosa ponho o bebé em cima de mim...ele acalma e tudo parece mais fácil.” (P5, 28 anos)

“...ter o bebé junto a mim faz-me sentir mais calma, é indescritível.” (P6, 31 anos)

Outro aspeto que tive oportunidade de concretizar durante a visitação domiciliária, foi a realização do exame do diagnóstico precoce com o RN adaptado à mama e em CPP. Em todas as situações, e à semelhança do que se verificou no BP, nenhum RN chorou durante este procedimento. Este dado vai ao encontro do que é defendido na revisão da literatura, ou seja, que o CPP pode ser a forma mais adequada de analgesia (Naughten, 2005; Saeide, 2011).

Estes testemunhos e vivências foram importantes para a equipa de enfermagem da USF valorizar ainda mais o CPP, conduzindo a equipa a integrar esta temática nas diferentes ações de educação para a saúde.

No serviço de puerpério do hospital onde realizei o EC II foi impossível colocar qualquer RN em CPP com a mãe, pois eu estava, à semelhança de qualquer outro enfermeiro do serviço de puerpério, impedida de prestar qualquer cuidado ao RN. E foi-me pedido, pela EEESMO que me orientava, para somente prestar cuidados à puérpera. Apesar destas limitações, não me encontrava impedida de questionar a mãe sobre a sua experiência relativamente à prática do CPP no bloco de partos, bem como promover e estimular a continuidade da prática do CPP.

Neste contexto privado, percebi que na maior parte dos nascimentos não era colocado em prática o CPP. As únicas exceções ocorriam quando o Pediatra que estava presente na sala de partos permitia e/ou estimulava que tal procedimento fosse efetuado. Esta é definitivamente uma realidade diferente daquela vivida num bloco de partos de um hospital público, em que, a vigilância da gravidez e a assistência ao trabalho de parto sem risco associado, é da responsabilidade do EEESMO. No contexto em análise, o EEESMO

é esgotado das competências que lhe estão atribuídas por direito pelo regulamento de competências específicas do EESMOG. Mas há uma competência que nunca se esgota, ou que nunca se deve esgotar, que é a defesa pelos interesses e necessidades da doente. Esta é uma questão que será desenvolvida no capítulo 6, dedicado às questões emergentes.

Neste ensino clínico, também surgiu a oportunidade de acompanhar, durante dois dias, a enfermeira que estava responsável pela visita domiciliária. E à semelhança do que já tinha constatado, ao nível dos cuidados de saúde primários, também aqui as mães não estavam a dar continuidade ao CPP. A verdade é que, neste caso, a maioria das mulheres não tinha tido a oportunidade de vivenciar o CPP após o nascimento, embora tivessem conhecimentos adquiridos nas aulas de preparação para o parto. Contudo, o facto de serem detentoras dessa informação, ainda assim, não foi o suficiente para praticarem o CPP aquando do regresso a casa, não tendo conseguido identificar a razão de tal facto.

Eu julgo, que a grande motivação para a prática do CPP é conseguida aquando da sua implementação no BP e na sua continuidade no internamento de puerpério. Por isso, para se garantir a continuidade da prática do CPP após a alta hospitalar, será necessário haver um investimento por parte dos profissionais nesse sentido.

A experiência na unidade de neonatologia foi extremamente enriquecedora para a consolidação dos conhecimentos inerentes à temática do CPP em contexto de prematuridade, e também para ganhar consciência da importância que esta prática tem, para ajudar os RN a desempenharem algumas das suas AV, nomeadamente: a regularização da respiração e a regularização do sono, pelo seu efeito calmante, a manutenção da temperatura corporal, a comunicação, através da promoção da vinculação mãe-RN, e a manutenção de ambiente seguro, pela melhoria na estabilidade fisiológica. Em suma, os autores defendem que os RN de baixo peso ou pré-termo devem ser considerados como fetos em exogestação e que necessitam de contacto pele-a-pele para promover a sua maturação (Nyqvist [et al], 2010).

Na apresentação à UCIN fui informada que, numa fase inicial, havia uma grande relutância, por parte da equipa médica, na prática do CPP em recém-nascidos prematuros, pois estavam convictos de que tal procedimento, podia colocar em causa o bem-estar do

RN. Contudo, a equipa de enfermagem, teve uma atitude exemplar, na medida em que, através da fundamentação baseada na evidência científica conseguiu que o CPP constituísse parte integrante da prestação de cuidados. E hoje, o CPP é praticado e fomentado em todos os recém-nascidos que apresentem situação clínica estável.

A primeira reação dos pais é sempre de algum desconforto e insegurança. Contudo, com o apoio da equipa de saúde, é algo que se transforma num procedimento de enorme prazer para mãe, pai e recém-nascido. Foi sem dúvida o EC onde o CPP ganhou maior destaque e relevância e, onde foi possível identificar *in loco* os benefícios do contacto.

E, obviamente que a amamentação também demonstrou estar inevitavelmente associada, na medida em que, o CPP é uma medida de excelência, não só para, dar início ao processo de amamentação, que não iniciaram no momento preconizado, mas também para promover a continuidade da amamentação e, invariavelmente, a própria estimulação da produção de leite materno.

Apesar do projeto estar essencialmente dirigido para a prática do CPPP entre mãe e bebé, parece-me importante, numa perspetiva de integração e continuidade de cuidados que não seja desprezada a possibilidade de efetuar o mesmo procedimento entre o pai e o bebé. Isto porque, já existem alguns estudos que evidenciam igualmente o benefício deste contacto, quando a mãe não está imediatamente disponível, por complicações pós-parto ou por realização de cesariana (Blackwell Publishing, 2007).

4. QUESTÕES ÉTICAS

Durante a realização dos diferentes ensinamentos clínicos e, essencialmente, do estágio que subjaz a este relatório levantaram-se algumas questões que vão, na minha opinião, ao encontro dos princípios éticos da profissão de enfermagem.

Do meu processo de aprendizagem, nos diferentes ensinamentos clínicos, constatei que os profissionais de enfermagem continuam a deparar-se com a dificuldade em defender e prevalecer aquilo que são os direitos, necessidades e expectativas dos doentes. Temos como exemplo disso:

- O tempo de permanência do RN em CPP com a mãe ser condicionado pelas rotinas hospitalares.

- A mãe que é submetida a cesariana eletiva ser impedida de praticar o CPPP logo após o nascimento, devido às rotinas instituídas num bloco operatório.

- O pai ser impedido de assistir ao nascimento do seu filho, quando este ocorre por parto distócico (fórceps, ventosa e cesariana).

Outro exemplo, é a situação da grávida que expulsou, ou está na eminência de expulsar, um feto morto (Apêndice VII). Nesta situação particular, que é entendida – na maior parte dos serviços – como um tema tabu, foi possível identificar diferentes atitudes e diferentes tomadas de decisão perante o confronto com um feto que, ao contrário do que é expectável, por vezes nasce com sinais de vida.

Nesta situação podemos pensar, em que medida é que pode ser útil para a mãe o contacto pele-a-pele com o RN, no sentido de a ajudar a vivenciar o processo de luto. Até que ponto é que aquele momento de proximidade pode ajudar na sua despedida?

É sabido que o toque tem um efeito terapêutico, como tal, também nesta situação, de enorme sofrimento e vazio, o toque, através do contacto com o RN pode trazer alguma tranquilidade a longo prazo, já que no imediato será quase impossível.

No entanto, a resposta a esta questão só é possível quando este assunto for discutido com a mãe, de forma a lhe ser permitida uma tomada de decisão autónoma. Isto porque, nem todas as mães sentiram a necessidade de fazer o CPP com o seu RN, agora

sem vida.

No entanto, até que ponto é que os profissionais estão preparados para apoiar a mãe/casal nesta tomada de decisão, quando são alguns destes mesmos profissionais que, quando o feto ainda nasce com sinais de vida, o deixam em cima de uma bancada para morrer mais depressa. É óbvio que, na mesma situação, outros profissionais o aconchegam no seu colo ou o colocam numa incubadora aquecida até ao seu último suspiro de vida. Mas porque não a mãe a ter essa função? Porque é que não se permite à mãe a tomada de decisão de aconchegar o seu filho na hora da morte?

É óbvio que este tema é demasiado sensível para reflexão, e por isso, de difícil discussão no seio da equipa de enfermagem. Mas é fundamental, pois não estamos a conseguir criar uma posição coerente em relação a esta temática. Na verdade, julgo que cada um de nós acaba por, embora inconscientemente, adotar a posição que é mais confortável para si, e não para a mulher/casal. Será fundamental sustentarmos a nossa prática no que está descrito na evidência científica, que poderá ajudar na tomada da decisão. No entanto, é muito escassa a evidência produzida sobre esta temática.

Ao longo dos diferentes contextos clínicos foi possível verificar que a tomada de decisão do indivíduo, bem como as suas necessidades e expectativas, eram muitas vezes, sobrepostas pelas rotinas hospitalares e pela forma como os cuidados estavam organizados em cada serviço.

Como exemplo desta situação enumero duas situações distintas. Uma delas, verifica-se no momento das induções do trabalho de parto. Foi possível identificar algumas situações, nas quais eram administrados comprimidos de misoprostol e, as mulheres grávidas, continuavam a desconhecer ou a ter dúvidas relativamente ao procedimento a que tinham sido sujeitas. Nos contextos clínicos, pelos quais passei, a colocação de misoprostol era executado pela equipa médica. Mas, à luz do que é o nosso dever profissional, enquanto profissionais de enfermagem, julgo ser da nossa responsabilidade explicar, previamente (sempre que possível), os benefícios da indução e quais as alterações fisiológicas que irão ser desencadeadas após a administração do misoprostol. É óbvio, que em muitas situações a colocação de misoprostol é utilizado para desencadear um trabalho de parto que, em muitas ocasiões, não há justificação clínica evidente. Nestes casos, também compete ao enfermeiro especialista, enquanto detentor

de conhecimentos especializados na área, negociar com a restante equipa de saúde, sobre o seu real benefício, e principalmente negociar no sentido de que a mulher também possa exprimir a sua vontade, desde que esteja garantida a segurança materno-fetal. Para que isto seja possível, é vital que na relação terapêutica prevaleça a confiança entre pares e a transparência na tomada de decisão, sempre para um bem comum, ou seja, um parto seguro e o mais humanizado possível.

Acresce dizer, que a independência na tomada de decisão só é possível com o conhecimento e a informação que fundamentem o consentimento informado.

Inevitavelmente, estas questões relacionadas com o consentimento informado e a defesa dos direitos, necessidades e expectativas da mulher/casal, por parte do enfermeiro especialista, são questões que estão invariavelmente relacionadas com o tema em análise neste projeto, o contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido saudável.

Tal como já descrito no capítulo dedicado à análise dos resultados obtidos, foi possível constatar que, nos locais onde era fomentado e praticado o CPP, este não era precedido de qualquer informação sobre o que consistia o CPP e os benefícios associados, e não era questionada a mulher sobre a sua vontade em pôr em prática.

A verdade é que, achando-se que se está a defender o direito da mãe, institui-se que todos os recém-nascidos ficam em CPPP após o nascimento, mas a verdade é que poucas são as mães que são questionadas sobre se esse normativo vai ao encontro da sua vontade.

Mas estas questões são complexas, porque vão confluir com dinâmicas de serviço e interesses profissionais. Eu própria tive alguma dificuldade, talvez devido à minha condição de aluna em fazer prevalecer algumas dos interesses e vontades das mulheres. E embora nunca tivesse deixado de o fazer, sinto que o poderia ter feito com maior determinação e firmeza.

Outra questão, que de alguma forma está relacionada com as anteriores, relaciona-se com o nosso cuidado em facultar ao indivíduo a informação necessária para a tomada de decisão autónoma. Contudo, e por isso a relação com a questão anterior, é fundamental também criarmos o espaço necessário para a concretização dessa decisão e, essencialmente, que a saibamos defender como se fosse nossa (Apêndice VIII).

Aquilo que se verifica é que, muitas vezes, não é criado o espaço temporal

necessário para que a pessoa exerça o seu direito de reflexão, pois os factos e as decisões clínicas ocorrem antecipadamente. E, o medo, o receio e a insegurança fazem com que o indivíduo assuma as decisões de enfermagem ou médicas como decisões irrefutáveis.

Como tal, julgo que devemos continuar a investir no nosso dever como “advogados do doente” e temos que ser os primeiros a saber ouvir quais as suas necessidades e expetativas, e negociar, sempre que possível, garantido a segurança na prática do cuidar.

Contudo, e analisando esta questão por um lado positivo, é também importante reforçar os princípios éticos – presentes no código deontológico do enfermeiro - que estiveram sempre presentes na minha prestação de cuidados, e que considero como princípios essenciais na realização das competências do EESMOG, nomeadamente: o estabelecimento de uma relação profissional com cada indivíduo; o respeito pela dignidade, pela individualidade e pela intimidade de cada mulher/casal; e o cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Estes princípios ganham maior relevância quando está em causa a prestação de cuidados à pessoa numa fase da sua vida em que há uma grande exposição da sua sexualidade/intimidade, e na qual, podem estar presentes outras questões que são difíceis, até para os próprios profissionais, de serem vivenciadas, como é o caso da decisão de interrupção voluntária da gravidez e da decisão de entregar um filho para adoção logo após nascimento.

Esta última situação gerou alguma consternação no meu processo formativo, pois nesta situação, que me mereceu o meu maior respeito e compreensão, gerou nalguns profissionais da equipa de enfermagem um sentimento de revolta e de desacordo em relação à tomada de decisão da mulher.

Na minha perspetiva, é óbvio que cada profissional pode ter a sua opinião formada relativamente a cada situação, não poderá é permitir que essa sua opinião transpareça na relação com a pessoa e na sua prestação de cuidados.

5. QUESTÕES EMERGENTES

O meu processo de aprendizagem e reflexivo, ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, que culminaram na concretização do estágio com relatório, conduziu ao levantamento de algumas questões que considero de importante reflexão, e que em certa medida, podiam constituir um pertinente objeto de investigação.

No contexto atual, e com o crescimento massivo de hospitais privados, percebe-se que existe uma diferença não só na forma como os cuidados são prestados, como também na procura dos cuidados prestados. E por isso, julgo que é pertinente refletirmos sobre algumas questões:

Porque é que num hospital privado o pai pode assistir a uma cesariana e num público não?

Esta questão torna-se mais emergente, quando temos conhecimento de situações em que o mesmo médico permite a presença do pai no hospital privado e impede a presença do pai no hospital público.

Na minha ótica, e de acordo com Roper, estamos perante uma questão de discriminação económica. Conduzindo a pessoa a acreditar que poderá ser privilegiada, ou não, consoante a sua condição financeira.

Os profissionais, que trabalham num hospital público, terão como missão defender a igualdade e equidade de cuidados, sempre que isso se traduzir na melhoria dos cuidados prestados ao doente.

Porque é que, cada vez mais, a mulher procura o hospital privado para o nascimento de um filho?

Eu julgo que esta questão, não estará só relacionada com as questões de hospitalidade, ou seja, as condições físicas e ambientais do hospital. Estou certa, que em grande medida, estará relacionada com a continuidade de cuidados. Para a mulher, será importante que o acompanhamento pré-natal, intra-parto e pós-natal tenha uma continuidade, e que haja uma pessoa de referência em todo este percurso, que lhe transmita confiança e segurança.

A verdade é que, no acompanhamento da grávida no serviço nacional de saúde, a mulher é acompanhada por equipas de profissionais diferentes, em que muitas vezes não se consegue estabelecer a tal referência, principalmente para o período intra-parto.

Isto pode-nos levar a refletir sobre como é que podemos reorganizar os cuidados no sentido de ir ao encontro das expectativas da pessoa.

Contudo, e esta seria quase outra questão para reflexão, há procedimentos de enfermagem que ocorrem nos serviços de saúde públicos, que não ocorrem nos privados.

Temos o exemplo de um hospital privado em que o CPPP só é colocado em prática quando o médico pediatra, que está de serviço, preconiza a sua prática. E o exemplo de um hospital público, a quem a responsabilidade de promover o CPPP é da responsabilidade do enfermeiro, logo a sua prática ser mais comum.

No entanto, este privilégio perde valor a partir do momento em que não são garantidos os requisitos necessários para uma tomada de decisão autónoma e independente. A pessoa que não é devidamente informada sobre os benefícios do CPPP, não conseguirá reconhecer isso como uma mais valia, e muito menos dar continuidade à sua prática.

Por vezes, também ocorrem algumas incongruências ao nível das ações de educação para a saúde, não havendo unificação e coerência na transmissão de informação que é transmitida pelos diferentes profissionais de saúde que acompanham a grávida no SNS. Conduzindo, nalguns casos, a uma desvalorização de uma importante área da nossa intervenção, a promoção e a educação para a saúde.

Em suma, estas questões levam-nos a refletir sobre a nossa prática de cuidados, tendo sempre em vista dois pontos fulcrais. Um ponto é a melhoria da prestação de cuidados à pessoa, no sentido de serem os mais personalizados e individualizados possíveis, e no sentido de uma procura contínua da satisfação das necessidades e expectativas da mulher/casal. Outro ponto, está relacionado com a defesa e a implementação das nossas competências como EEESMO. Pois estou certa que há um subaproveitamento destes profissionais que podiam ser essenciais na reorganização e ajustamento dos serviços.

Nesta linha de pensamento, julgo que seria importante e pertinente a existência de enfermeiros EEESMO na UCIN para que pudessem contextualizar as situações clínicas e

interpretar algumas das situações ocorridas no bloco de partos. Isto porque, percebi, durante o meu pouco tempo de permanência na UCIN, que havia, algumas vezes, dificuldade em compreender algumas tomadas de decisão clínica. Ou seja, seria um elo de ligação interessante e vantajoso entre a área da Neonatologia e a área da Saúde Materna e Obstetrícia. Como tal, proponho aos profissionais de saúde, interessados nesta temática, a concretização de trabalhos de investigação que dêem suporte científico para essa necessidade/realidade.

Por outro lado, seria importante uma maior produção de conhecimento no que diz respeito ao CPP entre mãe e o RN que nasce sem sinais de vida. Existe uma grande escassez de conhecimento nesta área. No entanto, encontram-se na internet alguns relatos e testemunhos de situações em que o CPP conduziu à reanimação do RN. Até que ponto, é que este conhecimento do senso comum pode ser sustentado pela evidência científica?

6. CONCLUSÃO / LIMITAÇÕES

Espero que este trabalho tenha conseguido espelhar o esforço aplicado no sentido de investir numa prática de cuidados baseada na evidência, com vista à melhoria dos cuidados prestados à mulher nas diferentes etapas da sua gravidez/parentalidade.

Sinceramente, sinto que as atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto proporcionaram vários momentos de reflexão, por parte dos profissionais de saúde, sobre a temática em causa. Muitos nunca tinham refletido sobre a sua importância e outros passaram a dar maior relevância na sua prática de cuidados.

Estou ciente que consegui desafiar os profissionais a alguma mudança, embora com menor expressão do que era a minha intenção inicial. Isto porque, não estou convicta que se vá traduzir numa prática corrente de cuidados, e que a mudança não seja novamente absorvida pelas rotinas dos serviços.

Tal como referido, em alguns momentos deste projeto, a mudança de comportamentos é talvez um dos maiores desafios inerentes à nossa prática de cuidados. Por isso, a importância do nosso investimento e da nossa persistência, no alcance de pequenos passos que acreditamos marcarem a diferença. Contudo, e ao contrário do que era expectável no início deste projeto, esta não terá sido a maior limitação à concretização deste projeto.

A maior limitação centrou-se ao nível do estágio no bloco de partos. Na medida em que, gostaria de ter feito um maior investimento neste projeto, não só ao nível da implementação de ações criativas, como na própria análise reflexiva da prática do CPPP. Foi um estágio muito exigente do ponto de vista pessoal e profissional, no qual me confrontei com dificuldades de execução técnica e que fez com que me centrasse muito na procura de uma melhoria constante da minha performance e desempenho. Foi um longo caminho, algo sinuoso, pois o facto de estar, profissionalmente distante do contexto hospitalar, levou a que tivesse maior dificuldade de adaptação à dinâmica do bloco de partos e até à própria realização dos procedimentos técnicos.

A falta de prática hospitalar, aliada à minha insegurança e ao receio de errar, fez com que se manifestasse – em algumas situações específicas – numa dificuldade de

destreza e incapacidade para priorizar os meus cuidados. Contudo, procurei sempre que estas limitações, não se traduzissem num constrangimento para o meu percurso formativo, mas sim um desafio diário e constante para a superação das minhas dificuldades. E estou certa, que ainda sendo um percurso sinuoso, consegui alcançar as competências necessárias para garantir o bem-estar da mulher e do feto/RN durante o trabalho de parto.

Por isso, dar continuidade a este projeto, enquanto lutava diariamente em busca da melhoria e do aperfeiçoamento da minha prática de cuidados, foi difícil. Mas hoje, sinto que cresci - enquanto pessoa, enquanto profissional e enquanto aluna, e tenho o sentimento de missão cumprida junto de todos aqueles que foram alvo da minha prestação de cuidados e que contribuíram para a minha aprendizagem. Até porque, foi enorme e constante, o esforço feito para que a minha insegurança e os receios não se refletissem na minha relação com cada pessoa.

Ao longo deste trabalho, várias foram as situações em que ficaram demonstradas algumas falhas na transmissão da informação sobre o CPPP, o que se repercutiu não só, no momento exato do nascimento, bem como no período neonatal. Ficou também demonstrado que o investimento na educação para a saúde, poderá dar um enorme contributo na transição para a parentalidade, na adaptação do RN à vida extra-uterina e na vinculação precoce. Ou seja, é um procedimento de enorme simplicidade, mas que fornece um enorme contributo na garantia do bem-estar da mãe, RN e família.

Ficou também demonstrado a importância da promoção da saúde na prática do CPP, em todas as fases da parentalidade, ou seja, desde o período pré-natal até ao período pós-natal, pois todas as fases são pertinentes para a implementação de ações de educação para a saúde.

Decorrente de todo o trabalho desenvolvido e percurso percorrido, podemos enumerar os cuidados do EEESMO que irão favorecer a prática do CPP e que irão beneficiar a díade e a tríade com a sua concretização:

- Informar os pais sobre o que consiste o CPPP e quais os benefícios associados imediatos ao nascimento e durante os primeiros meses de vida do RN. Por forma a garantir a tomada de decisão informada e autónoma.
- Proporcionar, na sala de partos, as condições ambientais (luminosidade, ruído e toque)

necessárias para a prática do CPPP, bem como apoiar os pais na execução do procedimento.

- Fomentar o CPP, junto dos pais e da restante equipa de enfermagem, como forma de proporcionar uma adaptação à vida extra-uterina mais rápida e eficiente.
- Promover o CPP ao longo dos primeiros meses de vida do RN, incentivando a continuidade do CPP após a alta hospitalar.
- Ressalvar a importância da prática do CPP para a prevenção da tristeza e da depressão pós-parto.
- Defender e fazer valer, perante a equipa de enfermagem e equipa médica, a tomada de decisão dos pais relativamente à prática do CPP.

Em forma de conclusão, e simultaneamente reflexão, não podia deixar de descrever algo que assisto no último dia de estágio no BP, e lembro-me de ter vivenciado um sentimento muito próximo da comoção. Era eu que estava a participar no estágio do TP, com a parturiente e família e, após o período expulsivo, por vontade da mãe, coloquei o RN em CPPP. No entanto, quando ia fazer a laqueação do cordão há uma voz que, serenamente, me impede de executar essa decisão. Em suma, possibilitou-se ao RN ficar confortavelmente deitado sobre o tórax da sua mãe e, simultaneamente, ainda estar ligado pelo cordão umbilical à placenta.

Este episódio leva-me a refletir e questionar o porquê de não adotarmos esta forma de atuação, ainda mais, porque a evidência demonstra que o CPPP facilita a dequitação, por diminuição do tempo de expulsão da placenta (Gabriel, 2009), e que o cordão umbilical só deve ser clampado após o primeiro minuto de vida (Abalos, 2009), preferencialmente quando cessa a pulsatilidade do cordão umbilical (Weeks, 2007 ; OMS, 1996) . Contudo, o que habitualmente se constata é que há uma enorme pressão para se cortar o cordão e transportar o RN para se efetuar as “rotinas”.

Por tudo o que ficou escrito, relatado e fundamentado neste relatório é que considero que é da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) promover, apoiar e aplicar o CPPP numa perspectiva do parto humanizado.

7. BIBLIOGRAFIA

- ABALOS, E. (2009) - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **The WHO Reproductive Health Library**. Geneva: World Health Organization. [em linha]. Consult. 4/1/2013. Disponível em http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/cd004074_abalose_com/en/index.html
- BLACKWELL PUBLISHING (2007) – Paternal skin-to-skin contact offers cesarean-born baby same calming & development benefits as mom. **ScienceDaily**. [em linha]. Consult. 20/5/2011. Disponível em: www.sciencedaily.com/releases/2007/06/070611113914.htm
- BYSTROVA, K [et al] (2009) – Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth: Issues In Perinatal Care**, 36(2), 97-109. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- BYSTROVA, K [et al] (2007) – Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature. **Birth (Berkeley, Calif.)**, 34(4), 291-300.
- CALAIS, E., [et al] (2010) – Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings. **Acta Paediatrica**, 99(7), 1080-1090.
- CARUANA, E. (2008) – Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Journal Of Advanced Nursing**, 62(4), 439-440.
- CORREIA, M. (2009) – A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar em Enfermagem**. [em linha]. Vol.13. Nº2 (2ºSemestre,2009). Consult. 25/06/2011. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf

- CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004) – **Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4.
- CREEDY, D., [et al] (2008) – Assessing midwives' breastfeeding knowledge: properties of the Newborn Feeding Ability questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale. **International Breastfeeding Journal**, 37.
- CRENSHAW, J. (2003) – Healthy Birth Practices from Lamaze International. Keep mother and baby together. It's best for mother, baby and breastfeeding. **Lamaze International**. [em linha]. Consult. 20/05/2011. Disponível em: <http://www.lamaze.org/portals/0/carepractices/carepractice6.pdf>
- DIMENNA, L. (2006) – Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care protocol. **Neonatal Network**, 25(6), 405-412.
- ERLANDSSON, K., [et al]. (2007) – Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. **Birth: Issues In Perinatal Care**, 34(2), 105-114.
- FEDERACION DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME) (2008) – **Iniciativa Parto Normal. Documento de Concenso**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3. pg.107-108.
- FERBER, S.; MAKHOUL, I. (2004) - The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo Care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**. [em linha]. Vol.113, nº4 (Abril, 2004), p.858-865. Consult. 5/06/2011. Disponível em: <http://pediatrics.aapublications.org/content/113/4/858.full.htm>. ISSN: 1098-4275.

- FIGUEIREDO, B. - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud**. [em linha] Vol.3, Nº3 (Fevereiro, 2003), p.521-539. Consult. 5/06/2011. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3696/1/Vincula%C3%A7%C3%A3o%20materna%20Contributo%20para.pdf>
- FORTIN, M. (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER (HSFX) (2004) – **Humanização, privacidade e conforto**. Consult. 06/06/ 2011. Revista “A Ponte”, nº8, 2004, p.5. Disponível em: http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/A%20Ponte/Ano%2004/ponte8-Junho2004.pdf
- LUDINGTON-HOE, S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. **Neonatal Network**, 30(5), 357-362.
- LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN:978-989-8075-16-1.
- MARÍN GABRIEL, M., [et al] (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. **Acta Paediatrica**, 99(11), 1630-1634. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x
- MATOS, T. [et al] (2006) – Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [em linha]. Vol.63, Nº6 (Nov-Dez, 2006) p.998-1004. ISSN: 0034-7167. Consult. 6/04/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>

- MONTEIRO, J.; [et al] (2006) – Percepção das mulheres acerca do contacto precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**. [em linha]. Vol.19, Nº4 (2006) p.427-432. Consult. 12/04/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a10.pdf>
- MOORE E.R., [et al] (2007) – Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Library**. [em linha]. Consult. 12/4/2011. Disponível em: http://kamcaredesign.jetshop.se/pub_docs/files/Skin-to-skin_term_infants_Cochrane.pdf
- MORI, R., [et al] (2010) – Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. **Pediatrics International**, 52(2), 161-170.
- NAUGHTEN, F. (2005) – The heel prick: how efficient is common practice?. **RCM Midwives**, 8(3), 112-114.
- NEWMAN, J. (2009) – The importance of skin to skin contact. **International Breastfeeding Center**. [em linha]. Consult. 12.04.2011. Disponível em: http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=82:theimportance-of-skin-to-skincontact&catid=5:information&Itemid=17
- NYQVIST, K., [et al] (2010) – State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. **Acta Paediatrica**, 99(6), 812-819.
- NYQVIST, K., [et al] (2010) – Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. **Acta Paediatrica**, 99(6), 820-826.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009). **Código deontológico dos enfermeiros**. [em linha] Consult. 26/7/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2010). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.**

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Regional Office of the World Health Organization (2007) - Beyond Survival: Integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development. Washington, D.C.: **PAHO** [em linha]. 2007. Consult. 06/04/2011. Disponível em: http://www.paho.org/english/ad/fch/ca/CA_beyond_survival.pdf

POLIT, D. [et al] (2004) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-984-3.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) – **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde**. Lisboa: DGS, 2005.

PRICE, M., ; JOHNSON, M. (2005) – Using action research to facilitate skin-to-skin contact. **British Journal Of Midwifery**, 13(3), 154-159.

PUIG, G ; SGUASSERO, Y. - Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The WHO Reproductive Health Library**. [em linha]. Geneva: World Health Organization. Consult. 12.04.2011. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/en/index.html>

REGULAMENTO nº122/2011. **D.R II Série**. 35 (18/02/2011) 8648-8653

ROPER, N.; [et al] (1995) - **Modelo de Enfermagem**. 3ª Edição. Alfragide: McGraw-Hill. ISBN: 972-9241-98-8.

- SAEIDI, R., [et al] – (2011). Use of "Kangaroo Care" to Alleviate the Intensity of Vaccination Pain in Newborns. **Iranian Journal Of Pediatrics**, 21(1), 99-102.
- TESSIER, R., [et al]. (2009) - Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. **Acta Paediatrica**, 98(9), 1444-1450.
- THUKRAL, A., [et al] (2008). Kangaroo mother care--an alternative to conventional care. **Indian Journal Of Pediatrics**, 75(5), 497-503.
- TOMEY, A. ; ALLIGOD, M. (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6. p.405-417.
- VELANDIA, M., [et al] (2010). Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section. **Birth: Issues In Perinatal Care**, 37(3), 192-201.
- WEEKS, Andrew (2007). Umbilical cord clamping after birth. **British Medical Journal**. [em linha]. Consult. 22/1/2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39282.440787.80>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1996). Department of reproductive health. **Care in normal birth: a practical guide**. [em linha]. Geneva: WHO, 1996. Consult. 28/06/2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

- MODELO TEÓRICO DE NANCY ROPER –

Apêndice I – p.1

Apêndice I – p.2

Apêndice I – p.3

Apêndice I – p.4

APÊNDICE II

- QUADRO DE REFERÊNCIA DA REVISÃO DA LITERATURA –

Apêndice II – p.1

Apêndice II – p.2

Apêndice II – p.3

Apêndice II – p.4

Apêndice II – p.5

Apêndice II – p.6

Apêndice II – p.7

Apêndice II – p.8

APÊNDICE III

- COMPILAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA -

Apêndice III – p.1

Apêndice III – p.2

Apêndice III – p.3

APÊNDICE IV

- PLANO DE OBSERVAÇÃO DO CPP NO BLOCO DE PARTOS –

Apêndice IV – p.1

APÊNDICE V

- ATIVIDADES PLANEADAS NO ÂMBITO DO BLOCO DE PARTOS -

Apêndice V – p.1

Apêndice V – p.2

Apêndice V – p.3

APÊNDICE VI

- REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS NOTAS DE CAMPO NO BLOCO DE
PARTOS -

Apêndice VI – p.1

Apêndice VI – p.2

APÊNDICE VII

- DIÁRIO DE APRENDIZAGEM 1 -

Apêndice VII – p.1

Apêndice VII – p.2

Apêndice VII – p.3

APÊNDICE VIII

- DIÁRIO DE APRENDIZAGEM 2 -

Apêndice VIII – p.1

Apêndice VIII – p.2

Apêndice VIII – p.3

ANEXOS

ANEXO I

- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA
E GINECOLÓGICA -