

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

Relatório de Estágio

**Promoção da clampagem tardia do cordão umbilical
- contributos do enfermeiro obstetra**

Cristina Maria Barbosa Nascimento

**Lisboa
2017**



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

Relatório de Estágio

**Promoção da clampagem tardia do cordão umbilical
- contributos do enfermeiro obstetra**

Cristina Maria Barbosa Nascimento

Orientador: Prof.^a Esmeralda Batalha Henriques Afonso

**Lisboa
2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“There are times when withholding action, or doing nothing, is also considered an intervention and such is the case with delayed cord clamping”

(Leslie, 2015, p. 167).

Com gratidão...

À minha família pelo apoio.

Ao meu namorado Pedro, pela paciência, carinho e amizade em todas as horas.

À professora Esmeralda Afonso, pela sua disponibilidade, orientação e motivação.

À enfermeira orientadora do bloco de partos pela confiança e partilha de saberes.

Às mulheres e suas famílias, pelo seu contributo para a minha aprendizagem.

À Vanda, por ter sido o meu anjo da guarda durante este percurso.

A todos vós o meu sincero obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

BP – Bloco de Partos

BPM – Batimentos por Minuto

CICU – Clampagem Imediata do Cordão Umbilical

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPPN – Curso de Preparação para o Nascimento

CTCU – Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FIGO – *The International Federation of Gynecology and Obstetrics*

G – Gramas

H – Horas

IA – Índice de Apgar

ICM – *International Confederation of Midwives*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MM – *Major concept*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – População, Conceito, Contexto

RCM – *Royal College of Midwives*

REBA – Rotura Espontânea de Bolsa de Águas

RN – Recém-nascido

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VS – Versus

RESUMO

Este relatório pretende espelhar o meu percurso de aprendizagem, sobretudo na unidade curricular “Estágio com Relatório”. Nele faço uma descrição e análise das competências desenvolvidas, na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade, em situação de urgência obstétrica e ginecológica, no âmbito pré-natal, durante o trabalho de parto, nos cuidados imediatos ao recém-nascido e na transição e adaptação à parentalidade.

No âmbito das competências desenvolvidas aprofundei conhecimentos acerca duma temática específica: os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical (CTCU).

A CTCU é uma temática pertinente e atual, que deve ser abordada durante a vigilância pré-natal para que os casais possam tomar decisões atempadas, conscientes e informadas. Esta intervenção deve ser realizada tendo por base a melhor evidência, sendo igualmente importante, que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para esta temática.

Nas estratégias utilizadas, procurei fundamentar a minha prestação de cuidados através do contacto e partilha de experiências com peritos, pesquisa bibliográfica contínua, realização de uma scoping review, divulgando o conhecimento da evidência através de uma ação de formação e contacto diário com as mulheres/famílias a meu cuidado. Também a reflexão e a partilha de conhecimentos e saberes, cruzadas com a evidência científica permitiram a construção de um guião de registo e observação que me permitiu obter informação relativamente à temática específica sob a forma de “notas de campo”. A observação participante, reflexão, análise e prestação de cuidados baseados na evidência, permitiram-me a aquisição destas competências.

Os cuidados de enfermagem, bem como a análise e reflexão do percurso de aprendizagem, sustentaram-se no modelo de Kristen Swanson, que acredito ter contribuído para uma prestação de cuidados baseados na evidência, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto e implementação de intervenções que visam o bem-estar da mulher e recém-nascido.

Palavras-chave: clampagem tardia do cordão umbilical, cordão umbilical, enfermeiro obstetra.

ABSTRACT

This report aims to reflect my learning path, especially in the curricular unit "Internship with Report". In it I describe and analyze the skills developed, in the rendering of specialized care to the woman inserted in the family and community, in a situation of obstetric and gynecological urgency, in the prenatal scope, during labor, in the immediate care of the newborn and the transition and adaptation to parenting.

Within the scope of the developed competences, I deepened my knowledge about a specific theme: the contributions of the obstetrician nurse in the promotion of the Delayed Umbilical Cord Clamping.

Delayed Umbilical Cord Clamping is a relevant and current topic that should be addressed during prenatal surveillance so that couples can make timely, aware and informed decisions. This intervention should be carried out based on the best evidence, and it is equally important that health professionals are sensible to this issue.

In the strategies used, I sought to base my care through contact and sharing of experiences with experts, continuous bibliographic research, conducting a scoping review, disseminating knowledge of the evidence through a training action and daily contact with women/families left to my care. Also, the reflection and the sharing of knowledge and knowledge, intersected with the scientific evidence allowed the construction of a record and observation script that allowed me to obtain information on the specific theme in the form of "field notes". Participant observation, reflection, analysis and rendering of evidence-based care have enabled me to acquire these competencies.

Nursing care, as well as the analysis and reflection of the learning path, were based on Kristen Swanson's model, which I believe contributed to the provision of evidence-based, culturally sensitive care during labor and the implementation of interventions that aimed at the well-being of women and newborns.

keywords: delayed umbilical cord clamping, umbilical cord, nurse midwives.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1 A Clampagem Tardia do Cordão Umbilical.....	14
1.2 Fatores Que Condicionam a Clampagem Tardia do Cordão Umbilical	17
1.2.1 Reanimação neonatal	17
1.2.2 Circulares do cordão umbilical	19
1.2.3 Hiperbilirrubinemia neonatal e policitemia.....	20
1.2.4 Colheita de células estaminais.....	22
1.3 O Cuidado Especializado na Promoção da Clampagem Tardia do Cordão	24
2-METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO.....	26
3-DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	29
3.1 Contextualização.....	30
3.2 O Cuidado à Mulher em Situação de Urgência Obstétrica e Ginecológica	31
3.3 O Cuidado à Mulher/Família Durante o Trabalho de Parto.....	34
3.4 O Cuidado à Mulher/Família no Processo de Transição e Adaptação à Parentalidade	43
3.5 O Cuidado na Promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical.....	45
3.5.1 Scoping Review.....	46
3.5.2 Promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical	50
3.6 Questões Éticas	58
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I – Estudos Seleccionados para a *Scoping Review*

Apêndice II – Guião de Registo e Observação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia de Pesquisa	46
Tabela 2. IA dos RN submetidos a CTCU, CICU e motivo para a realização da CICU.....	56

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Processo de seleção dos artigos para a scoping review	47
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Trolley</i> de reanimação	18
Figura 2. Manobra de <i>Somersault</i>	20

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Percentagem de RN em que realizei CTCU e CICU.....	52
Gráfico 2. Tempo decorrido desde o nascimento até o cordão umbilical deixar de pulsar nos RN em que realizei CTCU	53
Gráfico 3. Percentagem de mulheres a quem prestei cuidados no 2º estágio do TP com conhecimento prévio sobre a CTCU.....	53
Gráfico 4. Recursos através dos quais as mulheres tiveram conhecimento prévio sobre a CTCU em percentagem.....	54
Gráfico 5. Percentagem de RN submetidos a fototerapia em que foi realizada CTCU.....	57

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Ensino Clínico (EC) “Estágio com Relatório” (ER), do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O referido EC, decorreu num Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG).

A realização deste relatório, e a sua posterior discussão pública, tem como finalidade a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Nele descrevo e analiso com rigor as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do EC ER, assim como aquelas que desenvolvi durante o curso de mestrado, relativas a uma temática específica: os contributos do enfermeiro obstetra na promoção CTCU. A escolha desta temática prendeu-se com o meu interesse pessoal e pelo facto de a considerar pertinente e atual para a prática de cuidados de enfermagem especializados. A motivação inicial para este tema deveu-se sobretudo a conversas informais com enfermeiros especialistas, peritos na área, chefia do bloco de partos da instituição onde trabalhei e leitura de artigos científicos.

Vários estudos apontam para a importância da CTCU nos recém-nascidos (RN), sendo também uma prática recomendada por várias instituições e organizações a nível internacional, como é o caso do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2017a), do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2015), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2017) e do *Royal College of Midwives* (2014). Segundo Vain (2015), a clampagem do cordão umbilical, está entre as intervenções mais realizadas em todo o mundo em seres humanos, 131.000.000 de vezes por ano no mundo (ou seja, 250 vezes por minuto). Por vezes é realizada de forma irrefletida e imediata após o nascimento, sem ponderar as possíveis repercussões que este procedimento pode ter no recém-nascido (RN) e na mãe (Matallana, 2006). Deste modo, é importante que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) tenha consciência que esta intervenção pode ter impacto na saúde do RN, tendo o dever de promover a CTCU, otimizando assim, a sua adaptação

à vida extrauterina e potenciando a sua saúde (Regulamento n.º 127/2011, p.8664; ICM, 2011).

Os objetivos para o EC ER, foram definidos de acordo com o Plano de Estudos do 7º CMESMO, com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Regulamento nº127/2011 de 18 fevereiro), com as Competências descritas pela *Internacional Confederation of Midwives* (ICM, 2011) e com o meu projeto específico, tendo em conta as necessidades e recursos existentes na unidade de cuidados onde decorreu o estágio. Deste modo, defini os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher/conviventes significativos em situação de urgência obstétrica e ginecológica;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/conviventes significativos, durante o trabalho de parto;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, que apoiem o processo de transição e adaptação à parentalidade;
- Desenvolver estratégias promotoras da CTCU, que contribuam para a qualidade dos cuidados prestados.

A prestação de cuidados à grávida/puérpera/feto/RN/conviventes significativos, esteve sustentada na teoria de médio alcance da escola do cuidar de Kristen Swanson. Elegi-a, por ser uma teórica com a qual me identifico na forma como concetualiza o cuidar em enfermagem. O cuidar para Swanson (1993), é o principal foco da Enfermagem; considera o cliente como um ser holístico, com capacidade de decidir o seu percurso no processo de cuidados quando confrontado com um conjunto de possibilidades.

Relativamente à organização e estrutura deste relatório, após a introdução, no ponto um apresento o enquadramento teórico, onde são abordados os conceitos/dimensões fundamentais da temática em estudo. No ponto dois é efetuada uma abordagem sobre a metodologia e plano de trabalho realizado. Continuo no ponto três com a análise das competências adquiridas, descrição das atividades

desenvolvidas, contexto onde decorreu o EC ER e questões éticas. Finalizo no ponto quatro, com as considerações finais onde se encontram os resultados/assuntos com maior significado ou interesse, ligação com os objetivos definidos, dificuldades surgidas, apresentação de recomendações e sugestões. Apresento ainda, em apêndice dois documentos que considere pertinentes constarem neste trabalho.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Várias recomendações e diretrizes a nível internacional têm surgido relativamente à CTCU. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tempo ideal para clampar o cordão umbilical após o nascimento tem sido tema de debate controverso na comunidade científica há mais de um século (OMS, 2014a, p.4). Em 1796 o médico Erasmus Darwin menciona que clampar e cortar o cordão umbilical demasiado cedo é prejudicial, devendo ser mantido até que a criança respire espontaneamente e o mesmo deixe de pulsar, caso contrário a criança ficará muito mais “fraca” (Darwin, 1796). Este enquadramento teórico centra-se na temática da CTCU, incidindo na sua definição, benefícios, fatores que podem condicionar a sua realização, bem como a importância do enfermeiro obstetra na promoção desta intervenção.

1.1 A Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

No útero, o sangue flui através do cordão umbilical de e para a placenta, permitindo a oxigenação e nutrição do feto. A evidência científica aponta que se o cordão umbilical não for clampado imediatamente após o nascimento, algum sangue passará da placenta para o bebé (isto é denominado de transfusão uteroplacentária), aumentando o volume e fluxo de sangue para os órgãos importantes, como por exemplo os pulmões (Rabe, Diaz-Rossello, Duley & Dowswell, 2012). Pensava-se que a gravidade influenciava o volume da transfusão uteroplacentária para o RN, pelo que, geralmente, era colocado ao nível ou abaixo do introito vaginal, quando se pretendia o aumento do volume da transfusão (ACOG, 2017a). Recentemente um estudo realizado com bebés de termo nascidos por via vaginal que foram colocados no abdómen ou no peito materno logo após o nascimento e antes do corte do cordão umbilical, revelou que estes RN não apresentaram menor volume de transfusão em comparação com crianças mantidas ao nível do intróito vaginal (Vain *et al*, 2014). Isto sugere que os cuidados imediatos prestados com o bebé em contacto pele a pele são apropriados enquanto se aguarda pela realização da clampagem do cordão umbilical (ACOG, 2017a).

Estudos em RN de termo mostram que uma transferência de aproximadamente 80ml de sangue, ocorre através da placenta no primeiro minuto, atingindo aproximadamente 100ml aos 3 minutos após o nascimento (Yao & Lind 1977; Linderkamp, 1987). Se o cordão umbilical for imediatamente clampado, cerca de um terço do sangue que pertence ao bebê, fica retido na placenta. Este sangue adicional fornece quantidades de ferro, equivalentes a 40-50 mg/kg de peso corporal (ACOG, 2017a).

A carência de ferro na infância tem sido associada ao subdesenvolvimento cognitivo, motor e comportamental, os quais podem ser irreversíveis e são particularmente prevalentes em países subdesenvolvidos, mas existem também em países desenvolvidos, onde as taxas variam de 5% a 25% (Andersson, Lindquist, Lindgren, Stjernqvist, Domellof e Hellstrom-Westas, 2015).

Segundo Bayer (2016), nos últimos anos várias revisões sistemáticas da literatura, evidenciam a importância da realização da CTCU, pelo menos, 30 a 60 segundos após o nascimento. No entanto, não existe consenso na literatura quanto ao tempo que deve decorrer desde o nascimento até à realização da clampagem do cordão umbilical, para que esta seja considerada “CTCU” (Oliveira et al 2014). Habitualmente considera-se Clampagem Imediata do Cordão Umbilical (CICU) aquela que é realizada antes do primeiro minuto após o nascimento e CTCU a que é realizada mais de 60 segundos após o nascimento, ou quando o cordão deixa de pulsar (McDonald, Middleton, Dowswell & Morris, 2013). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento (ACOG, 2017a); já a OMS, recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos 1 minuto após o nascimento, iniciando em simultâneo os cuidados ao RN (OMS, 2017). O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2015), menciona que a CTCU é aquela que é levada a cabo em média de 30 segundos a 2 minutos, ao passo que, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2017), recomenda que o cordão umbilical não deve ser clampado antes do primeiro minuto, exceto se existir preocupação com a sua integridade ou na presença de bradicardia neonatal. De forma similar o *Royal College of Midwives* (2015), também sugere que o cordão umbilical não deve ser clampado nos primeiros 60 segundos, destacando a necessidade de respeitar e apoiar a decisão da mulher.

A CTCU, traz benefícios tanto para os bebês de termo, como para os pré-termo, não existindo estudos que relatem morte, morbidade ou aumento do risco de hemorragia pós-parto (McDonald et al., 2013). Contudo, parece existir falta de conhecimento generalizada sobre o tema e poucas instituições têm políticas referentes à CTCU (OMS, 2014a).

A CTCU, entre outros benefícios, traduz-se num aumento significativo dos níveis de médios de hemoglobina, sendo um procedimento que pode reduzir a anemia nos RN (Dash, Murali e Rajarajeswari, 2014), aumento dos níveis de hematócrito (Oh et al., 2011) e menor incidência de Síndrome de Dificuldade Respiratória e Hemorragia Intraventricular (Chiruvolu *et al.*, 2015). Segundo Rabe et al. (2012) a CTCU também favorece a estabilidade circulatória e a diminuição do risco de desenvolver enterocolite necrosante. Alguns dos benefícios apontados por McDonald, et al. (2013), são o aumento da volêmia, traduzido no aumento do peso médio à nascença (em média 101,8 g), valores de hemoglobina às 24h e 48h de vida significativamente superiores e aumento das reservas de ferro, sendo a carência de ferro aos 3 e 6 meses de vida duas vezes mais provável se o cordão for clampado imediatamente a seguir ao nascimento.

Uma maior duração da transfusão placentária após o nascimento também facilita a transferência de imunoglobulinas e células estaminais, que são essenciais para a reparação de tecidos e órgãos, particularmente após lesão, inflamação ou disfunção orgânica, que são comuns em prematuros (Sanberg, Park e Borlongan, 2010; Levy & Blickstein, 2006). Embora exista escassez de estudos a este nível, este reservatório fisiológico de células estaminais com grande capacidade de divisão, pode proporcionar efeitos terapêuticos e benéficos mais tarde para a criança (ACOG, 2017a).

Existem várias situações em que os dados são limitados e as decisões relativas à clampagem do cordão umbilical devem ser individualizadas (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014). Se a circulação placentária estiver comprometida, como no caso de anomalias placentárias, descolamento de placenta ou rotura de vasos do cordão umbilical é apropriada a CICU. A maioria dos estudos exclui gravidezes gemelares, conseqüentemente existe pouca informação em relação à segurança ou eficácia da CTCU neste grupo (ACOG, 2017a). Alguns profissionais de saúde que

cuidam de mulheres grávidas com fator sanguíneo *Rh* negativo, podem expressar preocupação que o sangue do bebê passe na corrente sanguínea da mãe, causando problemas de sensibilização, no entanto, este risco em futuras gravidezes é prevenido profilaticamente através da administração de imunoglobulina anti-D às 28 semanas de gestação (DGS, 2007). Também os RN de mães com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) podem receber CTCU entre 1 a 3 minutos, desde que sejam administrados retrovirais adequados. A OMS (2017), salienta que neste caso, os benefícios da CTCU superam os danos teóricos.

1.2 Fatores Que Condicionam a Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

Apesar dos benefícios da CTCU, comprovados através da evidência científica, existem alguns fatores que a podem condicionar ou até mesmo levar à CICU, nomeadamente a reanimação neonatal, as circulares cervicais, o risco de hiperbilirrubinemia e a colheita de sangue para criopreservação de células estaminais. Estes fatores são apresentados de seguida.

1.2.1 Reanimação neonatal

Brooks, Mackenzie & Wansbek (2013), realizaram um estudo com base nos nascimentos ocorridos em 2009 (antes da implementação da CTCU) e em 2013 (depois de implementação da CTCU). Após a implementação da CTCU, obtiveram uma redução de 15%, para 4.08% no número de RN com necessidade de reanimação e uma diminuição de 4.5%, para 2.5% no número de RN admitidos nos cuidados intensivos por problemas respiratórios. Deste modo, os autores deste estudo, concluíram que a CTCU, pode efetivamente reduzir a necessidade de reanimação neonatal.

Winter, Kattwinkel, Chisholm, Blackman, Wilson e Fairchild (2017), conduziram um estudo piloto com crianças com idade gestacional inferior a 33 semanas (72% dos partos foram por cesariana). Todas estas crianças foram ventiladas durante 90 segundos com o cordão intato. Em todos os casos a frequência cardíaca aos 60 segundos foi superior a 100 batimentos por minuto (bpm). Nestas crianças o Índice de Apgar (IA), o valor do ph e a temperatura aquando da admissão na unidade de

neonatologia, foram semelhantes aos dos restantes RN prematuros do estudo. Tal como no estudo anterior, concluíram que a ventilação em RN prematuros durante 90 segundos com o cordão intato é desafiadora, mas viável e parece ser segura.

Um estudo realizado no Canadá, de um total de 82 parteiras participantes, 56,69% refere ter realizado manobras de reanimação com o cordão intato, no entanto, a maioria destes partos ocorreu em domicílio. As parteiras consideraram que as condições ergonómicas, são o principal obstáculo para a sua realização, mas o fato de existir uma transição fisiológica mais suave para a vida extrauterina justifica a sua prática. A cultura hospitalar, os protocolos existentes, a configuração das salas de parto, a falta de treino, foram também consideradas barreiras adicionais para a realização da reanimação neonatal com o cordão umbilical intacto (Fulton, Stoll e Thordarson, 2016).

Alguns hospitais, desenvolveram *trolleys* de reanimação, em que os RN podem ser reanimados mantendo o cordão intato, o que lhes permite receber um volume superior de sangue oxigenado através do cordão umbilical, evitando também a separação da mãe e do bebé nos primeiros minutos após o nascimento. Este foi o caso do *Liverpool Women's Hospital*, onde foi desenhado um *trolley* de reanimação pequeno, móvel, que possui colchão aquecido e tem a facilidade de fornecer sucção, oxigénio e ar, podendo ser utilizado em todos os tipos de parto (figura. 1), (Weeks et al, 2015).

Figura 1. *Trolley* de reanimação



Fonte da figura: Weeks et al. (2015)

A ACOG (2017a), refere que os bebés que necessitam de reanimação podem beneficiar da realização da CTCU, mas a necessidade de atenção imediata levanta questões se deverá ser realizada CICU. Casos cujo bem-estar fetal são preocupantes e particularmente aqueles com suspeita de depressão grave (por exemplo, frequência cardíaca muito baixa ou indetetável) devem ser avaliados imediatamente por um

pediatra (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014). Paralelamente o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2014), recomenda que o cordão umbilical não deve ser clampado antes do primeiro minuto após o nascimento, exceto quando existe evidência de bradicardia neonatal com batimento inferior a 60bpm. Se o bebê não respira bem quando nasce, o cordão é cortado para transferir o recém-nascido para uma unidade de reanimação, para que a assistência seja realizada de imediato. No entanto é de salientar que, reforçando as conclusões dos estudos anteriores, segundo a OMS (2017, p.2), “se o fornecedor de cuidados tiver experiência no suprimento eficaz de ventilação com pressão positiva sem cortar o cordão, a ventilação pode ser iniciada com o cordão intacto”.

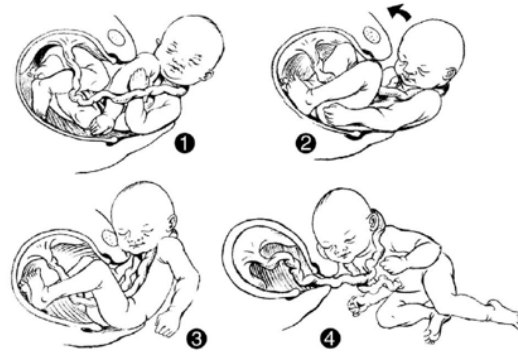
1.2.2 Circulares do cordão umbilical

As circulares do cordão umbilical são outro fator desafiante que podem levar à CICU. Esta situação ocorre em 20 a 30% dos nascimentos, em que 8% dos fetos entre as 10 e as 14 semanas têm circulares do cordão umbilical e cerca de 29% têm circular às 42 semanas. Esta situação é também mais frequente em cordões umbilicais mais longos, fetos mais ativos e do sexo masculino (Mercer & Erickson-Owens, 2014; Hutchon, 2013).

A veia umbilical é mais suscetível de ser obstruída do que as artérias umbilicais, devido à fragilidade da sua estrutura. As circulares facilmente são comprimidas durante o trabalho de parto, reduzindo o volume de sangue e a hipoxia é provável que ocorra devido à oclusão do cordão umbilical. Segundo Mercer & Erickson-Owens (2014), a prática de cortar e cortar o cordão umbilical antes do nascimento é perigosa, porque coloca o RN em risco de hipoxia e hipovolémia. Ainda segundo os mesmos autores a hipovolémia é a causa mais frequente no fracasso da reanimação, sendo que, um volume sanguíneo adequado desempenha um papel importante na transição neonatal proporcionando uma melhor perfusão de todos os órgãos. Deste modo, como forma de evitar o corte imediato do cordão umbilical, Mercer & Erickson-Owens (2014), defendem que se a circular for larga, deve ser deslizada sobre a cabeça do RN, caso esteja apertada, deverá ser realizada a manobra de *Somersault* (figura 2.).

No entanto, os modos de atuação perante a existência de circular do cordão umbilical são variados e existe pouca evidência sobre a gestão adequada das circulares cervicais (Jefford, Fahy e Sundin, 2009; Reed, Barnes e Allan, 2009). Deste modo, perante a sua presença, o enfermeiro obstetra que presta cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis,

Figura 2. Manobra de Somersault



Fonte da figura: Mercer, J. Erickson-Owens, A. Graves, B. Haley, MM. (2007)

deve ter em consideração os efeitos da CTCU, implementando intervenções efetivas na preservação da integridade do cordão umbilical, sempre que possível.

1.2.3 Hiperbilirrubinémia neonatal e policitemia

A bilirrubina resulta do processo de catabolismo das proteínas do grupo *heme* dos glóbulos vermelhos no baço. Para ser transportada através da corrente sanguínea, a bilirrubina liga-se a uma proteína (a albumina), constituindo a bilirrubina indireta ou não conjugada. Quando esta chega ao fígado é metabolizada e transforma-se numa substância solúvel em água (a bilirrubina direta ou conjugada). Muitos RN devido à imaturidade dos glóbulos vermelhos, fígado e sistema gastro intestinal apresentam dificuldade em excretar a bilirrubina. Na maioria dos casos, a hiperbilirrubinémia surge após as primeiras 24 horas e não traduz patologia subjacente; quando em níveis baixos, tem efeitos antioxidantes, benéficos para os RN.

A maioria dos RN apresentam valores de bilirrubina superiores a 1mg/dl em circulação; quando atinge o valor de 5mg/dl, torna-se visível na pele e escleróticas uma coloração amarelada, que é denominada por icterícia. Quando atinge valores elevados pode provocar lesões no sistema nervoso central (*Kernicterus*). As manifestações neurológicas nos RN prematuros podem ocorrer com valores de bilirrubina entre os 10-18mg/dl e nos RN de termo entre os 25-30mg/dl. Acredita-se que os efeitos neurotóxicos se encontram associados a pequenas frações de

bilirrubina que não se encontram ligadas à albumina (bilirrubina livre). Esta capacidade de ligação depende da concentração e afinidade de ligação da bilirrubina e albumina, que pode estar comprometida devido ao uso de drogas (como cefalosporinas), sépsis, hipoxia, hipoalbuminémia, prematuridade, ou associada a outros fatores como a policitemia, presença de sangue acumulado em áreas fechadas (como acontece nos *cefalohematomas*) ou diabetes materna.

A decisão relativamente ao tratamento cabe ao médico pediatra, sendo o mais frequente o uso de fototerapia (através da exposição da pele do RN à luz em determinado comprimento de onda), ou remoção da bilirrubina através de exsanguíneo-transfusão, quando o tratamento através de fototerapia não foi eficaz (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Foram realizados vários estudos sobre o risco do aparecimento de hiperbilirrubinémia nos RN em que foi realizada CTCU, contudo a evidência científica atual não apresenta resultados conclusivos (ACOG, 2017a; OMS 2014a). Alguns estudos referem que a necessidade de tratamento através de fototerapia foi superior nos RN em que foi realizada CTCU, mas sem a existência de necessidade de fototerapia intensiva ou transfusão (Chiruvolu et al., 2015). Outros, porém, referem que número de RN que foram submetidos a CTCU e que necessitaram de fototerapia foi semelhante (Nevill & Meyer, 2015) ou inferior aos que foram submetidos a CICU (Bolstridge et al, 2016). Por sua vez a OMS (2014b), refere estudos que revelam um risco de aparecimento de hiperbilirrubinémia de 4.36% nos RN que foram submetidos a CTCU e um risco de 2.74% nos RN que foram submetidos a CICU, ou seja, apenas uma diferença de 1.62%, não existindo risco de aparecimento de hiperbilirrubinémia grave.

Foram também realizados vários estudos no sentido de tentar perceber se a CTCU, aumenta o risco de policitemia. A policitemia resulta do aumento da concentração de glóbulos vermelhos (hematócrito $\geq 65\%$), que pode ocorrer por aumento do número de glóbulos vermelhos, diminuição do volume plasmático, ou ambos. Pode ser assintomática ou manifestar-se através de sinais agudos e/ou sequelas tardias. Os sinais mais frequentes são cardiorrespiratórios e neurológicos. Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014, p.3-p.5), “as crianças com crescimento adequado e sem hipoxia perinatal apresentam policitemia provavelmente

secundária à excessiva transfusão placentária durante o trabalho de parto(...)", contudo torna-se difícil encontrar a causa, porque a maioria dos RN com policitemia apresentam frequentemente outros fatores de risco, como "restrição do crescimento intrauterino", hipoxia perinatal, macrossomia, hipoglicemia, prematuridade, parto instrumental entre outros.

Os estudos não revelam risco aumentado de policitemia associados à CTCU (ACOG, 2017a; OMS, 2014b). Deste modo, a maioria dos autores defende que os benefícios da CTCU, superam o risco de hiperbilirrubinemia ou policitemia, sempre que esteja disponível o tratamento através de fototerapia (McDonald et al., 2013; OMS, 2014, ACOG, 2017a).

1.2.4 Colheita de células estaminais

O sangue colhido através do cordão umbilical, contém células estaminais que poderão ser utilizadas no futuro para o tratamento de doenças, sobretudo hematológicas e do sistema imunitário, como leucemias e neoplasias mieloproliferativas. Atualmente Portugal dispõe de um banco público de células estaminais (LUSOCORD) e diversos bancos privados. No banco de sangue público são guardadas amostras doadas pelos pais, para serem usadas em doentes a nível mundial. Todo o procedimento é realizado de forma gratuita e suportado pelo Ministério da Saúde. Nos bancos privados são armazenadas amostras de sangue do cordão umbilical apenas para uso próprio ou em familiares compatíveis e os custos de todo o processo são suportados pelos pais (Conselho nacional de ética para as ciências da vida, 2012).

Após a realização da clampagem do cordão é desinfetada a área de colheita. De seguida é puncionada a veia umbilical e o sangue é colhido por ação da gravidade para um saco estéril com capacidade entre 150ml a 250ml. Para a colheita ser realizada com sucesso, devem ser colhidos pelo menos 70 ml de sangue (Conselho da Europa, Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos, 2015). Quanto mais precocemente for realizada a clampagem do cordão umbilical, maior será o volume de sangue da amostra, no entanto, também maior será o volume de sangue do qual o RN ficará privado (Allan et al., 2016).

As células colhidas através do cordão umbilical podem ser criopreservadas por tempo indeterminado, no entanto os estudos realizados só comprovam que estas se encontram em condições ideais de utilização durante cerca de 15 a 20 anos (Ministério da Saúde, 2009). Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2012, p.14-18) “a probabilidade de uma pessoa utilizar o seu próprio sangue do cordão é muito baixa, sendo difícil de quantificar, mas possivelmente entre 0.04% (1:2.500) a 0.0005% (1:200.000), ao longo dos primeiros 20 anos da sua vida (...)” e após controlo de qualidade “(...) apenas cerca de 10% das amostras recolhidas apresentam todas as características necessárias a um futuro transplante”.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, emitiu uma *guideline* que sugere as seguintes recomendações:

- A colheita de sangue do cordão umbilical não deve comprometer os cuidados obstétricos ou neonatais ou interferir com a realização de CTCU;
- Se forem solicitadas informações sobre os bancos de sangue do cordão umbilical, devem ser fornecidas informações equilibradas e precisas sobre as vantagens e desvantagens;
- Os pais devem estar cientes de que, em certos casos, o uso das próprias células estaminais está contraindicado. A maioria das doenças potencialmente tratadas pelo sangue do cordão umbilical, existe nas próprias células e, portanto, o sangue armazenado não pode ser usado para tratar o mesmo indivíduo (ACOG, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1), a colheita para criopreservação de sangue através do cordão umbilical é uma intervenção de enfermagem, à qual as pessoas têm direito, “o exercício desse direito por cada pessoa e o correspondente dever de cuidado do enfermeiro, devem realizar-se num contexto de normalização adequada dos procedimentos, tendo em conta os requisitos científicos, éticos, deontológicos e jurídicos atuais”. Deve também ficar clara a articulação com entidades terceiras e o consentimento informado para a realização desta intervenção pois, esta, é uma decisão que cabe aos pais.

1.3 O Cuidado Especializado na Promoção da Clampagem Tardia do Cordão

Como descrito nas competências essenciais para o exercício básico da profissão (ICM 2011, p.11), o enfermeiro especialista em saúde materna tem competência e/ou capacidade para clampar “e cortar o cordão”. Para além disso tem também o dever de prevenir complicações e promover a otimização e “adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina” (Regulamento nº127/2011, p.8664).

A CICU foi praticada, a nível mundial, durante cerca de 50 a 60 anos, no entanto, recentemente surgiram provas e evidência de que a CTCU é mais benéfica para o RN, sem consequências para a saúde materna (Burleigh & Tizard, 2015). No entanto, “a forma como se efetua a clampagem do cordão umbilical no parto normal varia de acordo com o local onde se realiza o parto” (APEO & FAME, 2017, p.38). Desta forma, as enfermeiras obstetras devem manter os conhecimentos atualizados, recorrendo a fontes de evidência credíveis, e praticar a CTCU sempre que possível, permitindo que o RN usufrua dos seus benefícios. No período pré-natal deve ser promovida a discussão sobre a realização da clampagem do cordão umbilical, capacitando os pais para a tomada de decisão esclarecida e incentivo da sua inclusão no plano de parto sempre os mesmos a pretendam. A nível institucional e no seio da equipa multidisciplinar os enfermeiros obstetras devem promover a formação em serviço sobre esta temática e realização/atualização de normas institucionais, com base em novas *guidelines* e evidência científica (Burleigh & Tizard, 2015).

Do ponto de vista conceptual o modelo teórico de Kristen Swanson, permite uma fundamentação alargada para a prática, o ensino e a investigação em enfermagem, particularmente importantes na gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Para Swanson (1993), o alcance do **bem-estar** é o principal objetivo dos cuidados de enfermagem. A mulher é vista como um ser holístico, com capacidade de decidir o seu percurso no processo de cuidados quando confrontada com um conjunto de possibilidades. Swanson (1993), define quatro conceitos chave na sua teoria: a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem. A **Pessoa** é definida como um ser único, com múltiplas dimensões e em constante transformação, que se manifesta em pensamentos, sentimentos e ações. A pessoa é capaz de determinar e é determinada pelo ambiente em que se insere. O **Ambiente** é o contexto onde a pessoa se encontra

inserida, podendo ter influência de vários fatores (culturais, sociais, políticos, económicos, biofísicos, psicológicos e espirituais). A **Saúde** é definida como o bem-estar, independentemente da existência ou não de doença. A **Enfermagem** é definida como uma intervenção terapêutica, que compreende um conjunto de comportamentos desenvolvidos no ato de cuidar, a pessoas que vivenciam alterações de saúde potenciais ou reais, até que consigam cuidar de si mesmas de forma independente.

Swanson (1991), definiu cinco processos básicos, que têm como objetivo promover o bem-estar: **conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença**. Conhecer, implica o estabelecimento de uma relação de confiança e a compreensão do significado que determinado acontecimento tem para a pessoa, evitando suposições acerca do que lhe está a acontecer. Para tal é necessário, que o enfermeiro se centre na pessoa a quem está a prestar cuidados e realize uma apreciação das suas necessidades. Estar com a pessoa, caracteriza-se por uma relação em que o enfermeiro demonstra abertura para a partilha sentimentos, está emocionalmente presente para ajudar o outro. Fazer por, significa fazer pelo outro, o que este faria caso lhe fosse possível, proporcionando conforto e antecipando necessidades, mantendo o respeito e a dignidade da pessoa. Possibilitar, consiste em facilitar a passagem da pessoa através das transições da vida e eventos, informando, explicando, apoiando, validando sentimentos, gerando alternativas e dando *feedback*. Manter a crença, é manter a fé e a esperança realista de que a pessoa consegue ultrapassar as suas dificuldades, estando ao seu lado.

Em suma, para elaborar um plano de cuidados individualizado, onde também se inclui a promoção da CTCU, é fundamental **conhecer** a mulher/casal, **estando com** eles, escutando a informação que é transmitida. O enfermeiro deve ajudá-los a **manter a crença** que conseguem ultrapassar os momentos difíceis e apoiar as suas decisões. Deve também **possibilitar** a participação ativa no plano de cuidados, privilegiando uma relação de confiança e respeito, **fazendo pela** mulher/casal o que fariam se a sua condição permitisse, preservando a sua dignidade, apoiando e mantendo a crença numa esperança realista, com o objetivo de alcançar o **bem-estar**.

2- METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

Neste capítulo será abordada a metodologia no sentido de compreender as estratégias utilizadas e a evolução do plano de trabalho. No que diz respeito à temática específica abordada neste relatório, o seu planeamento teve início na UC de opção, onde foi elaborado o projeto de estágio intitulado a “promoção da clampagem tardia do cordão umbilical - contributos do enfermeiro obstetra”, que me permitiu estruturar e perspetivar algumas atividades a realizar ao longo dos vários EC, com principal enfoque no EC ER. Sendo um projeto um processo dinâmico e contínuo, senti necessidade de reestruturar alguns objetivos e atividades inicialmente planeadas, tendo em conta as necessidades pessoais e os recursos existentes no local de EC.

Os objetivos apresentados na introdução, foram definidos tendo em conta a referida temática e as competências específicas descritas no Regulamento n.º 127/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e as competências descritas pelo *International Confederation of Midwives* (ICM, 2011), cujo desenvolvimento e análise serão abordados no ponto 3.

A pesquisa bibliográfica foi uma constante durante os vários EC, permitindo-me fundamentar melhor a minha prática de cuidados e conhecer o “estado da arte” relativamente ao papel do enfermeiro obstetra na promoção da CTCU, e assim justificar a pertinência desta temática. Foi ainda realizada uma *scoping review*, cujos resultados contribuíram para enriquecer e fundamentar a minha prática de cuidados durante o meu percurso de aprendizagem no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência.

O enfermeiro obstetra tem o dever de promover a saúde da mulher e do RN, devendo sedimentar e validar a sua prática profissional na evidência científica (OE, 2015). Para uma prática de enfermagem baseada na evidência, é necessário aprender a utilizar de forma sistemática a evidência proveniente da investigação, para responder a questões e desenvolver intervenções de enfermagem inovadoras. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p.10), define Prática Baseada na Evidência (PBE) como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência

e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”. A PBE é o elo de ligação entre a pesquisa científica e as boas práticas clínicas. Além de promover a melhoria da qualidade dos cuidados e a diminuição dos custos, a PBE contribuiu para que a decisão clínica seja racional e o custo-benefício dotado de valor ético (Uchôa e Camargo Jr, 2010).

Os resultados da evidência científica, a par da constante partilha de conhecimentos e experiências com a docente e a enfermeira orientadora, permitiram a elaboração de um guião de registo e observação, relativamente à temática específica (Apêndice II). Este guião foi preenchido de modo informal durante a prestação de cuidados a 46 mulheres a quem prestei cuidados no segundo estágio do TP. A cada guião foi atribuído um número, correspondente a cada mulher a quem prestei cuidados durante este estágio (guião 1 a guião 46). Posteriormente procedi à análise crítica e tratamento dos dados recolhidos. No subponto 3.2.5 apresento alguns desses dados, sob a forma de tabela e gráficos, assim como algumas frases significativas, que identifico com o número do guião.

Destaco ainda a participação na conferência sobre reanimação neonatal com o cordão intacto intitulada “*Neo-resus. The physiology of transitional support with optimal cord clamping*”, que decorreu em Newcastle no dia 31 de março de 2017. A participação nesta conferência, permitiu-me partilhar evidência científica com peritos na área, atualizar conhecimentos, refletir sobre o impacto da CTCU na reanimação neonatal e transição do RN para a vida extrauterina. A riqueza dos conteúdos abordados deu origem a um diário de aprendizagem, que foi útil enquanto instrumento de síntese e reflexão.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a prática reflexiva é um elemento chave de uma prática profissional. A realização da *scoping review*, a pesquisa de evidência científica constante, partilha com colegas, peritos, observação e intervenção na prática clínica, contribuíram para o desenvolvimento do pensamento crítico e capacidade de reflexão sobre a prática, traduzindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O quadro de referência escolhido para orientar a minha prática de cuidados à mulher/casal, foi a teoria de médio alcance da escola do cuidar de Kristen Swanson. Os cuidados e as intervenções delineadas no decorrer do EC ER, tiveram por base a

evidência científica e o contexto, valorizando um planeamento individualizado e centrado na mulher/casal, com o objetivo de promover o seu bem-estar.

3-DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O enfermeiro especialista é o enfermeiro que detém um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” que “decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Regulamento nº122/2011, p.8648).

Todas as áreas de especialidade, partilham um conjunto de competências comuns: “responsabilidade profissional, ética, legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº122/2011, p.8649). Para além disso o EEESMO, “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco” ao longo do ciclo reprodutivo da mulher onde “estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais”, bem como “intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco” (Regulamento nº127/2011, p.8662). Neste sentido, tendo por base a especificidade da área de saúde materna, obstétrica e ginecológica, o percurso académico foi desenvolvido ao longo das diferentes unidades curriculares, tendo-me deparado com um conjunto de situações que me levaram a articular e mobilizar conhecimentos atuais para a prática clínica.

Neste ponto, descrevo e analiso as experiências que me levaram ao desenvolvimento de competências específicas durante o meu percurso formativo, durante o EC ER, fazendo uma análise crítica e reflexiva sobre o seu contributo para o meu crescimento enquanto futura enfermeira obstetra.

Este ponto encontra-se dividido em cinco subpontos. No subponto 3.1 faço uma contextualização do local onde decorreu o EC ER. No subponto 3.2 destaco as competências desenvolvidas na prestação de cuidados à mulher que recorre ao SUOG. No subponto 3.3 descrevo as competências desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o TP, no subponto 3.4 analiso as competências desenvolvidas na prestação de cuidados especializados no apoio ao processo de transição e adaptação à parentalidade, no subponto 3.5 abordo o cuidado de enfermagem na promoção da CTCU, descrevendo, analisando e refletindo sobre a minha experiência e por fim no subponto 3.6 reflito sobre as questões éticas.

3.1 Contextualização

Para uma melhor compreensão do contexto onde foram desenvolvidas as atividades que serão abordadas nos subpontos seguintes, apresento uma breve descrição do local onde decorreu o EC ER.

O EC ER, decorreu num SUOG e BP, que estão inseridos no departamento da mulher e da criança de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O SUOG destina-se ao atendimento de situações de urgência de utentes do foro obstétrico e ginecológico, que a ele recorrem por iniciativa própria, encaminhados através da linha de saúde 24, referenciados de outra instituição ou de serviços dentro o hospital. Após entrada no serviço é realizada uma triagem (triagem de *Manchester*). O serviço comporta também internamentos de curta duração (como situações de aborto, gravidez ectópica, interrupções médicas da gravidez, pequenas cirurgias do foro ginecológico), existindo um bloco operatório dentro da urgência para casos que necessitem de pequenas intervenções cirúrgicas de ambulatório.

O BP destina-se ao atendimento de grávidas em fase latente ou ativa do TP e grávidas ou puérperas que pela sua situação clínica necessitem de vigilância. Trata-se de uma unidade de referência, podendo receber grávidas de todos o continente e ilhas, por se tratar de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e certificado Hospital Amigo dos Bebés desde 2005.

A equipa, é constituída por assistentes operacionais de ação médica, obstetras, anestesistas e enfermeiros. Na equipa de enfermagem, 32 são EEESMO (com 1 elemento a desempenhar funções de chefia e gestão) e 8 enfermeiros de cuidados gerais.

Segundo Thompson e Learnonth (2004), a cultura da organização é determinante na implementação da PBE, uma vez que, molda as crenças e os comportamentos das pessoas no local de trabalho. Os autores defendem que sem uma consciencialização do impacto da cultura na implementação e utilização da evidência científica a utilização de estratégias com vista a mudança serão provavelmente um insucesso. Neste sentido, a cultura organizacional vigente revelou-se um fator preponderante na implementação do meu projeto específico de estágio. O projeto foi bem aceite por parte da chefia, enfermeira orientadora e restante equipa,

que me apoiaram desde o início. Para além de reconhecerem a importância da CTCU, esta já era prática habitual, o que foi sem dúvida um aspeto facilitador. Como principais dificuldades na realização da CTCU, destaco as situações em que os RN tinham que ser assistidos, pelo facto de terem que ser deslocados da unidade onde ocorreu o parto, para outro local próximo, com material de assistência ao RN. O SUOG e BP, por serem locais de assistência durante o período pré-natal, revelaram-se também contextos de excelência para promover a CTCU e implementar as atividades delineadas no projeto de estágio individual.

3.2 O Cuidado à Mulher em Situação de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O SUOG acolhe mulheres ao longo seu ciclo reprodutivo, desde o período pré-concepcional, gravidez, TP, pós-parto e também se destina ao atendimento de mulheres a vivenciar situações de saúde doença do foro ginecológico, pelo que se torna um local de excelência para a promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher. A especificidade e complexidade de cuidados que podem ser prestados a este nível, justifica a pertinência de um dos objetivos que defini para o EC ER: “desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher/conviventes significativos em situação de urgência obstétrica e ginecológica”.

No local onde desenvolvi o EC ER, o primeiro profissional de saúde que acolhe a mulher é o enfermeiro obstetra o que, para mim, é uma mais-valia no estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, desde o momento da admissão. Neste momento, é também realizada a triagem (triagem de *Manchester*), identificação de risco e estabelecimento de prioridade de urgência, através da elaboração de uma correta anamnese, exame físico obstétrico e ginecológico (se necessário), análise e interpretação de exames complementares de diagnóstico e registos no Boletim de Saúde da Grávida.

Relativamente à área obstétrica, as causas mais frequentes que levaram a mulher, grávida ou puérpera, a recorrer ao serviço de urgência foram: contratilidade uterina dolorosa, ameaça de parto pré-termo, aborto, algias pélvicas, rotura espontânea de bolsa de águas (REBA), hemorragia do primeiro, segundo ou terceiro trimestre, diminuição dos movimentos fetais, hipertensão induzida pela gravidez/pré-

eclâmpsia, vômitos, suspeita de infecção urinária, infecção puerperal e ingurgitamento mamário. Do ponto de vista ginecológico os motivos que levaram a mulher a recorrer ao serviço de urgência foram: miomas, metrorragias, status pós cirurgia da mama e infecções urinárias/vaginais.

Elaborar um plano de cuidados individualizado, passa por **conhecer** a mulher, **estando com ela** escutando a informação que é transmitida, tendo em conta o motivo/queixa/desconforto que a levou ao serviço de urgência para, dessa forma, planejar, avaliar e executar intervenções dirigidas à mulher atendendo as necessidades individuais (Regulamento nº127/2011). Procurei sempre acolher a mulher/conviventes significativos demonstrando disponibilidade e empatia, assegurando a sua privacidade e o estabelecimento de uma relação de confiança. Deste modo, tentei compreender o significado do acontecimento que trouxe a mulher ao serviço de urgência. **Estive com** ela e seus conviventes significativos, **fazendo por** eles o que lhes é impossibilitado pela sua condição, antecipando as suas necessidades, proporcionando conforto, respeitando a sua dignidade. Estimulei a sua autoconfiança, no sentido de manterem a fé na sua capacidade de ultrapassar aquela situação, com o objetivo de alcançar o seu **bem-estar** (Swanson, 1991).

A todas as grávidas que recorreram ao serviço de urgência procedi à avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal tendo em conta a idade gestacional, através dos meios técnicos e clínicos adequados, realizei o exame físico, avaliei e interpretei os desconfortos, sinais vitais, auscultação dos batimentos cardíofetais (ABCF), avaliação da estática fetal (através da realização das manobras de Leopold) e monitorização através de cardiocografia externa. Tendo em conta a sintomatologia da grávida, tive também a oportunidade de realizar o toque vaginal, avaliando as características do colo do útero (consistência, posição, apagamento, dilatação), integridade das membranas, proporção feto-pélvica e apresentação fetal, verificando em que fase do TP a mulher se encontrava. Sempre que se encontrava em fase ativa do TP, procedi à realização do internamento no BP (esta decisão pode ser tomada pelo enfermeiro obstetra de forma autónoma, no local onde decorreu o EC).

Também **estive com** grávidas e seus conviventes significativos a vivenciar situações de desvio fisiológico à gravidez. A hospitalização por vezes é uma situação inesperada, levando o enfermeiro obstetra a ter que mobilizar conhecimentos

técnicos, científicos e relacionais, que possibilitem o suporte emocional, familiar e social, no momento de transferência para o internamento. Neste sentido, concebi, planei, implementei e avaliei intervenções, objetivando a promoção da saúde da grávida com patologia associada, **possibilitando** o envolvendo dos seus conviventes significativos.

Também, com frequência, recorrem ao SUOG mulheres com situações de abortamento. O enfermeiro obstetra, também aqui desempenha um papel importante, como descrito na unidade de competência “H2.3. providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situações de abortamento” (Regulamento nº127/2011, p. 8663). A mulher nesta fase enfrenta um misto de sentimentos e emoções. Neste sentido, **estive emocionalmente presente**, planeei, implementei e avaliei intervenções e medidas de suporte à mulher/conviventes significativos, em articulação com a equipa multidisciplinar, durante este período particularmente difícil na vida da mulher, tendo também cooperado com outros profissionais de saúde no tratamento de complicações pós-aborto, nomeadamente na realização de curetagem uterina, por aborto retido.

Por forma a prevenir situações de desvio, ou prevenir complicações, promovi educação para a saúde de acordo com as necessidades individuais da mulher, no sentido de a capacitar para o autocuidado, reconhecimento de sinais e sintomas de alerta sobre desvios à gravidez fisiológica, medidas de suporte e alívio dos desconfortos da gravidez, trabalho de parto e importância do cumprimento do regime terapêutico, sempre que aplicável.

Segundo o parecer nº03/2010 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o enfermeiro obstetra é o profissional de referência no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Deste modo, realizei educação para a saúde, por forma a prevenir complicações, incentivando a mulher/conviventes significativos a adotarem estilos de vida saudáveis, mudança de comportamento e hábitos de consumo, hábitos de higiene adequados com o objetivo de prevenir infeções, promoção do recurso a consultas de planeamento familiar, bem como a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama. Também nas diversas situações e motivos de vinda ao SUOG, identifiquei necessidades da mulher/conviventes significativos, facultando informação sobre os recursos

disponíveis na comunidade. Segundo Swanson (1991), o enfermeiro deve usar da melhor forma o seu conhecimento, potenciar a capacidade do outro para crescer, assistir quando necessário, compreendendo e avaliando os seus sentimentos, ajudar a refletir, gerar alternativas e apoiar as suas decisões.

3.3 O Cuidado à Mulher/Família Durante o Trabalho de Parto

O enfermeiro obstetra “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento nº127/2011, p. 8664). Neste sentido, defini como objetivo de estágio “desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/convivente significativo, durante o TP”.

Durante o EC ER, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 75 mulheres, nos diferentes estádios do TP, implementando as atividades que delinee no meu projeto de estágio, sustentado na perspectiva de cuidar humanista de Swanson, tendo como objetivo o **bem-estar** da mulher/família a meu cuidado.

Sendo o local onde decorreu o EC ER, um serviço desconhecido para mim, inicialmente prestei cuidados através da observação participante, tendo progressivamente adquirido autonomia na prestação de cuidados à mulher e sua família, durante os quatro estádios do TP.

Swanson (1991), refere que o enfermeiro que cuida da mulher/família, deve ajudá-la a **manter a crença**, que consegue ultrapassar os momentos difíceis durante o TP. Deste modo, através do estabelecimento de uma relação de confiança, não alimentei falsas expectativas e procurei que aquele momento fosse encarado como uma experiência positiva. Segundo Lowdermilk & Perry (2008, p.415) “a forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante o primeiro contato, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva. Uma atitude preocupada por parte do enfermeiro encoraja a mulher a verbalizar questões e preocupações”. Deste modo, o enfermeiro especialista deve criar e manter “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº122/2011, p.8651), respeitando “os indivíduos e a sua cultura

e costumes (...) em parceria com as mulheres e suas famílias (...)", utilizando "competências de comunicação e atenção adequadas" (ICM, 2011, p.4). Para Swanson (1991), o enfermeiro deve esforçar-se por compreender o significado que determinado acontecimento tem na vida da mulher, evitando suposições e valorizando a sua experiência. Deste modo, recolhi dados através da realização da avaliação inicial, consulta do boletim de saúde da grávida e exames complementares de diagnóstico efetuados. As mulheres que acompanhei durante o TP, não possuíam plano de parto escrito, contudo os gostos e preferências foram sempre tidos em consideração e obtido o consentimento informado para a realização de intervenções, preservando o respeito, a autonomia e a autodeterminação.

O TP desenvolve-se em 4 estádios. O primeiro estágio do TP inicia-se com o aparecimento das primeiras contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. O segundo estágio corresponde ao período que decorre desde que a dilatação está completa até ao nascimento. O terceiro estágio inicia-se com o nascimento e vai até à expulsão da placenta. O quarto estágio dura em geral, cerca de duas horas após a saída da placenta, e corresponde ao puerpério imediato (Lowdermilk & Perry 2008).

Durante o primeiro estágio do TP, **possibilitei** à mulher medidas de conforto, ambiente seguro, concebendo, planeando e implementando e avaliando medidas de suporte e alívio da dor. O enfermeiro obstetra tem o dever de assegurar o conforto da parturiente/convivente significativo, **fazendo "pelo outro** aquilo que ele ou ela fariam se fosse de todo possível" (Swanson, 1991, p.164). Na adoção de medidas não farmacológicas para alívio da dor, promovi utilização da bola de pilatos, técnicas respiratórias de relaxamento, deambulação e liberdade de posições e movimentos durante o TP (OE, 2013a). A liberdade de movimentos, durante o TP, contribui para diminuição da dor, menor necessidade de analgesia epidural, menos alterações na frequência cardíaca fetal e diminuição da primeira fase do TP e aumento do espaço na pelve, facilitando a descida do bebé (OE, 2013b). O Royal College of Midwives (2012), recomenda que durante o primeiro estágio do TP a auscultação intermitente deverá ter uma periodicidade de cada 15 minutos, com a realização de auscultação durante pelo menos um minuto a seguir a uma contração. Neste sentido, como medida de conforto, proporcionei a auscultação intermitente em todas as situações de traçado

cardiofetal tranquilizador em parturientes de baixo risco e na ausência de indução do TP, perfusão ocitócica, presença de mecónio e analgesia epidural. Nestas situações e sempre que se justificou monitorização contínua, foi proporcionada monitorização sem fios através de telemetria. Foram também promovidas outras medidas de conforto, como a ida ao duche. Num estudo desenvolvido por Santana, Gallo, Ferreira, Quintana e Marcolin (2013, p.113), o duche revelou-se como uma medida não farmacológica eficaz no alívio da dor na fase ativa do TP, devendo “(...) ser estimulada pelos profissionais de saúde para a promoção de um parto humanizado”. A massagem envolvendo o convivente significativo, foi outro método utilizado, uma vez que “a participação do companheiro na massagem pode influenciar positivamente a qualidade da experiência de nascimento da mulher” (Chang, Wang & Chen, 2002, p. 68), e “pode reduzir a dor, a ansiedade e aumentar a progressão do trabalho de parto” (Simkin & O’Hara, 2002, p. S132). Swanson (1991), também reconhece a importância do envolvimento dos conviventes significativos nos cuidados considerando que a mulher deve ser entendida no seu todo enquanto pessoa, considerando as relações humanas e interpessoais. Outra medida de conforto que **possibilitei**, foi a ingesta ao longo do TP, sendo este um dos indicadores de evidência do “Projeto Maternidade com Qualidade”, da ordem dos enfermeiros. Durante o primeiro estágio do TP, foram oferecidos água, chá, sumos de fruta sem polpa, gelados de gelo e gelatina, sendo estes dois últimos trazidos pelos acompanhantes, nas seguintes situações: gravidez de baixo risco, apresentação cefálica de vértice, ausência de incompatibilidade fetopélvica, estado fetal tranquilizador e ausência de uma via aérea previsivelmente difícil (OE, 2013b). Outras medidas, nomeadamente a redução da luminosidade, a música e a aromaterapia foram sugeridas, tendo explicado os benefícios de cada uma destas estratégias não farmacológicas, respeitando e apoiando a decisão da parturiente.

Também proporcionei métodos farmacológicos para alívio da dor no TP, tendo colaborado com a equipa médica na realização, execução dos mesmos e empoderando as mulheres a meu cuidado através da escolha informada dos métodos farmacológicos a serem aplicados. Após administração, monitorizei, o seu efeito no **bem-estar** materno e fetal.

A todas as grávidas, procedi à realização das manobras de Leopold, sendo importantes para uma correta avaliação obstétrica, uma vez que “estas manobras

ajudam a identificar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida da pélvis e a localização esperado do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaca fetal no abdómen da mulher” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.434). O partograma também se revelou um instrumento útil no decorrer do EC, para avaliação e registo da progressão do TP e **bem-estar** materno-fetal, permitindo avaliar quando é necessário intervir (OE, 2015). Realizei a cervicometria, através do toque vaginal, sempre que surgiu a necessidade de avaliação da progressão do TP, tendo em conta as queixas da mulher e preferencialmente em intervalos de quatro horas (OMS, 2015). Numa fase inicial tive dificuldade na realização desta avaliação, nomeadamente a avaliação da variedade fetal e da dilatação do colo do útero que, no decorrer do EC, foi superada com êxito. O toque vaginal para além de estar associado ao aumento do risco de infeção, pode ser percebido pela mulher como uma prática invasiva desconfortável, pelo que procurei promover um ambiente de privacidade, tranquilidade e respeito, mantendo informada a mulher/convivente significativo sobre a evolução e bem-estar fetal (OE, 2015). A avaliação da integridade das membranas é uma intervenção fundamental para avaliação do risco materno e fetal, podendo acontecer de duas formas: de forma espontânea, sendo conhecida como Rotura Prematura de Membranas (RPM), ou induzida, conhecida como Rotura Artificial da Bolsa de Águas (RABA), ou amniotomia. Durante o EC ER, e atendendo à evidencia científica, realizei 3 amniotomias e administrei perfusão ocitócica, em situações confirmadas de Paragem de Progressão do Trabalho de Parto (PPTP), sabendo que este não é um procedimento recomendado como procedimento de rotina (OMS, 2015). Antes da realização da amniotomia verifiquei que o feto se encontrava em posição cefálica apoiada e monitorizei continuamente os batimentos cardíacos fetais. A realização de amniotomia requer “identificação e monitorização do risco materno-fetal”, porque pode comportar complicações, como o prolapso do cordão umbilical, hemorragias, bradicardia fetal, rotura de vasa prévia, infeções e desconforto durante a realização do procedimento (Regulamento nº127/2011, p.8664; Sousa & Amorim, 2008).

Também identifiquei complicações durante o TP, nomeadamente situações em que, através da interpretação da cardiocotografia, verifiquei a presença de estado fetal não tranquilizador (por bradicardia fetal, desacelerações tardias ou variáveis). Nestas

situações procurei determinar a causa, implementando intervenções que visassem a sua correção, com efeitos no sistema vascular materno (parar perfusão oclótica, mudança de posição, evitando a posição de decúbito dorsal), correção da hipotensão materna, através do aumento da reposição de líquidos e aumento da oxigenação (através da administração de oxigénio). Nestas situações tive sempre o apoio e orientação da enfermeira orientadora e referenciei-as para a equipa médica (Regulamento nº127/2011). Em dois casos a equipa médica optou por aplicação de ventosa, os restantes revertem após implementação de intervenções anteriormente referidas. Segundo o Regulamento nº122/2011 (p.8651), o enfermeiro especialista gere o ambiente centrado na pessoa, prevenindo incidentes, atua “proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

No decorrer do EC ER, surgiram também situações de presença de risco infeccioso, como RPM, gravidez mal vigiada, presença de estreptococo B hemolítico, hipertermia materna. Perante estas situações procedi ao encaminhamento para a equipa médica, procedendo à realização de intervenções interdependentes como a colheita de sangue para análise e administração de medicação (antibioterapia e antipiréticos), bem como intervenções autónomas de vigilância e monitorização do bem-estar materno-fetal e apoio emocional. Segundo Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa e Cuthbert (2017), as parturientes que recebem apoio contínuo por um profissional, durante o TP, têm maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, menor probabilidade de recorrer a analgesia epidural e uma satisfação superior com a experiência do parto. Também **estive com** parturientes com patologia associada, ou prévia, à gravidez, como diabetes *mellitus*, hipertensão crónica, pré-eclâmpsia, asma, epilepsia, depressão e obesidade, detetando e tratando “precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento nº 127/2011 p.8663).

Durante o EC assisti 46 mulheres no segundo estágio do TP que culminaram em parto eutócico. Destas, 22 mulheres eram nulíparas, 15 primíparas e 9 multíparas com idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos. Relativamente à escolaridade, 4 tinham o 2º ciclo do ensino básico, 13 o 3ºciclo do ensino básico, 17 o ensino secundário, 10 licenciatura e 2 o mestrado. Tratavam-se de gravidezes de termo, 38 vigiadas a partir do primeiro trimestre de gravidez, 7 vigiadas a partir do segundo

trimestre, 1 gravidez não vigiada (sem qualquer consulta). Quatro vigiaram a gravidez com 5 a 6 consultas e 41 com 7 ou mais consultas. Destas, 32 vigiaram a gravidez no público, 8 no privado e 5 em ambos.

Durante este estágio apercebi-me das alterações comportamentais e sinais de TP apresentados pela mulher, sendo o mais frequente a verbalização da necessidade de fazer esforços expulsivos. Segundo Lowdermilk & Perry (2008, p.343), “a pressão exercida pela apresentação nos recetores elásticos da face posterior da vagina estimula a libertação de oxitocina endógena que desencadeia na mulher o ímpeto para fazer força, ou reflexo de Ferguson.” Neste período a monitorização do bem-estar materno-fetal foi mantida, sendo proporcionadas medidas de conforto, por exemplo, através do incentivo para que mulher assumisse a posição que escolheu, aquando da prévia informação prestada sobre as vantagens das posições verticalizadas. Segundo recomendações da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro obstetra deve desencorajar o decúbito dorsal, no segundo estágio do TP, devendo incentivar a mulher a adotar outras posições que considere mais confortável. As posições “verticais apresentam vantagens particulares: trabalhos de parto mais curtos e redução da necessidade de analgesia, menos episiotomias e alterações anormais da frequência cardíaca fetal e maior sensação de controle” (OE, 2015, p.42).

Embora não tenha assistido nenhum parto vaginal de apresentação pélvica, esta técnica foi simulada em sala de aula. O enfermeiro obstetra tem competência para aplicar “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica” (Regulamento nº127/2011, p.8662); presta “(...) cuidados de elevada qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto (...) e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos” (ICM 2011, p. 11). No EC ER, presenciei uma distocia de ombros que foi resolvida através da manobra de *McRoberts* e pressão suprapúbica. Nos partos que assisti, tive igualmente o cuidado de efetuar manobras de proteção do períneo, sempre que possível, através da Manobra de *Ritgen* Modificada, não manipulação do períneo, episiotomia seletiva, verticalidade no parto, aplicação de calor no períneo durante o período expulsivo, esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos (Lowdermilk & Perry, 2008; OE 2015).

Das 46 mulheres que cuidei durante o segundo estágio do TP, 28 permaneceram com o períneo intacto após o parto, 13 fizeram lacerações de grau I, 5 lacerações de grau II e realizei uma episiotomia por risco de lesão perineal grave (OE, 2013c). Neste sentido, avaliei “a integridade do canal de parto” e apliquei “técnicas de reparação” (Regulamento nº127/2011, p.8664). Este foi um dos aspetos que inicialmente tive mais dificuldade, não só pela dificuldade na identificação dos tecidos lesados, mas também pela própria técnica em si, que ao longo do EC, fui superando com o apoio e supervisão da enfermeira orientadora.

Após ocorrer o nascimento, espera-se que ocorra a expulsão da placenta e este período, corresponde o terceiro estágio do TP (Lowdermilk & Perry, 2008). A conduta neste período pode ser fisiológica/expectante ou ativa (OE, 2015). A conduta que a minha orientadora utilizava e que eu adotei na maioria dos partos que assisti, atendia às recomendações sobre a gestão ativa do terceiro estágio do parto (clampagem do cordão, tração controlada do mesmo, após sinais de descolamento e administração de oxitocina) para prevenção da hemorragia pós-parto (ACOG, 2017b). Contudo, também adotei uma conduta mais expectante, nos casos em que a placenta apresentava sinais de descolamento poucos minutos após o parto. Tendo assumido uma gestão ativa ou expectante, após a saída da placenta administrei oxitocina, como forma de prevenção da hemorragia pós-parto, observei se esta se encontra íntegra e visualizei o estado das membranas. Em quase todos os casos a dequitação foi normal e aparentemente completa, sendo que num dos casos, por suspeita de membranas fragmentadas, efetuei revisão digital e referenciei para o médico que realizou controlo ecográfico, não se tendo confirmado a presença de membranas na cavidade uterina. Após a saída da placenta, procedi à realização de massagem no fundo uterino, verificando a formação do globo de segurança de *Pinard*, avaliação da perda sanguínea materna, administração de oxitocina, prevenção de globo vesical e início da amamentação precoce como prevenção da hipotonia/atonia uterina.

Durante o EC ER, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a 79 RN durante o puerpério imediato “implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº127/2011, p.8664). Deste modo, promovi o contacto pele a pele por um período mínimo de 1 hora, excetuando a 1 RN que foi assistido (aspirado e colocado oxigénio à face), 3 a pedido do pediatra

(para observação do RN), além de mais 2 por opção da mulher. Este contacto precoce traz um conjunto de benefícios quer para mãe quer para o RN, como o aumento da frequência e duração do aleitamento materno, melhoria da estabilidade cardiorrespiratória, diminuição do choro e promoção da vinculação (Luna et al, 2009). Dos 79 RN a quem prestei cuidados, 10 nasceram por parto distócico (cesariana e ventosa). No momento do nascimento, realizei a avaliação da necessidade de reanimação através do IA, em simultâneo secava o RN e colocava um gorro, tapava com um lençol quente, e colocava no abdómen materno em contacto pele a pele, minimizando as perdas de calor e a manutenção da temperatura corporal. A profilaxia para a prevenção de conjuntivite neonatal, através da aplicação de gotas oftálmicas foi realizada a todos os RN, no momento do parto, bem como a administração de vitamina K, para prevenção de doença hemorrágica no RN (Periquito, 2014). Também **possibilitei** e promovi o aleitamento materno na primeira hora de vida a todos os RN a quem prestei cuidados. Avaliei a glicémia nos RN com maior suscetibilidade de hipoglicémia (com baixo peso ao nascer, macrossómicos, filhos de mães diabéticas) ou que por outro lado apresentavam sintomatologia, como irritabilidade, alterações do tónus muscular, letargia ou tremores. Também colaborei na prestação dos cuidados a um RN com gemido persistente e sua transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia, tendo também prestado “apoio aos pais durante o transporte/transferência do recém-nascido” **possibilitando** o acompanhamento até à unidade de neonatologia (ICM, 2011, p.17).

Realizei o exame objetivo do RN antes da transferência para o internamento: pele e mucosas, couro cabeludo, fontanelas, olhos, nariz, orelhas, face, cavidade oral, tórax, abdómen, região dorsal, pregas cutâneas, genitais, reflexos (sucção e deglutição, preensão palmar e plantar, de moro e de marcha automática), vitalidade, choro, bem como processo de adaptação à mama e verificação da primeira micção ou dejeção de mecónio. Tendo em conta as preferências dos pais foi dada possibilidade aos restantes familiares de estabelecerem contacto com o RN no BP. Segundo Lowdermilk & Perry (2008), o quarto estágio do TP é um momento crucial para a parturiente/conviventes significativos no estabelecimento de relações familiares, tratando-se também de um período de recuperação física, que requer uma vigilância mais frequente.

Durante o EC ER, assisti 69 mulheres no puerpério imediato garantindo e promovendo o seu conforto e **bem-estar**. Atendendo à individualidade de cada puérpera, procedi à apreciação geral e obstétrica. Tive também o cuidado de monitorizar a dor e proporcionar conforto através da administração de medicação endovenosa ou através do cateter epidural mediante prescrição médica (Lowdermilk & Perry, 2008). Aproveitei alguns momentos para realizar educação para a saúde sobre os cuidados perineais, promoção do autocuidado e cuidados ao RN. Realizei a transferência da puérpera/RN para o internamento, transmitindo informações relevantes, assegurando a continuidade dos cuidados.

Apesar de sentir algumas dificuldades iniciais, devido à minha falta de experiência nesta área, foram superadas no decorrer do EC ER, com o apoio e supervisão da enfermeira orientadora. Atendendo à análise do percurso efetuado, penso ter desenvolvido as competências necessárias para cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios do TP, **estando com** ela e seus conviventes significativos, **conhecendo** o significado das suas experiências enquanto seres únicos, **fazendo por** eles o que fariam se a sua condição permitisse, preservando a sua dignidade, **possibilitando** apoio, **mantendo a crença** e esperança realista, para uma experiência positiva, com o objetivo de alcançar o seu **bem-estar**.

3.4 O Cuidado à Mulher/Família no Processo de Transição e Adaptação à Parentalidade

O enfermeiro obstetra é o profissional de referência no processo de adaptação e transição para a parentalidade. É fundamental que em todos os momentos o enfermeiro obstetra “promova a capacitação e autonomia do casal, indo de encontro às suas necessidades educacionais, na aquisição de competências parentais, com informação bem estruturada e uniformidade de critérios” (Ferreira, Coutinho, Duarte, e Arias 2013, p.34), para assumirem comportamentos que facilitem o desempenho dos seus novos papéis e a vivência de uma parentalidade positiva. Segundo Graça (2010), o papel parental não é inato e resulta de um processo de aprendizagem, que se desenvolve com a experiência e evolui à medida que as necessidades dos pais e do bebé também mudam. Neste sentido, **estive com** a mulher/casal/família, escutando os seus desejos, mostrei disponibilidade, dando tempo e escutando ativamente, permitindo expor os seus sentimentos (Swanson, 1993). A transição para a parentalidade, implica uma reorganização e estabilização de tarefas, a partir das quais o casal/família se adapta e desenvolve competências funcionais e relacionais. A presença emocional abre caminho para a partilha de sentimentos e experiências, permite **conhecer** a família/casal, a situação familiar e, deste modo, implementar intervenções individualizadas. Segundo Hernandez & Hutz (2009), o enfermeiro deve compreender as necessidades dos casais, caminhando lado a lado na procura de sentidos e significados, uma vez que a transição para a parentalidade resulta de uma aprendizagem contínua.

A vinculação entre pais e filhos inicia-se na gravidez e vai-se desenvolvendo com o estabelecimento das interações entre os pais e o bebé (Brazelton & Cramer, 2004). Deste modo, torna-se também importante capacitar através da educação para a saúde durante as consultas de vigilância pré-natal e cursos de preparação para a parentalidade. A promoção da vinculação, foi uma preocupação constante, porque é um dos aspetos-chave que contribui para o “desenvolvimento da segurança e a capacidade de proteção (...)” (Canavarro, 2006, pág. 75). Deste modo, promovi e **possibilitei** o estabelecimento do aleitamento materno o mais precocemente possível, o contacto pele a pele, permitido aos pais observarem, segurarem o bebé e

participarem nos cuidados, tendo em conta os seus desejos. Segundo Henderson & Redshaw (2013), o envolvimento parental reflete-se também na melhoria cognitiva social e emocional da criança. Segundo Ribeiro & Lopes (2006) os pais que assistem ao parto e participam no trabalho de parto, sentem um maior envolvimento com a sua mulher e com o seu bebé. Deste modo, **possibilitei** a presença do pai na sala de partos, tendo informado, orientado e capacitado os pais para o autocuidado e cuidar ao RN.

O apoio do enfermeiro obstetra é fundamental para a promoção e sucesso do aleitamento materno, pelo que desenvolvi diversas atividades junto das mulheres/famílias de quem cuidei, com o objetivo de promover o aleitamento materno. Após o nascimento, a “primeira pega” é uma das principais dificuldades, pelo que auxiliei e apoiei as mães a assumir uma posição confortável, posicionar corretamente o recém-nascido, para que este conseguisse efetuar uma pega correta. As dificuldades decorrentes do processo de amamentação também são frequentes no período pós-parto, tendo acompanhado mulheres que recorreram ao SUOG, por ingurgitamento mamário. Desta forma apoiei e incentivei o aleitamento materno, realizei educação para a saúde, implementei intervenções (como a colocação do bebé à mama, aplicação de gelo local e esvaziamento manual), com o objetivo de evitar complicações. Almeida e Veiga Ued (2015, p.360) referem que, “no atual cenário das dificuldades na amamentação, o aconselhamento dos profissionais de saúde é de fundamental importância para o auxílio à superação das dificuldades pré-estabelecidas (...) pois o aconselhamento profissional vem para reforçar a autoestima e confiança na capacidade de amamentar.” Durante o EC, informei os pais/conviventes significativos acerca dos recursos existentes na comunidade, como por exemplo, o centro de saúde, linha SOS amamentação e Saúde 24. Apoiei os pais, capacitei-os para o autocuidado, tendo sempre em atenção a particularidade de cada ser e de cada relação numa perspetiva de promoção de saúde.

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), existem alguns fatores que interferem com as reações parentais como a idade, situação socio económicas, redes sociais, cultura e aspirações pessoais futuras ao nascimento. Neste sentido, realizei colheita de dados pertinentes relativamente ao planeamento, e vigilância da gravidez, desejo e processo de adaptação à mesma, condições socioeconómicas, constituição do

agregado familiar, relação do casal e com outros elementos da família, incluindo com outros filhos. Sempre que detetei situações que poderiam requerer referência para a assistente social/centro de saúde, transmiti essa informação durante a passagem de turno e transferência do RN/puérpera para o internamento.

Desta forma, analisando o meu percurso de aprendizagem, considero ter atingido o objetivo que me permitiu a aquisição de competências necessárias para apoiar a mulher inserida na família e comunidade, no seu processo de adaptação e transição para a parentalidade.

3.5 O Cuidado na Promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

O enfermeiro obstetra, deve conhecer os processos fisiológicos relacionados com a transição para a vida extrauterina, promovendo a realização da CTCU com base na evidência científica, contribuindo desta forma, para o **bem-estar** do RN/família. A promoção da CTCU junto da mulher/casal/conviventes significativos, é importante para que possam ter um papel ativo e decisivo relativamente a este assunto. Este aspeto deve ser incorporado nas consultas de vigilância pré-natal e nos cursos de preparação para o nascimento, pelas vantagens anteriormente referidas (no enquadramento teórico). Torna-se, também, importante sensibilizar os profissionais de saúde para a importância desta temática e para o seu impacto benéfico nos RN, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, propus-me desenvolver ao longo do EC ER o seguinte objetivo: “Desenvolver estratégias promotoras da CTCU, que contribuam para a qualidade dos cuidados prestados”. Por forma a atingir este objetivo, foram planeadas e desenvolvidas diversas atividades, que se encontram descritas neste ponto.

Uma das atividades desenvolvidas no âmbito do meu projeto de estágio foi a realização de uma *scoping review*, que contribuiu para fundamentar a pertinência do tema específico que me propus desenvolver. A sua realização teve também como objetivos, aprofundar conhecimentos sobre os efeitos da CTCU nos RN e obter evidência científica que me permitiu fundamentar a minha prática clínica.

3.5.1 Scoping Review

As *Scopings Review* têm como objetivo obter e examinar evidência, que se encontra disponível sobre determinado tema (JBI, 2015a). Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p. 11), existem várias razões pelas quais os enfermeiros procuram evidência, entre as quais, a identificação de lacunas de conhecimento por parte do enfermeiro.

A *scoping review* realizada, teve como questão de pesquisa: “Quais os efeitos da clampagem tardia do cordão umbilical nos recém-nascidos?”. Esta questão foi formulada através da mnemónica do tipo PCC (População, Conceito, Contexto), em que: **P** (População) – Recém-nascidos.

C (Conceito) – Os efeitos da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical.

C (Contexto) – Não aplicável.

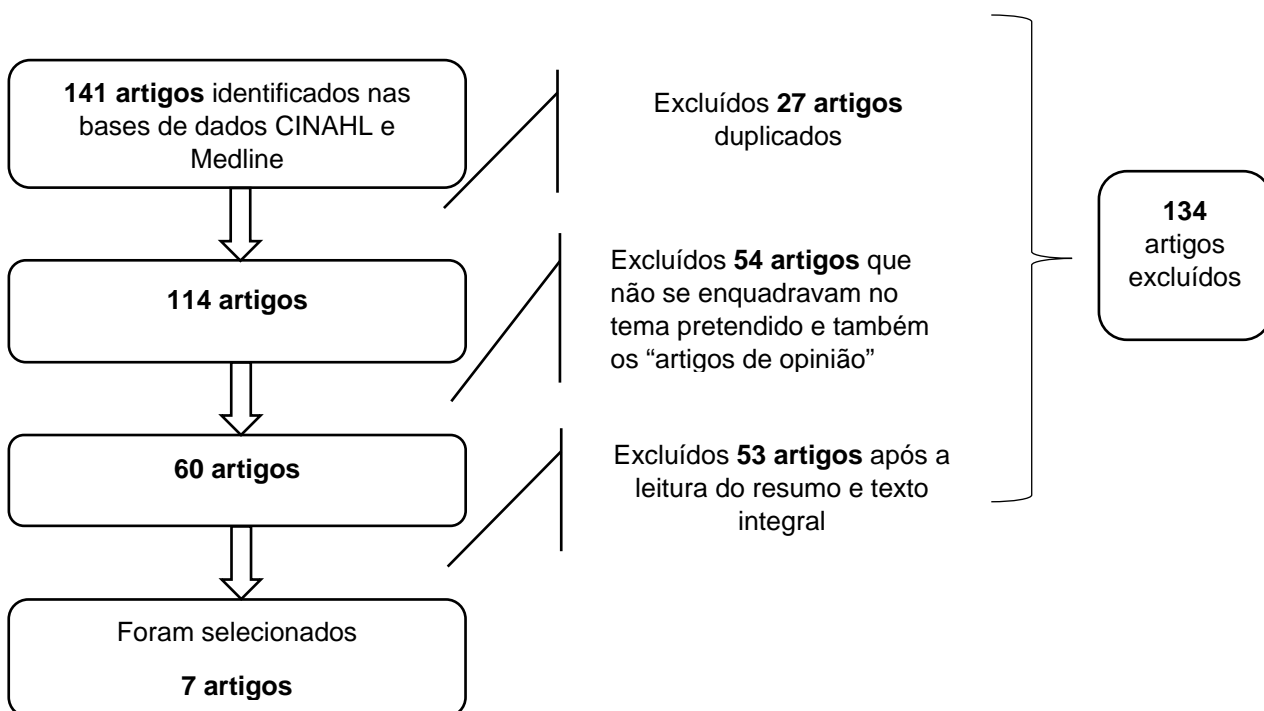
A pesquisa foi realizada em abril de 2016 através da plataforma *EBSCO Host*, nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *Medline with Full Text*, seguindo os três passos definidos pelo protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2015). Privilegiada a utilização de termos de pesquisa indexados como *major concept* (MM) e, na sua ausência, termos naturais. Os termos foram cruzados em ambas as bases de dados utilizando os descritores booleanos “OR” e “AND”: [(MM “umbilical cord”) or Cord clamping or (MM “Umbilical cord clamping”) and Delayed cord clamping)] AND [(MM “infant, premature”) or preterm Infant or (MM “infant, Newborn”) or Newborn)] (tabela 1).

Tabela 1-Estratégia de Pesquisa

TERMOS DE PESQUISA DESCRITORES UTILIZADOS	S1-MM “umbilical cord” S2-Cord clamping S3-Umbilical cord clamping S4-Delayed cord clamping S5-MM “infant, premature” S6-Preterm Infant S7-MM “infant, Newborn” S8-Newborn S9- S1 OR S2 OR S3 S10-S4 AND S9 S11- S5 OR S6 OR S7 OR S8 S12- S10 AND S11	S1-MM “umbilical cord” S2-Cord clamping S3-Umbilical cord clamping S4-Delayed cord clamping S5-MM “infant, premature” S6-Preterm Infant S7-MM “infant, Newborn” S8-Newborn S9- S1 OR S2 OR S3 S10-S4 AND S9 S11- S5 OR S6 OR S7 OR S8 S12- S10 AND S11
Nº DE ARTIGOS OBTIDOS	CINAHL – 55	MEDLINE – 86
	TOTAL = 141	

Foi efetuada seleção dos artigos considerados relevantes através da definição prévia dos critérios de inclusão e exclusão. Desta forma, foram incluídos na pesquisa: artigos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicados a partir do ano 2010 (no sentido de reunir evidência científica recente), que abordassem os efeitos da clampagem tardia do cordão umbilical nos RN. Foram removidos os artigos que se encontravam duplicados e excluídos aqueles que não se enquadravam no tema pretendido e também os “artigos de opinião”, pretendendo-se sustentar a pesquisa efetuada em fontes de evidência credíveis. Numa análise posterior, foi efetuada leitura do resumo e texto integral sempre que o resumo suscitou dúvidas, tendo sido selecionados 7 estudos para a *scoping review* (Diagrama 1).

Diagrama 1. Processo de seleção dos artigos



Após a identificação dos estudos, procedi à avaliação crítica dos mesmos, utilizando as ferramentas do *Joanna Briggs Institute*, *JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control* e o *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews* (JBI,2015b), tendo sido todos incluídos por apresentarem uma boa qualidade metodológica. Para a recolha de dados, à semelhança da avaliação crítica, foram utilizadas as ferramentas de extração de dados do JBI: *JBI Data Extration Form for*

Experimental/Observational Studies (JBI,2015b). Em forma de síntese, expus as características dos estudos no Apêndice I. De seguida faço uma apresentação e análise dos resultados principais.

No estudo Dash et al (2014), os níveis médios de hemoglobina no nascimento, e às 24 horas de vida, foram significativamente superiores no grupo de RN submetidos a CTCU relativamente aos que foram submetidos a CICU.

Oh et al (2011), no seu estudo, não verificam diferenças significativas na pressão arterial média horária durante as primeiras 12 horas de vida, nem diferenças relativamente a morbididades neonatais entre o grupo de CTCU e o grupo em que foi realizada CICU. O IA ao 1º e aos 5 minutos eram praticamente idênticos entre os grupos. O número de reanimações na sala de partos também foi quase idêntico. O hematócrito foi superior nos RN prematuros de baixo peso e existiu menor necessidade de transfusão de sangue durante o internamento no grupo de CTCU, sugerindo uma transfusão placentária mais eficaz no momento do nascimento neste grupo.

No estudo realizado por Chiruvolu *et al.* (2015), tal como no estudo anterior, não existiram diferenças significativas nos IA, mas significativamente menos crianças no grupo CTCU foram entubadas na sala de partos (18,3% vs 62,2%), tiveram menos incidência de Síndrome de Dificuldade Respiratória (43,3% vs 65%), ou receberam transfusões de glóbulos vermelhos na primeira semana de vida (13,3% vs 33%). Uma significativa redução na incidência de Hemorragia Intraventricular foi notada no grupo CTCU (18%) em comparação com o grupo de controlo histórico (35,2%). A necessidade de fototerapia na primeira semana de vida foi significativamente superior (93% vs 81,8%) no grupo CTCU, mas sem a existência de necessidade de fototerapia intensiva ou transfusão. Não houve diferenças significativas na temperatura de admissão, número de mortes e taxas de morbilidade.

No estudo de Nevill & Meyer (2015), não se verificam diferenças significativas entre o grupo CTCU e CICU relativamente à respiração dos RN no momento do nascimento. Os resultados relativamente à necessidade de ventilação com pressão positiva ou intubação na sala de parto também foram semelhantes. Das 46 crianças a quem se fez a CTCU, apenas 12 não respiraram espontaneamente. Ao comparar as crianças que respiravam com as que não respiravam, as crianças do sexo masculino

eram mais propensas a não respirar, serem entubadas na sala de partos, apresentarem níveis de hemoglobina inferiores, desenvolverem doença pulmonar crónica e hemorragia intraventricular severa. O IA (no primeiro e quinto minuto), temperatura corporal, foram semelhantes em ambos os grupos. A necessidade de realização de fototerapia não foi significativamente mais elevada no grupo de CTCU. Os níveis de hemoglobina no grupo CTCU foram significativamente superiores.

Os resultados do estudo de Sommers *et al* (2012), revelaram efeitos hemodinâmicos na CTCU em prematuros, entre os quais aumento do fluxo na veia cava superior, aumento da saída de sangue do ventrículo direito e volume sistólico no ventrículo direito às 48 horas de vida. As diferenças do fluxo sanguíneo na veia cava superior entre ambos os grupos, em 48 e 108 horas de vida, foram superiores, do que às 6 e 24 horas de vida, sugerindo que os efeitos da CTCU persistem além do período pós-natal imediato, quando a hemorragia intraventricular frequentemente ocorre. Desta forma, estas alterações cardiovasculares adaptativas podem fornecer um mecanismo através do qual a CTCU reduz a hemorragia intraventricular em bebés prematuros.

No estudo realizado por McDonald *et al.* (2013), não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de CTCU e CICU relativas à morbidade neonatal. Menos crianças necessitaram de tratamento por icterícia no grupo CICU. O peso médio à nascença foi significativamente superior no grupo de CTCU, bem como a concentração de hemoglobina às 24h e 48h de vida, não se encontrando diferenças significativas a partir dos 2 dias de vida. Apesar disso, as reservas de ferro parecem persistir, sendo a carência de ferro duas vezes mais provável no grupo CICU.

No que diz respeito aos RN pré-termo, para além destes benefícios, a CTCU está associada a menos transfusões de sangue por anemia, melhor estabilidade circulatória, menor incidência de hemorragia intraventricular e também um risco menor de desenvolver enterocolite necrosante (Rabe *et al*, 2012).

A nível nacional não foram encontrados estudos nem orientações sobre a CTCU, o que identifica as necessidades de realização de estudos e elaboração/implementação de políticas sobre esta intervenção, devendo existir uma apreciação geral dos seus efeitos na otimização da transição do RN à vida extrauterina.

Com a realização da *scoping review*, pretendi estabelecer uma interação entre a teoria, a prática e a pesquisa bibliográfica. Segundo Benner (2001), a aquisição de competências surge através da aprendizagem experiencial, onde se associa a teoria e a prática profissional, que permite a excelência do cuidar. Os artigos em análise, pretendem acrescentar sentido à realização da CTCU, originando a reflexão sobre os seus efeitos e como a sua promoção e aplicação fazem a diferença na prática de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

3.5.2 Promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

Durante o EC ER propus-me desenvolver estratégias promotoras da CTCU junto dos profissionais de saúde e das mulheres/casais a meu cuidado. Estas atividades, foram também desenvolvidas noutros ensinamentos clínicos, nomeadamente no EC III (no âmbito de cuidados de saúde primários), no EC IV (nos cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal) e no EC V (de cuidados de enfermagem neonatal). Para tal, foi fundamental a pesquisa bibliográfica contínua que me permitiu atualizar conhecimentos, fundamentar e melhorar a minha prática de cuidados pois, e de acordo com o código deontológico do enfermeiro, artigo 76º, alínea a) este deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.35).

Durante o EC III, nas consultas de vigilância da gravidez, pude promover a CTCU junto dos casais, nomeadamente em sessões do Curso de Preparação para o Nascimento (CPPN). Como forma de dar continuidade ao projeto, foi também elaborado um póster, para que os casais que frequentassem os cursos subsequentes pudessem ficar sensibilizados e obter informação acerca desta temática.

No EC IV, nos cuidados à grávida em situação de risco materno-fetal, também estive com a grávida/casal, tendo abordado esta temática, percebendo se tinham conhecimento prévio sobre a mesma, bem como das suas vantagens e eventuais contraindicações. Esta abordagem, no período pré-natal, faz-me todo o sentido, pois possibilita aos casais decidir previamente de forma consciente e esclarecida quando cortar o cordão, devendo o enfermeiro obstetra, não decidir pelo casal, mas sim, manter a crença na sua capacidade de escolha e decisão, tal como defende Swanson

(Swanson, 1993). Também no EC IV, participei nas consultas peri-parto e no curso de preparação para o nascimento, onde também pude sensibilizar os casais e refletir com o enfermeiro especialista sobre a importância desta temática. Segundo Swanson (1993), os cuidados prestados devem promover o respeito e a capacitação do casal, dando importância ao consentimento informado, para que os intervenientes possam alcançar o bem-estar. Seguindo a recomendação nº2/2012, para a preparação para o nascimento, da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica “as recomendações para a preparação para o nascimento, visam a criação pelo EEESMO, de um modelo assistencial, centrado na mulher/casal de modo a melhorar o resultado da gravidez/nascimento” (OE, recomendação nº2/2012, p.1).

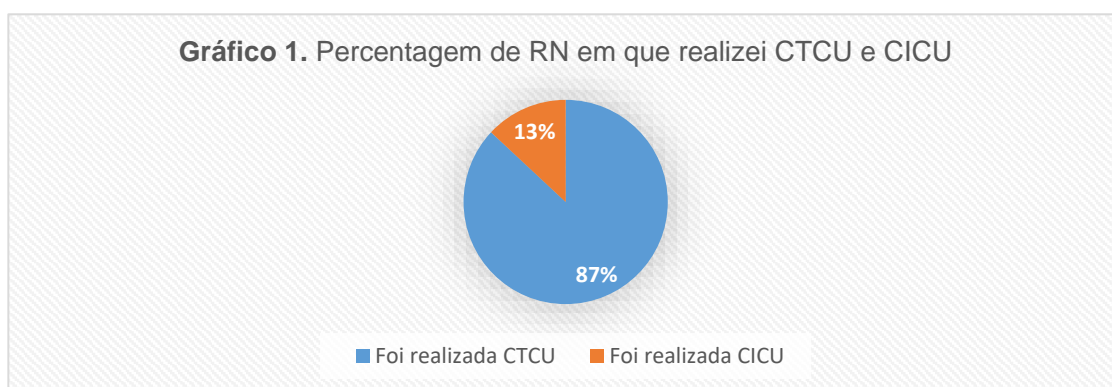
No EC V, no âmbito dos cuidados de enfermagem neonatais, juntamente com as minhas colegas de estágio, realizámos uma formação em serviço, sobre “manipulação mínima” durante a prestação de cuidados ao RN pré-termo, onde pude abordar a temática da CTCU. Nesta formação foram debatidas fundamentalmente os eventuais efeitos da CTCU nos RN pré-termo, tendo sido útil para a atualização e partilha de conhecimentos e saberes junto da equipa. A partilha de conhecimentos e saberes, é extremamente importante na prática e para a prática de enfermagem, porque “toda a evidência tem o seu valor” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 12) e “a tomada de decisão e o processo de raciocínio diagnóstico carecem de informação pertinente e atualizada, de forma a serem identificadas corretamente as necessidades de cuidados de enfermagem” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.29).

Quando me propus desenvolver a temática da CTCU, sabia que só iria realizar esta técnica em contexto de sala de partos. Aqui, pude implementar intervenções que visaram o envolvimento da mulher/casal/conviventes significativos, tendo por base a bibliografia consultada, os resultados obtidos através da *scoping review* e o contexto do local onde decorreu o EC ER.

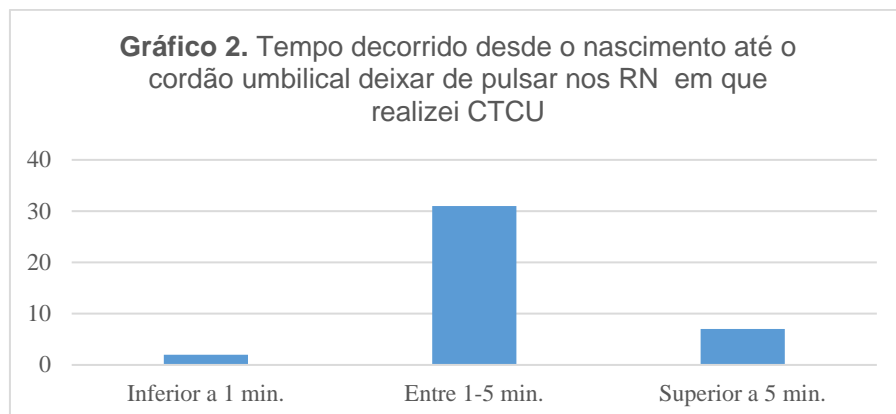
Juntamente com a chefia do bloco de partos e equipa de enfermagem, após diagnóstico de situação, foi considerado pertinente a realização de uma ação de formação para atualização de conhecimentos, onde foi divulgada evidência científica recente e cruzada com a reflexão sobre a prática no BP. A formação teve a presença de 40 enfermeiros, dos quais 32 eram enfermeiros obstetras. No final da sessão

considerou-se pertinente atualizar a norma do serviço relativa à CTCU, tendo sido convidada pela equipa e enfermeira chefe para participar nesse projeto. Foi reforçada a necessidade de realizar registos que contemplassem o tempo decorrido desde o nascimento até à clampagem do cordão umbilical, para permitir o desenvolvimento de novos estudos de investigação. Também de forma informal, no final da sessão e durante o EC, tentei perceber quais as principais dificuldades sentidas por parte dos enfermeiros obstetras na realização da CTCU, onde se destacaram a necessidade de realização de assistência imediata ao RN, a realização de colheita de sangue para criopreservação de células estaminais e as circulares cervicais apertadas.

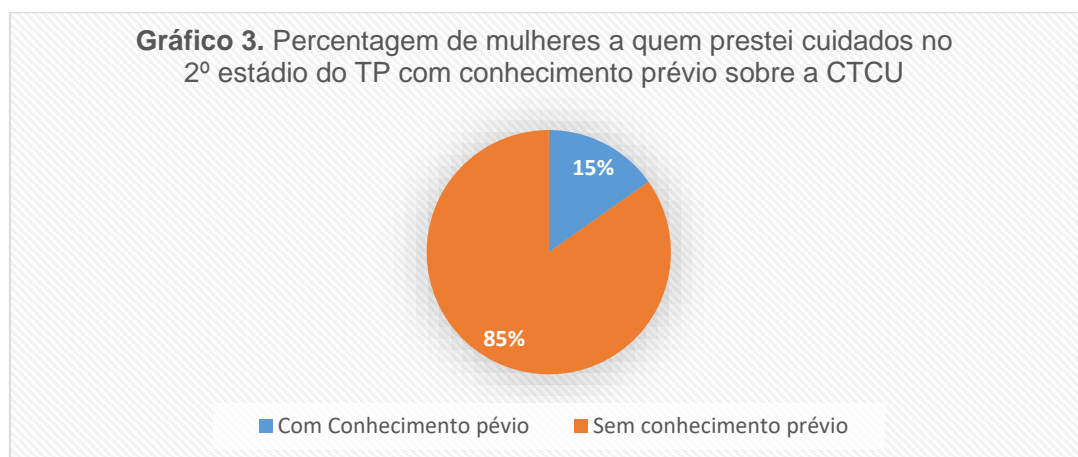
Seguindo as recomendações da OMS (OMS, 2017) e do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2017), considerei CTCU aquela que foi realizada pelo menos 1 minuto após o nascimento, e CICU aquela que foi levada a cabo em tempo inferior a 1 minuto. De acordo com estas recomendações, durante o EC ER, dos 46 recém-nascidos a quem prestei cuidados apenas 6 (13%) foram submetidos a CICU e 40 (87%) foram submetidos a CTCU (gráfico1).



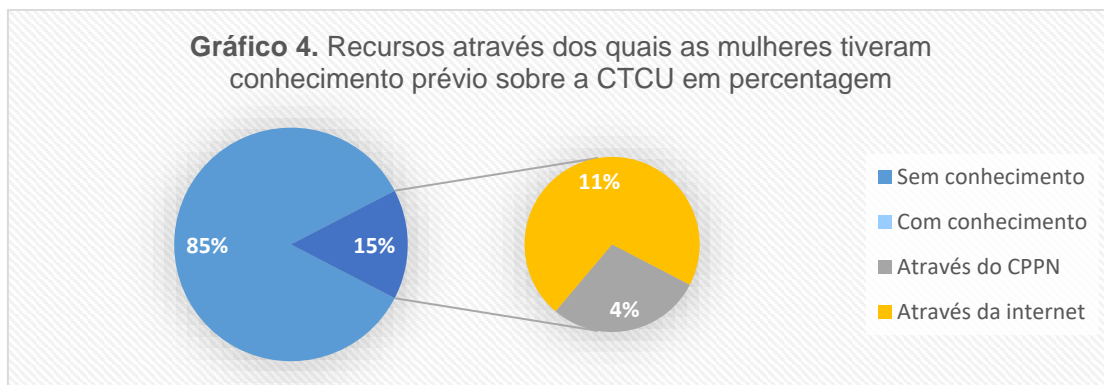
Em todos aqueles em que foi realizada CTCU (n=40), o cordão foi mantido intacto até deixar de pulsar. A maioria ainda pulsava após o primeiro minuto (apenas em 2 casos, o cordão deixou de pulsar cerca de 1 minuto após o nascimento), no final do quinto minuto, o cordão umbilical já não pulsava em 31 RN, e após este tempo, só pulsava em 7 RN, sendo o tempo máximo de cerca de 20 minutos (gráfico 2).



No sentido de promover a CTCU, tentei avaliar se as mulheres que assisti, tinham conhecimento prévio sobre a CTCU. Das 46 mulheres a quem prestei cuidados no segundo estágio do TP, apenas 7 (15%) referiram ter conhecimento prévio sobre a CTCU (gráfico 3).



Não deixa de ser curioso, o numero elevado de mulheres que referiram não ter informação sobre esta temática. Poderia associar o número de mulheres que teve conhecimento prévio sobre a CTCU ao número de mulheres que frequentou o CPPN que foi igualmente 7 (15%), contudo, destas apenas 2 (4%) referiram que tiveram acesso a esta informação no CPPN. As restantes 5 (11%), tiveram acesso a esta informação de uma forma autodidata através da internet (gráfico 4).



Nos recém-nascidos, em que foi realizada CTCU, sempre que o pai se encontrava presente foi dada a oportunidade para cortar o cordão umbilical e na sua ausência, o corte do cordão foi realizado pela pessoa que estava a acompanhar a parturiente. O enfermeiro obstetra, deve integrar e envolver os pais nos cuidados, porque se encontra numa posição privilegiada para o fazer. Num estudo realizado com 105 pais, o corte do cordão umbilical (realizado por estes), contribuiu de forma positiva para o envolvimento emocional pai-bebé (Brandão, 2009).

Como referi anteriormente, dos 46 recém-nascidos a quem prestei cuidados 6 foram submetidos a CICU RN. Destes, 1 necessitou de assistência imediata num local próximo à unidade (por apresentar hipotonia e frequência respiratória irregular) outro foi realizada colheita de células estaminais. As restantes, ocorreram no contexto de 7 circulares cervicais apertadas, com as quais me deparei durante o EC ER, tendo realizado CICU em 4 (nas restantes 3 foi possível resolver com a aplicação da manobra de *Somersault*). Jackson, Melvin e Downe (2007), referem que as práticas relativas à gestão do cordão umbilical são diversas; no seu estudo realizado em várias maternidades, verificaram que 33,5% a 80,4% dos profissionais realizaram CICU nas circulares apertadas. Por outro lado, 66,7% a 100% optaram por passar o cordão pela cabeça dos RN nas circulares largas, e 2,8 % a 33,3% não realizaram qualquer tipo de manobra. Hutchon (2013) recomenda que, se as circulares forem largas, o cordão umbilical deve ser passado pela cabeça. Caso as circulares sejam muito apertadas, ou na presença de várias circulares, deverá ser realizada a manobra *Somersault*. A manobra de *Somersault*, foi algo que foi possível treinar através de prática simulada, traduzindo-se num momento importante para a minha aprendizagem. Destaco

também a influência de Judith Mercer que, através do seu testemunho pessoal na conferência “*NeoResus*”, me transmitiu confiança, exemplificou e demonstrou exemplos de sucesso através da realização desta manobra.

Durante o EC ER, dois casais levaram *kit* para colheita de células estaminais. Num dos casos, como foi anteriormente referido, foi realizada CICU (cerca de 45 segundos após o nascimento). Tratava-se de uma parturiente admitida em período expulsivo que, após o parto, referiu que optou por criopreservar o sangue, porque um irmão faleceu aos 6 anos (com linfoma). O efeito do momento da clampagem do cordão, na colheita de sangue, foi recentemente avaliado num estudo realizado por Allan et al (2016). Segundo estes autores, a CTCU diminui significativamente o volume, e a contagem total de células estaminais colhidas através do cordão umbilical. O outro caso, em que o casal levou *Kit*, a mulher foi admitida em fase latente do TP. Questionei o casal relativamente à opção de fazer criopreservação de células estaminais ao que a utente respondeu: “foi oferecido no centro comercial ao meu marido, ele aceita tudo” (Guião 46), perguntei também se tinham pago alguma coisa “não, só pagamos se for usado” (Guião 46), tendo referido que nunca tinham ouvido falar sobre a CTCU. Segundo a OMS (2014a), as informações das empresas responsáveis pela criopreservação de células estaminais não devem desprezar a CTCU e os profissionais de saúde devem ser capazes de informar os casais. Informei relativamente à hipótese de realização da CTCU, e que, se esta for realizada, poderá não ser obtida a quantidade de sangue necessária. Segundo a ACOG (2017a), os benefícios da CTCU, excedem os da colheita de sangue para eventual uso futuro e as famílias devem ser devidamente aconselhadas e informadas. Também a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá, recomenda que as mulheres devem ser informadas e os profissionais de saúde devem obter o consentimento informado das mães para a colheita de células estaminais antes da fase ativa do TP, idealmente antes do terceiro trimestre, para que possam colocar questões (SOGC, 2015). O casal acima referido, após ser informado sobre as possibilidades do corte do cordão, optou por deixar o cordão intacto, até deixar de pulsar. O enfermeiro obstetra tem um papel importante de empoderamento do casal para exprimirem as suas preferências, apoiando-o nas decisões, tal como defende Swanson (1993). Acredito que a tomada de decisão pode ser facilitada, se existir uma adequada preparação pré-natal e o

estabelecimento de uma relação de confiança entre o casal e o enfermeiro obstetra que os acompanha durante o TP.

No que diz respeito à avaliação do IA, nos RN cujo cordão foi imediatamente laqueado, apresentaram IA inferiores, no primeiro minuto, comparativamente com recém-nascidos em que foi realizada CTCU. Oh *et al.* (2011), Chiruvolu *et al.* (2015) e Nevill & Meyer (2015), nos seus estudos, não verificam diferenças significativas nos IA ao primeiro e quinto minutos entre o grupo CTCU e CICU. No entanto, esta diferença, poderá estar relacionada com as motivações que me levaram à realização da CICU (tabela 2).

Tabela 2. IA dos recém-nascidos submetidos a CTCU, CICU e motivo para a realização da CICU

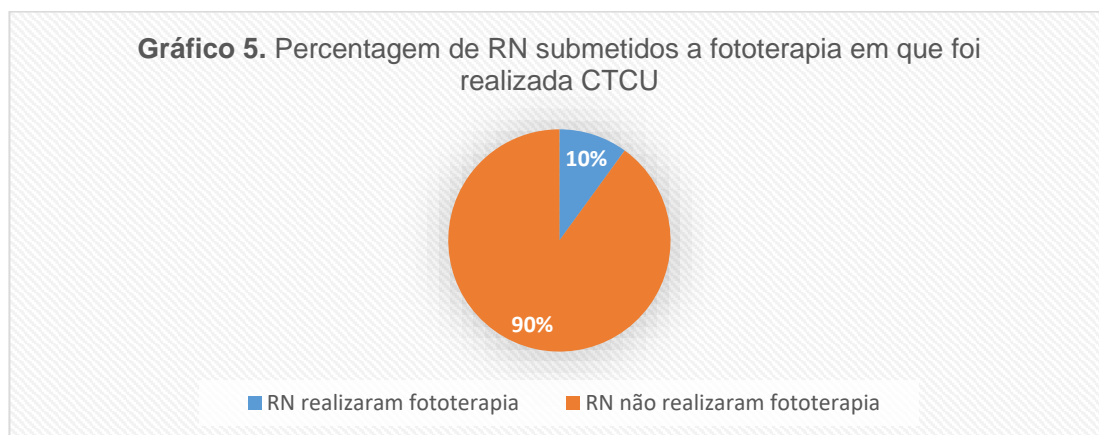
IA no 1º minuto	RN submetidos a CTCU (n=40)	RN submetidos a CICU (n=6)	Motivo para a realização da CICU (n=6)
7	-	1	1 RN teve de ser assistido
8	1	3	3 circulares cervicais apertadas
9	(*) 36	2	1 circular cervical apertada 1 colheita de sangue para criopreservação de células estaminais
10	3	-	-

(*) Nota: 3 destes RN apresentaram circulares cervicais apertadas, que foi possível resolver aplicando a manobra de Somersault.

Outro dado que pude observar, refere-se à coloração da pele dos RN nas primeiras horas de vida: os RN cujo cordão umbilical foi cortado imediatamente a seguir ao nascimento, apresentaram geralmente uma coloração mais pálida, relativamente aos RN em que foi realizada CTCU. É irrefutável o facto da CTCU contribuir para o aumento dos níveis de ferro e hemoglobina nas primeiras horas de vida, o que me leva a crer que talvez possa ter alguma influência na coloração da pele destes RN (Oh *et al.*; 2011; Rabe *et al.*, 2012; McDonald *et al.*, 2013; Dash *et al.*, 2014; Chiruvolu *et al.*, 2015; Nevill & Meyer, 2015; OMS, 2017).

Considerarei também importante contactar com as puérperas e RN já no internamento de puerpério, onde tive a oportunidade de observar o seu bem-estar,

transição para a parentalidade e dinâmica familiar. Dos 40 RN que realizei CTCU, apenas 4 (10%) tiveram que realizar fototerapia (gráfico 5).



Não deixa de ser curioso que nenhum dos RN submetidos a CICU realizou fototerapia, correspondendo este número apenas a RN submetidos a CTCU. Contudo em nenhum deles o tratamento foi superior a 24 horas. Relativamente a este aspeto, os estudos analisados não são unânimes. No estudo realizado por Chiruvolu *et al.*, (2015), a necessidade de fototerapia na primeira semana de vida foi superior no grupo de CTCU (93% vs 81,8%), mas sem a existência de necessidade de fototerapia intensiva ou transfusão. Por outro lado, no estudo realizado por Nevill & Meyer (2015), a necessidade de realização de fototerapia não foi significativamente mais elevada no grupo de CTCU. No estudo de McDonald *et al.* (2013), existiu um aumento do número de RN com hiperbilirrubinémia no grupo submetido a CTCU, no entanto estes autores referem que os seus benefícios superam este risco, sempre que esteja disponível o tratamento através de fototerapia.

O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2015) apoia a CTCU, reconhecendo que a estabilização do RN sobre o abdómen materno com o cordão intato é uma prática com benefícios clínicos comprovados, bem como um procedimento valorizado pelos pais. Expressões como: “é bom para ele” (guião 6), “gostamos, não sabíamos que fazia diferença!” (guião 10), “é melhor para o bebé”, “agora é mais natural, antigamente não era assim, o cordão era logo cortado e os bebés eram levados” (guião 32), exprimem algumas das experiências vividas pela possibilidade de escolha que lhes foi dada.

Com já foi referido, são vários os autores que sugerem que a CTCU traz benefícios comprovados para os RN. Creio ser necessário o investimento e desenvolvimento de estudos de investigação nesta área, assim como a sensibilização dos profissionais de saúde recorrendo a fontes de evidência científica credíveis. Neste sentido, elaborei um póster sobre esta temática, que foi apresentado no 1º Encontro Internacional de Saúde Sexual e Reprodutiva da ESEL.

3.6 Questões Éticas

Durante o EC ER, regi a minha prática de acordo com o Código internacional de Ética emanado pelo *International Confederation of Midwives* (ICM, 2014) e o Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005), dando primazia ao consentimento informado antes da realização de qualquer intervenção e apoio às mulheres/famílias a participar ativamente nas suas decisões. Segundo o ICM (2014), as parteiras desenvolvem uma parceria com as mulheres, nas quais compartilham informações relevantes que levam à tomada de decisão informada, consentimento para um plano de cuidados em evolução e aceitação da responsabilidade pelos resultados de suas escolhas.

Foi também preservado o direito à saúde, privacidade, dignidade, respeito pela intimidade sem discriminação e ao melhor tratamento de acordo com os recursos disponíveis. A mulher/casal/conviventes significativos, foram informados sobre os potenciais riscos e benefícios de qualquer tipo de intervenção, bem como alternativas às intervenções propostas, incluindo o efeito da não realização de determinado procedimento; preservando o direito à autodeterminação, recusa ou direito de interromper determinada intervenção.

Perante eventuais dúvidas sobre a possibilidade de realização de CTCU em determinadas situações, recorri a fontes de evidência credíveis, reconhecendo os limites da minha competência. Ressalvo que os dados apresentados, foram obtidos na prestação de cuidados através da observação e interação com os casais/conviventes significativos a meu cuidado, tendo sido salvaguardados os princípios da boa prática, através do consentimento da chefia e orientadoras locais, para implementação do projeto de estágio.

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que foram desenvolvidas atividades, que me permitiram mobilizar e consolidar conhecimentos técnico-científicos e fundamentar a minha intervenção na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade. As experiências decorrentes da prática clínica, também me permitiram aprofundar conhecimentos e desenvolver a reflexão acerca das experiências vivenciadas, que foram fundamentais para a promoção da qualidade dos cuidados prestados e desenvolvimento de uma PBE.

Desenvolvi competências na prestação de cuidados à mulher em situação de urgência obstétrica e ginecológica; à mulher/família durante o TP e no apoio ao processo de transição e adaptação à parentalidade.

Inicialmente foi um desafio, prestar cuidados em contexto de urgência obstétrica e ginecológica, pela diversidade de situações que levaram as mulheres a recorrerem ao serviço. Contudo, considero que o desenvolvimento da minha capacidade para integrar conhecimentos e lidar com variadíssimos diagnósticos, foi evoluindo, revelando autonomia progressiva na realização da triagem e atendimento. Apesar de sentir algumas dificuldades iniciais na prestação de cuidados durante o TP (como a avaliação da cervicometria, através do toque vaginal e aplicação de “técnicas de reparação no canal de parto” e períneo), devido à minha falta de experiência na área, foram superadas no decorrer do EC.

Abordei ainda os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da CTCU. A pesquisa bibliográfica realizada, evidencia que a CTCU trás inúmeros benefícios para os RN que, por si, justificam o investimento nesta temática e o seu contributo para a prática de cuidados especializados. Deste modo, à luz do estado de conhecimento atual, o enfermeiro obstetra tem o dever ético e deontológico de promover a CTCU e a sua não realização, deve ser uma intervenção devidamente justificada e fundamentada.

Torna-se assim, importante promover a CTCU junto dos profissionais de saúde e da mulher/casal. O sucesso da realização desta intervenção, está desta forma relacionado com o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar, avaliando, cultivando a liderança e antecipando necessidades, promovendo a formação em

serviço com base na evidência científica, influenciando desta forma, a tomada de decisão em situações complexas que garantam um ambiente seguro para os utentes. Importa também informar e apoiar os pais, capacitando-os para a tomada de decisão e incentivando a incluir a clampagem do cordão no plano de parto. Deste modo, esta temática deve ser abordada nos CPPN e durante a vigilância pré-natal, idealmente antes do terceiro trimestre, para que os casais possam tomar decisões conscientes, atempadas e devidamente informadas. Durante o TP, o enfermeiro obstetra, deve apoiar a mulher/casal nas suas escolhas, assegurando a sua privacidade, autodeterminação e individualidade.

Destaco ainda a importância do contexto onde decorreu o EC ER, o apoio da enfermeira orientadora durante o estágio, a sensibilização da equipa de enfermagem para esta temática e apoio por parte da docente orientadora ao longo desta etapa. Da mesma forma, os momentos de reflexão, pesquisa bibliográfica constante, permitiram-me desenvolver o pensamento crítico e desenvolvimento de competências no cuidar humanizado e especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Como contributos para a prática clínica tenciono, juntamente com a chefia do BP onde decorreu o EC ER, formalizar a atualização da norma de serviço referente à CTCU. Importa também incluir nesta norma, a necessidade da realização de registos que contemplem o tempo decorrido desde o nascimento até à clampagem do cordão, permitindo deste modo o desenvolvimento de novos estudos de investigação. Futuramente gostaria de participar em estudos sobre reanimação neonatal com o cordão intacto. O aumento da transfusão uteroplacentária poderá ser um ponto chave para o sucesso das manobras de reanimação, resultando na diminuição do risco de hipovolémia e conseqüentemente aumento da perfusão dos órgãos alvo. Pretendo ainda, elaborar um artigo para publicação sobre a CTCU, para assim, partilhar evidência científica, e continuar a dar visibilidade à importância desta temática.

Durante o meu percurso académico no curso de mestrado, adquiri conhecimentos que me capacitaram progressivamente para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Contudo, tenho consciência que a autonomia e a diferenciação da excelência na prestação de cuidados, são um processo contínuo de aprendizagem, que pretendo desenvolver no decorrer da minha vida académica e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG (2015). Umbilical Cord Blood Banking. Committee Opinion. *Obstet Gynecol.* Nº 648, 1-3. Acedido a 06/06/2017. Disponível em: <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/co648.pdf?dmc=1&ts=20170606T2047309557>
- ACOG (2017a). Delayed umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion. *Obstet Gynecol.* Nº 684, 1–6. Acedido a 22/02/2017. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co684.pdf?dmc=1&ts=20170126T1339592817>
- ACOG (2017b). *ACOG Expands Recommendations to Treat Postpartum Hemorrhage.* Acedido a 22 de setembro de 2017 através de: <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2017/ACOG-Expands-Recommendations-to-Treat-Postpartum-Hemorrhage>
- Allan, D., Nicholas, S., Lawless, T., Mostert, K., Oppenheimer, L., Walker, M., Petraszko, T., Elmoazzen, H. (2016). Delayed clamping of the umbilical cord after delivery and implications for public cord blood banking. *Transfusion.* 56 (3), 662-665. Acedido a 1/8/2017. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.13424/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license
- Almeida, S. & Veiga Ued, F. (2015). Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria.* 33(3),355-362. Acedido a 11/10/2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>
- Andersson O, Lindquist B, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellof M, Hellstrom-Westas L. (2015). Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.*169 (7). 631–8.
- APEO & FAME (2017). *Iniciativa Parto Normal. Guia para mães e pais.* Almada: Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras.
- Bayer, K. (2016). Delayed Umbilical Cord Clamping in the 21st Century: Indications for Practice. *Advances in Neonatal Care.* 16(1), 68-73. Acedido a 4/4/2016.

Disponível:<http://www.pubfacts.com/detail/26734815/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-in-the-21st-Century-Indications-for-Practice>

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 (CD003766), 1-4. **DOI:** 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto*. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto. Acedido a 30/08/2017. Disponível através:<http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1384/1/Sonia%20Brandao%20-%20Dissertacao.pdf>
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. 4ª Reimpressão. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-083-5.
- Brooks, G., Mackenzie, S.; Wansbek, M. (2013). Delayed Cord Clamping: A Review of its Introduction within a medium-sized UK consultant-led maternity Unit. *Newcastle University*. Artigo apresentado na conferência: Neo-Resus. The Physiology of Transitional Support with Optimal Cord Clamping, Newcastle, março de 2017.
- Burleigh, A. Tizard, H. (2015). Latest recommendations on timing of clamping the umbilical cord. The Royal College of Midwives. Acedido a 11/5/2016. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/views/latest-recommendations-on-timing-of-clamping-the-umbilical-cord>
- Canavarro, M. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (2ª edição), Coimbra: Quarteto.
- Chang, M-Y., Wang, S-Y., & Chen, C-H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), 68-73.
- Chiruvolu, A., Tolia, V., Qin, H., Stone, G., Rich, D., Conant, R & Inzer, R. (2015). Effect of delayed cord clamping on very preterm infants. *American Journal of obstetrics and Gynecology*. 213 (5), 676.e1-7.

- Conselho da Europa, Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos (2015). *Criopreservação de sangue do cordão umbilical. Guia para pais*: Conselho da Europa. Acedido a 1/8/2017. Disponível em: <http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/BANCO%20CORDAO/GuiaParaOs Pais-CordaoUmbilical.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 9 julho 2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs VFinal correto.pdf>
- Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (2012). Relatório sobre os bancos de sangue do cordão umbilical, tecido do cordão umbilical e placenta. Relatório referente ao Parecer 67/CNECV/2012. Acedido a 10/5/2017. Disponível em: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1356002786_RelatorioFinal-Parecer67-SCU.pdf
- Darwin, E. (1796). *Zoonomia; or, the Laws of organic life*. vol. II. London: J. Johnson. Acedido a 3/7/2016. Disponível em: <https://archive.org/details/zoonomiaorlawsof1792v2darw>
- Dash, M., Murali., R & Rajarajeswari, S. (2014). Effect of Delayed Cord Clamping on Hemoglobin Level among Newborns in Rajiv Gandhi Government Women & Children Hospital, Puducherry. *American Journal of Nursing Research*. 2 (1), 7-11.
- DGS (2007). *Profilaxia da Isoimunização Rh*. Direcção-Geral de Saúde: Circular Normativa Nº: 2/DSMIA. Acedido em 10/10/2015, disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20materna/Profilaxia%20da%20Isoimuniza%C3%A7%C3%A3o%20Rh.pdf>
- Ferreira, S., Coutinho, E., Duarte, J., & Arias, B. (2013). Competência Materna Auto-percebida. A influência do contexto sociodemográfico. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, Nº13, pp. 33-38.

- Fulton, C., Stoll, K., Thordarson, D. (2016). Bedside Resuscitation of newborns with an intact umbilical cord: Experiences of midwives from British Columbia. *Midwifery*, 34 (2016), 42-46.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (3ª ed). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Greene, A. (2003). *How Much Blood is too Much Guideline*. Acedido a 06/06/2017. Disponível em: <https://www.drgreene.com/blood-guideline/>
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2013). Father's Engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *Pregnancy and Childbirth*, 13(70), 1-15.
- Hernandez, J. & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40 (4), 414-421.
- Hutchon D. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of midwifery and reproductive Health*. 1 (1) 4-6.
- ICM (2011). *Confederação Internacional de Parteiras. Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2010*. Acedido a 6/9/2017 através de:
<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf>
- ICM (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Acedido em 10/09/2015. Disponível em: <http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>
- Jackson H. Melvin C. Downe S. (2007). Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions. *Journal Of Midwifery & Women's Health [J Midwifery Womens Health]*. 52 (1), 49-55.
- JBI (2015a). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015 –Methodology for JBI Reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 8/4/2015. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015 v2.pdf>

- JBI (2015b). *Can-Synthesize is a quick reference resource to guide the use of the Joanna Briggs Institute methodology of synthesis. Queen's Joanna Briggs Collaboration Version 4.0 January 26, 2015*. Acedido a 8/4/2017. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN SYNTHSISE Resource-V4.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf)
- Jefford, E., Fahy, K. Sundin, D. (2009). Routine vaginal examination to check for a nuchal cord. *British Journal of Midwifery*. 4. 246-249. ISSN: 0969-4900.
- Leslie, M. (2015). Perspectives on Implementing Delayed Cord Clamping. *Nursing for Women's Health*, 19 (2),164-176. doi: 10.1111/1751-486X.12188.
- Levy T, Blickstein I. (2006). Timing of cord clamping revisited. *J Perinat Med*.34(4), 293–7.
- Linderkamp O. (1987). Blood rheology in the newborn infant. *Baillieres Clin Haematol*. 1(3), 801–25.
- Lothian, J. A. (2014). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 198-206.
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.
- Luna, M., Alonso, C., Mussons, F., Urcelay, I., Conde, J., Narbona, E. & Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), 349-36. DOI: 10.1016/j.anpedi.2009.07.012
- Matallana, C. (2006). *Repercusiones clínicas y fisiológicas del tiempo de ligadura del cordón umbilical en recién nacido a término*. Universidad de Granada. Tese de doutoramento. Granada. Acedido 20-04-2016 disponível em <http://hera.ugr.es/tesisugr/16157941.pdf>
- McDonald S., Middleton P, Dowswell T. & Morris P. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD004074), 1-3. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

- Mercer, J.S., Erickson-Owens, D.A. Graves, B. Haley, M.M. (2007). Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. Guidelines for health services practices. *J Midwifery Womens Health*. 52, 262–272.
- Mercer, J.S., Erickson-Owens, D.A. (2014). Is It Time to Rethink Cord Management When Resuscitation Is Needed? *Journal of Midwifery & Womens's Health*. 59 (6), 635-644.
- Ministério da Saúde (2009). LUSOCORD Banco Público de Células Estaminais do Cordão Umbilical. Centro de Histocompatibilidade do Norte. Acedido a 2/6/2017. Disponível em: <http://www.chnorte.min-saude.pt/files/FA450008.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Guideline*. Acedido a 3/4/2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/documents/intrapartum-care-update-nice-guideline2>
- Nevill, E. & Meyer, M. (2015). Effect of delayed cord clamping (DCC) on breathing and transition at birth in very preterm infants. *Early Human Development*. 91 (7) 407–411.
- NICE (2017). *Intrapartum Care. Quality statement 6: Delayed cord clamping. National Institute for Health and Care Excellence*. Geneva: Organização Mundial de Saúde Acedido a 10/3/2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-6-delayed-cord-clamping>
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, M. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2012). Recomendação nº2/2012. *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia 2012/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 8/06/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendaca_2_2012_M CEESMO.pdf

- OE (2013a). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no Trabalho de Parto e Parto*. Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2013b). *Efetivar a ingesta ao longo do Trabalho de Parto, segundo a OMS*. Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2013c). *Episiotomia: realização seletiva ou rotineira*. Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2015). *Livro de bolso. Enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia/parteira*. Ordem dos enfermeiros. Acedido a 10/05/2016. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livrobolso_eesmo.pdf
- Oh, W., Fanaroff, A., Carlo, W., Donovan, E., McDonald, S., & Poole, W. (2011). Effects of delayed cord clamping in very-low-birth-weight infants. *Journal of Perinatology*. 31 (1), S68–S71.
- Oliveira, F., Assis, K., Martins, M., Prado, M., Ribeiro, A., Sant’Ana, L., Priore, S. & Franceschini, S. (2014). Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Revista de Saúde Pública*. 48(1),10-18.DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004928.
- OMS (2012a). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 2/7/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf
- OMS (2014a). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 4/4/2016. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf
- OMS (2014b). *Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 2/4/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO_RHR_14.19_eng.pdf?ua=1
- OMS (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Acedido a 27/9/2017

- através de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf
- OMS (2017). *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anemia in infants*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 20/6/2017. Disponível em: http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Parecer CJ 129/2009. Sobre: criopreservação de células estaminais do cordão umbilical. Acedido a 1/05/2017 através de: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer129_20_09_criopreservacao_celulas_estaminais.pdf
- Parecer nº03/2010. *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito das Saúde Sexual e Reprodutiva*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Consultado a 25 de setembro de 2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf
- Periquito, I. (2014). *Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. XVII Encontro Nacional da APEO/ 1º Encontro Nacional da APEO. Livro de resumos*. Coimbra. Acedido em 10/10/2016. Disponível: https://issuu.com/apeorevista/docs/ebook_-_xvii_encontro_nacional_da_a
- Rabe, H., Diaz-Rossello, J., Duley, L. & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD003248), 1-3. DOI:10.1002/14651858.CD003248.pub3
- Reed R., Barnes M., Allan J. (2009) Nuchal cords: sharing the evidence with parents. *British Journal of Midwifery*, Feb; 17 (2): 106-9. ISSN: 0969-4900.
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011. 8648-8653.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna,

- Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.^a série, N.º 35, de 18 de fevereiro de 2011. 8662-8653.
- Ribeiro, H. C., Lopes, L. (2006). O papel do pai na sala de partos. *Nursing*, 206 (16), 25-27.
- Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour – Positions for Labour and Birth*. Acedido em 10/06/2017. Disponível em:
<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf>
- Royal College of Midwives (2014). *RCM welcomes change in NICE guidance*. Royal College of Midwives. Acedido em 10/03/2016. Disponível:
<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/rcm-welcomes-change-in-nice-guidance>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). *Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion*. Scientific Impact Paper N. 14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Acedido em 10/09/2015. Disponível:
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip-14.pdf>
- Sanberg PR, Park DH, Borlongan CV. (2010). Stem cell transplants at childbirth. *Stem Cell Rev*. 6(1), 27–30.
- Santana, L., Gallo, R., Ferreira, C., Quintana, S. & Marcolin, A. (2013). Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor*. São Paulo. 14 (2), 111-113.
- Simkin, P. & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), S131-S159.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). *Policitemia e hiperviscosidade*. Secção de Neonatologia da SPP. Acedido a 10/8/2017. Disponível em:
<http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Policitemia.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). *Icterícia Neonatal*. Secção de Neonatologia da SPP. Acedido a 10/8/2017. Disponível em:

http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

- Society for Maternal-Fetal Medicine (2014). *SMFM Consult-Delayed Umbilical Cord Clamping*. Acedido em 24-01-2017, disponível em: <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/content/tags/maternal-fetal-medicine/smfm-consult-delayed-umbilical-cord-clamping?page=full>
- SOGC (2015). SOGC clinical practice guideline. No. 328. Umbilical Cord Blood: Counselling, Collection, and Banking. *J Obstet Gynaecol Can.* 37(9):832–844. Acedido em 4-09-2017, disponível em: [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30157-2/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30157-2/pdf)
- Sommers, R., Stonestreet, B., Oh, W., Laptook, A., Yanowitz, T., Raker, C., & Mercer, J. (2012). Hemodynamic Effects of Delayed Cord Clamping in Premature Infants. *Pediatrics.* 129 (3), e667-e672.
- Sousa, A. Amorim M. (2008) Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Ata Médica Portuguesa.* 21(3), 229-240.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research.* 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of others. *Journal of Nursing Scholarship.* 25(4), 352-357.
- Thompson, C., Learmonth, M. (2004). Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência? In Craig, J V., Smyth, R. *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros* (pp. 211-239). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.
- Uchôa, S., Camargo Jr, K. (2010). Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou em evidências? *Ciência e Saúde Colectiva.* 15 (4), 2241-49. Consultado a 31 julho 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a38v15n4.pdf>. ISSN 1413-8123.
- Vain, N. (2015). Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? *Revista Paulista de Pediatria.* 33(3), 258-259.

- Vain, N., Stragno, D., Gorenstein, A., Gordillo, J., Berazategui, J., Alda, G., Prudent, L. (2014). Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet*, 384, 235-240.
- Weeks, A., Watt, P., Yoxall, C., Gallagher, A., Burleigh, A., Bewley, S., Heuchan, A. Duley, L. (2015). Innovation in immediate neonatal care: development of the Bedside Assessment, Stabilisation and Initial Cardiorespiratory Support (BASICS) trolley. *BMJ Innov.* 1, 53–58.
- Winter, J., Kattwinkel, J., Chisholm, C., Blackman, A., Wilson, S. & Fairchild, K. (2017). Ventilation of Preterm Infant During Delayed Cord Clamping (VentFirst). A Pilot Study of Feasibility and Safety. *American Journal of Perinatology*. 34 (02) 111-116.
- Yao AC, Lind J. (1977). Effect of early and late cord clamping on the systolic time intervals of the newborn infant. *Acta Paediatr Scand*. 66 (4), 489–93.

APÊNDICES

Apêndice I- Estudos selecionados para a *scoping review*

Estudos selecionados para a *scoping review*

A *scoping review* realizada, teve como questão de pesquisa: “Quais os efeitos da clampagem tardia do cordão umbilical nos recém-nascidos?”. Esta questão foi formulada através da mnemónica do tipo PCC (População, Conceito, Contexto), em que: P (População) – Recém-nascidos.

C (Conceito) – Os efeitos da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical.

C (Contexto) – Não aplicável.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos publicados desde 2010; em português, espanhol ou inglês; que abordassem os efeitos da clampagem tardia do cordão umbilical.

A pesquisa foi realizada em abril de 2016 na plataforma *EBSCO Host*, bases de dados *CINAHL* e *Medline*. Privilegiada a utilização de termos de pesquisa indexados como *major concept (MM)* e, na sua ausência, termos naturais. Os termos foram cruzados em ambas as bases de dados utilizando os descritores booleanos “OR” e “AND”: [(MM “umbilical cord”) or Cord clamping or (MM “Umbilical cord clamping”) and Delayed cord clamping)] AND [(MM “infant, premature”) or preterm Infant or (MM “infant, Newborn”) or Newborn)].

Foram selecionados 7 estudos, os quais apresento de seguida em formato de tabela. A primeira coluna indica o autor e ano de publicação, a segunda coluna, o tipo de estudo, a terceira coluna representa a população, a quarta coluna, a idade gestacional dos participantes, a quinta coluna, os parâmetros de diferenciação do tipo de clampagem do cordão umbilical efetuada e na sexta coluna, encontram-se os principais resultados com relevância para a questão de pesquisa.

Características dos estudos selecionados para a *scoping review*

Autor e ano de publicação	Tipo de Estudo	População	Idades	Clampagem do cordão umbilical	Principais resultados com relevância para a questão de pesquisa
Dash, M., Murali., R & Rajarajeswari, S. (2014)	Experimental Grupo I sujeitos a Clampagem Imediata do Cordão Umbilical (CICU) Grupo II sujeitos a Clampagem Tardia do Cordão Umbilical (CTCU)	Recém-nascidos (n=55) CTCU (n=29) CICU (n=26)	Recém-nascidos de termo	Grupo I- clampagem dentro de 15 segundos após nascimento Grupo II- 3 minutos após o nascimento, ou após paragem de pulsação do cordão	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os níveis médios de hemoglobina no nascimento e às 24 horas foram significativamente superiores no grupo em que o cordão umbilical foi clampado pelo menos 3 min após o nascimento. ■ A CTCU, é um procedimento que pode reduzir a anemia nos recém-nascidos.

<p>Oh, W., Fanaroff , A, Carlo, W., Donovan, E., McDonald, S., & Poole, W. (2011)</p>	<p>Prospetivo coorte</p> <p>Foram selecionados aleatoriamente recém-nascidos e divididos em dois grupos (CICU/CTCU)</p>	<p>Recém-nascidos (n=33)</p> <p>CTCU (n=16)</p> <p>CICU (n=17)</p>	<p>Recém-nascidos com idade gestacional de 24 a 28 semanas</p>	<p>CICU < 10 segundos após o parto</p> <p>CTCU 30 a 45 segundos após o parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não foram verificadas diferenças significativas na pressão arterial média horária durante as primeiras 12 horas de vida nem diferenças relativamente a morbidades neonatais entre o grupo CTCU e o grupo CICU. ■ O índice de Apgar em 1 e 5 minutos eram praticamente idênticos entre os grupos. ■ O número de reanimações na sala de partos também foi quase idêntico. ■ O nível de hematócrito foi superior nos recém-nascidos prematuros de baixo peso e existiu menor necessidade de transfusão sangue durante o internamento no grupo de CTCU, sugerindo uma transfusão placentária mais eficaz no momento do nascimento neste grupo.
<p>Chiruvolu, A., Tolia, V., Qin, H., Stone, G., Rich, D., Conant, R e Inzer, R. (2015)</p>	<p>Coorte Retrospectivo/ Prospetivo</p> <p><u>grupo CTCU</u> crianças que nasceram entre agosto</p>	<p>Recém-nascidos que não fossem gémeos (n=148)</p>	<p>Recém-nascidos com idade gestacional ≤ 32 semanas</p>	<p>CICU após o parto</p> <p>CTCU 45 segundos após o parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não existiram diferenças significativas nos índices de Apgar entre o grupo CTCU vs CICU. ■ Significativamente menos crianças no grupo CTCU foram entubadas na sala de partos (18,3% vs 62,2%).

	de 2013 e agosto de 2014 <u>grupo CICU</u> crianças que nasceram entre agosto de 2012 e agosto de 2013	CTCU (n=60) CICU (n=88)			<ul style="list-style-type: none"> ■ Existiu uma menor incidência de Síndrome de Dificuldade Respiratória no grupo CTCU (43,3% vs 65%). ■ Menos transfusões de glóbulos vermelhos na primeira semana de vida no grupo CTCU (13,3% vs 33%). ■ Significativa redução na incidência de Hemorragia Intraventricular foi notada no grupo CTCU (18%) em comparação com o grupo CICU (35,2%). ■ A necessidade de fototerapia na primeira semana de vida foi significativamente superior (93% vs 81,8%) no grupo CTCU, mas sem a existência de necessidade de fototerapia intensiva ou transfusão. ■ Não existiram diferenças significativas na temperatura de admissão, número de mortes e taxas de morbidade.
Nevill, E. & Meyer., M. (2015)	Coorte Retrospectivo/ Prospectivo <u>Grupo CTCU</u> nascidas entre	Recém-nascidos (n=124)	Recém-nascidos com idade gestacional	Clampagem imediata do cordão umbilical após o parto	<ul style="list-style-type: none"> ■ não se verificam diferenças significativas entre o grupo CTCU e CICU relativamente à respiração dos recém-nascidos no momento do nascimento ou durante os procedimentos.

	novembro de 2011 a outubro de 2012 <u>Grupo CICU</u> nascidas entre janeiro de 2008 a dezembro de 2009	CTCU (n=62) CICU (n=62)	≤ 29 semanas	CTCU 40 segundos após o parto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os resultados relativamente à necessidade de ventilação com pressão positiva ou intubação na sala de parto foram semelhantes. ■ O Índice de Apgar (no primeiro e quinto minuto), temperaturas no momento de admissão, também foram semelhantes em ambos os grupos. A necessidade de realização de fototerapia não foi significativamente mais elevada no grupo de CTCU. ■ Os níveis de hemoglobina no grupo CTCU foram significativamente superiores. ■ Observou-se um aumento de doença pulmonar crônica no grupo CTCU, que os autores não conseguem encontrar explicação, referindo que estudos anteriormente realizados obtiveram resultados contraditórios, como verificado no estudo de Chiruvolu et al (2015), no entanto, não existiram diferenças entre os grupos na percentagem de alta hospitalar com oxigênio.
--	--	----------------------------	----------------------	-------------------------------	--

					<ul style="list-style-type: none"> ▶ Outros resultados neonatais, incluindo sépsis tardia, retinopatia da prematuridade e morte neonatal foram semelhantes em ambos os grupos.
<p>Sommers, R., Stonestreet, B., Oh, W., Lupton, A., Yanowitz, T., Raker, C., & Mercer, J. (2012)</p>	<p>Prospetivo coorte</p> <p>Subconjunto de crianças selecionadas aleatoriamente e incluídas em dois grupos (CICU/CTCU)</p>	<p>Recém-nascidos (n=51)</p> <p>CTCU (n=25)</p> <p>CICU (n=26)</p>	<p>Recém-nascidos com idade gestacional entre 24 a 31 semanas</p>	<p>CICU após o parto</p> <p>CTCU durante 45 segundos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No grupo CTCU foram encontrados efeitos hemodinâmicos, como: <ul style="list-style-type: none"> - aumento do fluxo sanguíneo na veia cava superior; - aumento da saída de sangue e volume sistólico no ventrículo direito às 48 horas de vida. - As diferenças do fluxo sanguíneo na veia cava superior entre ambos os grupos, em 48 e 108 horas de vida, foram superiores, do que às 6 e 24 horas de vida, sugerindo que os efeitos da CTCU persistem além do período pós-natal imediato, quando a hemorragia intraventricular frequentemente ocorre. ▶ Desta forma, estas alterações cardiovasculares adaptativas podem fornecer um mecanismo através do qual a CTCU reduz a hemorragia intraventricular em bebês prematuros.

<p>McDonald S., Middleton P, Dowswell T. & Morris P. (2013)</p>	<p>Revisão sistemática da Literatura de 15 estudos aleatórios</p>	<p>3911 mulheres e seus recém- nascidos de termo</p>	<p>Recém- nascidos com idade gestacional superior a 37 semanas e suas mães</p>	<p>Clampagem imediate do cordão umbilical inferior a 60 segundos CTCU superior a 60 segundos após o parto ou até o cordão deixar de pulsar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não existiram diferenças significativas entre a CTCU e a CICU relativamente a morbidade ou mortalidade neonatal. ■ Não se encontraram evidências que relacionassem diretamente a CTCU com índice de Apgar inferior a 7 (cinco minutos após o parto) ou admissão em cuidados intensivos neonatais. ■ O peso médio foi significativamente superior nos recém-nascidos que foram submetidos a CTCU. ■ A concentração de hemoglobina foi significativamente superior no grupo CTCU nas primeiras 24h a 48h de vida, não encontrando diferenças significativas a partir dos 2 dias de vida. ■ A reserva de ferro parece persistir, sendo a carência de ferro aos 3 e 6 meses duas vezes mais provável no grupo CICU. ■ Menos crianças necessitaram de tratamento por hiperbilirrubinemia no grupo CICU, no entanto a CTCU parece ter benefícios sempre que esteja disponível o tratamento através de fototerapia.
---	---	--	--	---	---

<p>Rabe, H., Diaz-Rossello, J., Duley, L. & Dowswell, T. (2012)</p>	<p>Revisão sistemática da literatura de 15 estudos aleatórios</p>	<p>738 recém-nascidos pré-termo e suas mães</p>	<p>Recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas e suas mães</p>	<p>CICU umbilical < 30 segundos CTCU ≥ 30 segundos após o parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A CTCU permite o aumento da transfusão placentária que parece estar relacionada com uma melhor estabilidade circulatória. ▶ Aumento das reservas de ferro no momento do nascimento e diminuição da incidência de anemia infantil. ▶ Redução em 61% nas taxas de transfusões de sangue. ▶ Redução em 59% da incidência de hemorragia intraventricular. ▶ Redução 62% na incidência de enterocolite necrosante.
---	---	---	---	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chiruvolu, A., Tolia, V., Qin, H., Stone, G., Rich, D., Conant, R & Inzer, R. (2015). Effect of delayed cord clamping on very preterm infants. *American Journal of obstetrics and Gynecology*. 213 (5), 676.e1-7.
- Dash, M., Murali., R & Rajarajeswari, S. (2014). Effect of Delayed Cord Clamping on Hemoglobin Level among Newborns in Rajiv Gandhi Government Women & Children Hospital, Puducherry. *American Journal of Nursing Research*. 2 (1), 7-11.
- McDonald S., Middleton P, Dowswell T. & Morris P. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD004074), 1-3. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- Nevill, E. & Meyer., M. (2015). Effect of delayed cord clamping (DCC) on breathing and transition at birth in very preterm infants. *Early Human Development*. 91 (7) 407–411.
- Oh, W., Fanaroff , A, Carlo, W., Donovan, E., McDonald, S., & Poole, W. (2011). Effects of delayed cord clamping in very-low-birth-weight infants. *Journal of Perinatology*. 31 (1), S68–S71.
- Rabe, H., Diaz-Rossello, J., Duley, L. & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD003248), 1-3. DOI:10.1002/14651858.CD003248.pub3
- Sommers, R., Stonestreet, B., Oh, W., Lupton, A., Yanowitz, T., Raker, C., & Mercer, J. (2012). Hemodynamic Effects of Delayed Cord Clamping in Premature Infants. *Pediatrics*. 129 (3), e667-e672.

Apêndice II – Guião de Registo e Observação

Guião de Registo e Observação

Os resultados da evidência científica, a par da constante partilha de conhecimentos e experiências com a enfermeira docente e orientadora, resultaram na elaboração de um guião de registo e observação referente à promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical.

A construção do referido guião, ocorreu no contexto do Ensino Clínico “Estágio com Relatório”, onde prestei cuidados a 46 mulheres no 2º estágio do trabalho de parto, que culminaram em parto eutócico. Durante a prestação de cuidados (através da observação e interação com a mulher/recém-nascido a meu cuidado), preenchi o guião, que apresento de seguida.

GUIÃO DE REGISTO E OBSERVAÇÃO Nº ____

Identificação da Utente

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Antecedentes pessoais de saúde: _____

Observações: _____

Gravidez Atual

Índice Obstétrico: __. __. __. __ Idade Gestacional: _____ Grupo de Sangue: _____

Nº de Consultas: __ Idade Gestacional na 1º consulta: _____ Público Privado

Patologias diagnosticadas durante a gravidez: Sim Qual/quais? _____ Não

Medicação durante a gravidez: _____

Fez Curso de Preparação Para o Nascimento/Parentalidade: Sim Não

Tem Plano de Parto: Sim Não

Contemplou a Clampagem Tardia do Cordão Umbilical no plano de parto?

Sim Não Não Aplicável

Teve conhecimento prévio sobre a Clampagem Tardia do Cordão Umbilical?

Sim Como? _____ Não

Notas: _____

Trabalho de Parto e Parto

Data do Parto: _____ Hora: _____ Índice de Apgar: __. __. __

Tipo de Parto: Eutócico Distócico: Ventosa Fórceps Cesariana

Sexo: __ Peso ao nascer: _____

Observação física do RN: Sem alterações Com alterações Qual/quais?

Hora da Clampagem do Cordão Umbilical: _____

Clampagem do Cordão Umbilical até deixar de pulsar? Sim Não

Motivo para a Clampagem Imediata do Cordão Umbilical (se aplicável):

Reanimação Outro tipo de assistência Qual? _____

Circular cervical apertada nº _____ Anomalias da placenta

Colheita de células estaminais do cordão umbilical Rotura de vasos do cordão

Decisão médica Outros Qual/quais ?

Notas _____

Dados Colhidos no Internamento de Puerpério				
Data __/__/____ nº de dias de vida: ____				
Anamnese sobre a clampagem do cordão umbilical				

Necessidade de fototerapia: Não <input type="checkbox"/>				
Sim <input type="checkbox"/> Data de início __/__/____ Data de fim __/__/____				
	Data	Data	Data	Data
Nº de horas de vida				
Observações: _____				

Promoção da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical	
Intervenções realizadas pelo enfermeiro obstetra	

Notas: _____
