

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

Relatório de Estágio

**O contacto pele-a-pele: dos conceitos às práticas no
parto por cesariana**

Susana Patrícia Pereira Domingos

Lisboa

2017



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

Relatório de Estágio

**O contacto pele-a-pele: dos conceitos às práticas no
parto por cesariana**

Susana Patrícia Pereira Domingos

Orientador: Alexandra Tereso

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver,
acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior
amor ao coração dos homens.”

Fernando Pessoa (1976)

AGRADECIMENTOS

À Professora Alexandra Tereso pela orientação,
incentivo e disponibilidade...

Aos Enfermeiros Orientadores pelas oportunidades de aprendizagens,
partilha de conhecimentos e inspiração...

Aos meus amigos pelos momentos de distração,
pela compreensão dos períodos de ausência
pelo carinho e dedicação...

À minha irmã de coração Catarina pela cumplicidade,
amizade, e por estar sempre lá...

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional...

E a ti David, meu irmão pequenino, que vêes em mim um exemplo,
transmitindo-me a maior das responsabilidades:
nunca te desiludir – nunca desistir...

...sem vocês não seria possível a realização deste sonho...

...o meu sincero Obrigada

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APB - Associação Portuguesa de Bioética

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

BOO - Bloco Operatório de Obstetrícia

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*

DGS - Direção-Geral de Saúde

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Enf^a - Enfermeira

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-nascido

RL - Revisão da Literatura

Sr^a - Senhora

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

RESUMO

Recomendado pela OMS/UNICEF, o contacto pele-a-pele, traduz-se em vários benefícios para a mãe e para o recém-nascido e é fundamental que seja estabelecido imediatamente após o parto. Não obstante, em Portugal, a prática deste tipo de contacto nos partos por cesariana não é uma realidade generalizada, e, muitas parturientes/recém-nascidos são privadas das suas vantagens.

Adotando como quadro de referência a teoria de Kristen Swanson (1991), o presente relatório, teve como finalidade apresentar uma análise crítica das competências desenvolvidas (e das atividades realizadas) no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório inserida no 6º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL.

Privilegiando a prática baseada em evidência, foi realizada uma revisão da literatura tendo como ponto de partida uma questão elaborada segundo a mnemónica PICo (JBI, 2014): **“Quais as experiências dos enfermeiros obstetras na promoção do contacto pele-a-pele no parto por cesariana?”**. Da revisão efetuada emergiu a existência de vários obstáculos na realização do contacto pele-a-pele no parto por cesariana, entre os quais se destacam: os aspetos relacionados com os serviços (estrutura física e escassez de recursos humanos), com os profissionais (prioridade atribuída ao cumprimento de rotinas, dificuldades na articulação com outros profissionais, heterogeneidade de perspetivas sobre a temática) e com os pais (desconhecimento sobre a temática, limitações físicas decorrentes da condição materna e falta de motivação).

Palavras chave: Enfermeiro obstetra; Contacto pele-a-pele; Cesariana.

ABSTRACT

Recommended by the WHO/UNICEF, the skin-to-skin contact provides several benefits for the mother and the newborn and it is vital that it is established immediately after childbirth. Nevertheless, in Portugal, the practice of this type of contact in cesarean deliveries is not a generalized reality, and many mothers/newborns are deprived of their advantages.

Adopting as reference the theory of Kristen Swanson (1991), this report aims to present a critical analysis of the competences developed (and activities performed) within the scope of the Curricular Unit "Internship with Report" on ESEL 6th Master's Course in Maternal Health and Obstetrics.

Privileging evidence-based practice, a literature review was done based on a question per the PICO mnemonic (JBI, 2014): "**Which are the midwives experiences in promoting kangaroo-mother care method in cesarean section deliveries?**". From the review carried out, several obstacles to the skin-to-skin contact during cesarean delivery were identified among which stand out aspects related to health services (physical structure and human resources shortage), aspects related to professionals (priority attributed to the fulfillment of routines, difficulties in articulation with other professionals, heterogeneity of perspectives on the subject) and to parents (lack of knowledge about the subject, physical limitations due to maternal condition and lack of motivation).

Keywords: Midwives; Kangaroo-Mother Care Method; Cesarean section.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. O parto por cesariana: definição, classificação e considerações éticas	14
1.2. Contacto Pele-a-Pele: perspectivas e realidades no parto por cesariana	20
1.2.1. Experiências dos enfermeiros obstetras na promoção do contacto pele-a-pele.....	Erro!
Marcador não definido.	
1.2.2. A teoria de Swanson e o envolvimento da mulher/recém-nascido/família	32
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
2.1. Descrição do contexto de estágio	34
2.2. Análise crítica das atividades e competências desenvolvidas segundo os objetivos delineados	35
2.2.1. Objetivo 1 – Identificar e mobilizar a evidência científica sobre o contacto pele-a-pele no parto por cesariana no decurso do estágio com relatório.....	36
2.2.2. Objetivo 2 – Desenvolver competências para a promoção da saúde da mulher no trabalho de parto, parto vaginal ou parto por cesariana e pós-parto imediato, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina com a realização do contacto pele-a-pele	38
2.2.3. Objetivo 3 – Desenvolver competências para diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	44
2.2.4. Objetivo 4 – Desenvolver competências para providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto	48

2.2.5. Objetivo 5 – Desenvolver a capacidade de reflexão sobre o percurso de aprendizagem	52
3. LIMITAÇÕES.....	54
4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	56
5. ASPETOS ÉTICOS	Erro! Marcador não definido.
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES	

Apêndice 1: Síntese dos resultados obtidos nos estudos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Definição da questão PICO	26
Quadro nº 2 - Fluxograma de seleção dos artigos para a Revisão da Literatura	28

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 2º semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que decorreu no período compreendido entre 29 de fevereiro e 8 de julho de 2016, num hospital na região de Lisboa. No desenvolvimento da Unidade Curricular tornou-se fulcral a orientação da Srª professora Alexandra Tereso e de dois Senhores Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica do local de estágio.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma análise crítica da aprendizagem desenvolvida, com especial enfoque no contacto pele-a-pele no parto por cesariana, tendo em consideração as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) e a *International Confederation of Midwives* (2013).

O contacto pele-a-pele é uma medida recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) / *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) que se traduz em muitos benefícios para a mãe e para o recém-nascido (RN), e é fundamental que seja estabelecido imediatamente após o parto. No entanto, no parto por cesariana, o contacto pele-a-pele não se realiza na maioria das maternidades (Stevens, Schmied, Burns & Dahlen, 2014), o que implica privar mulheres/famílias e RN dos seus benefícios (Santos, 2011).

De acordo com a OE (2011), o EEESMOG tem um papel determinante na promoção do contacto pele-a-pele, explícito na Competência Específica “H3 - Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando um parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p.8664). Neste âmbito é relevante a análise das experiências dos EEESMOG no parto por cesariana.

Como filosofia de cuidados, adotei a teoria de médio alcance de Kristen Swanson (1991) que se centra na relação com o outro, no estar com, na valorização das suas crenças e nas capacidades que detêm para ultrapassar as adversidades, em plena e livre escolha de respostas às suas necessidades. No percurso de desenvolvimento de competências realizado considerei essencial o envolvimento da pessoa/família no processo de cuidar, aspeto retratado pela autora.

Como ponto de partida para a identificação da evidência científica sobre a temática escolhida, realizei uma revisão da literatura (RL) com base na questão construída segundo a mnemónica PICo [Joanna Briggs Institute (JBI), 2014]:

“Quais as experiências dos enfermeiros obstetras na promoção do contacto pele-a-pele no parto por cesariana?”

No que concerne à estrutura do presente relatório, inicialmente apresento o Enquadramento Teórico, contextualizando o atual estado da arte da temática em estudo, definindo conceitos e mobilizando o referencial teórico que permite a sua caracterização. Seguidamente, exponho o Percurso de Desenvolvimento de Competências, em que realizo a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos delineados. Os referidos objetivos são:

- Identificar e mobilizar a evidência científica sobre o contacto pele-a-pele no parto por cesariana no decurso do estágio com relatório;
- Desenvolver competências para a promoção da saúde da mulher no trabalho de parto, parto vaginal ou parto por cesariana e pós-parto imediato, otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina com enfoque na realização do contacto pele-a-pele;
- Desenvolver competências para diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN;

- Desenvolver competências para providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto;
- Desenvolver a capacidade de reflexão sobre o percurso de aprendizagem.

Posteriormente, apresento as Limitações que encontrei durante o estágio com relatório; Implicações para a Prática; Aspectos Éticos e, por fim, Considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresento a evidência científica identificada sobre o contacto pele-a-pele, defino os principais conceitos implicados e abordo as práticas no parto por cesariana, bem como a pertinência do seu estudo baseado na teoria de Kristen Swanson (1991).

1.1 O parto por cesariana: definição, classificação e considerações éticas

Nas últimas décadas (justificada pela diminuição das taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis) tem-se desenvolvido uma prática mais uniformizada e intervencionista na assistência ao parto. Neste contexto, também ocorreu um aumento dos partos por cesariana (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (APEO & FAME), 2009).

A cesariana consiste numa “laparotomia, seguida de extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez.” (Direção Geral de Saúde (DGS), 001/2015a).

Relativamente à urgência da cirurgia pode ser classificada como:

- **cesariana programada** – quando o motivo da cirurgia não implica que seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada;
- **cesariana urgente** – situação clínica que requer resolução num período que não ultrapasse os 180 minutos desde a decisão até à incisão da pele;
- **cesariana emergente** – situação onde existe perigo eminente de saúde para o feto e/ou parturiente, a incisão da pele deve ocorrer até 15 minutos (DGS 001/2015a).

Existe indicação para cesariana nas “situações que impossibilitam ou contraindicam o parto vaginal, incluindo-se nestas últimas todas as que constituem um risco para a vida da mãe ou do feto.” (Graça, 2010, p.689).

De acordo com a DGS (001/2015a), destacam-se como indicações para o parto por cesariana:

- Patologia materna (exemplos: grávida seropositiva para VIH com elevado número de cópias virais; infeção herpética genital ativa; doença cardiovascular ou pulmonar grave; doença inflamatória intestinal com envolvimento anal ou vaginal, carcinoma invasor do colo);
- Anomalia fetal (exemplos: mielomeningocele; hidrocefalia com macrocefalia; defeitos da parede abdominal com exteriorização hepática; teratoma sacrococcígeo volumoso);
- Patologia própria da gravidez (exemplos: placenta prévia total; placenta acreta; suspeita de descolamento da placenta; restrição do crescimento fetal com fluxo diastólico umbilical ausente ou invertido; cardiotocograma patológico);
- Cirurgia uterina prévia (exemplos: duas cesarianas anteriores; miomectomia; cirurgia de reconstrução uterina; rotura uterina prévia);
- Situação ou apresentação fetal anómala (exemplos: situação transversa; apresentação de face com mento posterior);
- Gravidez múltipla (exemplos: gravidez trigemelar; gravidez com o primeiro feto em apresentação pélvica);
- Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica;
- Tentativa de indução do trabalho de parto sem sucesso;
- Trabalho de parto estacionário;
- Estado fetal não tranquilizador intraparto.

Segundo a OMS (1996), apesar de serem desconhecidas as causas precisas para o aumento da percentagem de cesarianas, existem alguns aspetos relacionados com a inflexibilidade no tempo estipulado para a duração do 2º estágio do trabalho de parto, tais como o receio de incidência de

processos por má prática, conveniência ou ganho financeiro (Fernandes, 2012).

Portugal “é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas.” (Lei nº 3482/2013 de 5 de Março, 2013, p. 8174). A taxa de cesarianas registada para todo o Sistema de Saúde, em 2015, foi de 32,9% (PORDATA, 2017).

Com o intuito de diminuir a taxa de cesarianas têm sido propostas e implementadas diversas estratégias. Em 2000, foram publicados vários documentos, tais como o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal” da OMS (1996), a “Iniciativa Parto Normal” (APEO & FAME, 2009) e “Pelo Direito ao Parto Normal - uma Visão Partilhada” (OE & APEO, 2012), que têm como finalidade a promoção do parto normal, reiterando a premissa de que o nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deveria intervir para corrigir os desvios da normalidade.

Neste âmbito, o parto normal é definido como:

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. (OE & APEO, 2012, p.18)

A APEO & FAME (2009), apresentam inúmeras vantagens relativamente ao parto normal, nomeadamente: a facilitação da adaptação do RN à vida extrauterina, promovendo o estabelecimento do vínculo afectivo mãe/bebé através da interação precoce entre ambos; o proporcionar uma maior interação/participação da pessoa significativa; a aceleração da recuperação materna no pós-parto, e a diminuição do risco de hemorragia e de infeção, acarretando menores custos sociais e de saúde no futuro.

De acordo com Ayres-de-Campos (2015), os riscos associados à cesariana são superiores aos de um parto vaginal, e evidenciam-se no âmbito cirúrgico e pós-cirúrgico, tanto no que concerne à saúde da mãe, como do RN. Neste sentido, a 5 de março de 2013, foi criada a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (Despacho n.º 3482/2013). Das iniciativas

desenvolvidas por esta comissão destacam-se: a elaboração de normas e orientações, a proposta de incentivos financeiros para os hospitais públicos reduzirem as taxas de cesarianas, a organização de cursos de treino para aumentar a segurança nas salas de partos e a divulgação junto dos profissionais de saúde, das grávidas e do público em geral, das vantagens do parto normal e dos riscos acrescidos do parto por cesariana.

Em 2014 foi conseguida uma redução de aproximadamente 10% da taxa de cesarianas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (Ayres-de-Campos, 2015; PORDATA, 2017). No entanto, o número de partos vaginais distócicos, aumentou de 2009 para 2014 – de 13.758 para 14.301 respetivamente (PORATA, 2017), imputando alterações na saúde da mãe e do RN.

De acordo com Oliva (2010), a cesariana tem requerido a atenção de economistas por implicar muitos recursos do sistema de saúde e por variar consoante a região e o prestador de serviços. Em Portugal, nos hospitais privados a taxa de cesarianas manteve-se elevada (Ayres-de-Campos, 2015) o que contribuiu para que em 2015 o governo publicasse normas e orientações para a diminuição do número de cesarianas, tais como registo de indicação de cesariana, trabalho de parto estacionário, parto vaginal após cesariana e versão cefálica externa.

De acordo com Ferrari (2012), as cesarianas beneficiam a economia, sobretudo do sector privado, na medida em que preservam o pouco tempo dos profissionais de saúde, evitam imprevistos noturnos e de férias, para além de que proporcionam aos médicos obstetras uma salvaguarda para algum incidente negativo que possa acontecer durante um parto. Especifica ainda que, existem muitas situações em que os médicos obstetras são processados por negligência por terem insistido no parto normal, mas, que o contrário não acontece.

Neste âmbito, importa mencionar, que, englobadas nas cesarianas programadas, constam as cesarianas a pedido da grávida mesmo que não existam indicações clínicas que o justifiquem. Inerente à cesariana a pedido surgem “questões do ponto de vista clínico, ético, social e económico” (Oliva

2010, p. 25).

Segundo Ferrari (2009), a equidade emerge aqui como um problema ético. Nos hospitais privados em que as utentes globalmente têm mais recursos financeiros e escolaridade superior predominam as cesarianas e nos hospitais públicos com utentes que na sua maioria são provenientes de classes sociais menos favorecidas, prevalecem os partos por via vaginal, não por opção das parturientes, mas por imposição médica.

Em 2008, a Associação Portuguesa de Bioética (APB) emitiu o parecer nº P/12/APB/08 sobre o direito de escolha da via do parto referindo que todas as instituições de saúde com bloco operatório de obstetrícia (BOO) e salas de partos, deviam providenciar o aconselhamento adequado à grávida/pessoa significativa sobre os procedimentos e consequências da escolha de uma determinada via de parto. Deste modo, reiteram que, através de um consentimento informado, livre e esclarecido, a grávida deve ter a possibilidade de escolher a via de parto.

Não obstante, a humanização do parto não se restringe apenas à escolha da via de parto e é muito mais do que um tratamento gentil. “Um parto respeitado é aquele que a mulher é respeitada nas suas opções, a ela cabe o poder de decisão sobre eventuais procedimentos durante o parto, onde são evitados procedimentos agressivos, rotineiros e que na maior parte dos casos não lhes trazem a si e nem ao bebé mais valias” (Ferrari, 2012, p. 216).

Neste sentido, e tendo por base, os direitos proclamados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde, a APB apresentou a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde, com o intuito de que os direitos que defende sejam respeitados de forma efetiva por todas as entidades que prestam cuidados de saúde (APB, 2010).

No que concerne à temática deste relatório destaco o artigo 3.º “o utente não pode ser discriminado no acesso aos cuidados de saúde ou outros em função da natureza da entidade financiadora da prestação.” e o artigo 13.º “o

utente tem direito à proteção da saúde, devendo beneficiar de todas as medidas que lhe permitam gozar do melhor estado de saúde que possa atingir, nos limites dos recursos humanos, materiais e tecnológicos do sistema de saúde.” (APB, 2010, p. 23-25).

Deste modo, é fundamental defender o direito da grávida a decidir a via de parto e o direito a ver respeitado o seu plano de parto no qual se inclui o contacto pele-a-pele. Ou seja, “a autonomia da mulher no momento do parto está associada à sua participação nas decisões no que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica.” (APEO & FAME, 2009, p.16).

Os desejos da mulher/pessoa significativa perspectivados para o parto podem ser manifestados de forma oral ou escrita através da elaboração do plano de parto. Com a preocupação de assegurar os direitos da parturiente, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) apresenta algumas sugestões para o plano de parto na situação de cesariana programada. Uma das sugestões diz respeito ao contacto pele-a-pele, referindo que tem benefícios tanto nos partos via vaginal como nos partos por cesariana. Neste âmbito, realça a necessidade do RN ser observado fisicamente, como uma das principais objeções ao procedimento no parto por cesariana, e sugere que essa observação pode ser realizada durante o contacto pele-a-pele e que os procedimentos não essenciais podem ser adiados. Salienta ainda que, na impossibilidade do contacto pele-a-pele ser realizado com a mãe, este possa ser realizado com o pai (APDMGP, 2016).

O Ministério da Saúde através do Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril, clarificou o direito de acompanhamento da grávida pela pessoa significativa durante todas as fases do trabalho de parto, mesmo nos partos por cesariana, com exceção de situações clínicas que o inviabilizem e que deverão ser explicadas aos interessados e registadas no processo clínico. As instituições com bloco de partos deveriam adotar as medidas necessárias para o cumprimento deste despacho no prazo de três meses a partir da data da sua

publicação.

Assim, importa conhecer e compreender como podem os serviços e os profissionais de saúde adaptar-se à necessidade de facilitar a presença do convivente significativo e igual direito a cuidados de excelência em todos os momentos do trabalho de parto, independentemente da via de parto.

1.2. Contacto Pele-a-Pele: perspectivas e realidades no parto por cesariana

O nascimento é um momento único, de mudanças, vivido com muita intensidade e o toque é a forma mais primitiva de estabelecer uma relação humana, constituindo-se como um meio de comunicação de necessidades básicas como a segurança e o afeto. Pode afirmar-se que o contacto pele-a-pele é uma forma simples e importante de vivenciar um momento que jamais se repetirá (Santos, 2011).

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), o contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento é importante para o bem-estar da mãe e do RN pois permite fortificar a vinculação entre ambos. O processo de vinculação, essencial à sobrevivência da espécie humana (Canavarro, 2001), desenvolve-se e é mantido através da proximidade e da interação com o RN, nas quais os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como pessoa e reconhecem-no como membro da família.

O apego consiste em “qualquer forma de comportamento que pretende alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo” (Bowlby, 1990, p.209) e “tudo o que favorece a proximidade, dando uma sensação de segurança, pertence ao comportamento de vinculação” (Guedeney, 2004, p.33).

De acordo com Sousa (2004), a vinculação inicia-se a partir do momento em que se deseja a gravidez e consolida-se no nascimento, através do contacto pele-a-pele, pela relação de reciprocidade que se estabelece entre a mãe e o filho, através dos sentidos do toque, olfato, visão e audição.

Neste âmbito realça-se a definição do contacto pele-a-pele, como a colocação do RN despido, ou só com a fralda e/ou gorro, sobre a pele nua da mãe e tapado com um cobertor aquecido durante pelo menos uma hora (UNICEF, 2011). Sobre esta prática, a evidência científica, mostra que para bebés saudáveis existem vários benefícios e nenhum efeito negativo, e é fundamental que seja o mais precoce possível, devendo por isso ser uma prioridade para os EEESMOG (Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012; Santos, 2011).

Entre as principais vantagens ou benefícios do contato pele-a-pele pode ser referido:

- Favorece a adaptação à vida extrauterina. O contacto pele-a-pele deve ser realizado antes da avaliação do segundo índice de *Apgar*, ou seja, antes do 5º minuto de vida (Santos 2011, citando Hanson 2007), e mantido depois da primeira mamada (Moore *et al*, 2012);
- A exposição do RN à flora bacteriana da pele da mãe contribui para diminuir o risco de infeções por bactérias hospitalares (Lamaze, 2003);
- O aumento da libertação de ocitocina que para além de promover a contração uterina (favorecida pelos movimentos de extensão e flexão dos membros do RN sobre o abdómen materno) também permite um aumento na temperatura corporal da mãe contribuindo para prevenir a hipotermia do RN por transmissão de calor (Almeida & Filho, 2004; Beiranvand *et al* 2014; Matos *et al*, 2010). O contacto pele-a-pele com a mãe possibilita que os RN se mantenham mais quentes do que quando colocados no berço e para aqueles que se encontrem em situação de diminuição de temperatura corporal, incluindo prematuros, retomem mais rapidamente à temperatura normal (Lamaze, 2003);
- A estabilização cardiopulmonar na transição para a vida extrauterina e a redução dos níveis de stress do RN no pós-parto

(Matos *et al*, 2010), proporcionando conforto - verifica-se menos choro e evidência de dor no RN em várias situações tais como na administração da injeção intramuscular de Vitamina K quando o RN está sobre o abdómen da mãe (Santos, 2011);

- Diminui a ansiedade materna e reduz a possibilidade de desenvolver uma depressão pós-parto (Stone, S.; Prater, L.; Spencer, R. 2015);
- Um sono mais prolongado e mais calmo (Ferber & Makhoul, 2004) evidenciado por movimentos e posturas menos rígidas e tensas (Santos, 2011);
- A quantidade elevada de adrenalina, libertada normalmente no organismo do RN, que faz com que este fique alerta, desenvolvendo reflexos de procura da mama e início da amamentação. Neste âmbito realça-se que quando os RN são separados das mães por 20 minutos, ou mais, depois do parto, não estão tão recetivos a mamar na primeira hora de vida (Lamaze, 2003).

Importa reiterar que o contacto pele-a-pele também pode ser realizado com o pai/parceiro. Neste, o RN desenvolve também um comportamento de busca ativa facilitando, mais tarde, a amamentação, embora não tanto como quando realizado com a mãe (mas ainda assim, preferível do que não realizado de todo). Por outro lado, o RN fica mais calmo e dorme melhor (Zwedberg, Blomquist & Sigerstad, 2015).

Para além das vantagens mencionadas, segundo Widstrom *et al* (2011) & Crenshaw *et al* (2012), o contacto pele-a-pele permite que se realizem nove comportamentos naturais do RN:

- 1- Choro** - ocorre imediatamente após o nascimento;
- 2- Relaxamento** - encontra-se ainda ouvir o batimento cardíaco da mãe;
- 3- Despertar** – abre os olhos e vê a mãe pela primeira vez;
- 4- Atividade** - começa a mover as mãos, ombros e boca;

5- Movimentos de Reptação - inicia o seu caminho para as mamas da mãe;

6- Descanso - a qualquer momento, pode descansar;

7- Familiarização - familiariza-se com a mãe;

8- Mamar – tem a primeira experiência na amamentação, natural e instintiva;

9- Dormir - adormece após a amamentação (Stevens *et al*, 2014).

Subscrevendo esta perspetiva, Santos (2011) afirma que, quando o bebé é colocado em contacto pele-a-pele com a mãe, procura instintivamente a mama, através do cheiro, e começa a mamar com bons reflexos de sucção e deglutição, logo na primeira hora de vida. Uma vez que,

enquanto (...) sugam o leite da mama da mãe, as suas narinas estão próximas da superfície da pele da mãe. Assim estes RN têm a oportunidade de se familiarizar com o odor materno e desenvolverem a capacidade de reconhecer a sua assinatura olfativa (Porter, 2004, p.1561).

Em 1992, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno intitulado *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* (UNICEF). No âmbito desta iniciativa, e na procura incessante pela prestação de melhores cuidados, respeitando os direitos, a satisfação das necessidades e das expectativas do cliente, a OE desenvolveu o Projeto Maternidade com Qualidade que procurava garantir a segurança e a qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício profissional (OE, 2013).

A *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* foi desenvolvida com base na evidência científica sobre os benefícios do aleitamento materno para a saúde do bebé e da mãe e engloba dez medidas a serem implementadas nos serviços de saúde direcionados para a assistência a grávidas, puérperas e RN (Levy & Bértolo, 2007). O contacto pele-a-pele insere-se na quarta medida determinada pela OMS/UNICEF e também está contemplado no Projeto Maternidade com Qualidade, sendo reconhecido pela comunidade científica como uma influência positiva na interação entre a mãe e o RN (OE, 2013).

Durante o contacto desenvolve-se uma interação recíproca entre as mães e os RN, fortalecendo a vinculação (Moore *et al*, 2012) e aumentando a predisposição das mães para amamentarem (Santos, 2011). O período de aleitamento materno exclusivo é maior nos bebês em que foi realizado o contacto pele-a-pele precoce (Dumas *et al*, 2013). Neste contexto realça-se o estudo realizado por Nissen *et al* (1996), no qual identificaram menores níveis de ocitocina e prolactina, indiciando menor quantidade de leite em mulheres que tiveram um parto por cesariana e no qual não foi realizado contacto pele-a-pele.

Muitas organizações de saúde para além da OMS, tais como, a Academia Americana de Pediatria (2012), o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (2007), a Associação da Saúde Obstétrica da Mulher e Neonatal (2004), a Academia Médica de Alimentação Materna (2008) consideram que o contacto pele-a-pele é uma intervenção importante independentemente da via de parto (Stone *et al*, 2015).

Segundo Magee, Battle, Morton & Nothnagle (2014), apesar da evidência científica mostrar a importância do contacto pele-a-pele precoce, a separação entre a mãe e o RN no parto por cesariana não mudou substancialmente nos últimos 30 anos.

Três enfermeiras dos Estados Unidos da América, Kimberly Jarrelle, Jess Niccoli e Deborah Burbic, preocupadas em assegurar a possibilidade do RN realizar o contacto pele-a-pele com a mãe imediatamente após o parto por cesariana, e, em manter a esterilidade do local cirúrgico, criaram um campo cirúrgico com uma abertura quadrada que permitisse a passagem do RN para o tórax materno e a selagem imediata da abertura. Deste modo, o contacto pele-a-pele ficou facilitado sem colocar em causa a esterilidade da cirurgia. A criação deste dispositivo foi noticiada internacionalmente nomeadamente através dos Jornais Crescer (2015) e Richmond Times-Dispatch (Smith, 2015).

De acordo com a OMS (2010), a taxa de cesarianas tem aumentado, sendo que Países como Brasil, Estados Unidos, México, Irão, Argentina, Itália, Coreia, República Dominicana, Austrália, Chile, Paraguai, Cuba, Uruguai, Malta

e Portugal têm taxas superiores a 30% o que implica, que, se os profissionais não promovem o contato pele-a-pele nos partos por cesariana, mais de 30% de mulheres e RN são privados dos seus benefícios. Neste sentido, é importante facilitar esta opção a todas as mulheres, independentemente da via de parto (Stevens, Schmied, Burns & Dahlen, 2014).

Por conseguinte, é fundamental que os cuidados prestados pelo EEESMOG assentem na filosofia do cuidado centrado na mulher/família, “assumindo o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia, e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de julgamentos.” (OE, 2015a, p. 9).

A parturiente, o RN e a família são seres únicos e devem ser considerados como tal. Neste sentido, o apoio na realização do contacto pele-a-pele deve ser diferenciado, tendo uma visão holística da cliente, neste caso da mulher, do RN e da família.

1.2.1 Experiências dos enfermeiros obstetras na promoção do contacto pele-a-pele

O EEESMOG tem como competência “Desenvolver e integrar projetos que promovam a criação do valor Saúde no âmbito da saúde da Mulher, criança e família.” (OE, 2015a, p.20).

Os cuidados de enfermagem englobam intervenções que se devem apoiar na evidência científica (Craig & Smyth, 2003). O JBI (2014) considera que a RL fundamenta a tomada de decisão em saúde através da melhor evidência científica, e reconhece o contributo da pesquisa qualitativa para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Partindo da reflexão sobre a realidade em que o contacto pele-a-pele no parto por cesariana não é promovido, (chegando até a ser impossibilitado) considerei pertinente analisar as experiências dos enfermeiros obstetras, como

estratégia para a compreensão do fenómeno, procurando identificar possibilidades, constrangimentos e planear estratégias.

Neste sentido realizei uma RL a partir da questão construída segundo a mnemónica PICO (JBI, 2014):

“Quais as experiências dos enfermeiros obstetras na promoção do contacto pele-a-pele no parto por cesariana?”

Quadro nº 1 - Definição da questão PICO

P (População)	Enfermeiros obstetras
I (Fenómeno de interesse)	Contacto pele-a-pele
Co (Contexto)	Parto por cesariana

Inicialmente na procura de contributos para a contextualização da problemática em estudo, realizei uma pesquisa em livros e periódicos científicos na biblioteca da ESEL e consultei *sites* de organizações nacionais e internacionais de referência: OE; DGS; UNICEF; OMS. Posteriormente, pesquisei na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health*) Plus with Full Text e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) with Full Text, onde utilizei descritores indexados. Consultei também, as bases de dados b-On e ScienceDirect utilizando descritores em linguagem natural. Ao realizar a conjugação dos operadores booleanos AND e OR formulei as seguintes expressões de pesquisa:

- **Linguagem indexada na base CINAHL – [(Midwifery OR Midwives OR Nurse attitudes OR Obstetric nursing) AND (Kangaroo care OR Parent-infant bonding) AND (Cesarean Section)]**

- **Linguagem indexada na base MEDLINE** – [(Midwifery **OR** Obstetric nursing) **AND** (Mother-child relations **OR** Kangaroo-mother care method) **AND** (Caesarean section)]

- **Linguagem natural na base b-On** – [(Midwives) **AND** (Skin-to-skin contact) **AND** (Caesarean section)]

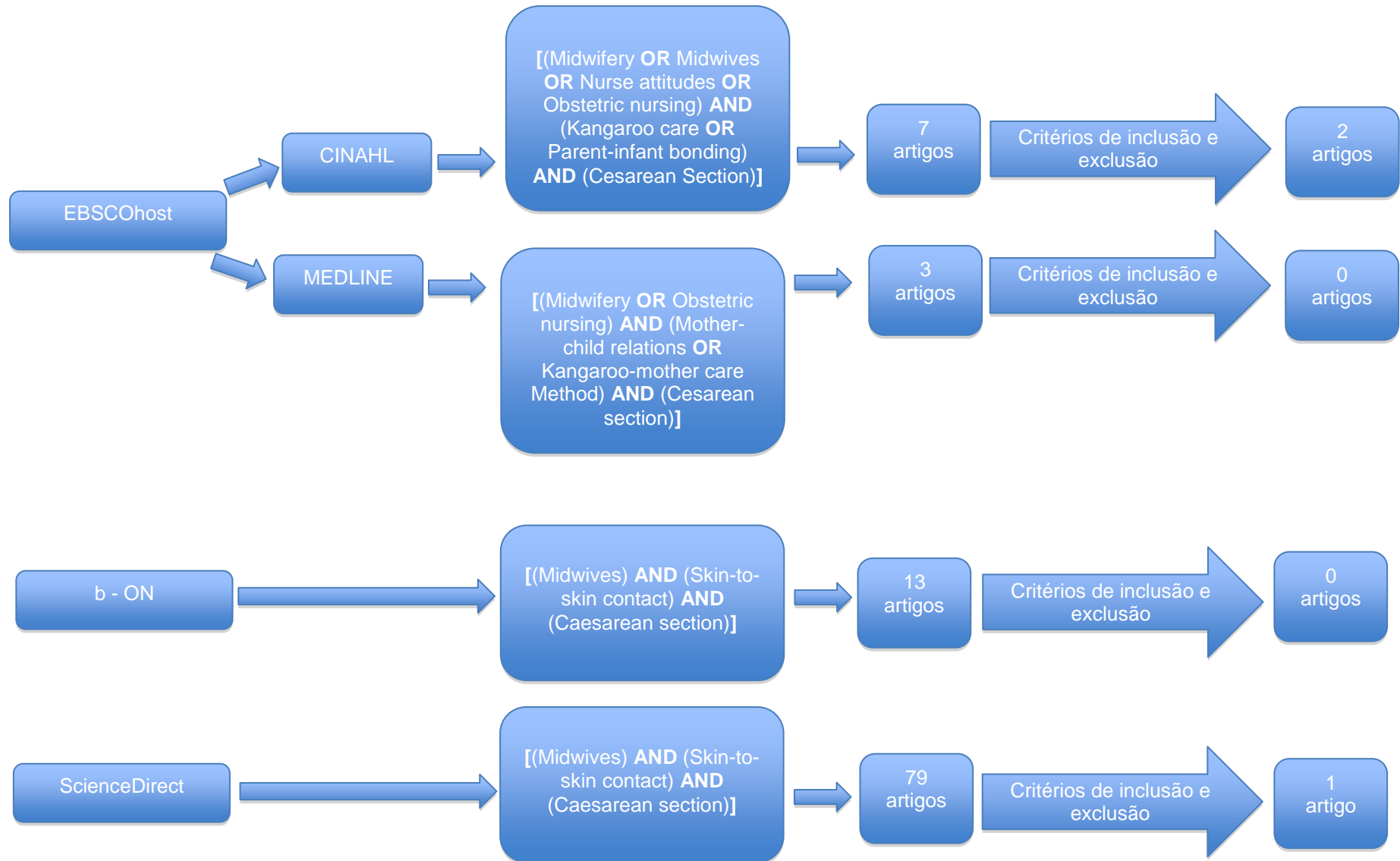
- **Linguagem natural na base ScienceDirect** – [(Midwives) **AND** (Skin-to-skin contact) **AND** (Caesarean section)]

Obtive assim uma totalidade de 102 artigos.

Toda a investigação “implica um exame seletivo da documentação que se relaciona com o problema de investigação” (Fortin 1999, p. 518). Deste modo, delineei como critérios de inclusão: estudos a partir do ano de 2010; estudos primários e realizados em contexto hospitalar; estudos publicados na língua inglesa; estudos que elegeram como participantes os enfermeiros obstetras que prestaram cuidados a parturientes e a RN em partos por cesariana.

Através da leitura do título, seguida da leitura do *abstract* e posteriormente da leitura integral dos artigos selecionados, excluí todos os que não se englobavam dentro dos critérios de inclusão, selecionando assim 3 artigos (Quadro nº 2 – Fluxograma de pesquisa).

Quadro nº 2 - Fluxograma de pesquisa da Revisão da Literatura



De acordo com a OE (2011), o EEESMOG “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p. 8653), neste sentido, os artigos selecionados foram avaliados pelo instrumento de apreciação do JBI - QARI *critical appraisal tools* (JBI, 2014) sendo que nenhum dos 3 selecionados foi excluído (atingindo um valor igual a 8). Posteriormente realizei a extração de dados dos artigos utilizando o instrumento da JBI - QARI *data extraction tools* (JBI, 2014).

Análise e discussão dos resultados

O contacto pele-a-pele de RN saudáveis e de termo, conceptualmente deveria ser iniciado imediatamente após o nascimento, e de forma contínua durante pelo menos uma hora, tal como recomendado pela *Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés*. No entanto, em muitos contextos este tipo de práticas não é adotado pelos enfermeiros (Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani & Farzi, 2016). Da análise dos artigos selecionados emergiram vários aspetos que os enfermeiros referiram como **obstáculos à realização do contacto pele-a-pele nos partos por cesariana tais como:**

Aspetos institucionais

- A escassez de **recursos humanos** e a ausência de um protocolo - Koopman *et al* (2016);
- **Recursos humanos** insuficientes e condicionalismos temporais - a falta de tempo para realizar os procedimentos dentro dos prazos específicos e a ambiguidade de papéis dos membros da equipa no BOO - Stevens, Schmied, Burns & Dahlen (2016);
- A **estrutura física** dos BOO e a falta de espaço - Zwedberg, Blomquist & Sigerstad (2015); Stevens *et al* (2016).

Aspetos relacionados com os pais

- A condição materna (posicionamento, limitações de movimentos) - Zwedberg *et al* (2015);
- O desconforto materno relativamente aos fluidos do RN - Zwedberg *et al* (2015);
- O desconhecimento dos pais sobre os benefícios do contacto pele-a-pele e a falta de motivação - Koopman *et al* (2016); Stevens *et al* (2016); Zwedberg *et al* (2015).

Aspetos relacionados com os profissionais

- Dificuldades na articulação entre os profissionais de saúde - Stevens *et al* (2016); Zwedberg *et al* (2015);
- Prioridades atribuídas ao cumprimento de rotinas - a necessidade de avaliar o peso do RN, de efetuar os registos no sistema informático e a insegurança sobre o bem-estar do RN - Koopman *et al* (2016);
- Heterogeneidade de critérios sobre a prática do contacto pele-a-pele - Koopman *et al* (2016);
- A falta de conhecimentos dos profissionais sobre a temática, sobre as suas recomendações e sobre como efetuar a sua implementação - Stevens *et al* (2016); Koopman *et al* (2016).

Contudo, e face aos aspetos referidos como obstáculos, da análise dos artigos efetuada, também emergiram várias **estratégias consideradas como facilitadoras do contacto pele-a-pele no parto por cesariana**.

No que se refere à falta de espaço e à condição materna, o estudo realizado por Stevens *et al* (2016), apresenta como estratégias facilitadoras a organização do espaço e a adaptação do material utilizado (a disposição dos elétrodos, que podem ser aplicados nos ombros; o oxímetro que pode ser colocado na orelha; e o acesso venoso periférico que pode ficar na zona lateral do antebraço em vez de ser colocado no dorso da mão) de modo a que as mãos da parturiente fiquem disponíveis para segurar o RN.

Sobre os recursos humanos insuficientes e os condicionalismos temporais, Stevens *et al* (2016), referem a importância da manutenção do número de profissionais e da análise sobre a forma como estes são distribuídos. Zwedberg *et al* (2015), evidenciam ainda como facilitador o facto de um enfermeiro ficar responsável apenas pelos cuidados imediatos ao RN, incluindo o contacto pele-a-pele.

Relativamente à condição materna, é possível garantir a administração de analgesia e a adoção de estratégias, tais como, o posicionamento seguro do RN, apoio e vigilância e a limpeza do RN para minimizar o desconforto materno relativamente aos fluidos (Zwedberg *et al*, 2015).

A realização de educação para a saúde aos pais sobre o contacto pele-a-pele durante o período pré-natal, também é mencionada como facilitadora, bem como, a motivação dos pais para a sua prática (Koopman *et al*, 2016; Stevens *et al*, 2016; Zwedberg *et al*, 2015).

No que diz respeito aos constrangimentos relacionados com os profissionais, das estratégias identificadas realço:

- A aposta na colaboração interprofissional como estratégia para garantir um ambiente seguro (Zwedberg *et al*, 2015);
- A formação dos profissionais de saúde sobre a temática (Koopman *et al*, 2016; Stevens *et al*, 2016; Zwedberg *et al*, 2015);
- O esclarecimento de todos os profissionais envolvidos sobre os cuidados a prestar e a aposta na qualidade da comunicação entre a equipa multidisciplinar (Stevens *et al*, 2016; Zwedberg *et al*, 2015). Koopman *et al* (2016), corroboram este ponto de vista e realçam também seria facilitador se a pessoa responsável por receber o RN fizesse uma avaliação e comunicasse que este se encontrava estável;
- O adiamento dos procedimentos hospitalares de rotina ou realizá-los durante o contacto pele-a-pele, a menos que haja uma razão clinicamente justificável para o contrário (Koopman *et al*, 2016);

- A existência de um protocolo e fluxograma no local para definir a estrutura da prática (Koopman *et al* , 2016; Stevens *et al* , 2016).

1.2.2 A teoria de Swanson e o envolvimento da mulher/recém-nascido/família

A prestação de cuidados realiza-se sempre com base num quadro de referência que engloba conceitos, valores, crenças e pressupostos que correspondem à nossa conceção de cuidar em enfermagem (Basto, 2009). Neste sentido, elegi a Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson (1991). De acordo com esta, os cuidados são uma forma educativa de me relacionar com o outro, com quem tenho um compromisso e uma responsabilidade pessoal.

Kristen Swanson (1991) estudou a perceção do enfermeiro sobre a prestação dos cuidados de enfermagem e definiu 5 componentes do processo de cuidar em Enfermagem:

- **Conhecer:** consiste em compreender o significado que a pessoa atribui a cada fenómeno, para isso é necessário estabelecer uma relação de confiança com a parturiente e com as pessoas significativas (Alligood, 2014). O enfermeiro cuida, centrando-se na pessoa que é cuidada, e faz uma apreciação da experiência de quem é cuidado, ficando assim, todos os intervenientes envolvidos no mesmo processo de cuidado (Costa, 1999).
- **Manter a crença:** implica ter em conta os valores da cliente e agir em conformidade; é dar esperança, ajudar a acreditar que consegue ultrapassar as dificuldades e alcançar os seus objetivos (Costa, 1999). A saúde espiritual ocorre quando uma pessoa encontra um equilíbrio entre as suas crenças e valores e os dos outros (Alligood, 2014).
- **Estar com:** consiste na humanização dos cuidados; traduz-se em estar emocionalmente com o outro, desenvolver escuta ativa, apoiar a cliente e pessoas significativas (Alligood, 2014).

- **Fazer por:** significa realizar algo que a cliente faria se o conseguisse; baseia-se na preservação da dignidade do outro (Alligood, 2014).
- **Possibilitar:** consiste em proporcionar a acessibilidade a um cuidado; é permitir e ajudar os outros a vivenciar algo para eles desconhecido. Consiste em usar da melhor forma o conhecimento e assistir o outro, compreendendo-o e avaliando os seus sentimentos (Costa, 1999).

Segundo Swanson (1991), os componentes considerados não se anulam, mas antes articulam-se entre si. A autora considera que, independentemente dos anos de experiência de um enfermeiro, o processo de enfermagem consiste num conjunto de cuidados sequenciais, criados pela própria atitude filosófica do enfermeiro, compreensão, mensagens verbais e não-verbais transmitidas à cliente, e pelas ações terapêuticas e resultado dos cuidados. Deste modo, os cuidados baseiam-se em manter as crenças da cliente, apoiar o seu conhecimento da realidade, estar presente, fazer pela cliente e possibilitar o que esta não consegue fazer sozinha (Alligood, 2014).

À luz desta teoria o contacto pele-a-pele pode traduzir-se num cuidado que implica **conhecer** a parturiente e as pessoas significativas, estabelecendo com elas uma relação de confiança, de forma a perceber quais as perceções sobre o contacto pele-a-pele e a promovê-lo (realizando educação para a saúde sobre os seus benefícios). Desta forma, é fundamental que o enfermeiro procure proporcionar a **possibilidade** de a cliente realizar o contacto pele-a-pele no parto por cesariana, **mantendo as suas crenças** e valores, fundamentando a esperança da sua concretização se for esse o seu desejo. Este processo implica **estar com** a parturiente e pessoa significativa ao longo de todo o trabalho de parto (parto vaginal ou parto por cesariana), assim como nas primeiras horas de vida do RN. É fundamental que o enfermeiro assista, apoie e procure **fazer pela** parturiente o que for da sua vontade, que pode passar por colocar o RN sobre o seu abdómen.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Em Portugal as Competências do EEESMOG estão definidas nos termos do art. 42º, da Diretiva 2005/36/EC conjugado com o Regulamento n.º 127/2011 (OE, 2015a).

Este capítulo pretende espelhar o percurso do desenvolvimento de competências como futura EEESMOG, (de acordo com os objetivos delineados) no decurso do estágio com relatório.

2.1. Descrição do contexto de estágio

O Estágio com Relatório foi desenvolvido num hospital na região de Lisboa. O facto de estar inserida numa equipa de enfermagem motivada, disponível e acessível permitiu que me integrasse, facilitando o meu processo de aprendizagem.

O Serviço de Urgência era constituído por diversas valências: Admissão, Sala de Partos, BOO, e Unidade de Recobro e Cuidados Intensivos. Por turno encontravam-se presentes dez enfermeiros, quatro assistentes operacionais e a equipa de médicos que estava de urgência.

Da Admissão, destaca-se a existência de: duas salas de Triagem, onde era realizada a Triagem de Manchester por EEESMOG; um gabinete com uma janela para a sala de espera, onde a pessoa significativa da parturiente poderá mostrar o RN aos familiares/amigos e uma sala com cardiotocógrafos.

Da Sala de Partos, realça-se, a existência de onze quartos individuais, (onde permaneciam as parturientes e pessoa significativa); um berçário onde eram prestados os cuidados emergentes aos RN (com duas mesas de reanimação e um berço com aquecimento externo) e uma ilha para monitorização dos traçados dos cardiotocógrafos por telemetria.

O BOO situa-se noutra sala e é constituído por duas salas onde são realizadas as cesarianas (eletivas ou urgentes/emergentes), os partos

distócicos e as curetagens, e por uma sala onde se encontram duas mesas de reanimação neonatal.

A equipa que presta cuidados à grávida/feto/família durante o parto por cesariana é diferente da equipa da sala de partos, e é constituída por um enfermeiro de cuidados gerais, um EEESMOG, dois médicos obstetras, um médico anestesista e um médico pediatra.

Nestes espaços não era possibilitado à grávida ter um acompanhante durante o parto por cesariana. No entanto, a partir da divulgação do Despacho n.º 5344-A/2016 de 19 de abril, a instituição iniciou um processo de reestruturação das infraestruturas no sentido de reunir condições para cumprir o mesmo.

Adjacente ao BOO localiza-se a Unidade de Recobro e Cuidados Intensivos, com uma capacidade total para 9 clientes. Nesta Unidade, as mulheres submetidas a cesariana permanecem durante 2 horas com os seus RN.

2.2. Análise crítica das atividades e competências desenvolvidas segundo os objetivos delineados

Este subcapítulo é dedicado à análise das atividades realizadas para o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais específicas do EEESMOG (enfermeiro obstetra). Sublinho ainda que a análise que apresento individualiza as competências e os seus critérios de avaliação, segundo cada objetivo estabelecido.

2.2.1 Objetivo 1 – Identificar e mobilizar a evidência científica sobre o contacto pele-a-pele no parto por cesariana no decurso do estágio com relatório

O hospital onde realizei o estágio foi acreditado em 2009 e em 2015, como Hospital Amigo dos Bebés pela UNICEF. No decorrer do estágio, constatei que sempre que as parturientes o desejavam, nos partos vaginais, o contacto pele-a-pele era realizado, e que o mesmo não acontecia nos partos por cesariana. Nesses partos, na maioria das vezes o RN era mostrado à mãe, era pesado e colocado de seguida no *Babyterm*, onde permanecia até a parturiente ser transferida para o recobro. No *Babyterm* o RN era observado pelo médico pediatra, era submetido à administração de Vitamina K, e era vestido. Neste âmbito negocieei a apresentação e a discussão do meu projeto de estágio com relatório, com o meu orientador do estágio, com a docente orientadora e com a Sr^a Enf^a Chefe.

Nas tentativas efetuadas para mobilizar a evidência científica encontrada, procurando proporcionar às parturientes/RN dos partos por cesariana o contacto pele-a-pele, a maior dificuldade que encontrei foi a oposição por parte de outros profissionais da equipa multidisciplinar, que referiram que não era um procedimento regular no BOO. Contudo, mesmo nessas circunstâncias, foi possível estabelecer um diálogo informal com os mesmos, divulgando a evidência científica identificada e mostrando-me disponível para conhecer as suas perspetivas e experiências. Realço ainda que em alguns casos, o resultado foi a anuência para a realização do contacto pele-a-pele, se a parturiente assim o desejasse. Assim, dei a conhecer o meu projeto aos membros da equipa de enfermagem, que individualmente me confrontaram com algumas limitações para a sua operacionalização no parto por cesariana. Neste contexto, considerei pertinente planear uma sessão de formação (dirigida aos enfermeiros do BOO) sobre o contacto pele-a-pele no parto por cesariana, com os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral - Promover a reflexão sobre a prática do contacto pele-a-pele no parto por cesariana.

- Objetivos Específicos - Que no final da sessão os participantes:
- Conheçam as vantagens do contacto pele-a-pele no parto por cesariana;
- Analisem em grupo as possibilidades da sua operacionalização.

No sentido de concretizar a sessão de formação, apresentei o seu planeamento e realizei um pedido de autorização à Sr^a Enf^a Chefe e ao Centro de Formação, e em concordância com estes foi agendada e divulgada a data.

A sessão teve a duração de 1 hora e no decurso da mesma, os enfermeiros presentes foram apontando constrangimentos para prática do contacto. Neste contexto e de uma forma espontânea, procurei dinamizar a sessão estimulando os presentes a proporem alternativas para ultrapassarem os constrangimentos mencionados. Saliento que, tanto as barreiras mencionadas pelos enfermeiros presentes, como as estratégias que referiram, vão ao encontro dos achados na RL efetuada (Apêndice 1).

Muito gratificante foi também verificar que depois da realização da sessão, e durante o meu estágio no BOO, o contacto pele-a-pele passou a ser um cuidado disponibilizado à parturiente e ao RN, traduzindo-se numa prática de excelência já sobejamente incentivada pela melhor evidência científica.

Na sequência da sessão e, com o intuito de reiterar a promoção do contacto pele-a-pele, planeei e realizei um Poster que foi afixado no BOO, no qual constam os nove comportamentos inatos do RN que este cuidado permite desenvolver, e os seus benefícios.

Saliento ainda que sempre que estive responsável por prestar ao RN os cuidados imediatos, promovi e assegurei a realização do contacto pele-a-pele, respeitando o desejo da mãe e segurança de ambos.

A promoção deste cuidado e o privilégio de o testemunhar constituíram-se como oportunidades de aprendizagem, irrepetíveis e enriquecedoras, sendo evidente a satisfação das clientes por poderem beneficiar deste contacto íntimo e precoce com o filho. Embora, à data, não tenha sido possível o envolvimento do pai/convivente significativo, estou certa de que esse seria um benefício acrescido no fortalecimento dos laços de vinculação.

2.2.2 Objetivo 2 – Desenvolver competências para a promoção da saúde da mulher no trabalho de parto, parto vaginal ou parto por cesariana e pós-parto imediato, otimizando a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina com a realização do contacto pele-a-pele

“A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher” (OE, 2015a, p. 7).

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir 59 partos eutócicos, 4 partos distócicos e 13 partos por cesariana (eletiva), sendo que considero que, cada um, constituiu um momento único para a parturiente, para a pessoa significativa, e também para mim enquanto estudante e futura EEESMOG.

De acordo com APEO & FAME (2009), o Plano de Nascimento consiste num documento escrito em que a mulher expressa os seus desejos e expectativas para o trabalho de parto e parto, servindo este de guia para os profissionais de saúde que a vão assistir nesses momentos.

Com base na teoria de Kristen Swanson (1991), que respeita a dignidade da pessoa, garantido a decisão esclarecida da parturiente e da pessoa significativa, pude apoiar o plano de parto de cada mulher/família, garantindo intervenções de qualidade e de risco controlado, gerindo um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto (vaginal e por cesariana). Realço que apenas 2 grávidas apresentaram plano de parto escrito relativamente ao parto eutócico, no que diz respeito ao parto por cesariana apenas uma apresentou. No entanto, encorajei sempre cada grávida/casal a referir as suas preferências procurando ir ao encontro do que cita a OE (2015a).

No caso do plano de parto escrito a que tive acesso e que dizia respeito a uma parturiente que ia realizar uma cesariana programada, o mesmo expressava dois desejos: que fosse realizado o contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento e que o pai estivesse presente. Ao falar com a parturiente pude perceber que era uma decisão fundamentada dado que conhecia os benefícios do contacto pele-a-pele para o RN e para si.

Posteriormente comuniquei à equipa multidisciplinar o que constava no plano de parto da parturiente e o mesmo foi assegurado. A parturiente manifestou uma enorme satisfação ao realizar o contacto pele-a-pele. No que diz respeito à solicitação da presença do pai no momento do nascimento, esta não foi possível, dado que a instituição ainda não reunia as condições de segurança necessárias (no entanto encontrava-se a reestruturar o BOO para cumprir o Despacho n.º 5344-A/2016). Este facto foi explicado ao casal que demonstrou aceitar a situação.

Neste contexto, posso referir que desenvolvi os seguintes critérios de avaliação “H3.1.1. Actua de acordo com plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.” e “H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Segundo Phaneuf (2005), é através da relação terapêutica que a pessoa se sente escutada e compreendida, e onde encontra força para ultrapassar a sua dificuldade, tornando-se importante aos olhos do outro. Deste modo, adotei, em cada situação, o sentido de presença - o estar com (tal como também defende Kristen Swanson), o que contribuiu para conhecer a parturiente/pessoa significativa, estabelecer uma relação de confiança e promover o conforto e bem-estar face às necessidades identificadas. Tal como evidencia o critério de avaliação “H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Durante a minha prestação de cuidados, no sentido da promoção do parto normal, tive em consideração as recomendações da OMS, presentes no Projeto Maternidade com Qualidade da OE (2013), seguindo os seus indicadores de evidência e medida:

- Hidratação/Ingesta;
- Alívio da dor - medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Estímulo a posições não supinas;
- Episiotomia seletiva;

- Contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora após o parto.

A ingestão oral durante o trabalho de parto tem como benefícios, a prevenção da cetoacidose, manutenção das reservas energéticas para a mãe e feto, sensação de autocontrolo da parturiente e, conseqüentemente, diminuição do stress, aumento do conforto e satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008). No sentido de repor a energia despendida no trabalho de parto, garantir reservas indispensáveis aos esforços expulsivos e evitar partos por fórceps ou ventosa (Lowdermilk & Perry, 2008), ofereci líquidos à parturiente durante o Trabalho de Parto, nomeadamente, chá e sumo de frutas sem polpa, em volumes não superiores a 100ml de 15 em 15 minutos.

O alívio da dor “contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira” (APEO & FAME, 2009, p.65), pelo que me preocupei em prevenir e controlar a dor, de acordo com as decisões esclarecidas da parturiente.

Relativamente a medidas não farmacológicas para alívio da dor, no primeiro estágio do trabalho de parto, realço as técnicas de respiração que promovem o relaxamento dos músculos abdominais e aumentam o tamanho da cavidade abdominal, contribuindo para diminuir a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal. Considerei assim pertinente explicar como se podem realizar os movimentos respiratórios (Lowdermilk & Perry, 2008).

Também sugeri a hidroterapia como medida não farmacológica para o controlo da dor. A água quente durante o trabalho de parto tem como benefícios o relaxamento, reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e satisfação (OE, 2013).

Outra medida por mim proposta consistiu na utilização da música. A música durante o trabalho de parto aumenta o relaxamento da parturiente, reduzindo conseqüentemente o stress, a ansiedade e a perceção da dor (Lowdermilk & Perry, 2008).

Tive ainda a oportunidade de colaborar com outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos obstetras e anestesistas, quando a parturiente

solicitava analgesia epidural. De acordo com Graça (2010), a analgesia epidural é, entre todos os métodos farmacológicos de alívio da dor, o mais inócuo e eficaz para a parturiente e para o feto. Ao preparar o material, posicionar a parturiente, apoiá-la neste procedimento, avaliar os sinais vitais, estar presente, desenvolvi deste modo o critério de avaliação “H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Segundo a OE & APEO (2012), devem fomentar-se práticas especiais apoiadas na evidência científica, de acordo com as diretrizes da OMS, tal como apoiar a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical. Como tal, sugeri algumas posições que poderiam ser adotadas, tais como: utilização da bola de parto, deambulação, posição de quatro apoios, posição de sentada na cama.

A posição influencia as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto. É de salientar que mudanças frequentes de posição têm como benefícios aliviar a fadiga, aumentar o conforto e melhorar a circulação. Por conseguinte, a parturiente deve ser encorajada a adotar as posições que considere mais confortáveis (Lowdermilk & Perry 2008 citando Gupta e Nikodem 2001).

A postura adotada, a disponibilidade e a fácil cooperação com outros profissionais foram alguns aspetos da minha prestação de cuidados valorizada por clientes e profissionais, facto este que se revelou motivador para o aperfeiçoamento de competências científicas, técnicas e humanas.

Durante o parto, apliquei técnicas adequadas como, a proteção do períneo, através da manobra de Ritgen e exerci uma pressão suave na cabeça do feto para prevenir a expulsão rápida. Dos 59 partos eutócicos que assisti, 19 resultaram em períneos intactos, 13 em lacerações de Grau I, 13 em lacerações de Grau II e 14 em episiotomias.

A episiotomia seletiva é uma recomendação da OMS (1996), esta deve ser realizada apenas em casos de sofrimento fetal, laceração perineal grave

iminente (tal como, rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3 cm), num parto instrumental ou complicado nomeadamente, distócia de ombros, apresentação pélvica, macrossomia fetal (OE 2013, citando Carrol & Belizan 2007 e Mattar *et al* 2007). Indo ao encontro desta recomendação, a episiotomia seletiva, médio lateral direita, foi uma prática por mim adotada na coroação da cabeça fetal, tendo em consideração o que é referido pela evidência científica.

A realização de episiotomia comparada com a possibilidade de períneo íntegro ou laceração perineal espontânea, está associada a maior hemorragia, ocorrência de infeções, incidência de lacerações de 3º e 4º grau, frequência de dispareunia e dor perineal. Está também relacionada com a possibilidade de estreitamento excessivo do introito vaginal, diminuição da resistência do assoalho pélvico que propicia a incontinência urinária e fecal, e, prolapso vaginal. Importa ainda ter em conta que, para além de encurtar o período expulsivo no máximo de 9 minutos, não protege o feto de traumatismos intraparto (como por exemplo: compressão cefálica, asfixia, hemorragia intracraniana) (OE 2013, citando Borges *et al* 2003, Carrol & Belizan 2007, e Mattar *et al* 2007).

Segundo a APEO & FAME (2009), o contacto pele-a-pele, através dos estímulos sensoriais como o tato, o calor e o odor, liberta a ocitocina materna que, por sua vez, aumenta a temperatura corporal da mãe e mantém o RN quente. Outro aspeto muito importante relaciona-se com o estabelecimento do vínculo afetivo mãe/bebé, que é determinante para o futuro desenvolvimento da criança.

O contacto pele-a-pele também tem como benefícios facilitar a transição para a vida extra-uterina, através da estabilização dos batimentos cardíacos e respiração, reduzir o choro e o stress, diminuir a dor, a manutenção da temperatura, estabilização dos níveis de glicémia e contribui para o início da amamentação (Santos, 2011).

Neste sentido, sensibilizei a puérpera e conviventes significativos para a realização do contacto pele-a-pele. Saliento que identifiquei um desconhecimento ou conhecimento parcial sobre o contacto pele-a-pele por

parte de todas as parturientes/famílias com exceção das situações de planos de parto escritos já expostas anteriormente. Por conseguinte, efetuei educação para a saúde no sentido de empoderar a parturiente e conviventes significativos para a tomada de decisão informada. Pude ainda implementar medidas promotoras do contacto pele-a-pele, tais como, proporcionar um ambiente acolhedor, tranquilo (com o mínimo de ruídos possível), baixa luminosidade e temperatura adequada.

Os “cuidados prestados pelos EESMO devem incluir a capacitação da cliente para posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida” (OE, 2015a, p.24). Nos nascimentos saudáveis, tanto nos partos por cesariana, como nos partos eutócicos, a parturiente/pessoa significativa quiseram sempre realizar o contacto pele-a-pele. Tive assim a oportunidade de prestar cuidados a 76 RN, dos quais 71 realizaram o contacto pele-a-pele, 5 RN tinham o primeiro *Apgar* inferior a 7 motivo pelo qual não o realizaram. Esteve aqui patente o critério de avaliação “H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Segundo Levy & Bértolo (2007), o aleitamento materno tem diversas vantagens, pelo que existe um consenso mundial de que a sua prática exclusiva até aos 6 meses de vida é o melhor para as crianças. Neste contexto, promovi o aleitamento materno realizando educação para a saúde à puérpera/pessoa significativa sobre os benefícios para a mãe e para o RN, sinais de boa pega, horário (livre), sinais de prontidão do RN, posicionamentos/alinhamento corporal do RN, extração, conservação e armazenamento do leite, cuidados a ter com as mamas e com os mamilos.

Todas as mulheres/famílias a quem prestei cuidados desejaram amamentar. A minha postura inicial neste processo consistiu em privilegiar a interação entre a mãe e o bebé, através do contacto pele-a-pele, deixando o RN mostrar a sua competência de reptação, procura/busca e adaptação à mama (Santos, 2011), intervindo apenas se observasse dificuldades e/ou a mãe solicitasse.

Pude constatar que a amamentação é uma temática que suscita muitas dúvidas por parte das puérperas/pessoas significativas, pelo que se torna tão importante mostrar disponibilidade para esclarecer as mesmas.

Posso desta forma referir que desenvolvi o critério de avaliação “H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

2.2.3 Objetivo 3 – Desenvolver competências para diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido

O trabalho de parto consiste num conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2010).

A avaliação das características do colo uterino permitiu-me identificar e posteriormente monitorizar os diferentes estádios do trabalho de parto, desenvolvendo os critérios de avaliação “H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.” e “H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

De acordo com a APEO & FAME (2009), o toque vaginal permite avaliar a progressão do trabalho de parto, através de seis indicadores: posição, consistência, extinção e dilatação do colo uterino, descida e rotação da cabeça fetal. No entanto, este pode constituir uma fonte de ansiedade para a mulher, uma vez que invade a sua privacidade e intimidade, para além de que, tem associado o risco de infeção. Por estes condicionantes, segundo a OMS, o número de toques deve limitar-se ao estritamente necessário, o que mesmo na minha condição de estudante procurei sempre respeitar.

Segundo Graça (2010), a cardiotocografia permite o registo simultâneo e

contínuo da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina, e a sua interpretação é fundamental para vigiar o bem-estar fetal. Para a realização desta prática utilizei a classificação do *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, adotada pela instituição.

Com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade materna e fetal, seguindo a recomendação da OMS (1996), recorri também ao partograma como instrumento de monitorização do trabalho de parto. O partograma caracteriza-se por ser a representação gráfica do trabalho de parto. Este permite analisar no tempo, a dilatação cervical e a descida da apresentação, nele estão delineadas as linhas de alerta e de ação, facilitando desta forma a identificação de alterações ao desenvolvimento padrão do trabalho de parto (Rocha, Oliveira, Schneck, Riesco & Costa, 2009).

A distócia de ombros é uma emergência obstétrica em que inicialmente deve ser efetuada a manobra de McRoberts, por estar associada a um menor risco para a mãe e para o RN. A manobra deve ser realizada por dois ajudantes, em que cada um segura um membro inferior da parturiente, de modo a proceder à hiperflexão das coxas sobre o abdómen, o que faz com que a curvatura lombo-sagrada diminua sem afetar os diâmetros pélvicos (Marques & Reynolds, 2011).

De entre os partos assistidos ao longo de várias semanas de estágio em dois ocorreu distócia de ombros, que pude resolver sem impacto negativo na saúde da parturiente e RN por realizar adequadamente e em tempo útil a referida manobra McRoberts, revelando destreza na atuação de acordo com o critério de avaliação “H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664). Este critério de avaliação teve eco noutras situações que não envolveram emergências obstétricas, como é exemplo a identificação, que pude realizar, de fetos em apresentação cefálica alta (plano II de Hodge – plano -3 de Lee). Detentora do conhecimento sobre estratégias de favorecimento da progressão fetal ao longo do canal de parto pude sugerir, a cada parturiente que cuidei, a adoção de posições verticais – favorecendo a

ação da gravidade, a realização de exercícios facilitadores de assimetrias da bacia – favorecendo a adaptação fetal aos diferentes diâmetros da bacia materna e conseqüentemente a sua progressão, entre outras medidas em função das necessidades específicas identificadas em cada situação de cuidados. É sabido que, ao promover junto das parturientes a adoção de posições verticais, se diminui o tempo de trabalho de parto, melhora a contratilidade uterina e assegura as trocas placentárias entre a mãe e o feto, diminuindo assim o risco de sofrimento fetal (Mamede, Almeida & Clapis 2004; Romano & Lothian, 2008 citando Simkin & O' Hara, 2002).

De acordo com a APEO & FAME (2009), no início do período expulsivo é importante questionar a parturiente se tem vontade de urinar e/ou valorizar a existência de globo vesical. É sempre preferível que urine espontaneamente, evitando assim a cateterização vesical que acarreta risco de infecção. No sentido de proporcionar conforto à grávida incentivei-a a urinar espontaneamente facilitando, igualmente, a descida da apresentação. Nos casos em que não foi possível e nos quais constatei a presença de globo vesical, realizei o esvaziamento vesical. Importa referir que este procedimento para além das vantagens já descritas, previne traumatismos vesicais por distensão da bexiga (Lowdermilk & Perry, 2008).

A descida da apresentação fetal induz o reflexo de Ferguson (APEO & FAME, 2009). Este acontece quando a apresentação exerce pressão nos recetores elásticos da face posterior da vagina, estimulando a libertação de ocitocina endógena que desperta na mulher a vontade de realizar esforços expulsivos (Lowdermilk & Perry, 2008). O reconhecimento destes sinais permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar os critérios de avaliação “H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.” e “H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

A clampagem tardia do cordão umbilical, realizada 1 a 3 minutos após o

nascimento, é uma recomendação da OMS, sendo que tem como benefícios o aumento das reservas de ferro do RN e menor anemia infantil, redução da hemorragia intraventricular, menor taxa de enterocolite necrosante, menor taxa de sepsis infantil e menor necessidade de transfusões sanguíneas (WHO, 2013). Esta foi uma prática por mim realizada sempre que possível. Na presença de circulares cervicais largas, indo ao encontro de Mercer, Skovgaard, Peareara-Eaves & Bowman (2005), deslizei o cordão sobre a cabeça do RN ou sobre o corpo do mesmo, e posteriormente realizei a clampagem tardia do cordão.

Em situações de circulares cervicais apertadas, tive necessidade de realizar a clampagem imediata do cordão e proceder à sua secção. Importa referir que, apesar da manobra de Somersault não ser uma prática corrente na instituição, tive oportunidade de a realizar uma vez, com a cooperação do orientador local e assim não interrompi a circulação feto-placentar. Esta manobra consiste na extração dos ombros sem manipular a circular cervical apertada, a cabeça fetal é fletida e mantida junto ao períneo, e o corpo fetal é expulso em cambalhota, de seguida a circular pode ser retirada (Mercer *et al*, 2005). Ocorreram 3 situações em que foi necessário a clampagem imediata do cordão, indo ao encontro do desejo da parturiente/pessoa significativa, assegurando a colheita de adequado volume de sangue para criopreservação de células estaminais.

Os cuidados imediatos aos RN constituíram outro exemplo de intervenções que tive oportunidade de realizar, otimizando a sua adaptação à vida extra-uterina, em partos assistidos por outros profissionais (incluindo os partos por cesariana).

A reanimação do RN deve obedecer as normas do *International Liaison Committee on Resuscitation* e da *American Academy of Pediatrics*. Cerca 6 a 10% dos RN necessitam de ajuda para a adaptação à vida extra-uterina, porém menos de 1% chegará a necessitar de reanimação avançada (compressões torácicas e fármacos) (Oliveira *et al*, 2012). Ainda que a incidência destas situações seja francamente baixa, pude testemunhar e intervir numa situação

de má adaptação do RN à vida extra-uterina, num parto assistido por uma médica obstetra. Ao primeiro minuto o RN apresentava parâmetros compatíveis com *score 7* do índice de *Apgar*, pelo que adotei medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina e iniciei o algoritmo de reanimação (aqueci, posicionei, limpei as vias aéreas através de aspiração de líquido amniótico, sequei, estimulei, reposicionei e administrei O₂ por máscara) com sucesso. Ao 10^o minuto identifiquei um índice de *Apgar* de 10. Esta descrição ilustra o desenvolvimento de competências conducentes aos critérios de avaliação “H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina” e “H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

2.2.4 Objetivo 4 – Desenvolver competências para providenciar cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto

Nas diversas situações, procurei saber as crenças e valores da parturiente/pessoa significativa adotando medidas de suporte emocional tais como a escuta ativa e a demonstração de disponibilidade. Durante o estágio foi gratificante quando a prestação de cuidados centrada na parturiente e pessoa significativa se traduziu em confiança e passei a ser a pessoa de referência para quem cuidei. Deste modo, desenvolvi competências que respondem ao critério de avaliação “H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Tive oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres com diferentes patologias associadas e/ou concomitantes com a gravidez. As patologias mais frequentes foram Ameaça de Parto Pré-Termo, Diabetes Gestacional, Pré-Eclâmpsia, Hipertensão Arterial. Reconheci sinais e sintomas

de alerta, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações na saúde da grávida/família, procedendo de forma adequada de acordo com a evidência científica, e, referenciando as situações que estavam além da minha área de competência, colaborando com a equipa multidisciplinar. Desta forma fui ao encontro do critério de avaliação “H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Saliento que, sempre que as parturientes apresentaram exsudado vaginal positivo para Estreptococos do Grupo B, administrei Ampicilina endovenosa conforme o protocolo da instituição (2g dose inicial, e posteriormente 1g de 4 em 4h, até ao nascimento), assegurando a não existência de história de alergia conhecida à Penicilina e adotando as devidas medidas de precaução e segurança. Em caso de alergia conhecida este fármaco era substituído por Clindamicina ou Eritromicina, conforme prescrição médica. Este protocolo também se realizava em situações de prematuridade e por roturas de bolsa de águas superiores a 12 horas, por existir um maior risco infeccioso.

Procurei restringir as intervenções técnicas ao estritamente necessário em cada situação. Dessas, destaco a realização da amniotomia apenas em situações nas quais se justificava a necessidade de abreviar a duração do trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Ou seja, a minha atuação foi ao encontro da Orientação da DGS (001/2015), que considera relevantes as situações em que em que não ocorre a progressão da dilatação durante 4 horas antes dos 6 cm ou durante 2 horas após os 6 cm. Antes de realizar a amniotomia certifiquei-me sempre que a apresentação se encontrava apoiada, prevenindo o prolapso do cordão. É ainda de salientar que avaliei e registei as características do líquido amniótico para despistar sinais de sofrimento fetal.

De acordo com a DGS (001/2015), o período expulsivo inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, caracterizando-se por contractilidade uterina regular, esforços expulsivos adequados e evidência de

bem-estar materno-fetal. A duração máxima deste período é de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara, e nas situações de analgesia epidural, deve ser acrescida 1 hora. Quando a duração máxima é ultrapassada deverá ser considerada a realização do parto instrumental ou por cesariana.

Estive presente em situações em que, por exaustão da parturiente e/ou sofrimento fetal durante o período expulsivo e período expulsivo arrastado, tive necessidade de solicitar a presença da médica obstetra e em que a sua participação permitiu a extração de fetos através de fórceps e ventosa. Desenvolvi desta forma os critérios de avaliação “H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.” e “H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

De acordo com Posner *et al* (2014), a dequitação ocorre em duas fases: deslocamento da placenta da parede uterina, descida para o segmento inferior e/ou vagina, e, expulsão da placenta para fora do canal de parto. Durante o estágio pude identificar os mecanismos Duncan e Schultz no que se refere ao descolamento placentar. Segundo Lowdermilk & Perry (2008), os sinais de descolamento da placenta caracterizam-se pela saída de sangue pelo canal de parto, alongamento do cordão umbilical pela vulva e mudança do útero de uma forma discoide para uma forma ovoide. À medida que a placenta desce para o segmento inferior, um aumento de volume é observado na vagina ou as membranas fetais são observadas no introito vaginal.

As hemorragias podem ocorrer devido a alterações no Tónus (atonia uterina), a Traumatismo (lacerações/hematomas, rotura uterina, inversão uterina), à Trombina (alterações da coagulação) e ao Tecido Placentar (retenção, acretismo) (Júlio, Barreto & Soares, 2011).

Num dos partos a que assisti a dequitação não ocorreu de forma linear. Tentei realizar a extração ativa da placenta com tração controlada do cordão e aplicação de pressão sobre o útero acima da sínfise púbica. Porém, passados 40 minutos, identifiquei uma hemorragia ativa e a retenção da placenta. Após

cumprir o protocolo de atuação da instituição, informar a parturiente e obter o seu consentimento, procedi à sua transferência para o BOO para realizar dequitação manual sob anestesia geral. Foi sempre explicado à parturiente e ao marido o que estava a acontecer. Nesses instantes olhavam para mim e para o meu orientador e a sua expressão não verbal parecia evidenciar confiança na nossa presença, nos nossos cuidados, o que me levou a acreditar ainda mais na importância da relação terapêutica estabelecida durante o trabalho de parto. Esta situação constituiu-se como um importante momento de aprendizagem indo ao encontro do critério de avaliação “H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Importa ainda referir que em todos os partos que assisti, após a dequitação, verifiquei se existia involução uterina, inspecionei se as membranas e placenta estavam completas, e observei a inserção do cordão umbilical, bem como a existência dos três vasos (2 artérias e 1 veia).

Relativamente ao cordão umbilical houve uma situação em que, para além do RN ter uma circular cervical, observei também a presença de um nó verdadeiro, todavia sem repercussão no bem-estar do RN.

A avaliação da integridade do canal de parto após a dequitação e a reparação do mesmo, se necessário, é também muito importante. Inicialmente a realização de episiorrafias e a sutura de lacerações foram um grande desafio. Para dar resposta a esta situação, planeei momentos de observação participante com o orientador local e realizei uma sessão de prática simulada. Posteriormente, com empenho e dedicação, as técnicas foram progredindo e fui desenvolvendo a destreza que as mesmas implicam. Saliento ainda que por vezes recorri à analgesia perineal para maior conforto da parturiente. Deste modo, desenvolvi as competências que correspondem ao critério de avaliação “H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

Antes da realização das transferências para o serviço de puerpério, procedi à avaliação do bem-estar das puérperas e dos RN e realizei educação

para a saúde de acordo com as necessidades identificadas. Todos estes cuidados foram prestados de modo a monitorizar alterações fisiológicas e a prevenir e identificar complicações pós-parto, tais como, instabilidade hemodinâmica, hemorragia, subinvolução uterina, infeção puerperal e alterações da eliminação vesical. Proporcionei cuidados de higiene e conforto às parturientes e RN (tendo avaliado a presença de dor e mobilizado estratégias para o seu alívio) e promovi a ingestão de uma refeição ligeira (tendo avaliado a tolerância à mesma). Realizei o transporte das puérperas e RN para o serviço de puerpério, garantindo a segurança de ambos, e assegurei a continuidade de cuidados através dos registos de enfermagem, e da transmissão da informação oral a outros enfermeiros. Posso assim dizer que fui ao encontro do critério de avaliação “H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.” (Lei nº 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011, p. 8664).

2.2.5 Objetivo 5 – Desenvolver a capacidade de reflexão sobre o percurso de aprendizagem

“A prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação de estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas.” (Santos & Fernandes, 2004, p. 59).

O presente objetivo foi alcançado através da análise crítica de situações reais e hipotéticas com os orientadores locais e com a docente orientadora. Estas análises foram uma constante e revelaram-se de crucial importância, permitindo aprimorar a prática reflexiva e, conseqüentemente, a prestação de cuidados especializados de qualidade.

A elaboração de jornais de aprendizagem também foi importante no desenvolvimento do processo reflexivo. Santos & Fernandes (2004) enfatiza que, ao fazer a reflexão procura-se a evidência e apela-se à racionalidade,

permitindo, deste modo, que a experiência seja fundamentada e sustentada. É fulcral que o processo de exploração de situações gere e clarifique no sujeito uma perspetiva conceptual dos cuidados que pratica. Não obstante, a teoria conceptual de Kristen Swanson serviu de linha orientadora dos cuidados que prestei.

De acordo com Cerullo & Cruz (2010), o raciocínio clínico está inerente a todas as decisões e ações do enfermeiro: na formulação do diagnóstico dos fenómenos, na seleção de intervenções adequadas e na avaliação dos resultados obtidos. Por conseguinte, as reuniões com os orientadores locais e a docente orientadora constituíram momentos determinantes na integração e transferência de saberes, através da análise do processo de enfermagem.

Importa realçar que com base em conhecimentos científicos, decisões éticas e valores, existem diversas estratégias que podem aperfeiçoar o pensamento crítico e o raciocínio clínico dos enfermeiros (Cerullo & Cruz, 2010). Deste modo, a concretização do presente relatório traduz o culminar do percurso baseado na evidência científica integrada na prática de cuidados, o que considero que constitui assim uma nova perspetiva de conduta futura.

3. LIMITAÇÕES

Durante o desenvolvimento do meu percurso de aprendizagem, incluindo a elaboração do presente relatório, fui confrontada com algumas limitações. Neste âmbito evidencio: a minha inexperiência na utilização de descritores indexados e na realização de pesquisas em bases de dados, a escassez de tempo para realizar uma revisão sistemática da literatura e o desconhecimento do contexto onde decorreu a unidade curricular.

Inicialmente tinha contemplado a realização de uma revisão sistemática da literatura, mas, face às dificuldades na gestão do tempo e à minha inexperiência, tal não foi possível. Contudo, utilizei o protocolo da JBI (2014) para efetuar a RL, tendo verificado uma escassez de estudos qualitativos. O facto dos estudos encontrados serem muito recentes, fez-me acreditar que se trata de uma temática que só recentemente tem merecido atenção. Por outro lado, ter selecionado apenas artigos publicados na língua inglesa pode ter sido um fator limitativo ao excluir estudos publicados noutras línguas.

Apesar das limitações encontradas, a realização da RL permitiu-me encontrar e mobilizar a evidência científica sobre o contacto pele-a-pele no parto por cesariana, privilegiando a prática baseada na evidência.

Relativamente ao período de estágio, considero que teve uma carga horária muito intensa, o que implicou dificuldades na articulação entre a minha atividade profissional e o tempo indispensável às atividades autónomas inerentes ao meu desempenho na unidade curricular e para o descanso necessário ao restabelecimento do meu bem-estar biopsicosociocultural. Deste modo e considerando a carga horária como uma barreira, foi com muita dedicação e esforço que desenvolvi as atividades planeadas e implicadas no desenvolvimento das competências. O trabalho apresentado à equipa de enfermagem do local de estágio pareceu ter contribuído de forma positiva para a reflexão dos enfermeiros sobre a evidência científica apresentada e a pertinência da sua mobilização. Contudo, reconheço que este foi apenas o início do percurso e muito mais pode ser feito no que concerne à motivação

dos enfermeiros para a realização do contacto pele-a-pele no parto por cesariana, tal como na elaboração de documentos que referenciassem a realização deste cuidado, nomeadamente, um protocolo.

O facto do espaço físico do BOO ser num piso diferente da sala de partos revelou-se igualmente um constrangimento, na medida em que me dificultou o acesso ao mesmo, nomeadamente, na assistência às parturientes no parto por cesariana (cujo número foi bastante reduzido) e mais tarde na realização de uma observação consistente que me permitisse avaliar se o contacto pele-a-pele tinha passado a ser um cuidado oferecido pelos EEESMOG a todas as parturientes. Contudo, considero que foi importante ter contribuído para a reflexão dos EEESMOG e ter observado indícios de mudança nos comportamentos relativamente à temática.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente relatório pode ser um contributo importante na promoção do contacto pele-a-pele no parto por cesariana. Considero que os resultados obtidos através da RL foram importantes na medida em que mostram que o contacto pele-a-pele pode ser exequível se a parturiente/pessoa significativa assim o desejarem. Os resultados encontrados foram mobilizados ao longo do meu percurso na instituição onde desenvolvi o estágio, e foi gratificante ter conseguido tornar o contato pele-a-pele num cuidado disponibilizado a todas as mulheres/RN de quem cuidei, constituindo assim um exemplo que pode ser transponível para outros contextos.

Penso que podemos sempre fazer mais e melhor por quem cuidamos e baseando-me nesta premissa tenho a ousadia de afirmar que o contacto pele-a-pele no parto por cesariana pode e deve ser visto como um cuidado de excelência e não como um privilégio acessível a poucos.

Cabe-nos a todos a procura incessante pela melhoria da qualidade dos cuidados baseada na evidência científica. Constrangimentos encontraremos sempre, resignação é o que não deve permanecer. A nossa vontade de evoluir e construir alicerces em sólidos conhecimentos deve ser a nossa máxima. Sugiro assim a realização de mais investigação, publicação de estudos e artigos científicos no âmbito da temática contacto pele-a-pele no parto por cesariana, no sentido de promover a prática deste cuidado. Deste modo, pretendo contribuir com a divulgação da evidência encontrada para a (in)formação dos meus pares quer através do exemplo, quer através da publicação, em tempo oportuno, de um artigo científico.

5. ASPETOS ÉTICOS

De acordo com o Código Deontológico de Enfermagem Artigo 99º — “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p.5). Indo ao encontro da teoria de Swanson, o Código Deontológico de Enfermagem refere mesmo que, um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros consiste no “respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (OE, 2015, p.6).

No decorrer do Estágio com Relatório, tendo em conta a humanização dos cuidados prestados, identifiquei-me como enfermeira a frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, segui o artigo 110º e assumi o dever de:

- “a) Dar (...) atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (OE, 2015, p.10).

A OMS promove os Direitos Humanos da Grávida e os Direitos Humanos Universais do Nascimento ao fomentar a prestação de cuidados personalizados, centrados na grávida/casal grávido através da efetivação do paradigma da Autonomia em detrimento do paradigma Paternalista (OE, 2015a).

Os profissionais de saúde que assistem o parto “são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres.” (OE & APEO, 2012, p.9).

Indo ao encontro da melhor evidência científica e, tendo uma visão holística da cliente, considero que prestei cuidados humanizados de forma segura, profissional e ética, revelando capacidade de tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2011).

Para a realização deste relatório, foram mobilizados aspetos decorrentes

de observações participantes e, embora não tenha realizado uma efetiva colheita de dados, respeitei sempre os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão representados no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Garanti o sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas e das instituições de acordo com o artigo 106º ponto 1 alinea d) do Código Deontológico dos Enfermeiros que cita que o Enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados” (OE, 2015, p.9).

É ainda de realçar que, quando realizei a RL, só considerei estudos que cumprissem os procedimentos éticos, colmatando na melhor evidência científica, o que me permitiu, desta forma, prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

De acordo com o artigo 97º os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.3).

No que diz respeito ao contacto pele-a-pele no parto por cesariana, com base na evidência científica apresentada, considero que constitui um importante cuidado na humanização do parto, que está diretamente relacionado com o consentimento informado da parturiente. Está aqui patente, o respeito pelo direito à autodeterminação da pessoa cuidada, segundo o qual a pessoa é capaz de decidir por ela (OE, 2015). Deste modo, e seguindo a teoria de Kristen Swanson, possibilitei a todas as parturientes a realização do contacto pele-a-pele no parto por cesariana, de forma individual, tendo em consideração as suas crenças, valores e desejos, respeitando a sua decisão esclarecida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do meu percurso de desenvolvimento de competências, deparei-me com várias oportunidades de aprendizagem, vivi situações muito diversificadas e, apesar das limitações mencionadas, consegui atingir os objetivos a que me propus no início do estágio.

Realço que a minha prestação de cuidados foi sempre centrada na cliente/família, tendo em vista a sua individualidade. Nesse sentido, sempre que foi possível após ter o primeiro contacto com a mulher/família assisti-a no decorrer de todo o trabalho de parto e parto, o que me permitiu estabelecer uma relação de confiança. Desta forma consegui diagnosticar as suas necessidades, perceber quais as suas expectativas (tendo em conta o seu quadro/referencial de crenças/valores) e desenvolver as competências do EEESMOG.

Através da realização da RL pude basear a prática de cuidados na evidência científica, com especial enfoque na temática: “O contacto pele-a-pele: dos conceitos às práticas no parto por cesariana”. Pude ainda constatar e divulgar que, segundo a evidência científica, o contacto pele-a-pele no parto por cesariana é um cuidado recomendado por várias organizações nacionais e internacionais, que salientam inúmeros benefícios para a mãe e para o RN.

Assumindo que é da competência do enfermeiro obstetra assegurar que a transição para vida extrauterina ocorra da melhor forma possível, torna-se importante compreender as razões pelas quais este tipo de cuidado não é oferecido a todas as parturientes/pessoas significativas e, conseqüentemente, analisar as possibilidades de contrariar este facto. Neste sentido, desenvolvi o presente trabalho com a finalidade de poder constituir um ponto de partida para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Em suma, esta Unidade Curricular constituiu para mim um desafio, que abracei com motivação, empenho e dedicação, numa procura constante em aperfeiçoar os cuidados prestados, satisfazendo as necessidades de cada mulher/família de forma holística e individual. Considerei ainda importante dar o

meu contributo enquanto futura enfermeira obstetra, para o desenvolvimento de estratégias promotoras do contacto pele-a-pele no parto por cesariana e despertar o interesse de investigadores para esta temática tão pouco explorada e tão merecedora de atenção, dada a sua influência em aspetos tão nobres como a imunidade do RN (conferida pela flora bacteriana da mãe), o sucesso da amamentação e a prevenção de hemorragias pós-parto.

Tenho consciência que ainda existe um longo caminho a percorrer no âmbito da temática aqui retratada e que cabe a todos os EEESMOG a procura e partilha da evidência científica, possibilitando assim os cuidados de excelência a todas as clientes/famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8ªed. St. Louis: Elsevier.

Almeida, E. A.; Filho, J. M.(2004). O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd. Campinas*. 13 (4), 381-388.

Associação Portuguesa de Bioética (2008). *Parecer N.o P/12/APB/08 sobre o Direito de Escolha da Via de Parto*. Acedido em: 10/01/2016. Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253989estudo_12.pdf.

Associação Portuguesa de Bioética (2010). *Carta dos direitos do utente dos serviços de saúde*. Acedido em: 20/11/2016. Disponível em: <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1334242321carta.pdf>.

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher da Gravidez e Parto (2016). *O Plano de Parto Ou Plano de Nascimento Ou Plano de Preferências de Parto*. Acedido em: 10/01/2016. Disponível em: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/PlanodeParto-APDMGP-pt.pdf>.

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.

Ayres-de-Campos, D. (2015). *A Evolução da Taxa de Cesarianas*. Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas. Safe Motherhood and Newborn Health Committee – FIGO. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.

Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2) Acedido em: 20/07/2015. Disponível em:

[http://www.pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://www.pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)

Beiranvand, S.; Valizadeh, F.; Hosseinabadi, R.; Pournia, Y. (2014). The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Pediatrics*, 846486.

Bowlby, J. (1990). *Apego e perda – Volume I: Apego*, 3.a Ed. São Paulo: Martins Fontes.

Canavarro, M. (2001) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cerullo, J. & Cruz, D. (2010 Fev). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Enfermagem. 18 (1). Acedido em: 10/10/2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_19.pdf

Costa, J. (1999). *Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP.

Craig, J.V. & Smyth, R. L. (2003). *Prática baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Crenshaw, J.; Cadwell, K.; Brimdyr, K.; Widström, A.; Svensson, K.; Champion J. *et al.* (2012). Use of a video-ethnographic intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin-to-skin care and breastfeeding rates. *Breastfeeding Medicine*, 7, 69–78.

Crescer (2015). *Enfermeiras criam lençol cirúrgico para contato pele a pele depois de cesáreas*. Editora Globo S/A. Acedido em 2/04/2016. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Curiosidades/noticia/2015/11/enfermeiras-criam-lencol-cirurgico-para-contato-pele-pele-depois-de-cesareas.html>.

Despacho n.º 5344-A/2016 de 9 de abril (2016). Diário da República, 2a série, n.º 76 (19/04/2016) 12560.

Direção-Geral de Saúde (2015). Orientação n.º1/2015 de 19/01/2015 - *Trabalho de Parto Estacionário*. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2015a). Orientação n.º1/2015 de 19/01/2015 – *Registo de indicações de Cesariana*.

Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A. (2013). Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-In on Early Mother-Infant Interaction: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Nursing Research*, 22 (3), 310-316.

Ferber, S. G. & Makhoul, I. R. (2004). The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 113 (4), 858-865.

Fernandes, R. (2012). *Variação clínica indesejada no parto no SNS Português – o papel da oferta*. (Tese de Mestrado). Escola de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

Ferrari, J. (2009). A autonomia da gestante e o direito à cesariana a pedido. *Revista Bioética* 17 (3), 473-495.

Ferrari, J. (2012). *A autonomia da gestante e o direito à cesariana a pedido*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

Guedeney, N., Guedeney, A. (2004) *Vinculação: Conceitos e aplicações*. (1a Ed.) Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (3a ed) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido em 10/04/2015. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>.

Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Júlio, C., Barreto S., Soares, C. (2011). Hemorragia Pós-parto. *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* (pp. 183-186). Lisboa: Lidel.

Koopman, I.; Callaghan-Koru, J. A.; Alaofin, O.; Argani, C. H.; Farzi, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1367–1376. DOI: 10.1111/jocn.13227

Lamaze Internacional (2003) *Instituto Lamaze para o parto normal*. Acedido em: 10/04/2015. Disponível em:

http://www.inutero.pt/UserFiles/File/artigos/nascimento/nao_separar_a_mae_do_bebe.pdf;

Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2a série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653.

Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, 2a série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666.

Lei nº 3482/2013 de 5 de Março (2013). Diário da República, 2a série nº 45 (05/03/2011) 8174-8175.

Levy, L., Bértolo, H. (2007). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7a ed) Loures: Lusodidacta.

Magee, S.; Battle, C.; Morton, J.; Nothnagle, M. (2014). Promotion of Family-Centered Birth With Gentle Cesarean Delivery. *JABFM September–October* (27), 5.

Mamede, F. V.; Almeida, A. M.; Clapis, M. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Health Sciences*. 26(2). 295-302. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v26i2.1580.

Marques, J.; Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros - uma emergência obstétrica. *Acta Med Port*. 24(4), 613-620. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em:

<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>

Matos, Thaís Alves; Souza, Morgana Stefani; Santos, Evanguelia Kotzias Atherino; Velho, Manuela Beatriz; Seibert, Eli Rodrigues Camargo; Martins, Nezi Maria (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 63(6): 998-1004.

Mercer, J. S.; Skovgaard, R. L.; Peareara-Eaves, J.; Bowman, T. A. (2005). Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50 (5), 373-379. DOI:10.1016/j.jmwh.2005.04.023. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em:

<http://www.cordclamping.info/publications/articles/5-2005-Mercer-Nuchal-Cord.pdf>

Moore, E., Anderson, G., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, Issue 5, 1-107.

Nissen E., Uvnäs-Moberg K., Svensson K., Stock S., Widström A. & Winberg J. (1996) *Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. Early Human Development* **45**, 103–118.

Oliva, C. (2010). *Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.

Oliveira, G.; Albuquerque, M.; Cardoso, B. M.; Gaspar, E.; Costa, R.; Aguiar, T. ... Pissara, S. (2012). Consensos – Reanimação do recém-nascido de termo na sala de partos. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em:

<http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Reanimação%20RN%20Termo%20Sala%20de%20Partos.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em: 10/04/2015. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Acedido em: 23/01/2017.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Acedido em: 3/01/2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

PORDATA (2017). Partos nos hospitais: total e por tipo – Portugal. Acedido em 23/01/2017. Disponível em :

<http://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>.

Porter, R. (2004). The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatrica*, 93, 1560-1562.

Posner, G. D. ; Dy, J. ; Black, A.Y.; Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto*. 6ªed.Porto Alegre: AMGHT Editora LTDA.

Rocha, I. M. S.; Oliveira, S. M. J. V.; Schneck, C. A.; Riesco, M. L. G.; Costa, A. S. C. (2009). O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43 (4). Acedido em: 9/09/2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400020

Romano, A. M.; Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37, 94-105. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x.

Santos, A. (2011). *A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé*. (2011-03-24). Acedido em: 10/04/2015. Disponível em:

http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf

Santos, E. & Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. 11. 59-62.

Smith, T. (2015 October). Nurses invent drape that allows mom-baby contact during C-section. *Richmond Times-Dispatch*. Acedido em 2/04/2016. Disponível em:

http://www.richmond.com/business/local/article_6a61730c-f78b-5cef-8c96-0967a9da554d.html

Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. (1a Ed.) Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-120-7.

Stevens, J.; Schmied, V.; Burns, E.; Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*, 10, 456–473.

Stevens, J.; Schmied, V.; Burns, E.; Dahlen, H. (2016). A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery*, 37, 41–48.

Stone, S.; Prater, L.; Spencer, R. (2015). Facilitating skin-to-skin contact in the operating room after casearean birth. *Nursing for Women's Health*. 8 (6), 486-499.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3), 161-166.

UNICEF. *Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Acedido em 10/04/2015. Disponível em:

<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>

UNICEF. *Skin-to-skin contact*. Acedido em 2/04/2016. Disponível em:

<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/Research/Skin-to-skin-contact/>

WHO (2013). O Clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf?locale=es&null

Widstrom, A., M.; Lilja, G.; Aaltomaa-Michalias, P.; Dahllof, A.; Lintula, M.; Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100, 79–85.

Zwedberg, S.; Blomquist, J.; Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*, 31, 215–220.

APÊNDICES

Apêndice 1: Síntese dos resultados obtidos nos estudos

Aspectos Institucionais

	Obstáculos	Estratégias
Perspetivas dos EEESMOG do contexto de estágio	Escassez de recursos humanos necessários a este cuidado.	Os EEESMOG não referiram estratégias, foram então feitas as questões: Quem recebe o RN? Quem presta os cuidados imediatos ao RN?
	Falta de espaço relacionada com o campo cirúrgico e a monitorização materna.	Colocar os elétrodos noutra zona.
Estudos: Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani & Farzi, 2016); Stevens, Schmied, Burns & Dahlen (2016); Zwedberg, Blomquist & Sigerstad (2015).	Escassez de recursos humanos / falta de tempo.	Manter o número de profissionais e analisar como são alocados. Locar um enfermeiro para ficar responsável pelos cuidados imediatos ao RN, incluindo o contacto pele-a-pele.
	Ausência de um protocolo.	Implementação de um fluxograma / protocolo.
	Falta de espaço (estrutura física) e condição materna (restrições na mobilidade).	Organização do espaço e adaptação do material utilizado (os elétrodos passarem a ser colocados nos ombros; o oxímetro ser colocado na orelha; e o acesso venoso periférico na zona lateral do antebraço) de modo a que as mãos da parturiente fiquem disponíveis para segurar o RN.

Aspetos relacionados com os pais

	Obstáculos	Estratégias
Perspetivas dos EEESMOG do contexto de estágio	Imobilidade dos membros superiores da parturiente.	Promover a mobilidade de um dos membros superiores da parturiente.
	Falta de conhecimentos da parturiente sobre o contacto pele-a-pele.	Realização de educação para a saúde no período pré-natal, nas consultas de vigilância da gravidez.
Estudos: Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani & Farzi, 2016);	Condição materna.	Administração de analgesia e a adoção de estratégias, tais como, o posicionamento seguro do RN, apoio e vigilância.
	O desconforto materno relativamente aos fluidos do RN.	Limpar e secar o RN para minimizar o desconforto materno relativamente aos fluidos.

<p>Stevens, Schmied, Burns & Dahlen (2016);</p> <p>Zwedberg, Blomquist & Sigerstad (2015).</p>	<p>Desconhecimento sobre a temática e falta motivação.</p>	<p>A educação para a saúde sobre esta temática é fundamental, tendo sempre em conta o respeito pela Autonomia, ou seja, a decisão deve ser sempre da parturiente/pessoa significativa.</p> <p>Realização de educação para a saúde aos pais sobre o contacto pele-a-pele durante o período pré-natal.</p> <p>Promoção da motivação dos pais através da divulgação dos benefícios do contato pele-a-pele.</p>
Aspetos relacionados com os profissionais		
	Obstáculos	Estratégias
Perspetivas dos EEESMOG do contexto de estágio	<p>Prioridade atribuída às rotinas institucionais (pesar o RN para iniciar o processo no sistema informático).</p> <p>Riscos para o RN (não corroborados pela evidência científica ex. hipotermia do RN).</p>	
	<p>Dificuldade na anuência entre obstetras, anestesistas e pediatras.</p>	<p>Melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar.</p>
Estudos: Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani & Farzi, 2016); Stevens, Schmied, Burns & Dahlen (2016); Zwedberg, Blomquist & Sigerstad (2015).	<p>Necessidade de realizar os procedimentos de rotina.</p>	<p>Os procedimentos hospitalares de rotina devem ser adiados ou realizados durante o mesmo, a menos que haja uma razão clinicamente justificável.</p>
	<p>Heterogeneidade de critérios sobre a prática do contacto pele-a-pele.</p>	<p>Formação dos profissionais de saúde sobre a temática.</p> <p>Implementação de um fluxograma / protocolo.</p>
	<p>Falta de conhecimentos dos profissionais sobre a temática e sobre como efetuar a sua implementação.</p>	
	<p>Dificuldades na articulação com outros profissionais de saúde.</p>	<p>Melhorar a comunicação entre a equipa multidisciplinar.</p>