



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PROMOTORAS DO
CONTATO PELE-A-PELE**

Emanuela Filipa da Silva Tavares

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA PROMOTORAS DO
CONTATO PELE-A-PELE**

Emanuela Filipa da Silva Tavares

Relatório de Estágio Orientado por: Docente Isabel Serra

Orientador Local: EEESMO Andreia Mendes

2014

DEDICATÓRIA

O meu eterno agradecimento...

À Professora Isabel Serra pelo apoio, orientação, disponibilidade e incentivo contínuo...

À Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Andreia Mendes pela partilha de saberes, estímulo contínuo e apoio incondicional...

Ao meu pilar, Pedro Pedrosa, pelo amor, carinho, dedicação, compreensão e paciência nos momentos mais difíceis desta caminhada...

Aos meus pais e restante família pelo apoio absoluto e pelo fato de continuarem a acreditar sempre em mim...

Aos colegas de curso pela partilha de experiências, conhecimentos, sugestões e incentivo...

Aos meus amigos(as) pela força e incitamento transmitido.

A todos os que se cruzaram comigo ao longo desta caminhada, o meu sincero obrigada pelos diferentes contributos.

“As primeiras experiências de amor e carinho do bebê em relação a outrem concretizam-se através do seio materno e encontram expressão no contato corporal, quando o bebê fixa os olhos no rosto da mãe”

(Kitzinger, 1984, p. 282).

LISTA DE ABREVIATURAS e/ou SIGLAS

APPT – Ameaça da Parto Pré-termo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CTG – Cardiotocografia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

Enf.^a – Enfermeira

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

ICM - International Confederation of Midwives

ICM – International Confederation of Midwives

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

RPM – Ruptura prematura de membranas

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHO – World Health Organization

RESUMO

Integrado no 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o presente Relatório de Estágio patenteia o percurso de aprendizagem realizado no Estágio com Relatório, dando destaque às intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do contato pele-a-pele.

A metodologia utilizada foi a Revisão Sistemática da Literatura, procurando apresentar a evidência científica que responda à questão de partida, em formato PI[C]O: **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do contato pele-a-pele?”**. Tendo por base o método PI[C]O considerado, evidenciam-se os seguintes conceitos: P (população) – mãe e recém-nascido; I (intervenções) – intervenção de Enfermagem; O (outcomes) – contato pele-a-pele. A pesquisa foi realizada na plataforma electrónica EBSCOhost Web e nas bases de dados CINHALL PLUS With Full Text, MEDLINE With Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects e Academic Search Complete, tendo sido seleccionados três artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Como resultado da Revisão Sistemática da Literatura realça-se que é benéfico identificar as barreiras ao contato pele-a-pele e implementar mudanças de prática, sendo que as intervenções mais aludidas foram: o envolvimento dos profissionais, a partilha de experiências e os momentos de reflexão em grupo para delinear estratégias; integrar esta temática durante o pré-natal e aulas de preparação para o parto, de forma a elucidar a mulher/família sobre o seu conceito e benefícios; obter o consentimento livre e esclarecido por parte da mulher/família; concretizar uma norma de procedimento, com a descrição passo-a-passo da intervenção; protelar as intervenções de rotina ao recém-nascido clinicamente estável (reorientação dos cuidados de enfermagem); registar as características de cada contato pele-a-pele estabelecido e obter o feedback da mulher/família após a realização do contato pele-a-pele.

Palavras-Chave: Contato pele-a-pele; Intervenção de Enfermagem; Mulher/Recém-nascido; Parto.

ABSTRACT

Integrated in the 4th Masters Course and Post-graduate specialization in Maternal Health Nursing and Midwifery (CMESMO), the School of Nursing Lisbon (ESEL), this Internship Report patents the learning process performed on stage with Report highlighting the interventions of the Nurse Specialist Maternal Obstetric and promoters of skin-to-skin.

The methodology used was the Systematic Literature Review, trying to present scientific evidence to answer the initial question in PI[C]O format: **“What's interventions Nurse Specialist Obstetric and Maternal Health in promoting skin-to-skin?”**. Based on the PI[C]O method considered, show the following concepts: P (population) – mother and newborn; I (interventions) – nursing intervention; O (outcomes) – skin-to-skin contact. The survey was conducted on the electronic platform EBSCOhost Web and in databases CINHALL PLUS With Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects and Academic Search Complete, having been selected three articles after application of the criteria for inclusion and exclusion.

As a result of the Systematic Literature Review highlights that it is beneficial to identify the barriers to skin-to-skin and implement changes in practice, and the most alluded interventions were: the involvement of professionals, sharing experiences and moments of group reflection to outline strategies; integrate this issue in antenatal classes and birth preparation, in order to elucidate the woman/family about its concept and benefits; obtain informed consent from the woman/family; implement a standard procedure, with step-by-step intervention; interventions delay routine newborn clinically stable (reorientation of nursing care); record the characteristics of each skin-to-skin set and get feedback from the woman/family after the completion of the skin-to-skin.

Keywords: Skin-to-skin; Nursing intervention; Women/Newborn; Delivery.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO.....	12
1.1 Finalidade e Objetivos do Estágio com Relatório	12
1.2 Caracterização do Local de Estágio	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1 Objeto de Estudo	15
2.2 Contato pele-a-pele.....	17
2.3 Promoção e Implementação do contato pele-a-pele.....	18
2.4 Teoria Filosófica da Enfermagem: Modelo de Adaptação de Callista Roy	19
3. METODOLOGIA	23
3.1 Revisão Sistemática da Literatura	23
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	25
4.1 Descrição e Análise das Competências Desenvolvidas.....	25
4.2 Prática Baseada na Evidência	45
5. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	53
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Aprendizagem

APÊNDICE II – Plano de Trabalho

APÊNDICE III – Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICE IV – 1º Diário de Aprendizagem

APÊNDICE V – 2º Diário de Aprendizagem

APÊNDICE VI – Norma de Procedimento

APÊNDICE VII – Registo do Contato pele-a-pele em formato Carimbo

APÊNDICE VIII – Registo do Contato pele-a-pele

APÊNDICE IX – Grelha do registo de cada Contato pele-a-pele

APÊNDICE X – Sessão sobre o Contato pele-a-pele

APÊNDICE XI – Notas de Campo

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Revisão Sistemática da Literatura – 1º Artigo	68
Tabela 2 – Revisão Sistemática da Literatura – 2º Artigo	73
Tabela 3 – Revisão Sistemática da Literatura – 3º Artigo	77

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio com Relatório, do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a elaboração do presente Relatório de Estágio com a finalidade de proceder à descrição, fundamentação e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e as enumeradas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2010). Este Estágio decorreu num Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica/Ginecológica, desde o dia 17 de Fevereiro de 2014 até ao dia 11 de Julho de 2014, sob a orientação da EEESMO Andreia Mendes e docente Isabel Serra, com um total de 750 horas, sendo 500 horas de Estágio, 25 horas de orientação tutorial e as restantes 225 horas para trabalho autónomo do estudante.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG), no seu exercício profissional, assume

“intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Na perspectiva da promoção da saúde das mulheres grávidas e suas famílias, as parteiras atuam em *“parceria com as mulheres para promover os cuidados a si próprias e a saúde das mães, bebés e famílias”* (ICM, 2010, p. 2), sendo que o cuidar assenta no *“respeito pela dignidade humana e pelas mulheres como pessoas com direitos humanos plenos”* (ICM, 2010, p. 2). No âmbito do trabalho de parto, a Ordem dos Enfermeiros (2010) adiciona que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) *“promove a saúde da mulher (...) e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5). Nesta sequência, e tendo por base os objetivos propostos para o CMESMO, a temática de interesse que elegi foi as **“Intervenções**

do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do contato pele-a-pele”. De modo a desenvolver competências especializadas nesta área foi utilizada a metodologia de Revisão Sistemática da Literatura, refletindo sobre a evidência científica e transportando-a para a prática, enquanto futura EEESMO. Sentindo a necessidade de basear a prática de cuidados num modelo teórico de enfermagem, o Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy surge como o referencial teórico norteador deste percurso de aprendizagem.

De forma a refletir sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências ao longo deste percurso de aprendizagem, torna-se essencial a realização de um Relatório que facilite este processo. Assim, emergem os seguintes objetivos:

- Descrever, analisar e refletir sobre os objetivos e atividades desenvolvidas durante o Estágio, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica;
- Refletir sobre as experiências de aprendizagem, com base na evidência científica;
- Refletir sobre as competências desenvolvidas, durante este percurso de aprendizagem, no âmbito das intervenções do EEESMO promotoras do contato pele-a-pele, fundamentadas com base na Revisão Sistemática da Literatura;
- Apresentar as competências adquiridas com vista à obtenção do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Este Relatório de Estágio está estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo remete-se à contextualização deste Estágio, mencionando a sua finalidade e objetivos e a caracterização do local de Estágio; o segundo capítulo reporta-se ao enquadramento teórico, englobando também a teoria de Enfermagem de referência; o terceiro capítulo contempla a metodologia de trabalho utilizada; o quarto capítulo aborda as competências desenvolvidas, através da descrição e análise das atividades realizadas e em articulação com a evidência científica; no quinto e sexto capítulos são apresentadas as limitações do trabalho e as considerações éticas, respectivamente; e, por fim, no último capítulo é realizada uma síntese sobre os contributos deste percurso de aprendizagem e o desenvolvimento de competências.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

A formação e os cuidados de saúde são dimensões fundamentais no desenvolvimento da sociedade. No que respeita à formação dos enfermeiros, a mesma deve contribuir para o progresso de profissionais informados, intervenientes e com capacidade para refletir, decidir, agir, criar e valorizar a condição humana.

Este primeiro capítulo reporta-se à finalidade e objetivos do Estágio com Relatório e respectiva caracterização do local de Estágio.

1.1 Finalidade e Objetivos do Estágio com Relatório

Como refere Longarito (2002, p. 28) os períodos de ensino clínico constituem um *“espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas”*, tendo sempre como base um projeto com objetivos e atividades delineadas.

Para o Estágio com Relatório foi traçado pela equipa pedagógica a seguinte finalidade:

“Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família em situação de saúde e doença no âmbito da transição para a parentalidade (...) e durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.”

Tendo por base as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010), as competências enumeradas na International Confederation of Midwives (ICM, 2010), as necessidades e recursos existentes na unidade de cuidados e o projeto individual, emergem os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e em situação de saúde e doença;
- Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao recém-

nascido saudável e em situação de risco, otimizando a sua adaptação à vida extra-uterina;

- Desenvolver competências para prestação de cuidados de Enfermagem especializados, que promovam o contato pele-a-pele:

- o Refletir com a equipa de saúde para a importância da promoção e implementação do contato pele-a-pele precoce;

- o Estabelecer o contato pele-a-pele, entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o nascimento, sempre que possível.

- Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher que recorre ao serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia.

Os objetivos referidos, bem como as actividades delineadas, os recursos a mobilizar, os resultados esperados e a respectiva avaliação foram descritos no Projeto Individual de Aprendizagem, apresentado no início do Estágio (APÊNDICE I).

1.2 Caracterização do Local de Estágio

Este Estágio foi realizado no Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos de um Hospital Geral, Central, da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

A Urgência Obstétrica e Ginecológica é composta por um recinto de admissões onde utentes e seus familiares se dirigem para efetuar a inscrição para a urgência, aguardando posteriormente a chamada médica através do intercomunicador, numa sala de espera contígua. Na urgência, do lado esquerdo, encontra-se a sala de CTG onde podem ser efetivados 3 CTG em simultâneo, em cadeirões reclináveis, podendo a vigilância do traçado ser realizada na central de enfermagem na sala de partos; 2 gabinetes de observação médica apetrechados de forma a dar resposta a qualquer situação clínica. À direita encontra-se 1 sala de enfermagem para reuniões, 1 sala de ecografia, 1 sala de enfermagem com capacidade para duas macas, destinadas a internamento/observação de curta duração e 2 casas de banho com duche. Ao fundo encontram-se 2 portas de vai e vem que antecedem a zona do

Bloco Operatório para procedimentos ginecológicos, com 2 salas com capacidade de duas macas cada, para se proceder ao recobro imediato de procedimentos ginecológicos programados ou ainda curetagens de urgência.

O Bloco de Partos comunica com as admissões através de uma zona de transfer onde se encontram macas e onde se localizam armários para utentes e familiares guardarem os seus pertences, sendo aqui que se inicia externamente o corredor de acesso dos familiares aos quartos. Este serviço tem um balcão central em forma de U onde está instalada a central de monitorização electrocardiográfica das utentes submetidas a cesarianas (recobro) e monitorização electrocardiotocográfica das grávidas. Á volta deste balcão localizam-se 7 quartos para trabalho de parto, parto e puerpério imediato e o recobro de utentes cesariadas. Todos os quartos têm a capacidade e todos os equipamentos necessários para uma grávida em trabalho de parto e parto e para o recém-nascido. Excepção para o quarto 4 com capacidade para duas grávidas, que se pretende que seja apenas em vigilância. O recobro (quarto 5) tem a capacidade para receber três utentes submetidas a cesariana. As casas de banho localizam-se externamente no corredor de acesso dos familiares. Ainda dentro do Bloco de Partos existem 2 Blocos Operatórios destinados sobretudo à realização de cesarianas.

A equipa de enfermagem é constituída por 32 EEESMO e 5 enfermeiros generalistas. As enfermeiras Chefe e Coordenadora praticam horário fixo (manhãs) e também são EEESMO. Em cada turno encontram-se no mínimo 6 enfermeiros, sendo que existe sempre um chefe de equipa (EEESMO) que é responsável pela gestão do turno e distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores, podendo ser alterada durante o próprio turno. Destaca-se que a metodologia de trabalho utilizada é o método individual de trabalho. Tanto no período diurno como nocturno existe uma equipa médica de serviço, equipa de anestesia de urgência que dá apoio a todo o hospital, médico neonatologista de urgência que pertence ao Serviço de Neonatologia, equipa de auxiliares de ação médica (mínimo 3 elementos) e equipa administrativa (mínimo 1 elemento).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O capítulo em questão é destinado à contextualização e justificação da temática do projeto individual, efetuando-se uma breve abordagem teórica, baseada nos autores de referência. De forma a proporcionar uma orientação no cuidar em enfermagem, torna-se pertinente basear a prática de cuidados num modelo teórico de enfermagem, visto que “*os modelos conceptuais podem servir de quadro de referência num estudo*” (Fortin, 1999, p. 91). Desta forma, o Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy surge como o quadro de referência norteador deste projeto e temática de interesse, sendo realizada uma breve revisão deste modelo.

2.1 Objeto de Estudo

Evidenciando Fortin (2009), a escolha do tema de estudo deve ser do interesse do investigador e, de um modo geral, está relacionado com a sua disciplina ou profissão, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. Neste sentido, o meu interesse incidiu sobre a temática do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto, concretamente conhecer as ***Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do contato pele-a-pele***.

Ao longo dos tempos assistimos a uma busca de identidade profissional e ao desenvolvimento da especificidade dos cuidados de enfermagem, aclamados pelas necessidades dos cidadãos, com vista ao progresso de um trabalho com qualidade. O EEESMO, em colaboração com outros profissionais de saúde, encontra-se numa posição privilegiada para ajustar as práticas e políticas para permitir o contato pele-a-pele logo após o nascimento, contudo é necessário, primariamente, compreender os seus benefícios. Neste sentido torna-se pertinente efetuar uma revisão da literatura, identificar as barreiras e incorporar o contato pele-a-pele precoce na prestação de cuidados, melhorando assim a experiência do nascimento para os pais e recém-nascidos. O parto é considerado um momento marcante na vida de uma mulher e caracterizado por rápidas e grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Adicionalmente, este momento autentica a transição do recém-nascido do

meio intra-uterino para o extra-uterino, através de um processo de adaptação gradual, conduzindo a inúmeras mudanças para o mesmo. Rotinas e práticas da equipa de saúde que incluem a avaliação e os cuidados imediatos ao recém-nascido sob uma fonte de calor radiante, proíbe ou interrompe o processo de contato pele-a-pele após o nascimento. Os cuidados imediatos ao recém-nascido podem ser efetivados de diferentes formas, de acordo com o tipo de assistência adotado, contudo, todos os procedimentos desenvolvidos no bloco de partos são de extrema importância. Evidenciando Cruz, Sumam, & Spíndola (2007) a vertente humanizadora de assistência ao parto e nascimento recomenda que os profissionais devem estimular a aproximação entre a mãe e o recém-nascido no pós-parto imediato, através do contato pele-a-pele.

Desta forma, torna-se relevante incorporar práticas baseadas na evidência científica, para substituir condutas infundadas durante a experiência do nascimento e possibilitar o estabelecimento do contato pele-a-pele, proporcionando os seus benefícios e melhorando a qualidade dos cuidados. Patenteando Matos [et al] (2010), os profissionais de saúde possuem um papel determinante no estabelecimento do contato pele-a-pele, sendo este não realizado apenas quando a situação clínica do recém-nascido ou da mãe se encontra comprometida.

Tendo por base a evidência científica, a concretização e o desenvolvimento do projeto individual tem como finalidade contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem especializados adequada e promotora do contato pele-a-pele, cooperando na melhoria da qualidade dos cuidados.

Tendo em conta a problemática de interesse, em apêndice apresenta-se o Plano de Trabalho integrado no Projeto de Estágio, realizado no âmbito da Unidade Curricular Opção, que contempla os objetivos específicos delineados, as atividades planeadas, os recursos a mobilizar, os resultados pretendidos e a respectiva avaliação (APÊNDICE II). Evidencia-se que o planeamento de trabalho integrou o Estágio com Relatório e outros Ensinos Clínicos realizados previamente, com o desígnio de responder ao tema em questão e efetivar a promoção e a implementação do contato pele-a-pele.

2.2 Contato pele-a-pele

O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido, imediatamente após o parto, possibilita o desenvolvimento do vínculo, a transmissão de segurança e afeto e aduz benefícios fisiológicos auspiciosos. De acordo com a UNICEF (2010), o contato pele-a-pele fornece os seguintes benefícios: acalma e relaxa a mãe e o recém-nascido; regula a frequência cardíaca e respiratória do bebê; estimula a digestão; regula a temperatura; permite a colonização da pele do recém-nascido com as bactérias “amigáveis” da mãe, proporcionando proteção contra a infecção; estimula o comportamento alimentar e estimula a libertação de hormonas para apoiar a amamentação e a maternidade. O contato pele-a-pele precoce garante a satisfação das necessidades biológicas básicas (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012) e facilita o processo de apego entre pais e filhos (Lowdermilk & Perry, 2008).

No exercício profissional, a sobrevalorização do ato técnico/instrumentalizado nos cuidados ao recém-nascido, na sua adaptação à vida extra-uterina, inibe o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce incitador de importantes benefícios prometedores. Esta prática baseada no contato íntimo nas primeiras horas de vida pode facilitar o comportamento materno-infantil e interações através de estímulos sensoriais, como tato, calor e odor. Bystrova [et al] (2003) corrobora este desígnio, esclarecendo que o contato pele-a-pele é um “caminho natural” de reverter os efeitos relacionados com o stress induzido durante o parto. Estar em contato pele-a-pele é, segundo a UNICEF (2010), o que a natureza destina ao recém-nascido. De acordo com Lamaze (2009, p. 2) *“recém-nascidos saudáveis colocados pele com pele com a sua mãe adaptam-se facilmente á vida extra uterina”*.

Salientando WHO & UNICEF (2009), os recém-nascidos devem ser colocados pele-a-pele em poucos minutos após o nascimento, permanecendo por 60 minutos ou mais, com todas as mães. Muitos estudos recomendam o contato pele-a-pele até 120 minutos, provavelmente para aproveitar ao máximo o tempo de alerta do recém-nascido (Luna [et al], 2009). Dentro dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, o 4º passo (*“ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento”*) deve ser interpretado como colocar os bebês em contato

pele-a-pele com as suas mães imediatamente após o nascimento, pelo menos, uma hora e incentivar as mães a reconhecerem quando os seus bebés estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário (WHO & UNICEF, 2009).

O contato pele-a-pele deve ser estabelecido num ambiente sem pressa o mais cedo possível após o parto e, se tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do bebé, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível (UNICEF, 2011). Referenciando Brazelton & Cramer (1989, p. 70) *“em plena sala de partos, as mães querem pegar nos seus bebés, na posição en face (cara-a-cara)”*.

2.3 Promoção e Implementação do contato pele-a-pele

Aludindo WHO & UNICEF (2009), durante a vigilância pré-natal é fundamental abordar com a mulher/família o contato direto e contínuo pele-a-pele, o início precoce do aleitamento materno e o alojamento conjunto em uma base de 24 horas. No seguimento desta ideia, a Ordem dos Enfermeiros (2012a) enaltece e clarifica que durante os Cursos de Preparação para o Nascimento é fundamental empoderar o casal grávido no contato e vinculação precoces através da não separação mãe-bebé. Um dos objetivos do pré-natal e da frequência nos cursos referidos é o favorecimento da compreensão de novas vivências pelas quais a mulher/família irão passar, durante a gestação, parto e pós-parto. Assim, é durante o pré-natal que surge a possibilidade de elucidar, pela primeira vez, sobre a questão do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido (Matos [et al], 2010).

Enquanto enfermeiros, devemos reconhecer a importância do contato pele-a-pele precoce para a díade/tríade, incentivando a sua prática, tendo por base que *“batem juntos dois corações no mesmo ritmo da respiração, mãe e filho em permanente contacto dividem calor, carinho, conforto e segurança”* (Costa, 2003, p.18). De acordo com a posição privilegiada que o EEESMO ocupa na sala de partos, o mesmo tem a oportunidade de proporcionar o início do contato e de auxiliar a mulher neste primeiro reconhecimento do recém-nascido, agora fora da vida intra-uterina. Tal como mencionam Matos [et al] (2010), Dabrowski (2007), Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012) e Price & Johnson (2005), a revisão da literatura, as sessões de formação e as reflexões em grupo com a partilha de experiências, são

considerados os pilares para que os Enfermeiros reconheçam a importância do contato pele-a-pele precoce, ultrapassem barreiras e iniciem uma prática baseada na evidência atual.

Após a obtenção prévia do consentimento informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, para a concretização do contato pele-a-pele, imediatamente ao nascimento, o recém-nascido deve ser rapidamente seco e colocado pele-a-pele com a mãe, isto é, a pele do recém-nascido deve tocar a pele da mãe na maior parte do seu corpo, não devendo haver nada entre eles. No entanto, um cobertor quente ou uma toalha pode ser colocada sobre os dois, de forma a garantir que o bebê não perde calor e que a privacidade da mãe é mantida. Adiciona-se que, a colocação de um chapéu/gorro ao recém-nascido também pode ser recomendável (UNICEF, 2011). Evidencia-se que a avaliação e a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (determinação do Índice de Apgar, administração da Vitamina K, profilaxia da infecção ocular e a colocação de pulseira identificativa e eletrônica) podem ser realizadas durante o contato pele-a-pele, sendo que uma avaliação mais abrangente do recém-nascido e a avaliação do peso devem ser proteladas, sempre que possível (Dabrowski, 2007; UNICEF, 2011 e Luna [et al], 2009).

Para a efetiva mudança da prática baseada na evidência e a sua continuidade durante a prestação de cuidados, os estudos de Matos [et al] (2010), Price & Johnson (2005) e de Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012), assinalam que o registo da implementação e das características de cada contato pele-a-pele estabelecido é fundamental, sendo útil documentar o início, duração e motivo do término desta intervenção.

2.4 Teoria Filosófica da Enfermagem: Modelo de Adaptação de Callista Roy

O nascimento e a adaptação à vida extra-uterina são eventos que ocorrem no ciclo de vida assim como num contexto de ajuste e redefinição de papéis. Os sistemas de adaptação humanos são complexos, multifacetados e respondem a inumeráveis estímulos ambientais para conseguir a adaptação. Os seres humanos, com a sua aptidão para se adaptarem aos estímulos ambientais, têm a capacidade

de criar mudanças no ambiente (Phillips, 2004). É neste sentido, que o Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy surge como o quadro de referência norteador.

De acordo com Callista Roy, a adaptação refere-se ao *“processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental”* (Phillips, 2004, p. 307). A adaptação apresenta-se como um processo de promoção da integridade fisiológica, psicológica e social e, no momento do nascimento, o EEESMO deve proporcionar a melhor adaptação possível do recém-nascido à vida extra-uterina, prestando cuidados de excelência face aos estímulos ambientais, que são bem diferentes do ambiente calmo intra-uterino.

Para Callista Roy a Enfermagem atua para melhorar a interação da pessoa com o ambiente, promovendo assim a sua adaptação. A Enfermagem é o *“corpo de conhecimentos científico (...) usado com a intenção de fornecer um serviço essencial às pessoas, isto é, promover a capacidade de afetar positivamente a saúde”* (Phillips, 2004, p. 308). Assim, o enfoque central da Enfermagem é a pessoa, que surge como o receptor dos cuidados, um sistema da adaptação vivo e complexo com processos internos (cognator e regulador) que atuam para manter a adaptação nos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência) (Phillips, 2004).

Segundo este modelo a saúde é *“um reflexo da adaptação, isto é, a interação da pessoa e do ambiente”* (Phillips, 2004, p.308). Saúde não significa estar livre do stress, mas indica capacidade de lidar com ele de forma competente, ou seja, a saúde ocorre quando os humanos se adaptam continuamente (Phillips, 2004). Para a pessoa enquanto sistema adaptativo, o ambiente surge como o input, envolvendo fatores internos e externos. Contudo, qualquer mudança ambiental exige um aumento de energia para se adaptar à situação.

As respostas adaptativas são as que promovem a integridade e que conduzem à saúde, sendo as respostas ineficazes as que não conseguem atingir ou ameaçam este processo de adaptação. Assim, sabendo que a pessoa é um sistema de vida aberto e adaptativo que recebe inputs ou estímulos do ambiente e de si próprio, torna-se fulcral reconhecê-los, com o objetivo de ajudar o processo de adaptação e a gerir o ambiente (Phillips, 2004). Torna-se relevante aludir que o nível de

adaptação é determinado pelo efeito combinado dos estímulos focal (estímulo interno ou externo que confronta o sistema humano), contextual (fatores do ambiente que se apresentam à pessoa e que contribuem para o efeito do estímulo focal) e residual (fatores ambientais, dentro ou fora do sistema humano, com efeitos pouco claros).

O trabalho de parto e os acontecimentos inerentes ao nascimento estimulam respostas do sistema simpático manifestadas por alterações da frequência cardíaca, da cor, da respiração, da actividade motora, da função gastrointestinal e da temperatura do recém-nascido, sendo fundamental o Enfermeiro estar consciente das características habituais do período de transição para detetar precocemente perturbações na adaptação (Lowdermilk & Perry, 2008). No momento do nascimento, o EEESMO deve reconhecer os inputs ou estímulos ambientais para intervir, promover capacidades adaptativas e melhorar a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.

Neste sistema de adaptação humana existem dois subsistemas integrados, sendo que os processos de controlo produzem efeitos nos quatro modos de adaptação. O subsistema de processos primário (processos de controlo) consiste no regulador e no cognator. O subsistema regulador de coping, por via do modo adaptativo fisiológico, envolve o sistema nervoso, químico e endócrino, e o subsistema cognator, através dos modos adaptativos de autoconceito, interdependência e função de papel, envolve quatro canais cognitivo-emotivos (processamento perceptual e de informação, aprendizagem, julgamento e emoção) (Phillips, 2004).

O recém-nascido, após o nascimento, realiza adaptações comportamentais e fisiológicas à vida extra-uterina e, habitualmente, os recém-nascidos de termo conseguem realizar estas adaptações com pouca ou nenhuma dificuldade. No entanto, o EEESMO deve facilitar e melhorar a adaptação do recém-nascido neste período de transição, implementando intervenções que visam gerir os estímulos e, sabendo que, de acordo com a evidência científica, o contato pele-a-pele precoce promove a adaptação.

Com a intervenção de Enfermagem podem ocorrer quatro modos de adaptação (subsistema secundário). O modo físico-fisiológico refere-se à forma como os

humanos interagem com o ambiente através de processos fisiológicos para satisfazer as necessidades básicas de oxigenação, nutrição, eliminação, actividade, repouso e proteção (Phillips, 2004). No processo de adaptação à vida extra-uterina percebe-se que através do contato pele-a-pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido promove-se a satisfação das necessidades básicas supracitadas. O modo adaptativo de identidade de autoconceito de grupo relaciona-se com a necessidade de saber que se é e como agir em sociedade, sendo que o autoconceito é constituído pelo ser físico (sensação corporal e imagem corporal) e ser pessoal (auto consistência, auto ideal e ser moral-ético-espiritual) (Phillips, 2004). O modo adaptativo de desempenho de papel descreve os papéis primário, secundário e terciário que um indivíduo desempenha na sociedade, sendo que um papel descreve as expectativas acerca do comportamento de uma pessoa em relação a outra (Phillips, 2004). O modo adaptativo de interdependência relaciona-se com as interações das pessoas na sociedade, sendo o principal objetivo as pessoas darem e receberem amor, respeito e valor (Phillips, 2004). Neste contexto, evidencia-se que o contato pele-a-pele precoce pode facilitar o processo de apego entre pais e filhos (Lowdermilk & Perry, 2008).

A finalidade dos quatro modos adaptativos é alcançar a integridade fisiológica, psicológica e social, sendo o output desejado obter respostas adaptativas no período de transição para a vida extra-uterina, através do estabelecimento do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido.

3. METODOLOGIA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 4), o Enfermeiro Especialista “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*”. A investigação científica é um dos critérios indispensáveis na fundamentação e orientação da prestação de cuidados em enfermagem, que pelo seu carácter sistemático e rigoroso oferece a credibilidade necessária para o progresso da enfermagem. Fortin (2009, p. 4) evidencia que a investigação científica é um “*método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas*”.

Tendo como objetivo aprofundar os conhecimentos sobre as intervenções do EEESMO na promoção do contato pele-a-pele precoce, torna-se pertinente efetuar uma leitura mais profunda e sistemática da documentação recolhida sobre o tema, investindo assim numa Revisão Sistemática da Literatura. Através deste método pretende-se apresentar a evidência científica que responda à questão de partida e, deste modo, suportar a prática clínica.

3.1 Revisão Sistemática da Literatura

Para Fortin (2009) a Revisão Sistemática da Literatura é uma revisão mais aprofundada que permite tomar em conta o avanço dos conhecimentos, fazer o ponto sobre aspetos precisos do tema, ordenar a informação e redigir a revisão.

Ao formular a questão tive em consideração a definição apresentada por Fortin (2009, p. 53) caracterizando-a como “*uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se pretende tomar*”. Assim, como ponto de partida para esta revisão foi formulada a seguinte questão, em formato PICO: **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do contato pele-a-pele?”**. Como linha orientadora para a construção da questão de partida e para a identificação dos conceitos exploratórios recorri ao método de PICO, tendo considerado: P (população) – mãe e recém-nascido (mother; newborn); I

(intervenções) – intervenção de Enfermagem (nursing intervention); O (outcomes) – contato pele-a-pele (skin-to-skin contact).

Tendo em conta a questão de partida iniciou-se a pesquisa no mês de Maio de 2013, na plataforma electrónica EBSCOhost Web e nas bases de dados CINHALL PLUS With Full Text; MEDLINE With Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects e Academic Search Complete. As palavras-chave utilizadas, validadas pelos descritores de pesquisa, foram: skin-to-skin contact; delivery; mother; newborn; nursing e intervention. Os descritores da pesquisa foram assim combinados através da expressão booleana AND da seguinte forma: [(“skin-to-skin contact”) AND (“delivery”) AND (“mother”) AND (“newborn”) AND (“nursing”) AND (“intervention”)]. Com esta operacionalização foram obtidos seis resultados, tendo sido aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Como limitadores desta pesquisa, apenas foram considerados os artigos em idioma português, inglês e espanhol, livres de quaisquer encargos financeiros, em texto integral (Full Text), com data de publicação de 01-01-2003 a 31-12-2014 e referentes a recém-nascidos de termo, partos eutócicos e com ausência de patologia fetal e materna. Em termos de exclusão, foram excluídos os artigos repetidos e os que não se relacionavam com a questão de partida, bem como os discordantes com os critérios de inclusão mencionados. Assim, foram incluídos três artigos, que respondem à questão de partida e que reforçam a pertinência do estudo, visando a melhoria da qualidade de cuidados do EEESMO (APÊNDICE III).

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo é destinado à reflexão sobre a prática clínica e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia. Assim, será efetivada uma descrição sobre todas as atividades realizadas, tendo por base os objetivos delineados, e a reflexão patenteará a articulação entre a teoria e a prática. De acordo com Attallah e Castro (1998) citado por Domenico e Ide (2003, p. 116) a prática baseada na evidência compreende o *“uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente”*.

4.1 Descrição e Análise das Competências Desenvolvidas

Durante este percurso de aprendizagem desenvolvi competências técnicas, científicas, relacionais e humanas, através da prestação de cuidados à mulher/recém-nascido/família em contexto de Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos, recorrendo a estratégias de observação, intervenção e reflexão das práticas.

A integração na organização e dinâmica no contexto clínico remete ao sucesso do desenvolvimento das restantes competências a desenvolver. A integração gradual e eficaz na organização e dinâmica no contexto clínico, o domínio e a gestão do espaço físico e dos equipamentos tornaram-se num dos pontos-chave para a promoção da autonomia na prestação de cuidados e para o desenvolvimento de competências.

Desde o início deste Estágio que verifiquei que o EEESMO tem de ser polivalente e dar resposta a várias solicitações, por vezes em simultâneo. Pode ser necessária a sua prestação de cuidados na urgência, no bloco operatório, no recobro ou nas salas de parto, e por vezes, em situações complexas, é necessário mais do que um EEESMO para responder às situações. O papel do EEESMO passa assim por resolver situações complexas e reveste-se de maior poder de decisão e responsabilidade. Contudo, evidencia-se que a prestação de cuidados de qualidade

no Bloco de Partos só é possível com uma estreita articulação entre todos os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar.

Com a finalidade de desenvolver competências e atingir os objetivos delineados, tornou-se indispensável a concretização de revisão da literatura, a consulta de processos clínicos e normas e o aprofundamento de conhecimentos através dos saberes e esclarecimentos por parte da orientadora local, seguindo a premissa da Competência 1 da ICM (2010, p. 4) que aponta que a parteira *“mantém/atualiza os seus conhecimentos e competências, a fim de se manter atualizada na sua profissão”*. Realça-se que a reflexão acerca das experiências vivenciadas, com a orientadora local e muitas vezes com a restante equipa multidisciplinar, foi tónica no decurso deste Estágio, o que permitiu um ganho de conhecimentos pela partilha dos diferentes saberes e experiências. Os diários de aprendizagem (APÊNDICE IV e V) concretizam reflexões acerca de duas situações vivenciadas.

Procurei desenvolver atividades que me permitissem atingir os objetivos planeados, adequando os cuidados às reais necessidades da mulher/recém-nascido/família e mantendo uma postura de respeito. De acordo com a APEO (2009), a prestação de cuidados obstétricos de urgência com qualidade devem ser acessíveis a todas as mulheres, independentemente da sua cidadania ou estatuto, respeitando as suas convicções e opções.

Para atingir os objetivos estabelecidos existiram alguns aspectos que foram comuns, tais como: o primeiro contato com a mulher/família, tendo em consideração a forma de comunicar e o acolhimento caloroso; a apresentação dos profissionais envolvidos e a integração na estrutura física e organizacional do serviço; assim como o esclarecimento de todos os procedimentos a realizar, após uma prévia colheita de dados, análise do processo clínico e exames complementares. Desde o primeiro contato tentei estabelecer uma relação empática, demonstrando disponibilidade para a aclaração de dúvidas, desmistificando receios inerentes ao momento, promovendo um clima de confiança e procurando ser o elemento de referência nos cuidados especializados que prestei. Segundo Graça (2010, p. 164)

“o momento do internamento hospitalar reveste-se de alguma ansiedade para qualquer indivíduo. No contexto específico da gravidez e do trabalho de parto assume uma

peculiaridade, associada à ansiedade e ao medo do desconhecido de que se revestem os momentos que precedem o nascimento do bebê” (Graça, 2010, p. 164).

Na prestação de cuidados procurei adotar uma comunicação eficaz e adequada à pessoa com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança, visto que o EEESMO *“comporta-se de modo cortês, não crítico, não discriminatório e culturalmente adequado com todos os clientes”* (ICM, 2010, p. 4).

Além dos cuidados técnico-científicos, a educação para a saúde foi destaque ao longo de todo o Estágio, dando assim supremacia ao referido pela ICM quando explicita que *“a parteira tem competência (...) para participar em discussões de educação para a saúde com e para as mulheres e as suas famílias”* (ICM, 2010, p. 4).

A presença do acompanhante foi um aspecto tido em consideração, dando a possibilidade à mulher de estar ou não acompanhada por uma pessoa significativa à sua escolha, visto que o EEESMO facilita *“a presença de uma pessoa que preste apoio durante o trabalho de parto e o parto”* (ICM, 2010, p. 12), proporcionando ao acompanhante um papel ativo. Este acompanhamento permitiu o desenvolvimento de competências relacionais com a mulher e acompanhante, aperfeiçoando a utilização das técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Patenteia-se que a escuta de expectativas e desejos, a promoção do envolvimento do acompanhante e o suporte emocional foram essenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2010) para o processo harmonioso de cuidados.

Durante a prestação de cuidados foram consideradas as questões éticas que regem a profissão, valorizando a privacidade, o respeito, o sigilo profissional, a autonomia e o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, visto que o EEESMO *“age consistentemente de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos”* (ICM, 2010, p. 4).

Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e em situação de saúde e doença

Para Hesbeen (2000, p. 19) todas as situações de cuidados são únicas e diferentes umas das outras, nas quais o prestador de cuidados cuida, na perspectiva de desenvolver um processo que implica uma atitude própria, que lhe permita “caminhar” com a mulher/recém-nascido/família. Este “caminhar” implica o envolvimento e o desenvolvimento de competências adequadas e específicas na determinada área do cuidar. Neste sentido, e tendo em conta o contexto clínico, a competência supracitada esta enquadrada na competência H3¹ apresentada pela Ordem dos Enfermeiros (2010), assim como na competência 1² e 4³ anunciada pela ICM (2010).

Sabendo que o EEESMO promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, diagnostica e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido e providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2010) tornou-se fulcral proceder de forma constante à identificação, planeamento, implementação, avaliação e atualização de intervenções de enfermagem especializadas nos diferentes estádios de trabalho de parto. O desenvolvimento e a aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do trabalho de parto foram trabalhados durante todo o Estágio, permitindo uma autonomia crescente, com a supervisão e apoio da orientadora local. Evidencia-se que nos diferentes estádios do trabalho de parto foi possível participar ativamente na vigilância e cuidados a utentes com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, como hipertensão crónica ou induzida pela gravidez e diabetes gestacional.

O acolhimento foi o ponto de partida para o planeamento das atividades, tendo em conta a vigilância do bem-estar materno-fetal, início de trabalho de parto

¹ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

² As parteiras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé.

³ As parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.

espontâneo ou induzido, a detecção de eventuais sinais de complicações ou agravamento da situação clínica, a educação para a saúde e a avaliação das necessidades psicológicas ou emocionais da mulher/família. Na admissão da mulher/família realizei a anamnese e o exame físico, protegendo a privacidade da mulher, com o objetivo de orientar e avaliar a progressão do trabalho de parto, obtendo o maior número de informações possíveis para planejar e implementar os cuidados. Este exame físico remete à avaliação de sinais vitais, manobras de Leopold para avaliação da situação, apresentação e posição fetal, realização do registo cardiotocográfico e toque obstétrico para avaliação da adequação da estrutura pélvica, características do colo (posição, consistência, apagamento e dilatação), apresentação fetal, integridade das membranas e características do líquido amniótico.

Durante a prestação de cuidados identifiquei as expectativas e conhecimentos da mulher/família, o que permitiu perceber as experiências anteriores, receios, como idealizaram o parto/nascimento, desmistificar pré-conceitos e validar conhecimentos, de forma a prestar cuidados especializados de qualidade e que fossem ao encontro dos desejos verbalizados. Segundo Canavarro (2001) um dos aspectos que atualmente caracteriza a experiência da gravidez e da maternidade é a oportunidade que as mulheres/famílias têm de decidir sobre vários assuntos, como a experiência do parto. Ao ter a consciência de que os medos intensificam o *stress* da mulher ao ponto de interferir no processo do trabalho de parto, foi sempre considerada a transmissão de informação adequada, valorizando o seu esforço e encorajando-a a participar neste processo. Tal como refere Lothian (2001), citado por Lowdermilk (2008, p. 422) *“as mulheres devem confiar nas suas capacidades inatas para o parto e, os enfermeiros devem apoiar e proteger os esforços da mulher para atingir este objetivo”*. Neste sentido, elogiei sempre a mulher/família pelo alcançado durante o trabalho de parto e pela sua colaboração, solicitando a participação ativa da pessoa significativa, nomeadamente na ajuda do controlo da respiração, na mobilização da mulher, aplicação de massagem e apoio psicológico.

O processo de negociação com a mulher/família foi uma constante, obtendo o seu consentimento informado, sobre os procedimentos mais favoráveis para a

condução do trabalho de parto, orientando de forma antecipada, os procedimentos a realizar de acordo com a situação e as opções da mulher/família.

Durante o trabalho de parto, a dor é um fenómeno complexo e individual, com uma componente sensorial e emocional que deve ser considerada, uma vez que o alívio da dor durante o trabalho de parto contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente (Ordem dos Enfermeiros, 2014a). A sua avaliação, segundo a escala numérica, tornou-se numa prática corrente de cada momento singular vivenciado pela mulher, tendo sido desenvolvidas ações no sentido de informar a mulher/família sobre o motivo da dor e esclarecendo acerca da evolução do trabalho de parto. Para o alívio da dor, a todas as mulheres foram disponibilizados métodos farmacológicos, como a administração de fármacos por via endovenosa e a analgesia loco-regional, bem como técnicas não farmacológicas, como relaxamento e técnicas de respiração, alternância de decúbitos (alternativas à posição de litotomia), musicoterapia, duche, deambulação e realização de exercícios na bola de pilates, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2014a,b), através do Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade. Adicionalmente a estas medidas, e de acordo com o Projeto supracitado, da Ordem dos Enfermeiros (2014c) e diretrizes da OMS, foi incentivada a ingestão de líquidos (água, chá açucarado, gelatina), prevenindo os efeitos prejudiciais do jejum prolongado. Relativamente à analgesia epidural foi a estratégia farmacológica mais utilizada para alívio da dor associada ao trabalho de parto, segundo a escolha das parturientes e após serem informadas sobre a técnica, riscos e potenciais complicações associadas. Durante a realização das técnicas colaborei na colocação do cateter, através da preparação do material, fármacos, posicionamento adequado das parturientes e seu acompanhamento durante o procedimento, orientando e apoiando.

Durante o processo de vigilância do trabalho de parto procedi à deteção de possíveis desvios do padrão normal do trabalho de parto, executando as ações necessárias para corrigir a situação, como administração de terapêutica prescrita, vigilância do bem-estar materno-fetal, vigilância da dinâmica uterina, prevenção e diagnóstico de complicações, nomeadamente hipertonias uterinas, taquisistolias, hemorragias, taquicardia ou desaceleração fetal e diminuição da variabilidade fetal.

Relativamente às intervenções interdependentes participei na implementação de regimes terapêuticos prescritos, nomeadamente antibióticos (por exemplo, para prevenção da infeção neonatal por estreptococos do grupo B positivo), antihipertensores (nas situações de hipertensão crónica ou induzida pela gravidez) e administração de ocitocina endovenosa, quando o colo uterino se apresentava favorável com um Índice de Bishop superior a 5 (Graça, 2010).

A dificuldade na avaliação e interpretação da cervicometria, da bacia materna e da estática fetal, para dar resposta ao critério de avaliação H3.2.4⁴ da competência H3 da Ordem dos Enfermeiros (2010) foram desafios que foram sendo ultrapassados de forma gradual com o desenvolvimento da experiência prática. Adicionalmente, desenvolvi capacidades técnicas na realização da amniotomia, à qual procedi quando necessário para melhorar a eficácia das contrações uterinas, proceder à monitorização interna e/ou observar as características do líquido amniótico, no caso de alterações do bem-estar materno-fetal (Graça, 2010).

No decurso do 1º Estádio do Trabalho de Parto foi primordial o sistema de suporte e a educação para a saúde, esclarecendo dúvidas e fornecendo informação pertinente e adequada às necessidades de cada parturiente/pessoa significativa, permitindo atenuar os desconfortos provocados pelas contrações uterinas, promover uma boa oxigenação materna e fetal e a eliminação vesical regular. Sempre que necessário colaborei com outros elementos da equipa multidisciplinar, nas situações que estavam para além da minha área de atuação, evidenciando o critério de avaliação H3.2.2⁵ da Unidade de Competência H3.2 da Ordem dos Enfermeiros (2010). Durante a vigilância do trabalho de parto foram efetuados registos de enfermagem de forma constante, bem como o preenchimento e interpretação do partograma. Assim, ao longo deste Estágio procedi ao acompanhamento de 77 parturientes/famílias, no 1º Estádio do Trabalho de Parto.

Tendo em consideração que o 2º Estádio do Trabalho de Parto pode ser uma fase extenuante para a parturiente devido ao esforço físico despendido, tornou-se necessário adotar uma atitude de disponibilidade e antecipar as necessidades da

⁴ Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.

⁵ 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.

mulher/pessoa significativa, desenvolvendo as seguintes atividades: ensino e reforço positivo à parturiente na realização de esforços expulsivos; promoção do repouso entre cada contração; avaliação do bem-estar materno-fetal; confirmação das condições ambientais e funcionalidade do espaço físico para o parto; uso correto de procedimentos de assepsia; preparação da mesa para o parto e organização dos instrumentos cirúrgicos; avaliação da eficácia da contractilidade uterina; avaliação da progressão fetal; administração de analgesia pelo catéter epidural se necessário.

De acordo com o critério de avaliação H.3.2.6⁶ da Ordem dos Enfermeiros (2010), no decurso deste Estágio apliquei de forma gradual as técnicas adequadas na realização dos partos de apresentação cefálica, contudo a continuidade do desenvolvimento requer prática e cada nascimento é diferente e igualmente singular. Neste contexto tive a oportunidade de realizar 47 partos eutócicos, 27 dos quais com episiotomia/episiorrafia, 5 com períneo intacto, 3 com lacerações de grau I dos pequenos lábios coincidente com a realização de episiotomia e 15 onde ocorreram lacerações de grau I e/ou II, ao nível da fúrcula, mucosa vaginal e/ou lábios, que foram suturadas. Enaltece-se que do total de partos realizados 4 foram partos pré-termo (idade gestacional de 36 semanas) e em 2 ocorreu situação de distócia de ombros, pelo que foi necessário aplicar técnicas adequadas para a extracção do feto. Tal como patenteia a evidência científica, durante a execução dos partos não efetuei a técnica de episiotomia de forma rotineira, tendo sido utilizada apenas quando necessário para abreviar o período expulsivo, por exemplo por sofrimento fetal, apresentação occipito-posterior e distócia de ombros (Graça, 2010). Sempre que necessário foi utilizada a técnica de incisão médio-lateral, iniciada ao nível da fúrcula, no momento em que o pólo cefálico do feto distende o períneo (ou “coroa”), diminuindo a extensão da incisão e o volume da hemorragia (Graça, 2010).

Neste percurso adquiri competências na avaliação da existência de circular cervical, procedendo à clampagem imediata do cordão umbilical, nas situações de circular apertada. Após a extracção do recém-nascido procedi à expressão de mucosidades das vias aéreas superiores e, sempre que possível e de acordo com o desejo da parturiente, promovi a relação precoce através do contato pele-a-pele

⁶ Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.

imediatamente entre a mãe e o recém-nascido. Sempre que possível, a realização da laqueação do cordão umbilical foi efetivada já durante o contato pele-a-pele e após o cordão deixar de pulsar (Luna [et al], 2009), identificando previamente se existia o desejo por parte da mulher e/ou pessoa significativa para cooperar neste procedimento. Em vários partos realizados tive a oportunidade de colher sangue do cordão umbilical para tipagem, teste de Coombs direto e para a conservação de células estaminais.

Face ao desenvolvimento de competências na identificação de incompatibilidade feto-pélvica, prolongamento da fase ativa, ausência da progressão da apresentação fetal e/ou inadequados ou insuficientes esforços expulsivos no 2º Estádio do Trabalho de Parto, foi possível colaborar com a equipe multidisciplinar em 12 situações de partos distócicos (9 por ventosa, 1 por fórceps e 2 por cesariana), tendo tido a preocupação de apoiar a parturiente/pessoa significativa na vivência desta experiência, informando e esclarecendo dúvidas sempre que necessário.

Salienta-se que para além do cuidar físico, também foi considerada a dimensão psicológica da mulher/família na vivência desta experiência, através da promoção e aceitação da expressão de sentimentos, mobilizando o critério de avaliação H3.3.1⁷ da Unidade de Competência H3.3 da Ordem dos Enfermeiros (2010).

Quanto ao 3º Estádio do Trabalho de Parto procedi à vigilância e condução da dequitação, mantendo uma atitude expectante, evitando manobras intempestivas e aguardando que o processo decorresse de forma natural. Neste estágio desenvolvi as seguintes atividades: identificação dos sinais de descolamento da placenta; adoção de manobras para facilitar a saída da placenta (ligeira tração no cordão umbilical); avaliação do mecanismo de saída da placenta (Schultze ou Duncan); vigilância do globo de segurança de Pinard para prevenção de hemorragia; avaliação das perdas hemáticas via vaginal; observação do estado geral da utente e valorização das suas queixas; administração de terapêutica; observação da placenta para confirmação da integridade das membranas e cotilédones. Neste âmbito procedi à realização de 47 dequitações (coincidente com o número de partos

⁷ Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.

realizados), de forma natural e aparentemente completas. Realça-se que, em algumas situações, o início da amamentação durante o contato pele-a-pele precoce favoreceu a dequitação e a prevenção da hemorragia, devido à estimulação da produção natural de ocitocina.

Após a dequitação e a inspeção do canal de parto, estando a mulher hemodinamicamente estável, procedeu-se à realização das episiorrafias e/ou à sutura de lacerações existentes. A aplicação de técnicas de reparação do canal de parte, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2010) (critério de avaliação H3.3.4⁸), apresentou-se como um desafio, tendo tido no início alguma dificuldade na identificação dos diferentes planos, situação que foi sendo ultrapassada com o decurso do estágio. Sabendo que a realização destas técnicas são fundamentais na recuperação, bem-estar e conforto da mulher no pós-parto, segui de forma rigorosa os procedimentos de assepsia e desenvolvi as seguintes atividades: exposição de tecidos do canal vaginal, colo e períneo com o objetivo de detetar possíveis lacerações e identificar os tecidos a suturar; estabelecimento das condições técnicas para a realização da sutura; administração de anestesia local, se necessário; avaliação do compromisso dos tecidos adjacentes, com a vigilância contínua das perdas sanguíneas durante a reconstrução. No final da reparação do canal de parto procedia à prestação de cuidados de higiene e conforto, aplicação de gelo no períneo e aproveitava o momento para informar a puérpera sobre os cuidados a ter com o períneo durante o puerpério, vigilância das perdas hemáticas via vaginal e sinais de alerta, tal como alude a Ordem dos Enfermeiros (2010) pelo critério de avaliação H4.2.1⁹.

Tendo em conta que o 4º Estádio do Trabalho de Parto é uma fase de readaptação do organismo materno, importa manter uma vigilância cuidada de forma a antecipar possíveis complicações, agindo em conformidade com a competência 4¹⁰ da Ordem dos Enfermeiros (2010) e competência n.º 5¹¹ da ICM (2010). A

⁸ Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

⁹ Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho.

¹⁰ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

¹¹ As parteiras prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.

puérpera e o recém-nascido permanecem por um período de duas horas no Bloco de Partos, após as quais, se não existirem complicações, são transferidos para o Serviço de Puerpério. No caso do parto distócico por cesariana, a puérpera permanece no recobro (unidade de cuidados pós-anestésicos) com o recém-nascido, normalmente também duas horas após o nascimento.

Durante este período os cuidados prestados prenderam-se com vigilância da puérpera e do recém-nascido, tendo sido desenvolvidas as seguintes atividades: avaliação do globo de segurança de Pinard; monitorização das perdas hemáticas via vaginal; observação e avaliação do períneo, nomeadamente a pesquisa de sinais inflamatórios; vigilância da recuperação pós-anestésica, se for o caso; vigilância da eliminação urinária; vigilância de sinais vitais; promoção da higiene, conforto e bem-estar da puérpera; avaliação psicológica e emocional da puérpera/família; promoção da vinculação da díade/tríade e fortalecimento do papel parental e incentivo precoce à amamentação.

Até à transferência da díade para o Serviço de Puerpério procurei potenciar em todas as minhas intervenções a saúde da mulher e do recém-nascido no pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2010), concretizando os registos de enfermagem necessários de forma a promover a continuidade de cuidados. Salienta-se que nas situações de risco familiar foi efetuada articulação com os Cuidados de Saúde Primários e/ou com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), no caso de mães adolescentes.

No decurso deste Estágio prestei cuidados a 72 puérperas: 55 tiveram parto eutócico, 9 parto por ventosa, 1 parto por fórceps e 7 foram cesarianas.

Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao recém-nascido saudável e em situação de risco, otimizando a sua adaptação à vida extra-uterina

O meio uterino proporciona ao feto condições favoráveis para o seu desenvolvimento, fornecendo-lhe proteção, nutrição e temperatura adequada. No momento do nascimento, o recém-nascido inicia um processo de adaptação ao meio extra-uterino, o que exige dos profissionais de saúde o desenvolvimento de

competências para prestar cuidados que visem proporcionar-lhe um ambiente favorável e uma adaptação adequada ao meio. Assim, e tendo em conta que o recém-nascido é influenciado pelos estímulos ambientais, os cuidados prestados foram planeados e adequados às necessidades de cada recém-nascido/mulher/família, em consonância com a revisão da literatura e em interação com a equipa multidisciplinar e promovendo o vínculo, contextualizado no cuidar humanizado. Patenteia-se que o desenvolvimento de competências neste âmbito está preconizado pelas Unidades de Competência H4.1¹², H4.2¹³ e H4.3¹⁴ da Ordem dos Enfermeiros (2010) e pela competência n.º 6¹⁵ da ICM (2010).

Neste contexto, aquando do nascimento, na primeira avaliação do recém-nascido, efetivada junto da mãe/família, procedi à confirmação da desobstrução das vias aéreas e secagem o recém-nascido para estabelecer o contacto pele-a-pele precoce, de acordo com negociação prévia com a parturiente. Conhecidos os benefícios fisiológicos e já supracitados do contato pele-a-pele, Lowdermilk & Perry (2008) reforçam que o período imediatamente após o nascimento é importante para a vinculação mãe-bebé, uma vez que o contato precoce de proximidade pode facilitar o processo de apego entre pais e filho. Salienta-se que uma parte importante da vinculação consiste no conhecimento dos pais, no qual usam o contato visual, o toque, a fala e a exploração atenta para conhecer o seu filho imediatamente após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Para Lowdermilk & Perry (2008, p. 522), “o processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação com o bebé, na qual os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família”. Assim, durante o contato pele-a-pele, procedi à avaliação da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina com a determinação do Índice de Apgar, ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida, e foram prestados os primeiros cuidados junto da mãe (secagem, colocação de

¹² Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

¹³ Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.

¹⁴ Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

¹⁵ As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.

gorro e manta aquecida, identificação com pulseira electrónica e pulseira de identificação idêntica à da mãe, avaliação física geral, administração de vitamina K), sendo apenas retirado para pesar.

Nas situações de partos distócicos (ventosa, fórceps, cesariana) e nas situações consideradas de risco para o bem-estar fetal, os cuidados imediatos foram prestados em colaboração e após a avaliação da equipa de neonatologia, sob uma fonte de calor artificial. De acordo com a situação clínica participei na estimulação do recém-nascido, na aspiração de secreções orais e nasais e na ventilação com recurso a ambu. Evidencia-se que, de acordo com a avaliação efetivada ao recém-nascido e/ou após a estabilização da sua situação clínica, muitas vezes, procedeu-se ao contato pele-a-pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido, auferindo-se resultados benéficos para ambos.

No decurso deste percurso formativo adquiri e aprofundei conhecimentos sobre reanimação neonatal (WHO, 2012; American Heart Association, 2010), procedi à verificação atempada do equipamento e material potencialmente necessário para manobras de reanimação neonatal e colaborei no aquecimento, estimulação, aspiração, ventilação e entubação endotraqueal de um recém-nascido, desenvolvendo competências específicas nesta área.

De acordo com o desejo da mulher, promovi a amamentação precoce, adaptando o recém-nascido à mama preferencialmente na primeira hora de vida, apoiando e avaliando a pega e os reflexos de sucção e deglutição. Enaltece-se que, frequentemente, a amamentação iniciava-se espontaneamente durante o contato pele-a-pele precoce na primeira hora de vida e, muitas vezes, dentro da primeira meia hora de vida, contribuindo assim para o sucesso e continuidade do Aleitamento Materno Exclusivo, tal como indica a Ordem dos Enfermeiros (2014d).

Durante as primeiras duas horas após o nascimento procedi à vigilância de potenciais alterações/complicações, referenciando as situações para além da minha área de competência. Neste período envolvi o pai/pessoa significativa nos cuidados ao recém-nascido e, satisfazendo os seus pedidos e as preferências de cada família, a primeira fotografia da tríade era efetivada, com a máquina fotográfica pessoal da família, para posteriormente recordarem este grande primeiro momento a três. O apoio psico-emocional à família e a transmissão de informações sobre os cuidados

no puerpério e ao recém-nascido não foram descurados, com o intuito de promover a decisão esclarecida.

Tendo por base a continuidade dos cuidados, realizei registos de enfermagem completos e desenvolvi competências na transmissão de informação oral, integrando as avaliações e os cuidados especializados que foram prestados.

Neste contexto prestei cuidados a 72 recém-nascidos: 55 nascidos de parto eutócico, 9 de parto distócico por ventosa, 1 de parto distócico por fórceps e 7 de cesariana. Enalteço que colaborei na prestação de cuidados imediatos a recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, tendo colaborado na sua transferência para a UCIN em incubadora de transporte, sempre que foi necessário.

Desenvolver competências para prestação de cuidados de Enfermagem especializados, que promovam o contato pele-a-pele.

- o Refletir com a equipa de saúde para a importância da promoção e implementação do contato pele-a-pele precoce;

- o Estabelecer o contato pele-a-pele, entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o nascimento, sempre que possível.

Embora o contato pele-a-pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido, esteja devidamente estudado e identificado pela OMS como sendo um cuidado benéfico para ambos, cabe ao enfermeiro escutar e intervir adequadamente junto de cada díade/tríade. Salienta-se que, implícito à competência 3¹⁶ da Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEESMO tem como função assegurar a avaliação imediata do recém-nascido, otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina e promover a vinculação entre mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tendo por base que, segundo Ramalho (2005), distintas formas de olhar a realidade geram diferentes perspectivas e diferentes perspectivas concebem diversas questões, tornou-se pertinente partilhar conhecimentos e refletir com a equipa de saúde, distintamente com os enfermeiros, sobre a pertinência do contato pele-a-pele precoce e a sua efetiva implementação, partilhando vivências emergidas

¹⁶ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

da prática. Nestes momentos de reflexão e através da observação foi possível perceber que, de uma forma geral, a equipa promove e realiza o contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto, mas durante um período de tempo reduzido (muitas vezes inferior a 30 minutos), tendo por base os 60 minutos recomendados pela WHO & UNICEF (2009). Um dos motivos verbalizados pela equipa para esta diminuta duração do contato pele-a-pele precoce assenta na escassez de recursos humanos e o número de mulheres/recém-nascidos/famílias que necessitam dos seus cuidados durante o turno.

Na tentativa de ultrapassar algumas barreiras na concretização do contato pele-a-pele, nomeadamente a questão da duração do mesmo, foi sugerida a criação de uma norma de procedimento (APÊNDICE VI), tal como evidenciam Luna [et al] (2009) e Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012) nos seus estudos, para a uniformização e implementação do contato pele-a-pele, que foi aceite pela equipa. Nesta norma, para além da evidência científica que patenteia a importância da implementação do contato pele-a-pele, foi integrada também a sua operacionalização, critérios, recursos, registo da intervenção e a respectiva avaliação. Este último item foi contemplado nesta norma de procedimento, uma vez que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014d), o contato pele-a-pele é considerado um indicador de evidência e o seu número de registos um indicador de medida, tendo como meta atingir uma prática de pele a pele em 90% das díades.

Sabendo que o registo desta intervenção é fundamental para uma mudança da prática baseada na evidência e para a sua prossecução durante a prestação de cuidados (Matos [et al], 2010; Price & Johnson (2005) e Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012), propus a elaboração de um registo de informação sob a forma de carimbo (APÊNDICE VII) que contempla-se as características de cada contato pele-a-pele estabelecido (início, duração e motivo do término), para anexar ao Boletim de Saúde Infantil. Evidencia-se que o início, duração e motivo do término foram considerados características do estabelecimento do contato pele-a-pele, tal como patenteia o estudo de Matos [et al] (2010). Porém o fato de não estar disponível no Bloco de Partos os Boletins de Saúde Infantil, que são preenchidos apenas no Serviço de Puerpério e entregues no momento da alta, e tendo em conta que a equipa deste serviço se preparava para iniciar a integração do sistema CIPE,

deixando de existir registos em formato de papel, tornou-se pertinente alterar a forma de registo e adequar ao serviço em questão, para que à posteriori a equipa de Enfermagem dê-se continuidade. Neste sentido avaliei com a equipa a adequação do sistema CIPE para a integração das características de cada contato pele-a-pele estabelecido, tendo sido a proposta aceite e iniciada a articulação com todos os elementos que contribuem para a implementação da CIPE no hospital. No entanto, para a equipa de saúde deste serviço, durante o período de integração do sistema CIPE, o mesmo demonstrou não estar adaptado à realidade do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos, tendo sido suspensa a realização dos registos neste sistema e reiniciados os registos de enfermagem em formato de papel, mantendo-se este tipo de registos até ao final deste Estágio. Neste seguimento incuti uma alteração ao documento já existente, referente ao recém-nascido, tendo sido aprovado, de uma forma geral, pelos diferentes membros da equipa de enfermagem, que referiram que essa mudança poderia sensibilizar toda a equipa para a questão da duração de cada contato pele-a-pele que estabelecessem. Assim, apesar deste documento já contemplar um espaço para o preenchimento “SIM ou NÃO” da intervenção do contato pele-a-pele, tornou-se pertinente adicionar um campo destinado ao tempo de início (imediato ou minutos após o nascimento), duração e motivo do término (ex.: pedido da mãe, prestação de cuidados ao recém-nascido) (APÊNDICE VIII). É essencial que nos registos de Enfermagem não se enfatize apenas procedimentos técnicos e atitudes terapêuticas, importa considerar as intervenções autónomas que o EEESMO pode e deve proporcionar à díade/tríade, potenciando a vivência positiva e informada do trabalho de parto e parto, especificamente com a prática do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido.

Para o registo dos cuidados prestados a cada díade, as características de cada contato pele-a-pele estabelecido (input) e seus os efeitos produzidos (output), considerei indispensável a realização de uma grelha (APÊNDICE IX), recorrendo à observação participante. Salienta-se que, relativamente aos efeitos produzidos, de acordo com o quadro de referência (Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy) o início precoce da amamentação remete-se para o modo físico-fisiológico e o conforto táctil e a interação verbal com o recém-nascido para o modo psicossocial.

Durante o 1º Estádio do Trabalho de Parto a parturiente e a pessoa significativa foram oportunamente informados das práticas promotoras na adaptação à vida extra-uterina, concretamente o conceito de contato pele-a-pele precoce e os seus benefícios, incentivando a emissão de opiniões e possibilitando o esclarecimento de dúvidas. Neste contexto, adicionalmente, foi possível perceber se a mulher/família já detinha conhecimentos sobre o contato pele-a-pele e como obtiveram essa informação (Processos de Controlo), nomeadamente através das aulas de preparação para a parentalidade, consultas pré-natal e experiências anteriores. Evidencia-se que, o objetivo da primeira abordagem sobre esta temática com a mulher/família é informar, validar conhecimentos e perceber aquilo que os motiva para efetuarem o contato pele-a-pele precoce, aquilo que Callista Roy designa por Processos de Controlo. Assim, tornou-se exequível a obtenção do consentimento verbal informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, para o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce. Tal como refere Monteiro, Gomes & Nakano (2006), é necessário compreender o significado do contato pele-a-pele precoce e respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher, sendo que a mesma deve fazer parte desse momento e deter o poder de decisão. Importa realçar que, ao longo da prestação de cuidados neste âmbito, sempre foi respeitada a decisão da mulher/família. Tal como elucida a grelha preenchida ao longo deste Estágio (APÊNDICE VIII), em duas situações vividas, apesar do recém-nascido se demonstrar tranquilo, clinicamente estável e a mãe ter sido informada do mesmo, o contato pele-a-pele foi interrompido por decisão materna, declarando que o melhor para o recém-nascido seria “aquecê-lo e vesti-lo”. Enaltece-se que a temperatura de um recém-nascido é mais eficazmente mantida através do contato da pele com a mãe, em contraste com quaisquer outros meios. Já em 1997, a WHO (1997) explicitava que um conjunto de dez procedimentos interligados (“cadeia quente”), realizados no nascimento e durante as primeiras horas e dias, minimizava a probabilidade de hipotermia em todos os recém-nascidos, sendo que desta “cadeia quente” faz parte o contato pele-a-pele.

De acordo com as diretrizes da UNICEF (2011), na prestação de cuidados para a implementação do contato pele-a-pele precoce, o recém-nascido, previamente seco, era colocado sobre o peito ou abdómen materno, imediatamente após a

expulsão, e coberto com uma manta pré-aquecida e um gorro. A avaliação e a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (determinação do Índice de Apgar, administração da Vitamina K, profilaxia da infecção ocular e identificação) eram realizados no decurso do contato pele-a-pele, protelando, sempre que possível, a avaliação do peso e uma avaliação mais abrangente do recém-nascido, visto que não há qualquer necessidade de separar mãe e bebê no período pós-parto imediato (Luna [et al], 2009; UNICEF, 2011). Tendo por base a revisão da literatura de Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell (2012) e os estudos efetivados por Abade, Machado, Portela & Carvalho (2010) e Sousa, Mendes & Santo (2007), a população-alvo considerada para o estabelecimento do contato pele-a-pele, após a obtenção do consentimento verbal informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, foi a seguinte: recém-nascidos de termo, que nasceram por parto eutócico, com Índice de Apgar ao primeiro minuto superior ou igual a 7 e com ausência de patologia fetal e materna. No entanto, durante este percurso de aprendizagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, foi possível efetivar o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido em partos distócicos (ventosa e/ou fórceps), após a avaliação do recém-nascido pelo pediatra, e a recém-nascidos prematuros (idade gestacional de 36 semanas, tal como é apresentado na grelha elaborada), visto que, através do contato pele-a-pele, os recém-nascidos prematuros normalizam a temperatura mais rapidamente (Lamaze, 2009) e respiram melhor, principalmente se o cuidado for mantido com recurso ao método Canguru (Newman, 2009). Realça-se que, em algumas situações experienciadas, o início do contato pele-a-pele demorou entre dois a cinco minutos para ser principiado, tendo como motivo a necessidade de prestação de cuidados ao recém-nascido, devido maioritariamente a hipotonia, cianose/acrocianose e necessidade de aspiração de secreções.

Nas situações vivenciadas, os motivos que estiveram na base para a interrupção do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, por vezes antes dos 60 minutos de vida, foram os seguintes: a situação clínica materna e/ou do recém-nascido (recém-nascido transferido para a neonatologia; reação vagal materna), a decisão materna/familiar (por exemplo, a curiosidade de saber o peso do recém-nascido; o considerar indispensável a avaliação e a prestação de cuidados

imediatos ao recém-nascido sob uma fonte radiante de calor) e/ou a decisão da equipa de saúde (por exemplo, pela necessidade de agilizar os cuidados imediatos ao recém-nascido por uma questão de escassez e gestão de recursos humanos face ao número total de mulheres/recém-nascidos/famílias que requerem de cuidados no Bloco de Partos). No entanto, com o decorrer deste processo de aprendizagem, a interação e os momentos de reflexão contínuos com a equipa de Enfermagem sobre a implementação do contato pele-a-pele (nomeadamente a duração do mesmo e a utilização/gestão de recursos), baseados na evidência científica, permitiram enquanto estudante e futura EEESMO criar um ambiente protector e de apoio propício para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina através do contato pele-a-pele, por vezes com duração superior a uma hora (UNICEF, 2011; Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012), colocando de lado rotinas e/ou procedimentos indispensáveis que não possibilitam à díade/tríade de usufruírem dos benefícios do contato pele-a-pele precoce.

Segundo Dabrowski (2007), para a implementação do contato pele-a-pele após nascimento, deve ser disponibilizado um Enfermeiro/a adicional para a prestação de cuidados imediatos à díade/tríade. Na prestação de cuidados, a colaboração e a articulação com a Enf.^a Orientadora Local permitiu demonstrar que, perante situações clínicas estáveis (mãe e recém-nascido) e o desejo da mulher/família, o contato pele-a-pele precoce poderá ser continuado durante o 3º e 4º Estádios do Trabalho de Parto, ficando a supervisão do contato pele-a-pele e os cuidados e a avaliação mais abrangente do recém-nascido a cargo do EEESMO responsável pelo parto. Sempre que possível transpus este cuidado para as práticas vivenciadas, nomeadamente a mulheres/famílias a quem realizei o parto, permitindo assim uma melhor gestão de recursos humanos no Bloco de Partos e uma maior duração de cada contato pele-a-pele estabelecido.

Findado este percurso de aprendizagem no Bloco de Partos, enalteço que, nas situações de baixo risco, a equipa de Enfermagem tem investido na promoção e implementação do contato pele-a-pele precoce, prestando os cuidados necessários ao recém-nascido enquanto este se encontra em contato pele-a-pele com a mãe, favorecendo assim a duração desta intervenção e o usufruto de benefícios para a díade/tríade.

Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher que recorre ao serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia

O serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia é o local onde ocorre a deteção precoce, tratamento ou referenciação de complicações do foro ginecológico e obstétrico, vivenciadas pela mulher.

Esta urgência do hospital em questão não possui triagem de Enfermagem, sendo as mulheres primeiramente avaliadas pelo médico de serviço e posteriormente encaminhadas para a equipa de Enfermagem, onde se procede ao planeamento, execução e prestação de cuidados, de acordo com a situação clínica. Tendo por base as Unidades de Competência H2.3¹⁷ e H6.2¹⁸ da Ordem dos Enfermeiros (2010) e as competências n.º 3¹⁹ e 7²⁰ da ICM (2010), na prestação de cuidados foi efetivada a avaliação dos sinais/sintomas manifestados pela mulher, providenciados cuidados de acordo com as suas necessidades e prestada colaboração em exames complementares de diagnóstico. Salienta-se que o apoio psico-emocional e os momentos de educação para a saúde, consoante a situação clínica e as necessidades de cada mulher/família, foram uma constante no processo de cuidar.

Em contexto de gravidez, de acordo com a idade gestacional e sintomatologia apresentada, procedi à avaliação do bem-estar materno-fetal “*pelos meios clínicos e técnicos apropriados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4), nomeadamente realização de manobras de Leopold, cardiocotografia e sua interpretação, promovi estilos de vida saudáveis na gravidez e informei sobre sinais/sintomas de alerta na

¹⁷ Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

¹⁸ Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama.

¹⁹ As parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações.

²⁰ As parteiras prestam um leque de serviços individualizados e culturalmente sensíveis relacionados com o aborto a mulheres que solicitam ou sofrem uma interrupção ou perda da gravidez em congruência com as leis e regulamentações aplicáveis e de acordo com os protocolos nacionais.

gravidez, medidas para o alívio dos desconfortos, aleitamento materno e plano de nascimento, de forma a promover a decisão esclarecida.

Este contexto de urgência é a porta de entrada para se efetivar admissões para o internamento (Bloco de Partos ou Serviço de Medicina Materno-Fetal), de mulheres em início de trabalho de parto espontâneo ou para indução do mesmo e/ou com patologia materno-fetal. Evidencio que já no Bloco de Partos dei continuidade à prestação de cuidados a grávidas/famílias com APPT e RPM e a uma adolescente com o diagnóstico de aborto retido (idade gestacional de 18 semanas), com necessidade de resolução cirúrgica (curetagem). Nesta última situação em particular considerei indispensável investir na educação para a saúde no âmbito da sexualidade, contracepção no período pós-aborto e os recursos disponíveis na comunidade, promovendo assim a saúde sexual e reprodutiva.

Durante este percurso, ainda no contexto do serviço de urgência foi possível participar na prestação de cuidados a uma mulher submetida a curetagem uterina por retenção de restos placentários, após parto eutócico, informando sobre os cuidados a ter pós curetagem e promovendo a saúde ginecológica.

A reflexão constante efetuada com a orientadora local e a equipa de saúde sobre as situações vivenciadas facilitaram o processo de aprendizagem e a aquisição e o desenvolvimento de competências.

4.2 Prática Baseada na Evidência

Os resultados dos estudos analisados comprovam a pertinência da problemática definida, demonstrando ser fundamental que o profissional de saúde não se restrinja apenas aos componentes físicos durante o parto e nascimento, e que reflita sobre a promoção e a implementação do contato pele-a-pele (Janicas & Praça, 2002, citados por Monteiro, 2006). No contexto da temática definida, a prática baseada na evidência aduz benefícios físicos, psicológicos e relacionais para a mãe e para o recém-nascido e permite que a díade/família vivencie este momento de uma forma única e gratificante, através da utilização de práticas definidas pela UNICEF e WHO (WHO, 1997; WHO & UNICEF, 2009; UNICEF, 2011).

Na equipa multidisciplinar, o EEESMO, pelas suas competências técnicas, científicas, relacionais e humanas, ocupa uma posição de destaque e privilegiada para adequar práticas e funcionar como agente de mudança, permitindo, sempre que possível, o contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento. Assim, e de acordo com as suas competências claramente definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEESMO, que fundamenta a sua prática na evidência científica, é o profissional que apresenta melhores condições para proporcionar cuidados especializados e estabelecer relações terapêuticas facilitadoras do estabelecimento do contato pele-a-pele após o nascimento, respeitando as decisões, crenças, valores e cultura da pessoa/família.

De acordo com Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012), torna-se indispensável a equipa de saúde refletir sobre a necessidade de implementar o contato pele-a-pele precoce, sendo que se trata de uma intervenção que os Enfermeiros podem aplicar na prática sem ajustes significativos durante a prestação de cuidados a recém-nascido de termo saudáveis, promovendo assim a saúde neonatal e materna e cuidados de enfermagem de qualidade. A revisão da literatura e os momentos de reflexão em grupo sobre a prática são recursos úteis para iniciar e/ou dar continuidade à promoção e estabelecimento do contato pele-a-pele junto da mulher/recém-nascido/família (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012; Price & Johnson, 2005), tal como foi explícito ao longo deste percurso de aprendizagem. Dabrowski (2007) enaltece que os Enfermeiros, no seio da equipa, devem identificar as barreiras ao contato pele-a-pele e implementar mudanças de prática para incorporar esta intervenção imediatamente após o nascimento. Enaltece-se que as atividades concretizadas, principalmente no Bloco de Partos, traduz aquilo que este último autor de referência alude, visto que foram aplicadas estratégias para aumentar a duração de cada contato pele-a-pele estabelecido e para promover a sua continuidade durante a prestação de cuidados.

Esta prática baseada na evidência científica foi difundida e implementada nas Unidades Curriculares Ensino Clínico II, III e IV e Estágio com Relatório, sendo que para o desenvolvimento das atividades planeadas foi fundamental a colaboração dos orientadores locais e restante equipa de enfermagem. Os momentos de reflexão com a equipa de saúde sobre a importância da promoção e implementação do

contato pele-a-pele precoce, com base na evidência científica, e a partilha de experiências da prática clínica, estiveram presentes em todas as Unidades Curriculares supracitadas, revelando-se uma mais-valia no reconhecimento das barreiras ao contato pele-a-pele, nomeadamente na sua frequência e duração. De uma forma geral, os Enfermeiros identificam o contato pele-a-pele precoce como um benefício para a díade, mas nem sempre esta prática é dada a conhecer à mulher/família durante o período pré-natal e, no momento da realização do contato pele-a-pele, a preocupação dos profissionais de saúde em realizar os procedimentos de rotina mantém-se, favorecendo apenas um breve contato como forma de cumprir esta intervenção. Destaca-se que, tal como refere Price & Johnson (2005), esta partilha de experiências e o envolvimento dos profissionais no processo de mudança revelaram-se pontos-chave necessários para a mudança na prática, visto que é necessário facilitar e capacitar para a mudança. Com este envolvimento dos profissionais de saúde, durante este percurso de aprendizagem, foi possível delinear estratégias/soluções para incorporar o contato pele-a-pele na prestação de cuidados.

De acordo com Dabrowski (2007) e Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012), a temática do contato pele-a-pele precoce deve ser integrada durante o pré-natal e aulas de preparação para o parto, de forma a elucidar a mulher/família sobre o seu conceito e benefícios. Assim, no Ensino Clínico III, durante a realização de consultas de Saúde Materna, abordei a temática do contato pele-a-pele precoce com a grávida/família e colaborei no Curso de Preparação para a Parentalidade, realizando sessões de educação para a saúde sobre o tema em questão, com recurso a uma apresentação em Power-Point (APÊNDICE X) e um filme elaborado no programa Movie Maker. Saliento que a temática do contato pele-a-pele foi integrada pela primeira vez nos conteúdos leccionados durante o curso e que a EEESMO responsável pelo mesmo considerou o assunto bastante pertinente e adequado para ser abordado durante o pré-natal, passando a ser introduzido nas sessões dos diferentes cursos, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2012a). Ainda neste contexto, ao longo do Ensino Clínico IV foi possível promover o contato pele-a-pele precoce junto das grávidas/famílias internadas no serviço para indução de trabalho de parto, informando sobre os seus benefícios e esclarecendo dúvidas,

promovendo a decisão esclarecida. Evidencia-se que cada momento de educação para a saúde concretizado sobre o contato pele-a-pele precoce foi documentado nos registros de enfermagem, seguindo o estudo de Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012). Como complemento sobre a relevância do envolvimento dos profissionais e da educação para a saúde durante o período pré-natal, surge a ideia de que o empoderamento das mulheres e parteiras é essencial para a implementação da mudança na prática (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012).

No Estágio com Relatório foi possível promover e estabelecer o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido, contribuindo para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados. Tal como sugerem Luna [et al] (2009) e Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012), a concretização da norma de procedimento possibilitou a síntese da evidência para a prática, com a descrição passo-a-passo da intervenção. Para o Bloco de Partos em questão, a realização desta norma demonstrou-se pertinente sobretudo a nível da gestão de recursos humanos e operacionalização da intervenção, concretamente o protelar de procedimentos de rotina para aumentar a duração do contato pele-a-pele. Os momentos de reflexão com a equipa de Enfermagem, com base na revisão da literatura, revelaram que seria possível implementar a intervenção, aplicando estratégias para a mudança da prática e promovendo assim um ambiente natural e ideal para o recém-nascido (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012). De acordo com a evidência científica, conclui-se que protelar as intervenções de rotina ao recém-nascido clinicamente estável não iria acarretar consequências para o mesmo, sendo justificável a saída, da sala de partos, da enfermeira que recebeu o recém-nascido após o nascimento (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012). De forma a colocar em prática aquilo que estes autores de referência indicam e através de um processo de negociação com a equipa de saúde, as mulheres/famílias a quem realizei o parto, perante situações clínicas estáveis (mãe e recém-nascido) e a vontade da mulher/família, o contato pele-a-pele foi continuado, os cuidados de rotina foram prorrogados e a enfermeira responsável por receber o recém-nascido após o nascimento ausentava-se da sala, ficando, posteriormente e sempre que necessário, os cuidados e a avaliação mais abrangente do recém-nascido a meu cargo. Este cuidado permitiu aumentar a duração de cada contato pele-a-pele estabelecido e melhorar a gestão de recursos

humanos na implementação desta intervenção, aspectos estes que haviam sido identificados como barreiras ao contato pele-a-pele neste serviço. Tal como refere Price & Johnson (2005), o conhecimento da intervenção e a ajuda prática em realizá-la deve ser disponibilizada antes de esperar qualquer mudança na prática.

Evidencia-se que, os cuidados imediatos ao recém-nascido podem ser adiados até que se tenha principiado a amamentação (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012). No entanto, frequentemente, e seguindo os estudos de Dabrowski (2007), UNICEF (2011) e Luna [et al] (2009), a avaliação e a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (determinação do Índice de Apgar, administração da vitamina K, profilaxia da infeção ocular e colocação de pulseira identificativa e electrónica) foi iniciada enquanto o mesmo se encontrava em contato pele-a-pele com mãe, protelando sempre que possível a avaliação do peso, de forma a não interromper o contato. Por conseguinte, a reorientação dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido surge como sendo fundamental para a promoção e implementação do contato pele-a-pele (Dabrowski, 2007).

Durante a prestação de cuidados, precedentemente ao estabelecimento do contato pele-a-pele precoce (antes e/ou durante o trabalho de parto), cada mulher/família recebeu informações sobre o conceito e benefícios desta intervenção, sendo que a mesma só era efetiva após a obtenção do consentimento (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012). Destaca-se que muitas parturientes manifestaram não ter conhecimentos sobre o contato pele-a-pele precoce e que não receberam informação sobre a intervenção durante a vigilância pré-natal, tendo apenas referido conhecerem, as grávidas que frequentaram o Curso de Preparação para a Parentalidade e/ou que já experienciaram o contato em partos anteriores. Esta realidade demonstra a importância da implementação de intervenções promotoras do contato pele-a-pele precoce durante a vigilância pré-natal, tal como foi efetivado, principalmente, durante o Ensino Clínico III.

Sabendo que o Plano de Nascimento inclui a opção do contato pele-a-pele após o nascimento do recém-nascido (APEO, 2008), salienta-se que no decurso do Estágio com Relatório apenas uma mulher/família apresentou este instrumento. Este fato revela que o plano de parto deve ser promovido na prestação de cuidados pré-natais e, consequentemente, informar sobre o conceito e benefícios do contato pele-

a-pele, possibilitando à mulher/família expressar as suas escolhas. Esta ideia é fundamentada pelo estudo de Dabrowski (2007) que indica que, com o advento dos planos de parto, o número de pais que desejam o contato pele-a-pele aumentou, tendo sido descrito como um desejo de estar perto e para confortar o recém-nascido. Berg, Lundgren e Lindmark (2003) patenteiam que o plano de parto foi introduzido para possibilitar à mulher uma melhor experiência de parto, através da possibilidade de um maior grau de autonomia.

No decurso do Estágio com Relatório, em articulação com a equipa multidisciplinar, foi possível concretizar o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido em partos distócicos (ventosa e/ou fórceps), uma vez que esta intervenção deve ser implementada independentemente do tipo de parto e, através da colaboração de outros membros da equipa de saúde (obstetras, anestesistas, neonatologistas, pediatras), garantir a assistência contínua e ininterrupta do recém-nascido, promovendo o contato pele-a-pele, desde o nascimento e durante o período de recuperação (Dabrowski, 2007).

Tendo por base os estudos de Price & Johnson (2005) e Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012), que enaltecem ser essencial, na promoção e implementação do contato pele-a-pele, a alteração dos registos electrónicos para documentar esta intervenção, considereei pertinente sugerir à equipa de Enfermagem do Bloco de Partos uma pequena adição ao registo do recém-nascido, de forma a contemplar no item “Relação Precoce” as características do contato pele-a-pele estabelecido. Realça-se que, as várias sugestões fornecidas durante o Estágio com Relatório, para contemplar nos registos de enfermagem o contato pele-a-pele, tiveram por base as várias realidades vivenciadas neste serviço, ao longo deste processo de aprendizagem.

Durante este percurso de aprendizagem, destaca-se que, segundo os enfermeiros, a implementação de todas estas intervenções na prática (Ensinos Clínicos III e IV e Estágio com Relatório), para promover e implementar o contato pele-a-pele, revelaram-se ser indispensáveis e apropriadas e não demonstraram aumentar a carga de trabalho, não se tendo também verificado atrasos na transferência da dade para o serviço de puerpério com o estabelecimento do

contato pele-a-pele, tal como patenteia o estudo de Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012).

Tendo em conta o Modelo de Adaptação de Callista Roy, relativamente aos efeitos produzidos de cada contato pele-a-pele estabelecido, foram considerados o tempo de início da amamentação (modo físico-fisiológico) e a interação verbal e o conforto tátil ao recém-nascido (modo psicossocial), naturalmente avaliados através da observação participante (APÊNDICE VIII). Estes efeitos foram considerados em cada contato pele-a-pele estabelecido, uma vez que, segundo Coutinho [et al] (2008, p. 29), citando Burroughs (1995) e Gomes (1985), *“os primeiros contactos entre a mãe e o recém-nascido, após o parto, acontecem, geralmente, num padrão previsível de toques”* e a vocalização e a estimulação auditiva também estão presentes. No que concerne à amamentação, Cruz, Sumam, & Spíndola (2007) evidenciam que, para que ocorra nos primeiros momentos da vida extra-uterina, os profissionais de saúde necessitam de criar condições que estimulem os sentidos do recém-nascido, como o contato pele-a-pele precoce. Pocinho (1999) citado por Coutinho [et al] (2008, p. 30) adiciona que este ato de dar de mamar é uma *“experiência baseada em contactos físicos, tácteis, sensoriais e verbais”*. Evidencia-se que, na prestação de cuidados, após a implementação do contato pele-a-pele, em todas as díades foi possível observar a interação verbal e o conforto tátil ao recém-nascido, tal como patenteia a evidência científica. Relativamente à amamentação, muitas das díades iniciaram este processo de forma espontânea e autónoma, entre os primeiros trinta minutos e uma hora de vida (UNICEF, 2011). Este início natural e livre da amamentação deve-se ao fato de os recém-nascidos demonstrarem sinais de fome logo após o nascimento, com o consequente contato pele-a-pele, apresentando-se as mães com confiança e entusiasmo adicional para iniciar a amamentação precocemente (Dabrowski, 2007). Destaca-se que, segundo UNICEF (2011), o período de contato pele-a-pele deve normalmente durar pelo menos uma hora, até que o recém-nascido inicie a amamentação ou até que a mãe deseje interromper o contato.

Em suma, ao longo do Estágio com Relatório, todos os recém-nascidos que beneficiaram do contato pele-a-pele com a sua mãe, imediatamente após o nascimento, apresentaram uma resposta adaptativa à vida extra-uterina (output –

Modelo de Adaptação de Callista Roy). Tornou-se evidente que nestas famílias a experiência do nascimento, distante da tecnologia e intervenções, sempre que possível, foi única e exclusivamente deles, onde os pais manifestaram maior vontade de tocar e conhecer o recém-nascido (Dabrowski, 2007).

De acordo com Price & Johnson (2005), para incorporar mudança na prática e implementar o contato pele-a-pele, uma das intervenções sugeridas é a obtenção do feedback das mães, a fim de dar valor e credibilidade ao mesmo. Durante a prestação de cuidados, no Ensino Clínico II e Estágio com Relatório, em diálogo com as mulheres/famílias que realizaram o contato pele-a-pele foi possível perceber que o mesmo ocorreu com naturalidade, proporcionando felicidade, tranquilidade e confiança (APÊNDICE XI). Dabrowski (2007) complementa esta ideia, aludindo que, com a realização do contato pele-a-pele, a mulher relata estar “encapsulada” com o recém-nascido e existe uma progressão natural da maternidade. Tendo por base a necessidade sentida de registrar as experiências e percepções da mulher/família relacionadas com o contato pele-a-pele e as observações e vivências da prática clínica foram realizadas Notas de Campo, recorrendo à observação participante,²¹ tal como é apresentado no APÊNDICE XI. Salienta-se que a nota de campo é composta pela dimensão descritiva e pela reflexiva: a primeira demonstra “a preocupação de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas observadas (...) [que] representam o melhor esforço do investigador para registrar objetivamente os detalhes do que ocorreu no campo” (Bogdan & Biklen, 2006, p.152); a segunda é “a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas ideias e preocupações” (Bogdan & Biklen, 2006, p.152).

Em remate, e seguindo as ideias de Price & Johnson (2005), existe muita lacuna entre a prática e a teoria, contudo o método “pesquisa-ação” pode ajudar os profissionais a preencher essa lacuna e a implementar na prática, de uma forma que é relevante para eles e a trabalhar na sua cultura particular, em vez de uma imposição de valores a partir de fora.

²¹ A observação participante implica que o observador se integre completamente no grupo social, sendo o seu papel estudar o grupo social do interior por uma participação direta e pessoal (Fortin, 2009).

5. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

No desenvolvimento deste percurso de aprendizagem procurei assegurar o máximo rigor metodológico, no entanto foram identificadas algumas limitações.

Com a percepção da dificuldade que iria ter para obter, em tempo útil, a autorização da Comissão de Ética do Hospital para realizar as entrevistas semidirigidas, surgiu a hipótese de concretizar Notas de Campo, no decurso do Ensino Clínico II e Estágio com Relatório, recorrendo à observação participante, com o intuito de perceber e registar as experiências e percepções da mulher/família relacionadas com o contato pele-a-pele.

Outro desafio a ultrapassar foi a realização da Revisão Sistemática da Literatura, uma vez que foram escassos os resultados encontrados que respondessem objectivamente à questão de partida, ou seja, as concretas intervenções do EEESMO promotoras do contato pele-a-pele. Contudo, realça-se que, no que concerne aos benefícios do contato pele-a-pele, essa é uma área bastante estudada e explorada.

Por fim, outra limitação que foi sendo superada no decurso do Estágio com Relatório foi o aumento da duração de cada contato pele-a-pele estabelecido, em detrimento dos cuidados imediatos ao recém-nascido sob uma fonte de calor radiante, tendo sido imprescindível o apoio da Enf.^a Orientadora Local, a boa relação com a equipa multidisciplinar e a capacidade de negociação, motivando todos os elementos da equipa para uma prática de excelência na humanização do parto e fundamentando todas as intervenções desenvolvidas com base na evidência científica.

Em suma, apesar das limitações sentidas durante este processo de aprendizagem, as atividades foram realizadas com sucesso, permitindo o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No contexto da Investigação e prestação de cuidados é imperativo salvaguardar os direitos humanos. Segundo Fortin (2009) existem sete princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, e em particular pela integridade corporal e pela integridade psicológica ou cultural, que devem ser respeitados: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens. Realça-se que no decurso do percurso de aprendizagem e na concretização deste Relatório de Estágio foram respeitados estes princípios.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012b, p. 17), no exercício profissional os enfermeiros *“deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”*²². Ao longo deste percurso as intervenções de enfermagem foram realizadas *“com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012b, p. 74),²³ respeitando *“a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012b, p. 77)²⁴ da mulher/recém-nascido/família e mantendo *“o anonimato da pessoa sempre que o seu caso foi usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade de cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012b, p. 78)²⁵. Enaltece-se que a recolha de dados, recorrendo à observação participante e em contexto de prestação de cuidados, decorreu após o esclarecimento e consentimento da participante, sendo que o registo em Notas de Campo foi efetivado após a vivência da experiência prática e exterior ao contexto clínico.

²² Capítulo IV (Exercício e Intervenção dos Enfermeiros) – Artigo 8.º – Exercício profissional dos enfermeiros

²³ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 78.º – Princípios gerais – Ponto 1

²⁴ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 82.º – Dos direitos à vida e à qualidade de vida

²⁵ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 85.º – Do dever de sigilo

Assim, em todo este processo, na relação profissional foram respeitados os valores universais (igualdade; liberdade responsável; verdade e justiça; altruísmo e solidariedade; competência e aperfeiçoamento profissional) e todas as intervenções implementadas foram norteadas pela responsabilidade, respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício profissional²⁶.

²⁶ Secção II (Código Deontológico do Enfermeiro) – Artigo 78.º – Princípios gerais – Ponto 2 e 3

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concreção das atividades supramencionadas possibilitou alcançar os objetivos definidos e o desenvolvimento de competências específicas, consideradas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) e pela ICM (2010) como alicerçais para o EEESMO. A aquisição e o desenvolvimento destas competências foram conduzidas pela reflexão, uma vez que esta permite dar visibilidade à Enfermagem e relevo às competências desenvolvidas pelo Enfermeiro, sendo que a investigação e a divulgação dos resultados possibilita o desenvolvimento da profissão, com base na prática baseada na evidência. Neste seguimento, a realização deste Relatório de Estágio tornou-se pertinente, uma vez que contempla a descrição e análise crítica e reflexiva das atividades implementadas, com base na evidência científica.

Ao longo do percurso de aprendizagem, no desenvolvimento das competências, a integração e a relação estabelecida com a equipa multidisciplinar exigiu um saber-estar, saber-ser e saber-fazer, articulado com a capacidade de fundamentação de cada intervenção realizada na prestação de cuidados, proporcionando, gradualmente, um caminhar mais autónomo. Findado este Estágio é claro perceber a posição privilegiada que o EEESMO assume na equipa multidisciplinar, intervindo em parceria com cada mulher/família/recém-nascido, uma vez que detém competências científicas, técnicas e instrumentais, baseada na evidência científica, e competências humanas que permitem o desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação de ajuda durante a prestação de cuidados. Adicionalmente, o EEESMO assume uma importância vital na capacitação/formação das grávidas/parturientes/famílias, no sentido de alcançar experiências de parto mais gratificantes e positivas, iniciando-se a adaptação à parentalidade de uma forma saudável.

A temática de interesse abordada neste Relatório de Estágio debruça-se sobre o contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto, definindo e analisando as intervenções do EEESMO promotoras do seu exercício. Relativamente ao cuidar no nascimento, o contato pele-a-pele imediato sustenta-se pelos seus benefícios patentes na evidência científica e pelas vivências positivas expressas pela maioria das mulheres/famílias, sendo que o EEESMO pode

desenvolver um papel ativo na promoção desta intervenção junto da mulher/família, desde o período pré-natal até ao momento do parto. A Revisão Sistemática da Literatura realizada e o desenvolvimento deste percurso de aprendizagem atestam a pertinência da implementação de intervenções promotoras do contato pele-a-pele, uma vez que o contato pele-a-pele permite, segundo o Modelo de Adaptação de Irmã Callista Roy, uma resposta adaptativa do recém-nascido à vida extra-uterina de uma forma natural.

Neste seguimento é primordial estimular a reflexão e repensar as práticas de cuidados, na busca de uma prática diferenciada e fundamentada, no sentido de substituir aquela que foi adquirindo uma forma de fazer generalizada. Assim, a evidência científica surge como uma fonte de saber, visto que possibilita a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e fundamenta a prática de enfermagem, conferindo-lhe mais qualidade, competência e um reconhecimento da profissão.

Como remate, afirmo que este Relatório de Estágio é o culminar de um grande processo de aprendizagem, onde foram percorridos vários “trilhos”, superadas “batalhas” e concretizadas múltiplas intervenções com as quais me identifico, ficando um agradecimento eterno a todas as mulheres/famílias/recém-nascidos que foram alvo de cuidados, um sentimento de realização pessoal e profissional e a certeza de que valeu a pena o esforço desenvolvido nesta longa caminhada.

BIBLIOGRAFIA

Abade, Liliane; Machado, Ana Marta; Portela, Teresa; Carvalho, Júlia. (2010). Contacto Pele-a-pele: Que Contributos para a Termorregulação. In Congresso *Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto*, Mealhada, 12 Dezembro de 2010 (283 - 298). Corrente Dinâmica. Acedido a 15-05-2014. Disponível em <http://followscience.com/content/386426/vulnerabilidades-nagravidez>

American Heart Association. (2010). Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary. *Circulation: Journal of American Heart Association*, S908-S920. Acedido a 20-05-2014. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1400.full>

APEO (2008). *Plano de Nascimento*. Acedido a 23-07-2014. Disponível em http://www.apeobstetras.org/docs/APEO_FAME_PLANOparto2008.pdf

APEO. (2009). Iniciativa Parto Normal. *Documento de consenso*. Loures: Lusociência.

Berg, M., Lundgren, I. & Lindmark, G. (2003). Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan? *Journal of Perinatal Education*, 12(2). 1- 15.

Bogdan, Robert C.; Biklen, Sari K. (2006). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Brazelton, B., & Cramer, B. (1989). *A Relação mais Precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Bystrova, K., Widström, A., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., . . . Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *ACTA PÆDIATR*, 92, 320 - 326.

Canavarro, Maria Cristina. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

COSTA, S. (2003). Kangaroo Care: ficção ou realidade?. *Nursing*, 15, 16-19.

Coutinho, E., Duarte, J., Fernandes, L., Gomes, M., Prazeres, M. (2008). Vinculação mãe-filho. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 9. 25-33

Cruz, D., Sumam, N., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista Escola Enfermagem USP*, 690 - 697.

Dabrowski, Gretchen A. (2007). Skin-to-skin contact. Giving Birth Back to Mothers and Babies. *AWHONN*, 11 (1), 66 – 71.

Domenico, Edvane & Ide, Cilene. (2003). Enfermagem baseada em evidências princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-am Enfermagem*, 11(1), 115-118.

Fortin, F. (1999). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª Edição). Lisboa: Lidel.

Haxton, D.; Doering, J.; Gingras, L.; Kelly, L. (2012). Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. Applying Evidence to Practice. *AWHONN*, 16 (3), 222 – 230.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

ICM. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido a 10-05-2013. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-coredocuments/essential-competencies-basic-midwifery-practice/>

Kitzinger, S. (1984). *A Experiência do Parto* (A. M. Rabaça, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget.

Lamaze, International. (2009). *Práticas de Nascimento Saudáveis*. Acedido a 19-05-2013. Disponível em <http://www.lamaze.org/HealthyBirthPractices>.

Longarito, C. (2002). O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 26-33.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Vol. 7ª Edição). Loures: Lusodidacta.

Luna, M. S. [et al] (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), 349 - 361.

Matos, T. A. [et al]. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 998 - 1004.

Monteiro, Juliana; Gomes, Flávia & Nakano, Ana. (2006). Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 427-432.

Monteiro, Juliana. (2006). Contato precoce e a amamentação em sala de parto na perspectiva da mulher. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Acedido a 22-07-2014. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22022006-104900/pt-br.php>

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

Newman, Jack. (2009). *The Importance of Skin to Skin Contact*. Acedido a 21-07-2014. Disponível em http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginicológica. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2012a). Recomendação N.º 2/2012. Recomendações para a Preparação para o Nascimento. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012/2015.

Ordem dos Enfermeiros. (2012b). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014b). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014c). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS.*

Ordem dos Enfermeiros. (2014d). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. *Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.*

Phillips, K. D. (2004). Modelo de Adaptação. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição, pp. 301-333). Loures: Lusociência.

Price, Mary; Johnson, Martin. (2005). Using action research to facilitate skin-to-skin contact. *British Journal of Midwifery*, 13 (3), 154 – 159.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem.* Coimbra: Formasau.

Sousa, Carina; Mendes, Andreia & Santo, Justina Espirito. (2007). Contacto pele-a-pele e vínculo afectivo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 52 – 53.

UNICEF. (2010). *The Baby Friendly Initiative*. Acedido a 17-05-2013. Disponível em <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/Research/Skin-to-skin-contact/>

UNICEF. (2011). *Implementing Step 4. Standards for Step 4.*, 16 - 20. United Kingdom.

WHO & UNICEF. (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1 – Background and Implementation.* New York.

WHO. (1997). *Thermal Protection of the Newborn: a practical guide.* Geneva.

WHO. (2012). *Guidelines on basic newborn resuscitation.* . Acedido a 20-05-2014. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf?ua=1

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Aprendizagem



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Isabel Serra

ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO: EEESMO Andreia Mendes

Lisboa

Fevereiro de 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA
E OBSTETRÍCIA**

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM

Trabalho realizado no âmbito Estágio com Relatório, no decurso do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Isabel Serra

ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO: EEESMO Andreia Mendes

Lisboa

Fevereiro de 2014

LISTA DE ABREVIATURAS e/ou SIGLAS

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – Frequência cardiofetal

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Docente Orientador

OL – Orientador do Ensino Clínico

RN – Recém-nascido

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
1. ATIVIDADES PROJETADAS POR OBJETIVO ESPECÍFICO	7
2. CRONOGRAMA.....	20
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio com Relatório, do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a elaboração do presente projeto individual de aprendizagem.

O Estágio com Relatório encontra-se a decorrer no Bloco de Partos e Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do HSFx, desde o dia 17 de Fevereiro de 2014 até ao dia 11 de Julho de 2014, sob a orientação da EEESMO Andreia Mendes e docente Isabel Serra, com um total de 750 horas, sendo 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e as restantes 225 horas para trabalho autónomo do estudante.

Este projeto constitui uma linha orientadora para o desenvolvimento do percurso a realizar durante o Estágio com Relatório, mas como todos os projetos, é flexível, podendo estar sujeito a alterações sempre que estas sejam pertinentes e relevantes, na perspectiva de atingir os objetivos e competências inerentes às intervenções do enfermeiro especialista. De acordo com Behrens & Jose (2001), a elaboração de um projeto pedagógico coopera no processo do “aprender a aprender”, aprender a raciocinar, a investigar, a pensar, a desenvolver aptidões, habilidades e competências, a conviver e a ser, permitindo ao estudante a construção de saberes para se tornar profissional e cidadão responsável. Assim, pretende-se que este documento constitua a base dos objetivos pessoais e de aprendizagem, para que possa desenvolver competências, como futura EEESMO, na prestação de cuidados especializados.

Para o Estágio com Relatório foi traçado pela equipa pedagógica a seguinte finalidade:

“Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família em situação de saúde e doença no âmbito da transição para a parentalidade (...) e durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.”

Os objetivos planeados neste projeto resultaram da análise reflexiva das competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, 2010), necessidades e interesses pessoais e recursos existentes no local de estágio. Assim, emergem os seguintes **objetivos específicos**:

- Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e em situação de saúde e doença;
- Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao recém-nascido saudável e em situação de risco, otimizando a sua adaptação à vida extra-uterina;
- Estabelecer o contato pele-a-pele, entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o nascimento, sempre que possível;
- Refletir com a equipa de saúde para a importância da promoção e implementação do contato pele-a-pele precoce;
- Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher que recorre ao serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia do HSFX.

O presente documento inicia-se com esta introdução, patenteando a finalidade do Estágio com Relatório e os objetivos específicos; o primeiro capítulo contempla as atividades projetadas, recursos a mobilizar e os resultados esperados para cada objetivo específico delineado, incluindo a respectiva avaliação; o segundo capítulo remete-se para o cronograma e, por fim, o último capítulo reporta-se a uma breve consideração final.

1. ATIVIDADES PROJETADAS POR OBJETIVO ESPECÍFICO

OBJETIVO I
Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e em situação de saúde e doença.
COMPETÊNCIA 3 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. COMPETÊNCIA Nº 4 (ICM, 2010): Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.
ATIVIDADES A DESENVOLVER
• Revisão da literatura para aprofundar e atualizar conhecimentos; • Consulta de protocolos e normas de procedimentos do serviço; • Observação e colaboração com os Enfermeiros Especialistas na prestação de cuidados de enfermagem à mulher/RN/família nos diferentes estádios de trabalho de parto; • Promoção da articulação com a equipa multidisciplinar; • Validação de situações de risco junto da equipa multidisciplinar com a respectiva discussão; • Acolhimento individualizado da mulher/casal/família no serviço, demonstrando disponibilidade, empatia e respeito; • Colheita de dados através da realização de entrevista à mulher/casal/família e consulta do processo clínico e de toda a informação relativa à vigilância de saúde durante a gravidez (Boletim de Saúde da Grávida, Exames complementares de diagnóstico e registos informáticos); • Conhecimento prévio dos sentimentos da mulher/casal/família referente à gravidez e parto; • Apoio psicológico e emocional à mulher/casal/família; • Incentivo à emissão de opiniões e colocação de dúvidas, com o respectivo esclarecimento das mesmas; • Promoção do envolvimento da pessoa significativa durante os diferentes estádios do trabalho de parto; • Promoção de um ambiente seguro durante os quatro estádios do trabalho de parto; • Promoção da privacidade da mulher/casal/família durante os diferentes estádios do trabalho de parto; • Realização de cuidados de higiene e conforto durante os diferentes estádios do trabalho de parto;

- Identificação das necessidades da tríade durante os diferentes estádios do trabalho de parto e adequar os cuidados;
- Avaliação, interpretação e registo da dor;
- Vigilância da eliminação vesical e intestinal;
- Avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal através do traçado cardiotocográfico;
- Detecção precoce de situações de risco no que respeita à FCF e à dinâmica uterina, com a respectiva implementação de medidas corretivas;
 - Realização das manobras de Leopold para avaliação da situação, apresentação e posição fetal;
 - Realização e interpretação do toque vaginal, para avaliação de adequação da estrutura pélvica, características do colo (posição, consistência, apagamento e dilatação), apresentação fetal, integridade das membranas e características do líquido amniótico;
 - Monitorização de líquido amniótico (cor, cheiro, quantidade) na presença de rutura de membranas;
 - Vigilância e análise da evolução do trabalho de parto através da avaliação do partograma e dos sinais/sintomas verbalizados pela parturiente;
 - Detecção precoce de alterações da evolução normal do trabalho de parto e implementação de medidas corretivas;
 - Avaliação da resposta psicológica da parturiente/pessoa significativa durante o trabalho de parto;
 - Administração e vigilância dos efeitos da terapêutica prescrita na progressão do trabalho de parto e sintomatologia da parturiente;
 - Promoção de medidas de controlo não farmacológico (exercícios de controlo da respiração, massagens, alternância de decúbitos, presença da pessoa significativa) e farmacológico da dor;
 - Cooperar na técnica de analgesia epidural, se a parturiente o desejar, procedendo à explicação da técnica e colaborando no posicionamento da parturiente;
 - Ensino e reforço positivo à parturiente na realização de esforços expulsivos e análise no seu nível de desempenho, durante o 2º estágio do trabalho de parto;
 - Interpretação e análise dos esforços expulsivos com as alterações verificadas no traçado cardiotocográfico;
 - Preparação do material para efetuar o parto com técnica asséptica;
 - Controlo da descida da apresentação, protegendo o períneo, para evitar lacerações;
 - Avaliação da evolução da coroação e elasticidade perineal e proceder à realização da técnica de episiotomia, se justificável e durante o período da contração;
 - Preparação física e psicológica da parturiente/pessoa significativa para o parto distócico, sempre que necessário e após avaliação clínica;

- Pesquisa de circular cervical do cordão umbilical e atuar face à confirmação da sua existência;
- Realização das manobras adequadas de um parto eutócico;
- Proceder no recém-nascido à expressão de mucosidades das vias aéreas superiores;
- Realização do contato pele-a-pele precoce através da colocação do recém-nascido, previamente seco, sobre o peito ou abdômen materno, imediatamente após a expulsão, coberto com uma manta pré-aquecida e um gorro, se a parturiente o desejar;
- Realização da laqueação do cordão umbilical, identificando se existe o desejo por parte da mulher e/ou pessoa significativa para cooperar neste procedimento;
- Verificar a integridade e características do cordão umbilical;
- Colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem, teste de Coombs directo e colheita de células estaminais;
- Identificação dos sinais de descolamento da placenta;
- Identificação do método de separação da placenta (Mattehews Duncan e Schultze);
- Administração de Ocitocina via endovenoso, segundo protocolo de serviço;
- Vigilância do globo de segurança de Pinard para prevenção de hemorragia (expressão do útero para esvaziamento);
- Vigilância de perdas hemáticas via vaginal;
- Observação da integridade e possíveis alterações da placenta;
- Avaliação da dor materna;
- Avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além das competências do EEESMO;
- Realização da episiorrafia por planos;
- Vigilância do bem-estar físico e psicológico da puérpera/RN/pessoa significativa
- Realização dos cuidados de higiene e conforto, informando sobre os cuidados ao períneo durante o puerpério;
- Promoção da vinculação da tríade e o início da amamentação na 1^o hora de vida;
- Vigilância dos sinais vitais;
- Avaliação e promoção da eliminação vesical espontânea e, se necessário, ponderar a drenagem vesical com catéter;
- Disponibilização para o esclarecimento de dúvidas emitidas pela puérpera/pessoa significativa;
- Realização dos registos de enfermagem promovendo a continuidade de cuidados.

RECURSOS			
Humanos	Físicos	Materiais	Temporais

• Orientador do Ensino Clínico (OL); • Docente Orientador (OE); • Equipe multidisciplinar; • Mulher/RN/Família.	• Serviço do Bloco de Partos do HSFx.	• Monografias e artigos; • Protocolos/Normas; • Boletim de Saúde da Grávida; • Processo Clínico; • Exames complementares de diagnóstico; • Hardware e software; • Materiais de uso clínico.	• No decurso do Estágio com Relatório, desde o dia 17-02-2014 até ao dia 11-07-2014.
RESULTADOS ESPERADOS			
• Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; • Manutenção do bem-estar materno-fetal durante os vários estádios do trabalho de parto; • Que mulher/família tenham uma participação ativa nos diferentes estádios do trabalho de parto e que vivenciem esta experiência como planearam, se mantido um baixo risco e reunidas as condições; • Que as estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas adotadas proporcionem alívio da dor durante o trabalho de parto; • Que seja mantida a integridade do períneo da mulher sempre que possível; • Que seja estabelecido o contato pele-a-pele precoce a recém-nascidos de termo, que nasceram por parto eutócico, com Índice de Apgar ao primeiro minuto superior ou igual a 7 e com ausência de patologia fetal e materna; • Que o recém-nascido seja amamentado na 1ª hora de vida, caso seja a vontade da mulher; • Que a puérpera/RN/família desenvolvam estratégias de transição para a parentalidade; • Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados; • Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática; • Concretização de uma prática baseada na evidência, com recurso à revisão da literatura; • Realização de no mínimo 40 partos eutócicos.			
AValiação			
• Avaliação contínua do percurso de desenvolvimento, ao longo do Estágio com Relatório. • Momentos para avaliação formativa e sumativa, programadas para o Estágio com Relatório, incluindo a auto-avaliação escrita realizada pela discente, em cada um desses momentos. • Avaliação do Relatório de Estágio sobre as atividades desenvolvidas durante o Estágio com Relatório.			

OBJETIVO II
Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao recém-nascido saudável e em situação de risco, otimizando a sua adaptação à vida extra-uterina.
COMPETÊNCIA 3 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. COMPETÊNCIA Nº 4 (ICM, 2010): Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos. COMPETÊNCIA Nº 6 (ICM, 2010): As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.
ATIVIDADES A DESENVOLVER
• Revisão da literatura para aprofundar e atualizar conhecimentos; • Consulta de protocolos e normas de procedimentos do serviço; • Identificação e colaboração nas situações de emergência; • Preparação e verificação de todo o material necessário para o recém-nascido, incluindo o de reanimação; • Proceder à expressão de mucosidades das vias aéreas superiores no momento do nascimento; • Secagem do recém-nascido com uma toalha quente e estimulação tátil; • Realização do contato pele-a-pele precoce através da colocação do recém-nascido, previamente seco, sobre o peito ou abdómen materno, imediatamente após a expulsão, coberto com uma manta pré-aquecida e um gorro, se a parturiente assim o desejar; • Avaliação da adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina com a determinação do Índice de Apgar; • Clampagem do cordão umbilical; • Realização da avaliação do recém-nascido durante o contato pele-a-pele; • Aspiração do conteúdo oro e/ou nasofaríngeo, se necessário; • Atuação com manobras de reanimação de imediato ao recém-nascido e posteriormente em equipa multidisciplinar, em situações de emergência; • Realização do exame físico ao recém-nascido de forma a despistar alterações morfológicas e funcionais, referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EEESMO; • Realização do banho ao RN imediatamente após o nascimento no caso de mães com serologias positivas para VIH e Hepatite B; • Administração da imunoglobulina específica e vacina ao recém-nascido filho de mãe com HbsAg⁺;

• Administração da vitamina K e profilaxia da infecção ocular; • Identificação do recém-nascido no momento do nascimento, procedendo à colocação de pulseira eletrônica; • Promoção da vinculação da tríade e o início da amamentação na 1ª hora de vida; • Avaliação da eliminação vesical e intestinal do recém-nascido; • Realização dos registros de enfermagem promovendo a continuidade de cuidados.			
RECURSOS			
Humanos	Físicos	Materiais	Temporais
• Orientador do Ensino Clínico (OL); • Docente Orientador (OE); • Equipe multidisciplinar; • Mulher/RN/Família.	• Serviço do Bloco de Partos do HSF.	• Monografias e artigos; • Protocolos/Normas; • Hardware e software; • Processo clínico; • Materiais de uso clínico.	• No decurso do Estágio com Relatório, desde o dia 17-02-2014 até ao dia 11-07-2014.
RESULTADOS ESPERADOS			
• Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao recém-nascido; • Manutenção do bem-estar do recém-nascido; • Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados ao recém-nascido, na sua adaptação à vida extra-uterina; • Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática; • Concretização de uma prática baseada na evidência, com recurso à revisão da literatura;			
AVALIAÇÃO			
• Avaliação contínua do percurso de desenvolvimento, ao longo do Estágio com Relatório. • Momentos para avaliação formativa e sumativa, programadas para o Estágio com Relatório, incluindo a auto-avaliação escrita realizada pela discente, em cada um desses momentos. • Avaliação do Relatório de Estágio sobre as atividades desenvolvidas, durante o Estágio com Relatório.			

OBJETIVO III
Estabelecer o contato pele-a-pele, entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o nascimento, sempre que possível.
População-alvo: Recém-nascidos de termo, que nasceram por parto eutócico, com Índice de Apgar ao primeiro minuto superior ou igual a 7 e com ausência de patologia fetal e materna.
COMPETÊNCIA 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal. • H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento - o H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão COMPETÊNCIA 3 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. • H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina - o H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado - o H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos - o H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos • H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido - o H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina COMPETÊNCIA Nº 1 (ICM, 2010): Possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé. COMPETÊNCIA Nº 2 (ICM, 2010): Ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva. COMPETÊNCIA Nº 4 (ICM, 2010): Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos. COMPETÊNCIA Nº 6 (ICM, 2010): As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade. ATIVIDADES A DESENVOLVER • Informação à parturiente e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), concretamente o contato pele-a-pele precoce, permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; • Obtenção do consentimento verbal informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, para o estabelecimento do contato

pele-a-pele precoce;

- Colocação do recém-nascido, previamente seco, sobre o peito ou abdômen materno, imediatamente após a expulsão, coberto com uma manta pré-aquecida e um gorro;
- Identificação dos cuidados prestados à díade/família e características de cada contato pele-a-pele estabelecido, através de observação participante e entrevistas semidirigidas, com registo em grelha elaborada para o efeito;
- Observação participante e registo de informação sob a forma de carimbo, sobre as características de cada contato pele-a-pele estabelecido, para anexar ao Boletim de Saúde Infantil;
- Realização de registos de enfermagem, explicitando as intervenções efetuadas na promoção, estabelecimento e características do contato-pele-a-pele.

RECURSOS

Humanos	Físicos	Materiais	Temporais
• Orientador do Ensino Clínico (OL); • Docente Orientador (OE); • Equipa multidisciplinar; • Mulher/RN/Família.	• Serviço do Bloco de Partos do HSFx.	• Monografias e artigos; • Hardware e software; • Processo clínico; • Manta pré-aquecida; • Gorro; • Grelha; • Objeto para marca sobre o contato pele-a-pele.	• No decurso do Estágio com Relatório, desde o dia 17-02-2014 até ao dia 11-07-2014.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mobilização de conteúdos teóricos adquiridos durante o CMESMO e revisão da literatura, fundamentando a prestação de cuidados na evidência científica;
- Transmissão de informação relevante à parturiente/casal sobre o contato pele-a-pele imediatamente após o parto, de forma a obter o consentimento informado;
- Estabelecimento do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto;
- Difusão do contato pele-a-pele através dos registos efetuados, contribuindo para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados.

AVALIAÇÃO

- Avaliação contínua do percurso de desenvolvimento, ao longo do Estágio com Relatório.

- Análise dos registos efetuados na grelha.
- Momentos para avaliação formativa e sumativa, programadas para o Estágio com Relatório, incluindo a auto-avaliação escrita realizada pela discente, em cada um desses momentos.
- Avaliação do Relatório de Estágio sobre as atividades desenvolvidas, durante o Estágio com Relatório.

OBJETIVO IV			
Refletir com a equipa de saúde para a importância da promoção e implementação do contato pele-a-pele precoce.			
COMPETÊNCIA Nº 1 (ICM, 2010): Possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé.			
ATIVIDADES A DESENVOLVER			
• Divulgação da relevância do contato pele-a-pele precoce pelos profissionais de saúde, com base na evidência científica; • Esclarecimento de dúvidas e respectiva informação sobre a pertinência e o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina; • Estabelecimento de momentos de partilha com os profissionais de saúde, sobre as percepções e experiências da prática de cuidados, relacionadas com o contato pele-a-pele precoce; • Sugestão e obtenção de opiniões por parte dos profissionais de saúde e respectiva autorização, para a elaboração de um registo de informação sob a forma de carimbo, sobre as características de cada contato pele-a-pele estabelecido, entre a mãe e o RN.			
RECURSOS			
Humanos	Físicos	Materiais	Temporais
• Orientador do Ensino Clínico (OL); • Docente Orientador (OE); • Equipa multidisciplinar; • Mulher/RN/Família.	• Serviço do Bloco de Partos do HSF.	• Monografias e artigos; • Hardware e software; • Objeto para marca sobre o contato pele-a-pele.	• No decurso do Estágio com Relatório, desde o dia 17-02-2014 até ao dia 11-07-2014.
RESULTADOS ESPERADOS			
• Mobilização de conteúdos teóricos adquiridos durante o CMESMO e revisão da literatura, fundamentando a pertinência de integrar o contato pele-a-pele imediatamente após o parto na prestação de cuidados; • Difusão do contato pele-a-pele através dos registos efetuados, contribuindo para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados.			
AVALIAÇÃO			
• Avaliação contínua do percurso de desenvolvimento, ao longo do Estágio com Relatório. • Momentos para avaliação formativa e sumativa, programadas para o Estágio com Relatório, incluindo a auto-avaliação escrita realizada pela discente, em cada um desses momentos. • Avaliação do Relatório de Estágio sobre as atividades desenvolvidas, durante o Estágio com Relatório.			

OBJETIVO VI
Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher que recorre ao serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia do HSFX.
COMPETÊNCIA 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. COMPETÊNCIA 4 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. COMPETÊNCIA 6 (Ordem dos Enfermeiros, 2010): Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde. COMPETÊNCIA Nº 1 (ICM, 2010): Possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé. COMPETÊNCIA Nº 2 (ICM, 2010): As parteiras ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva. COMPETÊNCIA Nº 3 (ICM, 2010) As parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a detecção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações. COMPETÊNCIA Nº 5 (ICM, 2010): As parteiras prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.
ATIVIDADES A DESENVOLVER
• Revisão da literatura para aprofundar e atualizar conhecimentos; • Consulta de protocolos e normas de procedimentos do serviço; • Observação da estrutura física e dinâmica do serviço de urgência; • Validação de situações de risco junto da equipa multidisciplinar com a respectiva discussão; • Colheita de dados através da observação, realização de entrevista à mulher/grávida/puérpera e análise dos exames complementares de diagnóstico e dados registados no Boletim de Saúde da Grávida; • Avaliação psicológica/emocional da utente/família, estabelecendo uma relação de ajuda; • Realização de momentos de educação para a saúde de acordo com a situação e sempre que necessário; • Incentivo à emissão de opiniões e colocação de dúvidas, com o respectivo esclarecimento das mesmas; • Avaliação, interpretação e registo da dor; • Detecção, vigilância e cuidados a mulheres com patologia ginecológica, cooperando no tratamento e referenciando as situações que estão para além da atuação do EEESMO;

- Identificação e monitorização de desvios da gravidez fisiológica, intervindo, cooperando no tratamento e referenciando as situações que estão para além da atuação do EEESMO;
- Detecção, vigilância e cuidados a mulheres com patologia prévia ou concomitante com a gravidez, cooperando no tratamento e referenciando as situações que estão para além da atuação do EEESMO;
- Realização das manobras de Leopold para avaliação da situação, apresentação e posição fetal;
- Avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal através do traçado cardiotocográfico;
- Realização e interpretação do toque vaginal, para avaliação de adequação da estrutura pélvica, características do colo (posição, consistência, apagamento e dilatação), apresentação fetal, integridade das membranas e características do líquido amniótico;
- Monitorização de líquido amniótico (cor, cheiro, quantidade) na presença de rutura de membranas;
- Identificação e monitorização da evolução do abortamento, referenciando as situações que estão para além da atuação do EEESMO e cooperando no tratamento da mulher com complicações pós-aborto;
- Prestação de apoio psicológico/emocional à mulher e pessoa significativa/família durante o período de luto em caso de abortamento;
- Identificação e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal;
- Prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;
- Realização dos registos de enfermagem promovendo a continuidade de cuidados.

RECURSOS

Humanos	Físicos	Materiais	Temporais
• Orientador do Ensino Clínico (OL); • Docente Orientador (OE); • Equipa multidisciplinar; • Mulher/RN/Família.	• Serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia do HSFx.	• Monografias e artigos; • Protocolos/Normas; • Boletim de Saúde da Grávida; • Processo Clínico; • Exames complementares de diagnóstico; • Hardware e software; • Materiais de uso clínico.	• No decurso do Estágio com Relatório, desde o dia 17-02-2014 até ao dia 11-07-2014.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, cuidando a

mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

- Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e pós-natal;
- Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados;
- Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática;
- Concretização de uma prática baseada na evidência, com recurso à revisão da literatura.

AVALIAÇÃO

- Avaliação contínua do percurso de desenvolvimento, ao longo do Estágio com Relatório.
- Momentos para avaliação formativa e sumativa, programadas para o Estágio com Relatório, incluindo a auto-avaliação escrita realizada pela discente, em cada um desses momentos.
- Avaliação do Relatório de Estágio sobre as atividades desenvolvidas durante o Estágio com Relatório.

2. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER DURANTE O ENSINO CLÍNICO V E ESTÁGIO COM RELATÓRIO						
ATIVIDADES	MESES 2014					
	17 Fev. a 28 Fev.	Março	Abril	Maio	Junho	1 Julho a 25 Julho
Introdução ao Ensino Clínico V e Estágio com Relatório na ESEL	17					
Elaboração e Entrega do Projeto Individual de Aprendizagem						
Orientação Tutorial						
Concretização dos objetivos/atividades						
Implementação do Projeto Individual						
Revisão da Literatura						
Realização da Reflexão do Ensino Clínico V	A definir					
Entrega da Reflexão do Ensino Clínico V	A definir					
Realização do 1º Diário de Aprendizagem						
Entrega do 1º Diário de Aprendizagem			17			
Realização do 2º Jornal de Aprendizagem						
Entrega do 2º Jornal de Aprendizagem					20	
Realização do Relatório de Estágio						
Entrega do 1º draft do Relatório de Estágio				2		

Entrega do Relatório de Estágio						25
Sessão de Análise das Práticas na ESEL	18	20	30	29		3
Avaliação Formativa	A definir					
Avaliação Sumativa	A definir					

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto possibilitou a tomada de consciência do percurso clínico a desenvolver, a organização dos objetivos e a síntese de todas as atividades planejadas, elucidando-me das competências a adquirir e dos recursos essenciais para as alcançar. Considero que a realização das atividades mencionadas contribuirá para a concretização da minha formação especializada, em parceria com o orientador do Estágio com Relatório e o docente orientador. Evidencio que este documento é flexível e ajustável às experiências que venha a vivenciar, permitindo dar espaço à reorganização de objetivos e atividades.

O contexto de Bloco de Partos e Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia são áreas com múltiplas intervenções, constituindo-se um desafio diário para os EEESMO. Assim, no decurso do Estágio com Relatório espero ter a oportunidade de vivenciar diversas experiências, desenvolvendo competências específicas no âmbito de cada uma delas.

A vontade de querer aprender, chegar mais além e cumprir os objetivos delineados está presente. Acredito que este será um percurso formativo motivador e bastante desafiante, que se proporcionarão momentos enriquecedores e que as atividades enunciadas serão cumpridas, permitindo assim um amadurecimento pessoal e o desenvolvimento de competências.

BIBLIOGRAFIA

Behrens, M. A., & Jose, E. M. (2001). Aprendizagem por Projetos e os Contratos Didáticos. *Revista Diálogo Educacional*, 2 (3), 77 - 96.

ICM. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido a 10-05-2013. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/educationcoredocuments/essential-competencies-basic-midwifery-practice/>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginicológica. Lisboa.

APÊNDICE II – Plano de Trabalho

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

PROJETO DE ESTÁGIO

***INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
PROMOTORAS DO CONTATO PELE-A-PELE***

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADORA:

Professora Isabel Serra

Lisboa

Fevereiro de 2014

PLANO DE TRABALHO

Objetivo: Refletir com a equipa de saúde para a importância da promoção e implementação do contato pele-a-pele precoce			
Planeamento de Trabalho para: Ensino Clínico II, III, IV e Estágio com Relatório (Bloco de Partos)			
Atividades a Desenvolver	Processo de Trabalho e Recursos	Resultados a Obter	Avaliação dos Resultados
• Divulgação da relevância do contato pele-a-pele precoce pelos profissionais de saúde, com base na evidência científica; • Esclarecimento de dúvidas e respectiva informação sobre a pertinência e o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina; • Estabelecimento de momentos de partilha com os profissionais de saúde, sobre as percepções e experiências da prática de cuidados, relacionadas com o contato pele-a-pele precoce; • Sugestão e obtenção de opiniões por parte dos profissionais de saúde e respectiva autorização, para a elaboração de um registo de informação sob a forma de carimbo, sobre as características de cada contato pele-a-pele estabelecido, entre a mãe e o recém-nascido, após o nascimento.	Processo de Trabalho: • Revisão da Literatura • Comunicação Verbal Recursos: <u>Humanos:</u> • Equipa multidisciplinar • Discente • Docente Orientadora • Orientador do Ensino Clínico <u>Físicos:</u> • Serviço de Puerpério • UCSP/USF • Internamento de Grávidas • Bloco de Partos <u>Materiais:</u> • Hardware e Software	• Mobilização de conteúdos teóricos adquiridos durante o CMESMO e revisão da literatura, fundamentando a pertinência de integrar o contato pele-a-pele imediatamente após o parto na prestação de cuidados; • Difusão do contato pele-a-pele precoce entre os serviços de saúde e a transmissão de informação relevante para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados.	• Diários de Aprendizagem • Relatório de Estágio • Avaliação formativa e sumativa dos Ensinos Clínicos

Objetivo: Sensibilizar a mulher/família para a relevância do contato pele-a-pele precoce, durante a vigilância pré-natal.			
COMPETÊNCIA 2 (OE): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal • H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento - o H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão			
COMPETÊNCIA Nº 1 (ICM): Possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebê.			
COMPETÊNCIA Nº 2 (ICM): Ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planejadas e uma parentalidade positiva.			
Planeamento de Trabalho para: Ensino Clínico III e IV			
Atividades a Desenvolver	Processo de Trabalho e Recursos	Resultados a Obter	Avaliação dos Resultados
• Fornecimento de informações à mulher/família sobre o conceito de contato pele-a-pele precoce e a sua importância; • Esclarecimento de dúvidas e respectiva informação à mulher/família sobre a relevância do contato pele-a-pele precoce na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina; • Realização de sessão formativa para a mulher/família, durante a vigilância pré-natal, sobre o contato pele-a-pele precoce.	Processo de Trabalho: • Revisão da Literatura • Comunicação Verbal • Sessão Formativa Recursos: <u>Humanos:</u> • Mulher grávida/Casal • Equipa multidisciplinar • Discente • Docente Orientadora • Orientador do Ensino Clínico <u>Físicos:</u> • UCSP/USF • Internamento de Grávidas <u>Materiais:</u> • Hardware e Software	• Mobilização de conteúdos teóricos adquiridos durante o CMESMO e revisão da literatura, fundamentando a pertinência do contato pele-a-pele imediatamente após o parto; • Transmissão de informação relevante à mulher grávida/casal sobre o contato pele-a-pele imediatamente após o parto.	• Diários de Aprendizagem • Relatório de Estágio • Avaliação formativa e sumativa dos Ensinos Clínicos

Objetivo: Estabelecer o contato pele-a-pele, entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o nascimento, sempre que possível.			
População-alvo: Recém-nascidos de termo, que nasceram por parto eutócico, com Índice de Apgar ao primeiro minuto superior ou igual a 7 e com ausência de patologia fetal e materna.			
COMPETÊNCIA 3 (OE): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto • H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina - o H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado - o H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos - o H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos • H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido - o H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina			
COMPETÊNCIA Nº 4 (ICM): Prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos. COMPETÊNCIA Nº 5 (ICM): Prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis. COMPETÊNCIA Nº 6 (ICM): As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.			
Planeamento de Trabalho para: Estágio com Relatório (Bloco de Partos)			
Atividades a Desenvolver	Processo de Trabalho e Recursos	Resultados a Obter	Avaliação dos Resultados
• Informação à parturiente e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), concretamente o contato pele-a-pele precoce, permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões;	Processo de Trabalho: • Revisão da Literatura • Comunicação Verbal • Observação Participante • Entrevistas Semidirigidas • Registo da informação	• Mobilização de conteúdos teóricos adquiridos durante o CMESMO e revisão da literatura, fundamentando a	• Análise dos registos efetuados na grelha • Relatório de Estágio • Avaliação

• Obtenção do consentimento verbal informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, para o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce; • Colocação do recém-nascido, previamente seco, sobre o peito ou abdómen materno, imediatamente após a expulsão, coberto com uma manta pré-aquecida e um gorro; • Identificação dos cuidados prestados à díade/família, características de cada contato pele-a-pele estabelecido e experiências e percepções da puérpera/família, através de observação participante¹ e entrevistas semidirigidas², com registo em grelha³ elaborada para o efeito; • Observação participante e registo de informação sob a forma de carimbo, sobre as características de cada contato pele-a-pele estabelecido, para anexar ao Boletim de Saúde Infantil; • Realização de registos de enfermagem, explicitando as intervenções efetuadas na promoção, estabelecimento e características do contato-pele-a-pele.	colhida Recursos: <u>Humanos:</u> • Parturiente/Casal • Recém-nascido de termo saudável e de baixo risco • Equipa multidisciplinar • Discente • Docente Orientadora • Orientador do Ensino <u>Clínico</u> <u>Físicos:</u> • Bloco de Partos <u>Materiais:</u> • Hardware e Software • Manta pré-aquecida • Gorro • Grelha • Objeto para marca sobre o contato pele-a-pele • Processo de Enfermagem	prestação de cuidados na evidência científica; • Transmissão de informação relevante à parturiente/casal sobre o contato pele-a-pele imediatamente após o parto, de forma a obter o consentimento informado; • Estabelecimento do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto; • Difusão do contato pele-a-pele através dos registos efetuados, contribuindo para a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados.	formativa e sumativa dos Ensinos Clínicos
--	---	--	--

¹ Segundo Fortin (2009), a observação participante implica que o observador se integre completamente no grupo social, sendo o seu papel estudar o grupo social do interior por uma participação direta e pessoal.

² De acordo com Fortin (2009) as entrevistas semidirigidas permitem compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes, sendo que o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões e apresenta-as ao numa ordem que ele julga apropriado. Assim, a entrevista semidirigida surge como uma interação verbal animada de forma flexível pelo entrevistador, que se deixa guiar pelo fluxo da entrevista com a finalidade de abordar os temas gerais sobre os quais deseja ouvir, assemelhando-se a uma conversa informal.

³ A grelha construída para o efeito terá como base o Modelo de Adaptação de Callista Roy e será previamente avaliada pela docente orientadora.

Objetivo: Identificar as experiências e percepções da puérpera/família relacionadas com o contato pele-a-pele.			
COMPETÊNCIA 4 (OE): Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal • H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal - o H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos			
COMPETÊNCIA Nº 5 (ICM): Prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis. COMPETÊNCIA Nº 6 (ICM): As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.			
Planeamento de Trabalho para: Ensino Clínico II			
Atividades a Desenvolver	Processo de Trabalho e Recursos	Resultados a Obter	Avaliação dos Resultados
• Entrevistas semidirigidas com a puérpera/família, sobre as suas experiências e percepções, relacionadas com o contato pele-a-pele; • Registo em grelha elaborada para o efeito das experiências e percepções da puérpera/família, relacionadas com o contato pele-a-pele, identificadas através das entrevistas semidirigidas.	Processo de Trabalho: • Revisão da Literatura • Comunicação Verbal • Entrevistas Semidirigidas • Registo da informação colhida Recursos: <u>Humanos:</u> • Puérpera/Recém-nascido/Família • Equipa multidisciplinar • Discente • Docente Orientadora • Orientador do Ensino Clínico <u>Físicos:</u> • Serviço de Puerpério <u>Materiais:</u> • Hardware e Software • Grelha	• Conhecimento das experiências e percepções da puérpera/família relacionadas com a prática do contato pele-a-pele imediatamente após o parto, concretamente: tempo de início, duração e motivo do término do contato pele-a-pele; como e por quem obteve informações sobre este tipo de intervenção e os efeitos produzidos pelo contato pele-a-pele a nível físico-fisiológico e psicossocial.	• Análise dos registos efetuados na grelha • Relatório de Estágio • Avaliação formativa e sumativa dos Ensinos Clínicos

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2013										2014						
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Identificação da Temática																	
Pesquisa Bibliográfica e Revisão da Literatura																	
Orientação Tutorial							A DEFINIR										
Elaboração do Projeto de Estágio																	
Primeira Apresentação do Projeto			21-Mai														
Entrega do Projecto de Estágio					26-Jul												
Inscrição do Projeto												13-Fev					
Prestação de Cuidados Especializados / Desenvolvimento de Competências																	
Entrevistas Semidirigidas																	
Observação Participante																	
Elaboração do Relatório de Estágio																	
Entrega do Relatório de Estágio																	

BIBLIOGRAFIA

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE III – Revisão Sistemática da Literatura

Tabela 1 – Revisão Sistemática da Literatura – 1º Artigo

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Autor: Haxton, D.; Doering, J.; Gingras, L.; Kelly, L. Título: Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. Applying Evidence to Practice Ano: 2012 Publicação: AWHONN
FINALIDADE DO ESTUDO	Este estudo reporta-se para a implementação bem sucedida do contato pele-a-pele precoce, entre a mãe e recém-nascido de termo saudável imediatamente após o nascimento, num centro médico acadêmico do centro oeste dos EUA, utilizando o modelo de Iowa de prática baseada na evidência. Para o propósito deste projeto, a “dose alvo” de contato pele-a-pele precoce era de um mínimo de 1 hora imediatamente após o nascimento. O objetivo deste artigo é descrever as etapas, o processo e os desafios para a implementação do contato pele-a-pele precoce, bem como os resultados observados após a implementação desta prática. Assim, a finalidade é fornecer informação útil para se proceder à implementação do contato pele-a-pele precoce em outras instituições.
TIPO DE ESTUDO	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa
PARTICIPANTES	Antes da implementação do contato pele-a-pele precoce e para estabelecer a necessidade desta prática baseada na evidência, o enfermeiro especialista entrevistou 30 puérperas, antes da alta hospitalar, que tiveram parto por via vaginal e recém-nascidos de termo saudáveis, com a finalidade de avaliar a frequência e a duração do cumprimento do contato pele-a-pele precoce fornecido aos pacientes. Este projeto foi liderado pelo enfermeiro especialista do Centro de Parto Froedtert & Medical College of Wisconsin e é constituído por enfermeiros parteiros (Labor & Delivery), médicos, auxiliares de enfermagem e

	consultores de lactação. Os enfermeiros tiveram uma maior representação na equipa, uma vez que esta mudança afetou principalmente a prática de enfermagem. Cinco semanas após a mudança da prática baseada na evidência, o enfermeiro especialista realizou entrevistas a outras 25 mães.
COLHEITA DE DADOS	Modelo de Iowa – Aplicação da evidência na prática: • Identificação do problema com foco no conhecimento que inicia a necessidade de uma mudança: - o Entrevista a 30 puérperas que tiveram parto por via vaginal e recém-nascidos de termo saudáveis, antes da alta hospitalar, com a finalidade de avaliar a frequência e a duração do cumprimento do contato pele-a-pele precoce fornecido aos pacientes. • Apresentação dos objetivos institucionais: - o Taxa de iniciação da Amamentação > 75% - o Taxa de leite adaptado na alta < 20% • Formação de uma equipa; • Revisão da literatura sobre o contato pele-a-pele precoce e respectiva discussão da pesquisa em conjunto [Revisão Cochrane e meta- análise; práticas e declarações de posição da Academia Americana de Pediatria (AAP), American Academy of Breastfeeding Medicine (AABM) e Associação de Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica e Neonatal Nurses (AWHONN)]; • Síntese da evidência para a prática e criação do protocolo passo-a-passo detalhado para a intervenção do contato pele-a-pele precoce e folheto informativo para os pacientes; • Mudança piloto e alteração dos registos electrónicos para documentar o início e a duração do contato

	pele-a-pele precoce: - o Para iniciar o processo piloto, o enfermeiro especialista entregou quatro sessões educacionais para à equipa de enfermagem. Estas sessões foram entregues via software PowerPoint e apresentações de DVD e teve como objetivo ilustrar a importância do contato pele-a-pele precoce e orientar para a nova prática. - o As enfermeiras tiveram a oportunidade de discutir as suas preocupações sobre as possíveis barreiras e soluções para a implementação do contato pele-a-pele precoce. • Avaliação da mudança piloto para decidir sobre a implementação completa: - o Realização de entrevistas a 25 mães, cinco semanas após a mudança piloto; - o Revisão de 30 registos de recém-nascidos de termo saudáveis para avaliar se os enfermeiros documentam a educação fornecida às famílias e se ocorreu contato pele-a-pele e durante quanto tempo; - o Considerar expandir o protocolo do contato pele-a-pele a partos cirúrgicos sem complicações; - o Integração da temática contato pele-a-pele precoce durante o pré-natal e aulas de preparação para o parto; - o Avaliação a longo prazo dos resultados.
ANÁLISE DOS DADOS	Após a realização da revisão da literatura, a equipa decidiu incluir os seguintes itens na avaliação dos resultados: taxa de início da amamentação, amamentação exclusiva no momento da alta e os níveis de satisfação materna.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Embora esta prática baseada na evidência não envolva a intervenção médica, o diretor de segurança do

	paciente e qualidade para o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia defendeu o projeto. Para comunicar a aprovação desta iniciativa da administração, todos os enfermeiros receberam pedidos via e-mail para se voluntariarem para a equipa do projeto, garantindo que os enfermeiros de todos os turnos se juntavam à equipa. Antes de implementar o contato pele-a-pele precoce (de preferência antes ou durante o parto), cada mulher recebeu informações por escrito sobre os benefícios do contato pele-a-pele e a intervenção só era efetivada após a obtenção do consentimento da mesma.
RESULTADOS	Cinco semanas depois da mudança piloto foram realizadas entrevistas a 25 mães, sendo que 92% relataram ter recebido informações por escrito e 84% relataram que os benefícios do contato pele-a-pele precoce foram discutidos. 68% (dezassete destas 25 mães) experimentaram o contato pele-a-pele precoce com durações percebidas de "alguns" de 90 minutos. 32% (oito) dos recém-nascidos não receberam o contato pele-a-pele, sendo que cinco mães deram uma razão para o sucedido: três relataram que houve complicações maternas ou por parte do recém-nascido que impediram a realização do contato pele-a-pele e duas não receberam informação sobre o contato pele-a-pele e os seus benefícios e, portanto, não tinham conhecimentos sobre o contato pele-a-pele precoce. Uma auditoria aleatória a 30 registos de recém-nascidos de termo saudáveis foi realizada nas duas semanas pós-intervenção. Todos os registos tinham documentado a educação sobre o contato pele-a-pele antes do nascimento. Sete dos registos não documentaram qualquer início de contato pele-a-pele. Dos 23 registos restantes houve documentação sobre o apoio ao contato pele-a-pele precoce, mas seis mães recusaram. Os restantes 17 recém-nascidos foram colocados em contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento e

	permaneceram lá por entre 5 e 50 minutos, indicando que os profissionais estavam a começar a integrar o contato pele-a-pele na sua prática. Adicionalmente, um mês após início da integração do contato pele-a-pele, os enfermeiros não relataram aumento na carga de trabalho e nenhum atraso na transferência de mães e recém-nascidos. Nos primeiros dois trimestres desde que foi totalmente implementado o contato pele-a-pele precoce no Centro de Parto, a taxa de início da amamentação em recém-nascidos aumentou de 74% para 84%. Este resultado atesta a captação de pessoal na prática do contato pele-a-pele precoce. Apesar de neste momento não ser possível relatar sobre os outros dois resultados de qualidade (amamentação exclusiva no momento da alta e os níveis de satisfação materna), um aumento de 10% no início da amamentação ajudou o Centro de Parto a exceder a meta de 75% da “Healthy People 2010”.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Este artigo revela as etapas, o processo e os desafios para a implementação do contato pele-a-pele precoce, encorajando qualquer instituição com serviços obstétricos a refletir sobre a necessidade de implementar o contato pele-a-pele precoce, visto que se trata de uma estratégia que os enfermeiros podem aplicar na prática sem ajustes significativos nos procedimentos a recém-nascidos de termo saudáveis. É uma prática recomendada que promove a saúde neonatal e materna e os cuidados de enfermagem de qualidade, permitindo alcançar resultados de qualidade e dar às famílias um começo positivo e saudável.

Tabela 2 – Revisão Sistemática da Literatura – 2º Artigo

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Autor: Dabrowski, Gretchen A. Título: Skin-to-skin contact. Giving Birth Back to Mothers and Babies Ano: 2007 Publicação: AWHONN
FINALIDADE DO ESTUDO	Este estudo reporta-se para os benefícios do contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento e enaltece a importância da revisão da literatura por parte dos profissionais de saúde, a identificação das barreiras ao contato pele-a-pele e a implementação de mudanças na prática para incorporar o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento, sugerindo práticas para aumentar a sua prevalência.
TIPO DE ESTUDO	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa
PARTICIPANTES	Equipa de saúde de um hospital sem nome designado; enfermeira com o papel de líder clínica; mães, pais e recém-nascidos.
COLHEITA DE DADOS	A eventual progressão para o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento, como um padrão de atendimento, resultou das experiências em primeira mão da equipa de saúde. Com o advento de "point-and-click", planos de parto na Internet, o número de pais que desejavam o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento começou a aumentar, tendo sido descrito como um desejo de estar perto e para confortar o seu recém-nascido. A sessão educativa desenvolvida pela enfermeira líder para os enfermeiros do departamento de obstetrícia

Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do Contato pele-a-pele

	incluiu os benefícios do contato pele-a-pele após o nascimento e os participantes permitiram um fórum de discussão sobre a sua rotina de implementação.
ANÁLISE DOS DADOS	Não mencionado.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não mencionado.
RESULTADOS	No início, o pedido dos pais foi visto como uma minúcia que poderia atrasar os cuidados neonatais de rotina. Com a frequência do contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento devido a estes pedidos, vários membros da equipa de saúde começaram a observar semelhanças nas experiências e resultados nas mães e recém-nascidos. Tornou-se evidente que nestas famílias a experiência do nascimento era exclusivamente deles, distante da tecnologia e intervenções. As mães envolvidas em contato pele-a-pele relataram uma sensação de que estavam sendo encapsuladas com o seu recém-nascido e de progressão natural da maternidade. Como os recém-nascidos demonstraram sinais de fome logo após o nascimento, as mães demonstraram confiança e entusiasmo adicional para iniciar a amamentação antecipadamente. Os membros da equipa de saúde observaram uma relação única, em que os pais pareciam mais rapidamente e intimamente conhecer o seu recém-nascido. Apesar das observações e experiências relatadas pelos pais e aumento da satisfação materna pela experiência, os enfermeiros continuaram a ver o contato pele-a-pele como uma minúcia e muitos manifestaram preocupações relacionadas com a regulação térmica do recém-nascido e a oportunidade de realizar procedimentos de rotina aos recém-nascidos.

Uma apresentação dos benefícios do contato pele-a-pele logo após o nascimento foi desenvolvido por uma enfermeira, no papel de líder clínica, para os enfermeiros do departamento de obstetrícia. Nesta sessão foram usados vídeos e posters para reforçar o conceito do contato pele-a-pele e os participantes permitiram um fórum de discussão sobre a sua rotina de implementação. A maior barreira para a aceitação do contato pele-a-pele logo após o nascimento era a conclusão das tarefas de enfermagem, incluindo a identificação do recém-nascido, as medições, tomar banho, a administração de vitamina K e a profilaxia oftálmica. Para incorporar a prática baseada na evidência foi fundamental reorientar as tarefas de enfermagem, como adiar o banho até ao fim de quatro horas de estabilidade de temperatura, e compreender a acessibilidade da mãe como uma fonte de calor durante o Índice de Apgar e a aplicação de faixas de identificação ao recém-nascido.

A publicação das orientações de amamentação coincidiram com a apresentação ao departamento de obstetrícia, sendo que essas diretrizes permitiu aos enfermeiros defender o contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento. A aceitação gradual de diretrizes para a prática baseada na evidência permitiu uma mudança na prática apoiada por muitos membros da equipa de saúde.

Através dos esforços de vários membros da equipa (enfermeiros, obstetras, neonatologistas, anestesistas e pediatras) iniciou-se uma diminuição na separação de rotina entre a mãe e o recém-nascido após cesariana. A resistência permaneceu por parte dos neonatologistas que expressaram preocupação sobre a termorregulação e a observação inadequada do recém-nascido após o nascimento, tendo sido ajustadas as diretrizes de pessoal de forma a permitir a presença de um enfermeiro adicional durante o período de recuperação. Relativamente à termorregulação tornou-se progressivamente evidente que os recém-nascidos

	em contato pele-a-pele alcançavam rapidamente uma temperatura estável. Na ausência da mãe, devido a complicações após a cirurgia, os recém-nascidos efectuaram o contato pele-a-pele com pai, mantendo uma termorregulação eficaz.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Práticas de rotina, incluindo os cuidados imediatos ao recém-nascido e a sua avaliação sob uma fonte radiante de calor, proíbe ou interrompe o processo de contato pele-a-pele. Enfermeiros e outros membros da equipa de saúde têm a oportunidade de identificar as barreiras ao contato pele-a-pele e implementar mudanças de prática para incorporar o contato pele-a-pele logo após o nascimento. Há vários passos que os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem realizar para aumentar a prevalência do contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento: • Práticas de cuidados de rotina, incluindo índices de Apgar, avaliação física inicial e colocação de faixas de identificação nos recém-nascidos, pode ser realizada enquanto o recém-nascido está em contato pele-a-pele com a mãe. • A administração de vitamina K pode ser adiada após o início da amamentação, permitindo que os efeitos analgésicos do contato pele-a-pele e aleitamento materno atinga o efeito máximo. • Considerar a importância do contato pele-a-pele precoce independentemente do tipo de parto, e através da colaboração de outros membros da equipa de saúde (obstetras, anestesistas, neonatologistas, pediatras) garantir a assistência contínua e ininterrupta do recém-nascido, promovendo o contato pele-a-pele, desde o nascimento e durante o período de recuperação. • Reavaliar as diretrizes de pessoal que permitam a disponibilidade de um enfermeiro adicional para os cuidados durante o período de recuperação pós-anestésica imediata.

	Educar os pais durante o período pré-natal sobre os benefícios do contato pele-a-pele imediatamente após o nascimento. Assim, através da prática baseada em evidências, o enfermeiro pode assegurar que as mães proporcionam ao seu recém-nascido, desde o nascimento, um início mais saudável através do contato pele-a-pele precoce.
--	---

Tabela 3 – Revisão Sistemática da Literatura – 3º Artigo

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Autor: Price, Mary; Johnson, Martin Título: Using action research to facilitate skin-to-skin contact Ano: 2005 Publicação: <i>British Journal of Midwifery</i>
FINALIDADE DO ESTUDO	Este artigo reporta-se a um projeto de “pesquisa-ação” de um ano que foi realizado numa maternidade, com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre o aleitamento materno e implementar uma mudança na prática, o contato pele-a-pele ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento. O projeto foi realizado numa maternidade com baixa taxa de aleitamento materno (54,5% em 2000), comparado com a média nacional de 68%. Nesta unidade o contato pele-a-pele ininterrupto não era praticado, sendo por isso esse o foco principal do projeto.
TIPO DE ESTUDO	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa
PARTICIPANTES	Oito mulheres e oito parteiras que experimentaram o contato pele-a-pele.

COLHEITA DE DADOS	Notas de campo, atas de reuniões e entrevistas semi-estruturadas.
ANÁLISE DOS DADOS	Uma parte fundamental da análise de dados em “pesquisa-ação” não é focado tanto na construção de uma interpretação, mas usá-lo para mostrar novas possibilidades para a prática e aprendizagem, através da reflexão crítica sobre os dados.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	As mulheres foram contactadas por carta, com a informação sobre o projeto, e assinaram um termo de consentimento. As parteiras foram entrevistadas depois de dar o seu consentimento verbal, tendo sido as entrevistas gravadas e os dados armazenados de forma segura. Os participantes sabiam que o seu anonimato seria protegido e que poderiam, se quisessem, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A aprovação ética foi adquirida a partir do Comité de Ética em Pesquisa local e Comité de Ética da Universidade. Pseudónimos foram usados e foi obtido consentimento para utilizar as fotografias nos quartos da maternidade e para publicação.
RESULTADOS	O empoderamento das mulheres e parteiras foi essencial para a implementação da mudança na prática. Antes da mudança bem-sucedida na prática, os profissionais precisam de ser convencidos do seu valor e envolvidos no processo de mudança, para ajudar a incorporá-lo em prática, ou seja, é necessário facilitar e capacitar para a mudança. O valor da partilha de experiências e a utilização de estratégias para ajudar a lembrar a mudança, antes de ser incorporada na prática normal, também se revelaram pontos-chave necessários para a mudança na prática. A prática do contato pele-a-pele aumentou de quase nula no primeiro mês do projeto, para 36% em dez

	meses e 52% no décimo primeiro mês. Seis meses depois, o número subiu para mais de 80%. Há muita lacuna entre a prática e a teoria, mas a “pesquisa-ação” pode ser uma forma de facilitar os profissionais a preencher essa lacuna e a implementar a prática de uma forma que é relevante para eles e a trabalhar na sua cultura particular, em vez de uma imposição de valores a partir de fora. O conhecimento da intervenção e ajuda prática em realizá-lo deve ser dado antes de esperar qualquer mudança na prática.
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	Para incorporar mudança na prática e implementar o contato pele-a-pele sugere-se algumas intervenções: • Seleção de um grupo de foco, assegura a titularidade e o desenvolvimento compartilhado e a divulgação do progresso; • Visitas a outras unidades; • Sessões de ensino para aumentar o conhecimento e as habilidades baseadas em pesquisas; • Criação de folhetos informativos para informar mulheres e parteiras, de forma a facilitar a escolha informada; • Realização de posters sobre o contato pele-a-pele para informar e aumentar o perfil do projeto; • Avaliação do contato pele-a-pele para encontrar os problemas e permitir a resolução dos mesmos; • Obtenção do feedback das mães e parteiras, permite dar valor e credibilidade ao contato pele-a-pele; • Publicação de notícias sobre o progresso aumenta o perfil do projeto e dissemina o conhecimento; • Adição de perguntas no computador para registo sobre o contato pele-a-pele; • Aplicação de imagens nos quartos e lista sobre os benefícios do contato pele-a-pele.

APÊNDICE IV – 1º Diário de Aprendizagem



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO –
Bloco de Partos – Hospital de São Francisco Xavier**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Isabel Serra

ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO: EEESMO Andreia Mendes

Lisboa

Abril de 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

ESTÁGIO COM RELATÓRIO –

Bloco de Partos – Hospital de São Francisco Xavier

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Trabalho realizado no âmbito do Estágio com Relatório – Bloco de Partos, no decurso do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Isabel Serra

ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO: EEESMO Andreia Mendes

Lisboa

Abril de 2014

LISTA DE ABREVIATURAS e/ou SIGLAS

4º CMESMO – 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

cm – centímetros

CTG – Cardiotocógrafo

DGS – Direcção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência cardiofetal

OIEA – Occipito ilíaco esquerdo anterior

Sr.^a – Senhora

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A equipa pedagógica da unidade curricular Estágio com Relatório, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (4º CMESMO), definiu como uma das atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes, durante o seu decurso, a realização de dois Diários de Aprendizagem, sendo este o primeiro. Tendo por base uma metodologia de aprendizagem, esta reflexão será analisada segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, promovendo uma sistematização e distanciamento necessários para a percepção global da situação descrita, análise e integração.

A situação que quero apresentar ocorreu no terceiro turno do ensino clínico, durante o período da manhã.

Posteriormente à passagem de turno e à respectiva consulta do processo clínico dirigi-me ao quarto da Sr.^a Maria (nome fictício), de 30 anos, índice obstétrico 0000, com uma idade gestacional de 40 semanas e que se encontrava acompanhada por uma amiga. Apresentei-me como aluna de enfermagem da especialidade e questionei como se estavam a sentir. A amiga acompanhante respondeu no imediato *“Estamos bem e à espera do nosso menino”*. A Sr.^a Maria permaneceu em silêncio, aparentemente com fâcies triste e um olhar distante, e após ser questionada sobre a presença de dor apenas acenou com a cabeça dando indicação de que não tinha dor (a última administração de analgesia pelo catéter epidural tinha ocorrido há 1 hora atrás). A Sr.^a Maria encontrava-se na fase ativa do trabalho de parto, apresentando um colo apagado com 8 cm de dilatação, apresentação cefálica, em variedade OIEA. O CTG registava uma boa variabilidade fetal, FCF +- 140bpm e contractilidade uterina regular e de intensidade moderada.

Até ao fim do 1º estágio do trabalho de parto tentei estabelecer uma relação terapêutica com a Sr.^a Maria e acompanhante, de forma a permitir a expressão de sentimentos e inquietações e aumentar a autoconfiança para o grande momento que se aproximava. No entanto, durante este período a Sr.^a Maria manteve-se apática, demonstrando não ter vontade para comunicar verbalmente e, após ser questionada sobre a presença do pai durante o parto, dirigiu o olhar para a amiga que respondeu em sua vez: *“O pai do bebé está lá fora. Eles combinaram que após o bebé nascer*

eu saio e ele entra para ficar aqui. Ele não tinha coragem para ver o parto e como amiga eu vim dar-lhe apoio e serei a madrinha do bebê”.

Atingida a dilatação completa, a Sr.^a Maria iniciou os esforços expulsivos quando lhe eram solicitados e de forma adequada, tendo sido a acompanhante (amiga) envolvida nos cuidados, prestando o suporte devido durante este 2º estágio do trabalho de parto. O parto eutócico decorreu sem intercorrências, tendo resultado no nascimento de um nato-vivo do sexo masculino, com Índice de Apgar 9/10/10 ao primeiro, quinto e décimo minuto respectivamente, com 3,555Kg e sem malformações aparentes.

Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido foi colocado sobre o abdómen materno para ser limpo e se proceder à clampagem do cordão umbilical. A Sr.^a Maria fixou o olhar sobre o recém-nascido, preservando uma postura inerte, sem esboçar um sorriso e/ou tocar no recém-nascido. A acompanhante (amiga) que chorou de emoção após o nascimento, “bateu” no braço da Sr.^a Maria e afirmou *“Deixa de estar fria, olha o teu filho”*. Nesse momento a Sr.^a Maria tocou o seu filho por um instante e esboçou o primeiro sorriso de lábios cerrados, enquanto a acompanhante participava com entusiasmo na clampagem do cordão umbilical. Após este procedimento, a Sr.^a Maria assumiu novamente um comportamento apático e com olhar distante, pedindo à amiga o seu próprio telemóvel que se encontrava dentro da mala. Naquele momento a equipa percebeu que o melhor seria colocar o recém-nascido debaixo da fonte radiante de calor que se encontrava ao lado da Sr.^a Maria e iniciar a prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido. Acatando o pedido da Sr.^a Maria, a acompanhante entrega-lhe o telemóvel e despede-se de toda a equipa dizendo *“Vou embora para que o pai do bebé possa entrar pode ser?”*. Nesse instante foi questionado à Sr.^a Maria se estava de acordo que o pai do recém-nascido entra-se, tendo apenas acenado com a cabeça afirmativamente, sem desviar o olhar do telemóvel.

Enquanto se aguardava que a dequitação ocorresse de forma natural e espontânea, a Sr.^a Maria foi incentivada a olhar para o recém-nascido que se encontrava perto de si, contudo a parturiente permanecia em silêncio, aparentemente afastada daquele momento e apenas por segundos desviava o olhar discretamente para o seu filho, voltando rapidamente a dirigir o olhar para o teclado

do seu telemóvel. Após o pai do recém-nascido entrar na sala, o mesmo foi convidado a conhecer o seu filho e antes de o efetuar dirigiu-se à Sr.^a Maria, que se mantinha de olhar fixo no telemóvel, e acarinhou-a passando a sua mão na face. Como resposta a este gesto a Sr.^a Maria afastou-o, batendo-lhe na mão. O pai do recém-nascido não insistiu e foi conhecer o seu filho, demonstrando inicialmente algum receio em lhe tocar.

A dequitação ocorreu de forma natural e sem intercorrências, apresentando-se a placenta aparentemente completa. Pela necessidade que existiu de ter de se realizar episiotomia durante o 2º estágio do trabalho de parto, procedeu-se à respectiva episiorrafia. No decurso deste procedimento, a Sr.^a Maria foi continuamente incitada a olhar e a tocar no recém-nascido, tendo sido o pai incentivado a pegar no recém-nascido ao colo e a transportá-lo para junto da mesma. Nesse momento a Sr.^a Maria “desprende-se” do telemóvel, sorriu e acariciou o recém-nascido e, apesar de se manterem em silêncio, durante alguns minutos a tríade esteve próxima.

Durante o período do puerpério imediato a Sr.^a Maria manifestou vontade em amamentar o recém-nascido e, após um breve momento de educação para a saúde sobre posicionamento e pega correta, a puérpera demonstrou-se motivada, interessada nos cuidados sobre amamentação e a díade revelou-se autónoma. Relativamente ao envolvimento/relação entre a puérpera e o recém-nascido, destaca-se que durante as primeiras 2 horas de puerpério imediato ambos principiaram um processo de interação adequada, manifestada sobretudo pelo toque e contato visual, demonstrando assim a possibilidade do início da construção de uma vinculação sólida e harmoniosa. Para facilitar a vinculação e promoção da interação da tríade, no decurso do puerpério imediato e com o consentimento da Sr.^a Maria, foi possibilitada a permanência do pai do recém-nascido no Bloco de Partos até ao momento da transferência para o serviço de puerpério, tendo sido proporcionados momentos a sós para puderem conversar e partilhar sentimentos e emoções.

Ao vivenciar esta experiência, várias questões invadiram o meu pensamento: *“Qual a razão da Sr.^a Maria para adoptar uma postura apática e “fria” durante o trabalho de parto e no momento em que visualiza pela primeira vez o seu filho? Será*

que sentia receio/medo/ansiedade relativamente ao parto? Será que esta foi uma gravidez planeada e/ou desejada? Será que a utente assumiu esta postura/atitude ao longo de toda a gravidez? Que tipo de relação e vinculação existia entre a Sr.^a Maria e o pai do recém-nascido? De que forma ambos vivenciaram a gravidez até ao momento do parto? Por que razão a Sr.^a Maria autoriza a entrada do pai do recém-nascido no Bloco de Partos, sendo que a sua primeira atitude foi de afastamento para com o mesmo? Aparentemente, como se ultrapassa tão rapidamente e favoravelmente uma postura de inércia para uma interação adequada com o recém-nascido?”.

Durante a vivência desta experiência, e apesar da Sr.^a Maria não manifestar vontade de comunicar verbalmente, tentei manter uma postura de escuta ativa, proporcionando momentos para a expressão de sentimentos e inquietações e que favorecessem a vinculação, inicialmente entre a díade (parturiente e recém-nascido) e, posteriormente, entre a tríade (parturiente, recém-nascido e pai). Um dos aspetos positivos desta experiência foi a demonstração de disponibilidade da equipa de saúde à parturiente/conviventes significativos para a exteriorização de sentimentos e o esclarecimento de dúvidas e a transmissão de informações importantes, de forma contínua, sobre cada intervenção efetuada. Segundo Coutinho (2004, p. 31)

“estar com a parturiente (...) é mostrar disponibilidade, permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atentamente, de modo a que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro. A presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida da pessoa cuidada” (Coutinho, 2004, p. 31).

Apesar de inicialmente a Sr.^a Maria se demonstrar apática, com um olhar distante e aparentemente afastada e desinteressada daquele momento, os cuidados prestados promoveram posteriormente uma interação adequada com o recém-nascido e o desenvolvimento de competências no âmbito da amamentação.

Perante esta situação, no início senti-me inquieta e incomodada pelo fato da parturiente estar a assumir aquela postura, contudo consegui gerir esses sentimentos para que a minha visão não fosse visível. Considero que deveria ter investido mais nas estratégias comunicacionais na tentativa de perceber o motivo da sua postura e o que estava a sentir, cooperando para a vivência positiva daquele momento. Um outro aspecto menos positivo nesta experiência foi o fato de não ter

conseguido perceber que tipo de relação/suporte existia entre a Sr.^a Maria e o pai do recém-nascido, se se tratou de uma gravidez planeada e/ou desejada e de que forma vivenciaram esse período, visto que possivelmente a resposta a estas questões poderiam ajudar a perceber o comportamento da Sr.^a Maria. Salienta-se que a gravidez e o nascimento de um filho afeta todos os membros da família e o processo de adaptação tem lugar no seio de um ambiente cultural influenciado por tendências sociais, sendo que este processo de adaptação, aceitação e interação com o recém-nascido pode ser desenvolvida de múltiplas formas. Proponho-me a encarar esta situação como uma oportunidade de aprendizagem, de maneira a reconhecer e a responder melhor às necessidades da mulher/recém-nascido/pai e, assim, melhorar o meu desempenho. Por outro lado, esta situação surge como uma oportunidade de crescimento pessoal e de desenvolvimento de competências no estabelecimento de uma relação terapêutica.

Ainda que se tivesse tratado de uma vigilância adequada ao longo da gravidez, que não existissem dados/registos relativamente a alterações na aceitação e adaptação à gravidez e, embora os conceitos de gravidez e maternidade se encontrem muitas vezes associados, representam realidades distintas quer do ponto de vista físico (se pensarmos nas “grávidas de substituição” e mães adotivas) quer do ponto de vista psicológico, pois sabe-se que o fato de uma mulher estar grávida não assegura a posterior realização adaptativa das tarefas maternas (Canavarro, 2001). Tal como afirma Canavarro (2001, p. 19), “*a maternidade requer que, mais do que desejar ter um filho, se deseje ser mãe*”. A gravidez é um período que permite a preparação para ser mãe, nomeadamente ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente ao feto, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e aprender a aceitá-lo como pessoa única com vida própria (Canavarro, 2001).

O nascimento é um processo que uma vez accionado não é possível ser evitado, voltar atrás ou interromper, acarretando modificações ao nível da identidade, papéis e funções da mãe e de toda a família. Os processos de gravidez e maternidade, como mudanças que são, implicam *stress* e são considerados um período de desenvolvimento, caracterizados pela necessidade de resolver tarefas

desenvolvimentais específicas (aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; aceitar o bebê como pessoa separada; reavaliar e reestruturar a relação com os pais, a relação com o conjugue/companheiro, a sua própria identidade para incorporar a identidade materna e a relação com os outros filhos) e viver uma crise própria (Canavarro, 2001). Apesar de ser consensual a existência de alguma relação entre as dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimental, esta não é linear. De acordo com Canavarro (2001, p. 37)

“há tarefas que se prolongam para lá do período considerado (...), outras cujo início não coincide necessariamente com o princípio do período em causa e ainda pelo fato do timing na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher. Na vida das pessoas reais as tarefas sobrepõem-se e misturam-se” (Canavarro, 2001, p. 37).

Para além do importante papel que as representações sobre a gravidez e maternidade desempenham, outros fatores têm sido associados à forma como decorre a adaptação à maternidade: a própria mulher (decorso da gravidez e parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio-emocional e acontecimentos de vida no ano precedente à gravidez), o bebê (peso à nascença, saúde física e temperamento) e as características do meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional) (Canavarro, 2001).

A gestação é uma etapa maturacional que pode ser muito stressante, mas também compensadora, enquanto a mulher se prepara para um novo nível de preocupação e de responsabilidade, sendo que as mulheres solteiras, com apoio limitado, podem ter dificuldade em efetuar esta adaptação (Lowdermilk & Perry, 2008), e nesta situação concreta, permanece a dúvida sobre que tipo de relação/vinculação e suporte existia entre a Sr.^a Maria e o pai do recém-nascido. O nascimento de um filho e a preparação para o seu acolhimento é uma etapa fundamental, podendo verificar-se um período de instabilidade para o casal/família, correspondendo a mudanças profundas na organização da sua vida (DGS, 2006). Segundo Canavarro (2005, p. 225)

“o nascimento de um filho no seio de uma família modifica radicalmente os equilíbrios anteriores; este processo de mudança exige um tempo de reajustamento, durante o qual o recém-nascido toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros” (Canavarro, 2005, p. 225).

Perante situações de stress, as famílias reagem de modos diversos, visto que algumas apresentam estratégias de coping adequadas e funcionais perante situações adversas, enquanto outras parecem descompensar mesmo diante de mudanças similares ou até de pequenas transições de vida (Canavarro, 2005).

Evidenciando Lowdermilk & Perry (2008) o período imediatamente após o nascimento é importante para a vinculação mãe-bebé, uma vez que o contato precoce de proximidade pode facilitar o processo de apego entre pais e filho. Salienta-se que uma parte importante da vinculação consiste no conhecimento dos pais, no qual usam o contato visual, o toque, a fala e a exploração atenta para conhecer o seu filho imediatamente após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, nesta situação descrita, entende-se que a não separação da mãe-bebé após o nascimento e o incentivo contínuo oferecido a Sr.^a Maria para olhar e tocar no recém-nascido, promoveu a interação e o início da construção da vinculação entre ambos. Para Lowdermilk & Perry (2008, p. 522), *“o processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação com o bebé, na qual os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família”*. A vinculação é assim facilitada pelo reforço positivo (reações que indicam a aceitação de um parceiro pelo outro) e acontece através de uma experiência satisfatória mútua, ou seja, os comportamentos e características do bebé determinam um conjunto recíproco de comportamentos e características parentais (Lowdermilk & Perry, 2008).

Mesmo sabendo que nas primeiras duas horas de puerpério imediato a díade iniciou uma interação adequada, a articulação e a continuidade de cuidados com outros serviços assume particular importância, uma vez que, segundo Tavares (2008, p. 13)

“(...) os enfermeiros reconhecem a importância que assumem na articulação de cuidados (...), desenvolvem acções que garantam a continuidade de cuidados, adoptando estratégias que garantam que esta articulação seja norma e não apenas uma casualidade. Por outro lado, reconhecem, que como gestores de caso, têm a responsabilidade de garantir que a continuidade de cuidados seja uma realidade (...). Igualmente sugere “(...) repensar novas formas de comunicação e articulação entre enfermeiros (...) de forma a melhorar a continuidade dos cuidados, garantindo que a informação mais pertinente seja partilhada por todos os profissionais directamente envolvidos no plano terapêutico do cliente” (Tavares, 2008, p.13).

A vivência desta experiência e a reflexão sobre a mesma comprova que cada mulher/família inicia o processo de adaptação, aceitação e interação com o recém-nascido de forma diferente, sendo que o EEESMO assume-se como uma referência na otimização dos cuidados de saúde e *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5). Á posteriori, em situações semelhantes, é pertinente estabelecer uma relação terapêutica adequada que facilite a expressão de sentimentos por parte da parturiente/família/convivente significativo e que permita compreender a dinâmica relacional, comunicacional e o tipo de vinculação estabelecida entre parturiente e o pai do recém-nascido; perceber se se trata de uma gravidez planeada e/ou desejada e de que forma foi vivenciada a gravidez, no sentido de implementar as intervenções mais adequadas para promover a interação entre a díade/tríade.

Mesmo sabendo que a díade (mãe/recém-nascido) acabou por iniciar no Bloco de Partos uma interação adequada, o acompanhamento desta família no período pós-parto é indispensável, para manter a vigilância e implementar intervenções de promoção e apoio na adaptação ao pós-parto e da saúde mental na vivência do puerpério, apoiando o processo de transição e adaptação a uma parentalidade responsável (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste sentido, em situações análogas, a articulação com os serviços torna-se pertinente, de forma a manter a continuidade de cuidados, pois deve *“(...) existir uma cooperação activa e comunicação entre os profissionais e as instituições, propiciando a troca de informação e coordenação de cuidados aos doentes”* (Ministério da Saúde, 2010).

Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica é a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da mulher/recém-nascido/família, apoiando os processos de transição e de adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Salientando Canavarro (2001) devem ser implementados procedimentos que constituam fatores de proteção e anular ou diminuir situações que possam ser fatores de risco acrescido, contribuindo para ajudar mulheres que vão ser/são mães a usufruir desse momento do ciclo de vida e

a experienciar o deslumbramento de ter um filho. Assim, pretendo adquirir e desenvolver competências que me permitam intervir junto da díade/tríade, fornecendo-lhes ferramentas que contribuam para o processo de transição e adaptação à parentalidade responsável e a tomada de decisões esclarecidas.

BIBLIOGRAFIA

Canavarro, Maria Cristina. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Canavarro, Maria Cristina. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Coutinho, Emília de Carvalho. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista Millenium*. (30), p. 29-37. Acedido a 01/04/2014. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>.

DGS. (2006). Circular Normativa n.º 02/DSMIA, de 16/01/06. *Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais*.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Vol. 7ª Edição). Loures: Lusodidacta.

Ministério da Saúde. (2010). Plano Nacional da Saúde 2011 - 2016, Cuidados de Saúde Hospitalares.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa.

Tavares, H. (2008). Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. *Articulação de Cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Porto.

APÊNDICE V – 2º Diário de Aprendizagem



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO –
Bloco de Partos – Hospital de São Francisco Xavier**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Isabel Serra

ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO: EEESMO Andreia Mendes

Lisboa

Junho de 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA
E OBSTETRÍCIA**

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO –
Bloco de Partos – Hospital de São Francisco Xavier**

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Trabalho realizado no âmbito do Estágio com Relatório – Bloco de Partos, no decurso do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

DISCENTE:

Emanuela Filipa da Silva Tavares – n.º 4737

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Isabel Serra

ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO: EEESMO Andreia Mendes

Lisboa
Junho de 2014

LISTA DE ABREVIATURAS e/ou SIGLAS

4º CMESMO – 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

cm – centímetros

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PPT – Parto Pré-Termo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

A equipa pedagógica da unidade curricular Estágio com Relatório, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (4º CMESMO), definiu como uma das atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes, durante o seu decurso, a realização de dois Diários de Aprendizagem, sendo este o segundo. Tendo por base uma metodologia de aprendizagem, esta reflexão será analisada segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, promovendo uma sistematização e distanciamento necessários para a percepção global da situação descrita, análise e integração.

Tratando-se de uma fase do percurso de aprendizagem que possibilita o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/casal/família, decidi refletir sobre uma situação em que, devido à situação clínica, existe o risco de perda neonatal, sendo necessário saber gerir decisões, sentimentos de tristeza, ansiedade e angústia.

A situação que irei refletir ocorreu durante o presente mês, no turno da manhã.

No decurso da passagem de turno apercebo-me de que estava internada no Bloco de Partos uma grávida de 39 anos (gravidez gemelar, biamniótica e bicoriónica), transferida de outra unidade hospitalar durante a tarde do dia anterior, índice obstétrico 0000, com uma idade gestacional de 25 semanas e com o diagnóstico de Ameaça de Parto Pré-termo (APPT). Evidencia-se que, devido a história de infertilidade, esta gravidez gemelar resultou da realização de técnicas de procriação medicamente assistida.

Durante o internamento no Bloco de Partos a grávida manteve algias pélvicas por períodos, com registo de contractilidade uterina, tendo sido iniciado protocolo de Atosiban e Betametasona para estimulação da maturidade fetal.

Desde a sua admissão no Bloco de Partos que a grávida se manteve acompanhada pelo marido e ambos manifestavam preocupação e ansiedade pela situação clínica, visto tratar-se de uma gravidez planeada e muito desejada.

No decurso do período da manhã a grávida referiu dor intensa a nível pélvico, tendo sido avaliada pela equipe médica que afirmou que a grávida estava em trabalho de parto (colo com 7 cm de dilatação) e que deveria ser efetivada no

momento uma cesariana, tendo em conta a apresentação dos fetos. Nesse instante o casal ficou “suspenso” e apreensivo, tendo verbalizado receio em perderem os bebês, devido à sua prematuridade. Foi explicado ao casal que esse risco de fato estava presente, mas que já se tratava de um trabalho de parto avançado e que naquele momento a cesariana seria a melhor opção, sendo que, imediatamente após o nascimento, os recém-nascidos iriam ser avaliados e cuidados por uma vasta equipa (incluindo pediatras, neonatologistas, enfermeiros) e transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), onde iriam ficar internados e receber os cuidados de acordo com as suas necessidades.

A cesariana decorreu sem intercorrências, tendo resultado no nascimento de dois recém-nascidos do sexo masculino e feminino, a quem foram prestados os cuidados imediatos, nomeadamente a reanimação de ambos.

Após a estabilização dos recém-nascidos, ambos foram transportados em incubadora de transporte para a UCIN, mantendo-se a vigilância e a avaliação dos mesmos durante o transporte. O pai dos recém-nascidos, que aguardava na sala de espera por notícias, visualizou-os antes de se iniciar o transporte e acompanhou-os até à UCIN, apresentando-se ansioso, preocupado e com labilidade emocional. Durante o transporte a equipe explicou ao pai todos os cuidados que haviam sido prestados aos recém-nascidos e que a continuidade dos mesmos iria ser mantida na UCIN, sendo que cada dia passado seria uma vitória para eles.

Após a admissão dos recém-nascidos na UCIN, o pai que mantinha um fâcies triste e cansado foi questionado sobre como se estava a sentir, ao qual respondeu “*Apenas preciso de digerir toda esta situação...mas estou bem, obrigada*”. Nesse momento foi dado um espaço de tempo para o pai ficar sozinho, para refletir em tudo aquilo que acabara de acontecer.

Antes da saída da UCIN, o pai perguntou em que momento poderia ver a sua esposa, tendo sido informado de que poderia acompanhar a equipa de enfermagem do Bloco de Partos até àquele serviço, local onde a sua esposa iria permanecer em recobro. Nesse instante o pai acompanhou a equipa de enfermagem, demonstrando-se aparentemente mais tranquilo.

Durante o internamento no recobro do Bloco de Partos, foi facilitada a expressão de sentimentos por parte do casal e esclarecidas dúvidas, tendo sido os

mesmos informados sobre a situação clínica dos recém-nascidos, os cuidados prestados, a organização da UCIN e o momento para a primeira visita conjunta dos pais aos recém-nascidos.

O puerpério imediato no recobro do Bloco de Partos decorreu sem intercorrências, tendo sido a puérpera transferida para o Serviço de Obstetrícia.

Ao vivenciar esta experiência, várias questões invadiram o meu pensamento: *“Como se sente uma grávida/casal/família ao terem conhecimento do diagnóstico de ameaça e, posteriormente, parto pré-termo efetivo, e respectivas complicações/consequências, tendo por base que se trata de uma gravidez que resultou da realização de técnicas de procriação medicamente assistida? De que forma este casal/família gere a possibilidade de perda neonatal e o consequente início de um difícil processo de luto? Tendo em conta o nascimento de recém-nascidos prematuros e o processo de transição para a maternidade/paternidade, como é que este casal/família concretiza as várias tarefas de desenvolvimento? Tendo por base a história de infertilidade, como se ajuda a gerir a relação conjugal/familiar caso exista morte neonatal?”*

Durante a vivência desta experiência tentei manter uma postura de escuta ativa, estabelecendo uma relação de ajuda com o casal e proporcionando momentos para a expressão de sentimentos e preocupações. Nestes momentos foram notórios e verbalizados os sentimentos de tristeza e ansiedade associados principalmente ao risco de morte neonatal, com o consequente início de um difícil processo de luto. Um dos aspetos positivos desta experiência foi a demonstração de disponibilidade da equipa de saúde ao casal/família para a expressão de sentimentos e o esclarecimento de dúvidas e a transmissão de informações importantes, de forma contínua, sobre os cuidados prestados. Segundo Coutinho (2004, p. 31) *“a presença emocional é um caminho de participação nos significados, sentimentos e experiências de vida da pessoa cuidada”*.

Perante esta situação senti-me inquieta, pois tratava-se de uma situação clínica difícil de gerir e que acarretou alterações a nível emocional, psicológico, físico e conjugal/familiar. Assim, considero que esta situação foi uma oportunidade de aprendizagem, de crescimento pessoal e de desenvolvimento de competências, de

forma a reconhecer e a responder melhor às necessidades do casal/família e, assim, melhorar o meu desempenho.

Ao longo do ciclo vital existem momentos felizes e grandes desafios pelos quais a pessoa passa. Crises de natureza muito diferente, umas mais ameaçadores que outras, mas que alteram a dinâmica familiar em diversos aspectos. Esta situação desencadeou algumas inquietações que motivaram a minha reflexão e análise centrada nas questões comunicacionais no apoio ao casal/família que vivencia um processo de transição para a maternidade/paternidade e a gestão do risco de perda neonatal, devido à prematuridade dos recém-nascidos.

Evidenciando Graça (2010, p. 426), a APPT caracteriza-se pela *“existência, antes da 37ª semana de gestação, de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo”*. A etiologia do parto pré-termo (PPT) é multifactorial, podendo destacar-se a idade materna avançada, a contractilidade uterina frequente antes do termo, a gravidez multifetal e gestações obtidas por técnicas de reprodução medicamente assistida (Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008), sendo que estes quatro fatores patenteiam-se na situação apresentada. Salientando Graça (2010) as gestações obtidas por técnicas de reprodução medicamente assistida acarretam maior risco de PPT, fato ocasionado pela maior incidência de gravidez múltipla. Segundo o mesmo autor, na gravidez múltipla a principal causa de PPT é *“a excessiva distensão das fibras musculares uterinas com o consequente desencadeamento de contractilidade e precoce apagamento e dilatação do colo do útero”* (Graça, 2010, p. 467), explicando-se assim um dos motivos para o registo de contrações uterinas.

Na situação apresentada foi administrado um agente tocolítico (Atosiban) com a finalidade de suspender a contractilidade uterina, prolongar a gestação e permitir o efeito completo dos glucocorticóides para a aceleração da maturidade pulmonar dos fetos (Graça, 2010). Relativamente à atuação do atosiban (antagonista da ocitocina), este liga-se aos receptores da ocitocina-vasopressina e demonstra-se ser eficiente na inibição das contrações uterinas induzidas pela ocitocina, sendo que a sua atividade tocolítica tem reduzidas ações acessórias na mãe e fetos (Graça, 2010). No que concerne à indução de maturação pulmonar fetal com glucocorticóides, está

indicado para fetos entre as 24 e as 34 semanas de gestação, com efeito significativo na diminuição de síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante (Graça, 2010). No caso apresentado foi administrado duas doses de 12mg de Betametasona com 24 horas de intervalo, porém há estudos que indicam que nas gestações múltiplas o efeito benéfico dos corticosteróides é muito ligeiro ou mesmo nulo, uma vez que existem alterações da farmacocinética dos corticosteróides, isto é, *“a semivida da betametasona está reduzida em 20% e a taxa de depuração aumentada em 32%, provavelmente por a existência de duas placentas acelerar o metabolismo do agente”* (Graça, 2010, p. 292). Neste sentido, há autores que recomendam que *“seja aumentada a dosagem de betametasona”*, contudo pela inexistência de dados, *“esta proposta não é considerada como recomendação para aplicação generalizada”* (Graça, 2010, p. 292).

Embora os conceitos de gravidez e maternidade se encontrem muitas vezes associados, representam realidades distintas quer do ponto de vista físico (se pensarmos nas mães grávidas de substituição e mães adotivas) quer do ponto de vista psicológico, pois sabe-se que o fato de uma mulher estar grávida não assegura a posterior realização adaptativa das tarefas maternas (Canavarro, 2001). Tal como afirma Canavarro (2001, p. 19), *“a maternidade requer que, mais do que desejar ter um filho, se deseje ser mãe”* e, nesta situação concreta, tratava-se de uma gravidez planeada e muito desejada, resultante de técnicas de procriação medicamente assistida.

A gravidez é um período que permite a preparação para ser mãe, nomeadamente ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente ao feto, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e aprender a aceitá-lo como pessoa única com vida própria (Canavarro, 2001). O nascimento é um processo que uma vez accionado não é possível ser evitado, voltar atrás ou interromper, acarretando modificações ao nível da identidade, papéis e funções da mãe e de toda a família. Os processos de gravidez e maternidade, como mudanças que são, implicam *stress* e são considerados um período de desenvolvimento, caracterizados pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas

(aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; aceitar o bebê como pessoa separada; reavaliar e reestruturar a relação com os pais, a relação com o conjugue/companheiro, a sua própria identidade para incorporar a identidade materna e a relação com os outros filhos) e viver uma crise própria (Canavarro, 2001). Apesar de ser consensual a existência de alguma relação entre as dimensões tempo cronológico e tarefa desenvolvimental, esta não é linear. De acordo com Canavarro (2001, p. 37)

“há tarefas que se prolongam para lá do período considerado (...), outras cujo início não coincide necessariamente com o princípio do período em causa e ainda pela fato do timing na resolução das tarefas de desenvolvimento variar de mulher para mulher. Na vida das pessoas reais as tarefas sobrepõem-se e misturam-se” (Canavarro, 2001, p. 37).

Para além do importante papel que as representações sobre a gravidez e maternidade desempenham, outros fatores têm sido associados à forma como decorre a adaptação à maternidade: a própria mulher (decorso da gravidez e parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento sócio-emocional e acontecimentos de vida no ano precedente à gravidez), o bebê (peso à nascença, saúde física e temperamento) e as características do meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional) (Canavarro, 2001).

Perante situações de stress, as famílias reagem de modos diversos, visto que algumas apresentam estratégias de coping adequadas e funcionais perante situações adversas, enquanto outras parecem descompensar mesmo diante de mudanças similares ou até de pequenas transições de vida (Canavarro, 2005). De acordo com Canavarro (2005), a forma de lidar com uma transição particular do ciclo de vida é sempre influenciada pelas experiências prévias com transições semelhantes, sendo que na situação apresentada, este momento de crise é vivido intensamente pelo casal/família, visto que existe uma história de infertilidade, a gravidez resultou de técnicas de procriação medicamente assistida, trata-se do nascimento prematuro dos primeiros filhos do casal e debruçam-se com o risco de morte neonatal.

De acordo com Fonseca & Magão (2007), na prestação de cuidados ao recém-nascido e família, embora o foco seja permitir a sobrevivência do recém-nascido,

toda a intervenção deverá ser organizada tendo em consideração a mobilização das suas capacidades de vida. Assim, o cuidar o recém-nascido prematuro e a família, requer uma atenção à mãe, individualmente, e ao seu filho, com uma intenção de ajuda, como forma de compreender não apenas as suas necessidades no que diz respeito à prematuridade, mas a toda a vivência do processo de tornar-se mãe de um recém-nascido prematuro, processo esse que implica uma transição. Segundo Stern & Stern (2000) a mãe de um recém-nascido prematuro não tem tempo para desfazer as suas fantasias maternas decorrentes da gravidez pelo nascimento prematuro, que surge de forma súbita e inesperada, podendo sentir-se vulnerável e uma pessoa incompleta por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim. Isto pode afetar o processo de transição para a maternidade, o qual implica um período de tempo próprio no qual se efetiva a ligação da mãe ao recém-nascido e que permite a aquisição e o desenvolvimento de competências face à assunção de um novo papel, tornar-se mãe. No caso dos recém-nascidos prematuros, tudo isto pode ser ainda mais difícil pela separação necessária no pós-parto, devido às necessidades de saúde dos recém-nascidos e, nesta situação concreta, a consequente transferência dos mesmos para a UCIN, dificultando a criação e o desenvolvimento de um vínculo. Fonseca & Magão (2007) enaltecem que a disponibilização de informação e orientação dada pelos enfermeiros ou a falta destas parece ser valorizada pelas mães como facilitadora ou não da vivência deste processo, tornando-se essencial na diminuição dos níveis de ansiedade e contribuindo na motivação para a interação com o recém-nascido, adaptação ao papel maternal e aumento dos níveis de confiança materna.

Cinco dias após o parto foi notícia no Bloco de Partos de que o recém-nascido do sexo masculino acabara de falecer na UCIN... Certamente que para este casal/família não é fácil desfazer um vínculo que estava em construção, um vínculo que era tão desejado, e iniciar um difícil processo de luto... De acordo com Gesteira, Barbosa & Endo (2006, p. 464) *“o luto é uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e a sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas”*. Numa outra perspectiva, esta perda constitui um momento de crise para o casal, tornando-se fundamental *“incentivar a comunicação entre o casal acerca do*

que cada um dos membros sente, preparando-os para possíveis disparidades na forma de cada um lidar com o acontecimento” (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010, p. 44).

A vivência desta experiência e a reflexão sobre a mesma comprova a importância do EEESMO em situações difíceis de gerir, pela situação de risco subjacente, assumindo-se como uma referência na otimização dos cuidados de saúde, durante o parto, na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina e no período pós-parto, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, sem esquecer o risco de perda neonatal que está implícita à situação apresentada. Um dos aspetos positivos desta experiência foi a capacidade de ouvir e escutar, a demonstração de disponibilidade da equipa de saúde ao casal/família, o esclarecimento de dúvidas e a transmissão de informações importantes de forma contínua.

Independentemente do desfecho desta história, este casal/família deve ser acompanhado e ajudado a realizar o processo de luto do recém-nascido, mantendo-se, por outro lado, o apoio no processo de transição e adaptação à parentalidade, uma vez que o outro recém-nascido continua internado na UCIN, recebendo os cuidados de acordo com as suas necessidades.

BIBLIOGRAFIA

Canavarro, Maria Cristina. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Canavarro, Maria Cristina. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Coutinho, Emília de Carvalho. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista Millenium*. (30), p. 29-37. Acedido a 01/04/2014. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>.

Fonseca, A. P. & Magão, M. T. (2007). Ser Mãe de Recém-nascido Prematuro. Vivência do processo de transição para a maternidade. In I. Camarro, L. Fradique, M. Carneiro, M. Guedes & T. Rebelo (Coords). *Aprendendo o Cuidado de Enfermagem. Entre a Prática e a Escrita a Construção da Competência Clínica* (p. 73-90). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende

Gesteira, Solange M., Barbosa, Vera L., & Endo, Paulo C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19(4), 462-467. Acedido a 09/01/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a16.pdf>

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª Edição). Lisboa: Lidel.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Vol. 7ª Edição). Loures: Lusodidacta.

Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. & Canavarro, M. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Peritia. Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional*. (3), 37-46. Acedido a 09/01/2014. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14322/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20>

[e%20interven%C3%A7%C3%A3o%20psicol%C3%B3gica%20na%20perda%20gestacional.pdf](#)

Stern, D. & Stern, N. B. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.

APÊNDICE VI – Norma de Procedimento

NORMA DE PROCEDIMENTO



DATA: Junho de 2014

ASSUNTO: Contato pele-a-pele precoce

PALAVRAS-CHAVE: Contato pele-a-pele; Mãe/Recém-nascido/Família

PARA: Enfermeiros e Médicos do Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de São Francisco Xavier

1. FUNDAMENTAÇÃO

O parto é considerado um momento marcante na vida de uma mulher/família e é caracterizado por rápidas e grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Adicionalmente, este momento autentica a transição do recém-nascido do meio intra-uterino para o extra-uterino, através de um processo de adaptação gradual, conduzindo a inúmeras mudanças para o mesmo. Rotinas e práticas da equipa de saúde que incluem a avaliação e os cuidados imediatos ao recém-nascido sob uma fonte de calor radiante, proíbe ou interrompe o processo de contato pele-a-pele após o nascimento. Os cuidados imediatos ao recém-nascido podem ser efetivados de diferentes formas, de acordo com o tipo de assistência adotado, contudo, todos os procedimentos desenvolvidos no bloco de partos são de extrema importância. Evidenciando Cruz, Sumam, & Spíndola (2007) a vertente humanizadora de assistência ao parto e nascimento recomenda que os profissionais devem estimular a aproximação entre a mãe e o recém-nascido no pós-parto imediato, através do contato pele-a-pele.

O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido, imediatamente após o parto, possibilita o desenvolvimento do vínculo, a transmissão de segurança e afeto e aduz benefícios fisiológicos auspiciosos: acalma e relaxa a mãe e o recém-nascido; regula a frequência cardíaca e

respiratória do bebê; estimula a digestão; regula a temperatura; permite a colonização da pele do recém-nascido com as bactérias “amigáveis” da mãe, proporcionando proteção contra a infecção; estimula o comportamento alimentar e estimula a liberação de hormonas para apoiar a amamentação e a maternidade (UNICEF, 2010). O contato pele-a-pele precoce garante a satisfação das necessidades biológicas básicas (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012) e facilita o processo de apego entre pais e filhos (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta prática baseada no contato íntimo nas primeiras horas de vida pode facilitar o comportamento materno-infantil e interações através de estímulos sensoriais, como tato, calor e odor. Bystrova [et al.] (2003) corrobora este desígnio, esclarecendo que o contato pele-a-pele é um “*caminho natural*” de reverter os efeitos relacionados com o stress induzido durante o parto. Estar em contato pele-a-pele é, segundo a UNICEF (2010), o que a natureza destina ao recém-nascido. De acordo com Lamaze (2009, p. 2) “*recém-nascidos saudáveis colocados pele com pele com a sua mãe adaptam-se facilmente à vida extra uterina.*”

“*As primeiras experiências de amor e carinho do bebê em relação a outrem concretizam-se através do seio materno e encontram expressão no contato corporal, quando o bebê fixa os olhos no rosto da mãe*” (Kitzinger, 1984, p. 282).

2. CRITÉRIOS

Patenteando Matos (2010), os profissionais de saúde possuem um papel determinante no estabelecimento do contato pele-a-pele, sendo este não realizado apenas quando a situação clínica do recém-nascido ou da mãe se encontra comprometida. **O contato pele-a-pele deve ser estabelecido num ambiente sem pressa o mais cedo possível após o parto** e, se tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do recém-nascido, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível (UNICEF, 2011).

Tendo por base a revisão da literatura de Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell (2012) e os estudos efetivados por Abade, Machado, Portela & Carvalho (2010) e Sousa, Mendes & Santo (2007), os critérios de inclusão para implementação do contato pele-a-pele serão:

- Consentimento verbal informado, livre e esclarecido por parte da parturiente, para o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce;
- Recém-nascidos de termo;
- Parto Eutócico;
- Ausência de patologia fetal e materna;
- Índice de Apgar ao 1º minuto superior ou igual a 7.

3. OPERACIONALIZAÇÃO

Salientando WHO & UNICEF (2009), **os recém-nascidos devem ser colocados pele-a-pele em poucos minutos após o nascimento, permanecendo por 60 minutos ou mais**, com todas as mães. Muitos estudos recomendam o contato pele-a-pele **até 120 minutos**, provavelmente para aproveitar ao máximo o tempo de alerta do recém-nascido (Luna, [et al] 2009).

Para a concretização do contato pele-a-pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido, enaltece-se as seguintes recomendações da UNICEF (2011) e Luna [et al] (2009):

- Recém-nascido rapidamente seco e colocado pele-a-pele com mãe, sendo que a pele do recém-nascido deve tocar a pele da mãe na maior parte do seu corpo e não deve haver nada entre eles;
- Colocação de uma toalha/lençol quente sobre os dois, de forma a garantir que o recém-nascido não perde calor e que a privacidade da mãe é mantida;
- Colocação de um gorro ao recém-nascido;
- Avaliação e prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (administração da Vitamina K, profilaxia da infecção ocular e identificação) podem ser realizados enquanto o mesmo está em contato pele-a-pele;
- Avaliação do peso do recém-nascido, bem como uma avaliação mais abrangente do mesmo, são ações que devem ser proteladas.

4. RECURSOS

Para a implementação do contato pele-a-pele após o nascimento são necessários os seguintes recursos:

- **RECURSOS HUMANOS**
 - o Mulher/Recém-nascido/Família;
 - o Enfermeiro/a para prestação de cuidados (Dabrowski, 2007);
 - o Equipe multidisciplinar.

- **RECURSOS MATERIAIS**
 - o Toalha/lençol pré-aquecido;
 - o Gorro para o recém-nascido.

- **RECURSOS FÍSICOS**
 - o Sala de Partos.

5. REGISTOS DA INTERVENÇÃO

Patenteando os estudos de Matos [et al] (2010), Price & Johnson (2005) e de Haxton, Doering, Gingras & Kelly (2012), o registo da implementação do contato pele-a-pele precoce é fundamental para uma mudança da prática baseada na evidência e, conseqüentemente, para a sua continuidade durante a prestação de cuidados, sendo primordial a alteração dos registos para documentar o início, duração e motivo do término desta intervenção.

Tendo por base que o Serviço de Urgência Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de São Francisco Xavier mantém até à data de hoje registos em formato de papel, sugere-se uma alteração no documento referente ao recém-nascido. Assim, apesar deste documento já contemplar um espaço para o preenchimento “SIM ou NÃO” da intervenção do contato pele-a-pele, torna-se pertinente adicionar um campo destinado ao **tempo de início** (imediato ou minutos após o nascimento), **duração e motivo do término** (ex.: pedido da mãe, prestação de cuidados ao recém-nascido).

6. AVALIAÇÃO

- **OBJETIVO**

- o Aumentar o número de díades (mãe/recém-nascido) em que é concretizado o contato pele-a-pele precoce, durante pelo menos uma hora.

- **META**

- o Atingir uma prática de contato pele-a-pele em 90% das díades.

- **INDICADORES DE AVALIAÇÃO**

- o Nº de registos de contato pele-a-pele durante o ano/Nº de partos eutócicos realizados durante o ano
- o Nº de registos de contato pele-a-pele de tempo igual ou superior a 1 hora/Nº de registos de contato pele-a-pele durante o ano
- o Nº de registos de contato pele-a-pele de tempo inferior a 1 hora/Nº de registos de contato pele-a-pele durante o ano

BIBLIOGRAFIA

Abade, Liliane; Machado, Ana Marta; Portela, Teresa; Carvalho, Júlia. (2010). Contacto Pele-a-pele: Que Contributos para a Termorregulação. In *Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto*, Mealhada, 12 Dezembro de 2010 (283 - 298). Corrente Dinâmica. Acedido a 15-05-2014. Disponível em <http://followscience.com/content/386426/vulnerabilidades-na-gravidez>

Bystrova, K., Widström, A., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., . . . Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *ACTA PÆDIATR*, 92, 320 - 326.

Cruz, D., Sumam, N., & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista Escola Enfermagem USP*, 690 - 697.

Dabrowski, Gretchen A. (2007). Skin-to-skin contact. Giving Birth Back to Mothers and Babies. *AWHONN*, 11 (1), 66 – 71.

Haxton, D.; Doering, J.; Gingras, L.; Kelly, L. (2012). Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. Applying Evidence to Practice. *AWHONN*, 16 (3), 222 – 230.

Kitzinger, S. (1984). *A Experiência do Parto* (Vol. 5). (A. M. Rabaça, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.

Lamaze, International. (2009). *Práticas de Nascimento Saudáveis*. Acedido a 19-05-2013. Disponível em <http://www.lamaze.org/HealthyBirthPractices>.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Vol. 7º Edição). (M. H. Bértolo, I. Albernaz, M. C. Durão, M. T. Leal, & A. P. Espada, Trans.) Loures: Lusodidacta.

Luna, M. S. [et al] (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), 349 - 361.

Matos, T. A. [et al] (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 998 - 1004.

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

Price, Mary; Johnson, Martin. (2005). Using action research to facilitate skin-to-skin contact. *British Journal of Midwifery*, 13 (3), 154 – 159.

Sousa, Carina; Mendes, Andreia; Santo, Justina Espirito. (2007). Contacto pele-a-pele e vínculo afectivo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 52 – 53.

UNICEF. (2010). *The Baby Friendly Initiative*. Acedido a 17-05-2013. Disponível em <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/Research/Skin-to-skin-contact/>

UNICEF. (2011). *Implementing Step 4. Standards for Step 4.*, 16 - 20. United Kingdom.

WHO & UNICEF. (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1 – Background and Implementation*. New York.

APÊNDICE VII – Registo do Contato pele-a-pele em formato Carimbo



***“As primeiras
2 Horas de Vida”***

Nascido a ____/____/____

Parto _____ IG _____

I.Apgar: 1º min ____ 5ºmin ____ 10ºmin ____

Contato pele-a-pele: SIM ☐ NÃO ☐

(MOTIVO: _____)

T. Início: _____ Duração: _____

Motivo do Término: _____

Início da Amamentação: SIM ☐ NÃO ☐

Primeiros 30min ☐

1º Hora ☐

2º Hora ☐

Leite materno com suplemento ☐

Leite de fórmula em exclusivo ☐

APÊNDICE VIII – Registo do Contato pele-a-pele

**SERVIÇO DE URGÊNCIA
OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

Registo de Enfermagem do Recém-Nascido

Vinheta de identificação do RN

DADOS DA MÃE

Idade: ____ anos	Vigilância da gravidez	Anestesia/ Analgesia	Não ☐ Sim ☐ Qual _____
IO: ____	Não ☐ Mal vigiada ☐ Sim ☐ Onde _____	Serologias	VDRL ____ HIV1 ____ HIV2 ____ AgHbs ____ AcHvc ____ Rubéola ____ Toxoplasmose ____ Ex. Vaginal ____ Colheitas Efectuadas: _____
Grupo Sanguê: ____ Rh ____	Consumos/Dependências	Fez Antibiótico	
IG: ____ s ____ d	Tabaco ☐ Drogas ☐ Álcool ☐ Outro ☐ _____	Não ☐ Sim ☐ Qual: _____ Motivo: _____ Quantas tomas: _____ Última Toma: _____ h	
Patologias maternas	_____		

NASCIMENTO

Data: ____/____/____ Hora: ____ h ____ min	Masculino ☐ Feminino ☐ Peso: ____ gr	ÍNDICE DE APGAR 1º ____ 5º ____ 10º ____	Gémeo N° ____ Bem ☐ Vigilância ☐ Neonatologia ☐
TIPO DE PARTO	CUIDADOS IMEDIATOS	Sim Não	REANIMAÇÃO Sim Não
Eutócico ☐ Ventosa ☐ Fórceps ☐ Cesariana ☐ Motivo: _____	Vitamina K Oxitetraclina Banho		Aspiração das vias aéreas Aspiração da traqueia Aspiração do estômago
COLHEITA DE SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL	ELIMINAÇÃO Urina ☐ Mecónio ☐		Caract. secreções: _____
Grupo e Coombs ☐ Bilirrubinas ☐ Outro ☐ _____	TRAUMATISMOS DE PARTO		O2 à face Ambú Neopuff TET n.º _____
CORDÃO	PELE	MUCOSAS	Resposta: Rápida ☐ Lenta ☐ Extubado aos ____ min de vida Fármacos de reanimação: _____
2 Artérias + 1 Veia ☐ Circular: n.º ____ Apertada ☐ Larga ☐ Onde: _____ Laterocidência ☐ Nó verdadeiro ☐ Outro: _____	Corada ☐ Hidratada ☐ Pálida ☐ Cianosada ☐ Outro ☐ _____	Coradas ☐ Hidratadas ☐ Pálidas ☐ Cianosadas ☐ Outro ☐ _____	
	ESTADO GERAL		Hora : : : : : : Sat O2 FC
	Calmo ☐ Hipotónico ☐ Gemido ☐ Retração Intercostal ☐ Tremores ☐ Adejo Nasal ☐ Outro: _____		
EXAME FÍSICO NEONATAL			Medidas e procedimentos: _____
	S/alt	C/alt	Quais:
Crânio			
Fontanelas			
Suturas			
Face			
Olhos			
Nariz			
Boca			
Orelhas			
Pescoço			
Tórax			
Abdómen			
Coluna Vertebral			
Genitais			
Ânus			
Extremidades			
OUTRAS MALFORMAÇÕES	_____		

APÊNDICE IX – Grelha do registo de cada Contato pele-a-pele

	INPUT													INPUT [CONT]				
	Estímulo Focal				Estímulo Contextual									Estímulo Contextual				
	NASCIMENTO				CONTATO PELE-A-PELE									CONTATO PELE-A-PELE				
	Parto	IG	IO	Apgar	SIM	NÃO	T. Início	RN seco	RN sobre o peito/abdómen materno	RN coberto com manta pré-aquecida	RN com gorro	Avaliação do RN sem interromper	Duração	Motivo do Término				
						Motivo								Situação Clínica do RN	Situação Clínica Materna	Decisão materna	Decisão da equipa	Prestação de cuidados ao RN
DÍADE A	Eutócico	38s + 4d	0-0-0-0	9 - 10 -10		RN com Cardiopatia - Neonatologia												
DÍADE B	Eutócico	38s	0-1-0-1	9 - 10 -10	×		Imediato	×	×			×	10 min				×	×
DÍADE C	Eutócico	38s	3-0-0-3	9 - 10 -10	×		Imediato	×	×	×		×	20 min				×	×
DÍADE D	Eutócico	40s	0-0-0-0	9- 10 -10	×		Imediato	×	×	×		×	20 min				×	×
DÍADE E	Eutócico	40s + 3d	1-0-0-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	15 min				×	×
DÍADE F	Eutócico	39s + 3d	0-1-2-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	25 min				×	×
DÍADE G	Eutócico	39s	1-0-0-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	10 min				×	×
DÍADE H	Eutócico	40s + 1d	1-0-1-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	20 min				×	×
DÍADE I	Eutócico	38s + 1d	0-0-0-0	10-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	15 min				×	×
DÍADE J	Eutócico	37s + 5d	0-1-2-1	9-10-10	×		3 min	×	×	×	×	×	20 min				×	×
DÍADE K	Eutócico	37s + 6d	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	10 min	Peso RN - 1,850Kg Neonatologia			×	×
DÍADE L	Eutócico	39s + 1d	1-0-0-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	30 min				×	×
DÍADE M	Eutócico	39s + 4d	0-0-1-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	30 min				×	×
DÍADE N	Eutócico	40s + 5d	1-0-1-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	30 min				×	×
DÍADE O	Eutócico	38s	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	35 min				×	×
DÍADE P	Eutócico	40s + 3d	1-0-0-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	45 min				×	×
DÍADE Q	Eutócico	39s	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	20 min			×		
DÍADE R	Eutócico	39s + 4d	1-0-0-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	30 min				×	×
DÍADE S	Eutócico	37s + 2d	3-0-0-3	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	40 min				×	×
DÍADE T	Eutócico	38s	0-0-0-0	8-10-10	×		3 min	×	×	×	×	×	30 min				×	×
DÍADE U	Eutócico	38s + 3d	3-0-2-3	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	55 min				×	×
DÍADE V	Eutócico	39s	2-0-1-2	9-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	35 min				×	×

	INPUT													INPUT [CONT]				
	Estímulo Focal				Estímulo Contextual									Estímulo Contextual				
	NASCIMENTO				CONTATO PELE-A-PELE									CONTATO PELE-A-PELE				
	Parto	IG	IO	Apgar	SIM	NÃO	T. Inicio	RN seco	RN sobre o peito/abdómen materno	RN coberto com manta pré-aquecida	RN com gorro	Avaliação do RN sem interromper	Duração	Motivo do Término				
						Motivo								Situação Clínica do RN	Situação Clínica Materna	Decisão materna	Decisão da equipa	Prestação de cuidados ao RN
DÍADE W	Eutócico	41s	0-0-0-0	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	40 min				×	×
DÍADE X	Eutócico	39s + 2d	1-0-1-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	50 min				×	×
DÍADE Y	Eutócico	37s + 3d	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	35 min				×	×
DÍADE Z	Eutócico	40s + 2d	0-0-1-0	7-9-10	×		5 min	×	×	×	×	×	25 min				×	×
DÍADE AA	Eutócico	39s	1-0-1-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	60 min				×	×
DÍADE AB	Eutócico	38s	1-0-1-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	75 min				×	×
DÍADE AC	Eutócico	39s	0-0-0-0	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	40 min				×	×
DÍADE AD	Eutócico	40s + 3d	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	60 min				×	×
DÍADE AE	Eutócico	39s+ 3d	1-0-1-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	65 min				×	×
DÍADE AF	Eutócico	36s + 2d	0-1-1-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	30 min				×	×
DÍADE AG	Eutócico	39s + 6d	1-0-0-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	40 min				×	×
DÍADE AH	Eutócico	40s + 1d	0-0-1-0	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	45 min		Reação vagal materna		×	
DÍADE AI	Eutócico	39s + 5d	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	40 min				×	×
DÍADE AJ	Eutócico	38s	0-0-0-0	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	60 min				×	×
DÍADE AK	Eutócico	39s + 5d	1-0-0-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	45 min				×	×
DÍADE AL	Eutócico	39s + 3d	3-0-0-3	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	70 min				×	×
DÍADE AM	Eutócico	36s + 6d	1-0-0-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	50 min				×	×
DÍADE AN	Eutócico	36s + 3d	0-0-0-0	9-10-10		Cuidados imediatos ao RN - Mãe AgHbs+											×	×
DÍADE AO	Eutócico	38s + 3d	0-0-0-0	9-10-10	×		2 min	×	×	×	×	×	40 min				×	×
DÍADE AP	Eutócico	39s + 2d	2-0-4-2	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	65 min				×	×
DÍADE AQ	Eutócico	36s +3 d	0-0-0-0	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	45 min				×	×
DÍADE AR	Eutócico	40s + 3d	0-0-0-0	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	25 min			×		×
DÍADE AS	Eutócico	39s + 5d	1-0-0-1	10-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	40 min				×	×
DÍADE AT	Eutócico	39s + 3d	1-0-0-1	9-10-10	×		Imediato	×	×	×	×	×	50 min				×	×
DÍADE AU	Eutócico	39s + 2d	2-0-1-2	10-10-10	×		Imediato	×	×	×		×	45 min				×	×

	PROCESSOS DE CONTROLO							EFEITOS				OUTPUT		
								Modo físico-fisiológico			Modo Psicossocial			
	Experiência anterior de contato pele-a-pele	Conceito e benefícios do contato pele-a-pele abordado no pré-natal			Conceito e benefícios do contato pele-a-pele abordado no TP			Início da Amamentação			Conforto tátil ao RN	Interação verbal	Resposta Adaptativa	Resposta Ineficaz
Enfermeiro		Médico	Outros	EEESMO/A EESMO	Médico	Outros	30 min	1º Hora	2º Hora					
DÍADE A													RN transferido para a Neonatologia	
DÍADE B	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE C	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE D	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE E	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE F	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE G	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE H	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE I	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE J	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE K	Não				X						X	X	RN transferido para a Neonatologia	
DÍADE L	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE M	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE N	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE O	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE P	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE Q	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE R	Sim	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE S	Sim				X			X			X	X	X	
DÍADE T	N ão	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE U	Sim				X			X			X	X	X	
DÍADE V	Não				X				X		X	X	X	

	PROCESSOS DE CONTROLO							EFEITOS				OUTPUT		
								Modo físico-fisiológico			Modo Psicossocial			
	Experiência anterior de contato pele-a-pele	Conceito e benefícios do contato pele-a-pele abordado no pré-natal			Conceito e benefícios do contato pele-a-pele abordado no TP			Início da Amamentação			Conforto tátil ao RN	Interação verbal	Resposta Adaptativa	Resposta Ineficaz
Enfermeiro		Médico	Outros	EEESMO/A EESMO	Médico	Outros	30 min	1º Hora	2º Hora					
DÍADE W	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE X	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE Y	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE Z	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE AA	Sim	X		Preparação para a Parentalidade	X			X			X	X	X	
DÍADE AB	Não				X			X			X	X	X	
DÍADE AC	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AD	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AE	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE AF	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE AG	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE AH	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AI	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE AJ	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AK	Sim				X				X		X	X	X	
DÍADE AL	Sim				X			X			X	X	X	
DÍADE AM	Sim	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AN									X		X	X	X	
DÍADE AO	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AP	Sim				X			X			X	X	X	
DÍADE AQ	Não	X		Preparação para a Parentalidade	X				X		X	X	X	
DÍADE AR	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE AS	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE AT	Não				X				X		X	X	X	
DÍADE AU	Sim				X			X			X	X	X	

APÊNDICE X – Sessão sobre o Contato pele-a-pele

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

CONTATO PELE-A-PELE



ENFERMEIRA: Hortense Dias
DISCENTE DO 4º CMESMO: Emanuela Tavares

NOVEMBRO DE 2013

Estar em contato pele-a-pele é o que a natureza destina ao recém-nascido. UNICEF (2010)



"Recém-nascidos saudáveis colocados pele com pele com a sua mãe adaptam-se facilmente à vida extra uterina."
Lamaze (2009, p. 2)



CONTATO PELE-A-PELE PRECOCE

No momento do nascimento e antes de se proceder ao corte do cordão!



- RN seco e colocado pele-a-pele com a mãe.
- A pele do RN deve tocar a pele da mãe na maior parte do seu corpo, não devendo haver nada entre eles.
- Um cobertor quente ou uma toalha pode ser colocada sobre os dois.

WHO (1998) e UNICEF (2010)



Desenvolvimento do Vínculo

Transmissão de Segurança e Afeto

Benefícios Fisiológicos

Melhorar a Experiência do Nascimento

O contato pele-a-pele é um "*caminho natural*" de reverter os efeitos relacionados com o stress induzido durante o parto. Bystrova [et al.] (2003)



As avaliações e procedimentos aos recém-nascidos podem ser realizados enquanto o bebê está em contato pele-a-pele com a mãe. UNICEF (2011)



Os recém-nascidos devem permanecer em contato pele-a-pele por 60 minutos ou mais, com todas as mães. WHO & UNICEF (2009)

Muitos estudos recomendam o contato pele-a-pele até 120 minutos. Luna, [et al] (2009)



Se o contato pele-a-pele tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do bebê, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível. UNICEF (2011)

BIBLIOGRAFIA

Bystrova, K., Widström, A., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., . . . Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *ACTA PÆDIATR*, 92, 320 - 326.

Lamaze, International. (2009). *Práticas de Nascimento Saudáveis*. Acedido a 19-05-2013. Disponível em <http://www.lamaze.org/HealthyBirthPractices>.

Luna, M. S. [et al] (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), 349 - 361.

UNICEF. (2010). *The Baby Friendly Initiative*. Acedido a 17-05-2013. Disponível em <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendlyNews-andResearch/Research/Skin-to-skin-contact/>

UNICEF. (2011). *Implementing Step 4. Standards for Step 4*, 16 - 20. United Kingdom.

WHO & UNICEF. (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1 – Background and Implementation*. New York.

WHO. (1998). *Thermal Protection of the Newborn: a practical guide*. Geneva.

APÊNDICE XI – Notas de Campo

NOTAS DE CAMPO

ENSINO CLÍNICO II E ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Em contexto do Ensino Clínico II e Estágio com Relatório, durante a prestação de cuidados recebi o “feedback” das mulheres/famílias que concretizaram o contato pele-a-pele, imediatamente após o nascimento do recém-nascido (Price & Johnson, 2005).

Ao longo deste percurso de aprendizagem, nos discursos das mulheres/famílias somente foram encontrados aspectos positivos relativamente ao contato pele-a-pele, incluindo nas puérperas que, após 20 e 25 minutos de contato pele-a-pele com o recém-nascido, decidiram interromper (Estágio com Relatório), alegando apenas que o melhor para o recém-nascido seria aquecê-lo e vesti-lo sob uma fonte radiante de calor. Nesta situação importa refletir que, tal como a evidência científica aduz, o risco de hipotermia diminui quando um recém-nascido é colocado em contato pele-a-pele com a sua mãe (WHO, 1997).

O início de todo o processo do nascer saudável está na assistência ao pré-natal, ocasião em que a mulher/família deve ser preparada para o momento do parto, para poder vivenciá-lo com mais tranquilidade e participação, numa concepção humanizada de assistência (Cruz, Sumam, & Spíndola, 2007). A vertente humanizadora de assistência ao parto e nascimento recomenda que os profissionais devem estimular o contato pele-a-pele no pós-parto imediato (Cruz, Sumam, & Spíndola, 2007), sendo essencial durante a vigilância pré-natal e Cursos de Preparação para o Nascimento abordar com a mulher/família esta intervenção (WHO & UNICEF, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Da mesma forma que ocorreu na prestação de cuidados, no contexto de Estágio com Relatório, previamente à implementação do contato pele-a-pele precoce, cada a mulher/família deve ser informada sobre o conceito e benefícios desta intervenção, de forma a obter o consentimento para a sua concretização (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012).

“eu já tinha feito o contato pele-a-pele no nascimento do meu primeiro filho” (Puérpera 1, Ensino Clínico II)

“explicaram-me o que era o contato pele-a-pele no Bloco de Partos e quando ele nasceu veio logo pra cima de mim ” (Puérpera 2, Ensino Clínico II)

Tal como enaltecem Cruz, Sumam, & Spíndola (2007) no seu estudo, existe uma relação entre o contato pele-a-pele precoce e a aproximação e interação entre a mãe e o recém-nascido. O estudo de Matos [et al] (2010) patenteia que, através dos discursos das mulheres, se pode perceber que o contato pele-a-pele é um momento único, um encontro íntimo e profundo entre a mãe e o seu filho e onde ocorre o reconhecimento do recém-nascido, vivenciando sentimentos fortes de emoção, referenciados de diferentes formas.

“foi muito bom senti-lo e tocá-lo” (Puérpera 1, Ensino Clínico II)

“foi bom agarrá-lo e segurá-lo junto a mim ” (Puérpera 2, Ensino Clínico II)

“assim que ela nasceu só queria segurar e tocar nela” (Puérpera 3, Estágio com Relatório)

“foi um momento único quando o senti” (Puérpera 4, Estágio com Relatório)

Importa realçar que na prestação de cuidados, no âmbito do Estágio com Relatório, após cada contato pele-a-pele estabelecido, foi notória a cumplicidade existente entre a díade/tríade, sendo que os pais utilizavam o contato visual, o toque e a fala para explorarem e conhecerem o seu filho, desenvolvendo-se assim o processo de vinculação (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para além do desenvolvimento do vínculo, o contato pele-a-pele possibilita a transmissão de segurança e acarreta benefícios fisiológicos (UNICEF, 2010; Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012). Após o nascimento, o contato pele-a-pele mantém o recém-nascido *“adequadamente aquecido, mais calmo e com uma frequência respiratória e cardíaca mais equilibradas”* (Medinas, Duarte & Duarte, 2010, p. 79). O contato corporal constitui-se como a origem principal do bem-estar, segurança e afetividade, proporcionando ao recém-nascido a capacidade de procurar novas vivências (Cruz, Sumam, & Spíndola, 2007). Segundo Matos [et al] (2010) o sentimento de alívio observado nas mulheres, após o nascimento do recém-nascido, é mais evidente após o início do contato pele-a-pele, devido ao efeito fisiológico da ocitocina enquanto antagonista da adrenalina, reduzindo assim a ansiedade materna.

“o meu bebé ficou calmo e eu relaxei” (Puérpera 1, Ensino Clínico II)

“ele chorou no início, mas depois ficou tranquilo” (Puérpera 2, Ensino Clínico II)

“ela não chorava e eu já nem sentia as dores” (Puérpera 3, Estágio com Relatório)

“senti-me segura e tranquila” (Puérpera 4, Estágio com Relatório)

Segundo Cruz, Sumam, & Spíndola (2007), para que se inicie nos primeiros momentos da vida extra-uterina a amamentação, os profissionais de saúde necessitam de criar condições que estimulem os sentidos do recém-nascido através do contato pele-a-pele precoce. Com a concretização desta intervenção a amamentação inicia-se na primeira hora de vida, contribuindo para o sucesso e continuidade do Aleitamento Materno Exclusivo (Ordem dos Enfermeiros, 2014d; UNICEF, 2011), tal como se verificou nas díades que realizaram o contato pele-a-pele no Estágio com Relatório.

“eu comecei a amamentar mais ou menos 40 minutos depois do parto” (Puérpera 1, Ensino Clínico II)

“o meu bebé foi adaptado à mama uma hora depois de nascer” (Puérpera 2, Ensino Clínico II)

Destacando WHO & UNICEF (2009), os recém-nascidos devem ser colocados pele-a-pele com a sua mãe, imediatamente após o nascimento, permanecendo por 60 minutos ou mais. Nesta sequência, os cuidados imediatos ao recém-nascido podem ser adiados até que se tenha principiado a amamentação (Haxton, Doering, Gingras & Kelly, 2012) ou iniciados enquanto o mesmo se encontra em contato pele-a-pele com mãe, de forma a não interromper o contato (Dabrowski, 2007; UNICEF, 2011; Luna [et al], 2009), tendo sido aplicada esta estratégia no decurso do Estágio com Relatório, sempre que foi possível.

“colocaram-no em cima de mim logo depois de nascer e ficou durante 20-30 minutos, não sei precisar, mas ainda foi algum tempo” (Puérpera 1, Ensino Clínico II)

“assim que nasceu colocaram-no em contato comigo durante 10 minutos e depois cuidaram dele” (Puérpera 2, Ensino Clínico II)

Cruz, Sumam, & Spíndola (2007, p. 695) no seu estudo evidenciam que os cuidados prestados ao recém-nascido após o nascimento e as sensações provenientes desse momento têm um significado importante para as mães, que manifestam vontade de estar com os seus filhos e constatar, pelo toque e olhar, que são *“perfeitos e saudáveis”*, vivenciando de forma plena aquele momento tão esperado.