

Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

O Contacto Pele-a-pele como Estratégia
Promotora da Vinculação da Tríade no Bloco
de Partos

Susana Sarmento Bernardo

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

O Contacto Pele-a-pele como Estratégia
Promotora da Vinculação da Tríade no Bloco
de Partos

Susana Sarmento Bernardo

Prof.^a Maria Anabela Ferreira dos Santos

2014

A decorative graphic on the right side of the page, featuring a vertical line and several curved, overlapping shapes in shades of gray, resembling a stylized wave or a series of curved lines.

“Nenhum trabalho de qualidade pode ser feito sem concentração, auto-sacrifício,
esforço e dúvida”.

(Max Beerbohm, s.d.)

À minha mãe, por não me permitir desistir, por me incentivar todos os dias e por todo
o apoio dado

Ao meu pai, pela paciência e cafés ilimitados

À minha madrasta, pelo esmiuçamento e ajuda dados

Às minhas amigas, pela contribuição dada e por todos os bons momentos de
positivismo

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão

À Prof. Maria Anabela Ferreira dos Santos, pela sua orientação

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardíofetais

AM – Aleitamento Materno

AO – Antecedentes Obstétricos

AP – Antecedentes Pessoais

APPT – Ameaça de Parto pré-Termo

BA – Bolsa Amniótica

BP – Bloco de Partos

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

CTG – Cardiotocograma

DG – Diabetes Gestacional

EC – Ensino Clínico

EESMOG – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de saúde Materna,

Obstetrícia e Ginecologia

ESMO – Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

et al – e outros

FC – Frequência Cardíaca

HIG – Hipertensão Induzida pela Gravidez

HTA – Hipertensão Arterial

ICM – *Internacional Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

IO – Índice Obstétrico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCEESMOG – Regulamento de Competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

REBA – Rotura Espontânea da Bolsa Amniótica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-uterino

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TP – Trabalho de Parto

UCIEN – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais de Neonatologia

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humano

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A gravidez é um processo fisiológico e natural, em que ocorrem várias modificações físicas e psicológicas comuns à transição para a parentalidade.

Segundo Meleis, o EESMOG deve conhecer a mulher, a sua gravidez, a forma como a mesma a vivencia, para poder atuar em conformidade, permitindo à mulher ultrapassar esta transição da forma mais saudável possível.

A relação de vinculação desenvolve-se progressivamente, havendo uma busca de conforto, de apoio e de proteção, vital para a sobrevivência.

A manutenção do contacto pele-a-pele logo após o parto é de extrema importância para a relação de vinculação, assegurando-se assim a sua solidificação.

O contacto pele-a-pele deve ser iniciado o mais precocemente possível (de preferência antes da avaliação do segundo Apgar) e continuado após o final do primeiro aleitamento materno para promover a autorregulação da criança, facilitar a adaptação à vida extra-uterina e facilitar uma correta transição para a parentalidade.

A metodologia utilizada baseou-se no aprofundamento de conceitos chave e na realização de uma RSL com a questão PI[C]O: “Como sensibilizar os enfermeiros para a realização do contacto pele-a-pele imediato sem interrupção?”. Os objetivos passavam por sensibilizar os enfermeiros do serviço bloco de partos para a realização do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e também para a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele.

Para que isso fosse possível sugeri a realização de uma norma interna, realizei 2 posters para a promoção do contacto pele-a-pele e duas sessões de formação para os enfermeiros do bloco de partos, nas quais apliquei um questionário aos mesmos sobre o contacto pele-a-pele. Por limitações de ordem temporal, não pude avaliar as estratégias aplicadas mas, no entanto, segundo o questionário aplicado, todos os enfermeiros reconhecem a importância e benefícios do contacto pele-a-pele imediato e, à exceção de um indivíduo, todos os enfermeiros equacionam utilizá-lo no dia-a-dia.

Palavras-chave: *vinculação, contacto pele-a-pele, imediato, sem interrupção*

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological and natural process, in which physical and psychological changes common to the transition to parenthood occur.

According to Meleis, the Midwives should know the woman, her pregnancy, how the woman experiences it, therefore being able to act accordingly and so enabling the woman to overcome this transition as healthy as possible.

The binding relationship develops progressively, there is a search for comfort, support and protection, that is vital for survival.

Keeping the skin-to-skin contact immediately after birth is of extreme importance to binding relationship, because it strengthens it.

The skin-to-skin contact should be initiated as early as possible (preferably before the evaluation of the second Apgar) and continued after the end of the first breastfeeding in order to promote self-regulation of the child, to smooth the transition to extra-uterine life and also to promote a healthier transition to parenthood.

The methodology used was based on the deepening of key concepts and also by doing a systematic review of literature based on PICO: "How to sensitize nurses to perform skin-to-skin contact immediately after birth without interruption?". The objectives were: sensitize the delivery unit nurses' to perform skin-to-skin contact immediately after birth and also sensitize them to provide primary care to the newborn in skin-to-skin contact.

To make this happen I suggested the creation of an internal rule, I made two posters to promote skin-to-skin contact and two training sessions for nurses working in the delivery unit, on the training sessions a questionnaire about the skin-to-skin contact was made. Due to time limitations I could not evaluate the strategies applied but, nevertheless, according to the questionnaire, all nurses, except for one, recognized the importance and benefits of skin-to-skin contact immediately after birth and, all of them consider using it on a day-to-day basis.

Key-words: binding, skin-to-skin contact, instant, uninterrupted

ÍNDICE

Introdução	11
1.Enquadramento teórico	14
1.1. Vinculação.....	14
1.2. Contacto pele-a-pele	18
2.Modelo Conceptual de Afaf Meleis.....	22
3. Metodologia	25
3.1. Contextualização.....	25
3.2. Objetivos Iniciais e Objetivos Reformulados	27
3.3. Atividades Planeadas.....	29
3.4. Atividades Desenvolvidas	31
3.4.1. Revisão Sistemática da literatura	33
3.4.2. Notas de Campo e Guia de Observação	40
3.4.3. Posters	41
3.4.4. Ações de Formação aos Enfermeiros do BP	41
3.4.5. Questionários	42
3.5. Análise dos Dados	44
4. Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	47
5. Limitações do Estudo.....	61
6. Considerações Éticas.....	63
7. Considerações Finais.....	65
8. Bibliografia.....	69

ANEXOS

ANEXO I – Quadros dos artigos da RSL

ANEXO II – Guia de Observação

ANEXO III – Notas de campo

ANEXO IV – Poster de Grande Dimensão

ANEXO V – Poster para Salas de Partos

ANEXO VI – Ação de Formação

ANEXO VII – Questionário

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de pesquisa e seleção de artigos inicial.....	35
Figura 2 – Processo de pesquisa e seleção de artigos após diagnóstico de situação.....	37

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), e pretende evidenciar o meu desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) e refletir sobre o percurso percorrido durante o curso.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), a mulher é a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem desta especialidade e o EESMOG encontra-se numa posição privilegiada para intervir junto da mesma, pois possui competências que lhe permitem atuar durante todo o ciclo de vida da mulher.

Durante a minha experiência profissional surgiu a oportunidade de trabalhar em puerpério e em bloco de partos. Durante o ano em que trabalhei no bloco de partos pude assistir e colaborar na realização de partos. Constatei que a instrumentalização do parto, as rotinas instituídas para a prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido (RN) e às puérperas, as condições e estrutura do local, o ratio enfermeiro – cliente, interferiam com a “promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos” (OE, 2010, p.5) preconizada pela OE. O RN era frequentemente, ou sempre, separado da mãe assim que nascia, podendo, ou não, ser colocado, em cima do corpo da mãe durante apenas alguns minutos e recolocado junto a uma fonte de calor, por receio que o seu arrefecimento conduzisse a situação de hipotermia, e para realizar as rotinas comuns após o nascimento (exame físico, pesagem, administração de colírios e vitamina K, vestir o bebé).

Durante a frequência do curso de especialização nesta área, fui-me apercebendo da importância da vinculação precoce na transição para a parentalidade, na adaptação à vida extra-uterina e na amamentação, através da aquisição de conhecimentos, quer em contexto formal de sala de aula, quer em contexto de ensino clínico. Incentivar a relação precoce entre a mãe e o RN é um cuidado de enfermagem essencial à adaptação do RN à vida extra-uterina, à promoção da vinculação e à promoção do aleitamento materno (AM) (OE, 2010).

A escolha desta temática surge por isso de uma inquietação experienciada pelo contacto com a área de saúde materna, não só através das experiências durante o curso de licenciatura, mas, essencialmente, pela prestação de cuidados de enfermagem nesta área.

Uma das formas de vinculação precoce é o contacto pele-a-pele, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela UNICEF (United Nations Children's Fund), defensoras de que o mesmo deve ser mantido pelo maior tempo possível e que a mãe deve ter sempre acesso ao seu bebé, devendo por isso o alojamento ser conjunto (OMS/UNICEF, 1989).

A importância do contacto pele-a-pele é frequentemente abordada e reconhecida na área, tanto para a mãe como para o bebé, no entanto o contacto pele-a-pele é amiúde interrompido para a realização de rotinas hospitalares.

Segundo a literatura mais recente, quanto menor for a interrupção do contacto pele-a-pele, menor a perda de calor e o risco de hipotermia (Gabriel et al, 2010). O contacto pele-a-pele com a mãe antes, durante e após um estímulo doloroso tem um efeito de redução da dor em recém-nascidos de termo saudáveis (Okan, Ozdil, Bulbul, Yapici & Nuhoglu, 2010), assim como, o contacto pele-a-pele realizado o mais rapidamente possível, leva à diminuição do stress no RN, à estabilização da sua glicémia, à melhoria dos sinais vitais, ao reconhecimento mais rápido do odor do leite materno, o que facilita o início do AM (Bystrova et al, 2003; Carfoot, Williamson & Dickson, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007; Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012; Porter, 2004; Takahashi, Tamakoshi, Tatsushima & Kawabe, 2011). Alguns autores (Santos, 2011) referem que o contacto pele-a-pele pode ser realizado até ao 5º minuto de vida. Porém, os benefícios da inexistência de uma interrupção do contacto pele-a-pele estão provados, por menor tempo que seja, devendo o mesmo ser estabelecido antes da avaliação do 2º Apgar, segundo Hanson (2007) citado por Santos (2011).

A relação mãe-filho é uma relação extremamente complexa que se inicia durante a gestação e que se aprofunda a partir do momento do parto, altura em que se conhece finalmente aquele ser imaginado, idealizado durante 40 semanas.

A vinculação desenvolve-se progressivamente desde o momento em que se pensa a gravidez, solidificando-se a partir do nascimento, através do contacto pele-a-pele, de tocar, olhar e ouvir o bebé, e da relação de reciprocidade entre mãe-filho (Sousa, 2004).

A vinculação é um tema muito abordado na área de saúde materna mas, no entanto não deixa de ser um tema de estudo pertinente. Apesar de serem conhecidas as vantagens de uma vinculação precoce, aquando do nascimento, através do contato pele-a-pele, a atuação dos profissionais de saúde na sala de partos nem sempre releva a sua importância pois mantêm a separação do bebé da mãe, imediatamente após o parto, para a prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido e para a realização de rotinas instituídas à puérpera.

Neste trabalho os meus objetivos passaram por sensibilizar os enfermeiros do serviço Bloco de Partos para a realização do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e também sensibilizá-los para a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele.

No primeiro capítulo deste relatório aprofundarei os conceitos de vinculação e de contacto pele-a-pele, assim como a mais recente literatura encontrada sobre o último. No segundo capítulo farei uma contextualização desta temática de acordo com o modelo conceptual de Afaf Meleis. No terceiro capítulo apresentarei a metodologia utilizada. No quarto capítulo, farei uma descrição sobre as competências específicas adquiridas como futura EESMOG. No final apresentarei as limitações do estudo, as considerações éticas, as considerações finais e a bibliografia de suporte que permitiu a elaboração deste Relatório.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Vinculação

A vinculação (*vincular* + *-ção*) significa o ato ou efeito de vincular, ou de se vincular, isto é, ligar-se, prender com vínculo.

Existem três aspetos chave na construção da relação entre a mãe e o bebé: a segurança, a proteção e a regulação emocional.

A teoria da vinculação surge na segunda metade do século XX, criada por John Bowlby, resultado da “violência das separações e das carências precoces” originadas pela guerra (Guedeney, 2004).

Bowlby definiu o sentimento de apego como “qualquer forma de comportamento que pretende alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo” (1990, p.209), ou seja, “tudo o que favorece a proximidade, dando uma sensação de segurança, pertence ao comportamento de vinculação” (Guedeney, 2004, p.33). Este comportamento (de vinculação) é vital para a sobrevivência da espécie humana (Canavarro, 2001).

Bowlby considera existirem quatro fases de desenvolvimento da vinculação:

A primeira fase, pré-vinculação, em que o “bebé comporta-se de certos modos característicos em relação às pessoas mas a sua capacidade para discriminar uma pessoa da outra está limitada (...)” (Bowlby, 1990, p. 284). Esta fase decorre desde o nascimento até aos dois meses de idade. A segunda fase, vinculação em curso, é aquela em que o bebé continua a comportar-se de modo carinhoso em relação às pessoas, como na primeira fase, mas irá ter um comportamento mais acentuado em relação à figura materna. Esta fase dura até cerca dos sete meses de idade. A terceira fase, vinculação bem definida, em que o bebé é mais discriminatório no modo como trata as pessoas. Nesta fase, o bebé segue a mãe quando ela se afasta, manifestando angústia, recebe-a alegremente quando ela regressa e utiliza-a como base para empreender em explorações. Torna-se evidente a vinculação da criança à mãe. Inicia-se entre os seis e os sete meses e pode ser retardada até depois do

primeiro ano, caso o bebê tenha pouco contacto com a figura materna, podendo alongar-se até ao terceiro ano de vida. A quarta fase corresponde à parceria de objetivos. Aqui, a figura materna é concebida como um “objeto independente, que persiste no tempo e no espaço, e que se movimenta de um modo mais ou menos previsível num continuum espaço-tempo” (Bowlby, 1990, p. 285). No princípio, a criança não consegue prever o comportamento da mãe, vendo-o apenas em relação às suas metas. Mais tarde, porém, a criança começará a observar o comportamento materno e a ver o que o influencia. Quando se atinge esta fase, “estão lançadas as bases para desenvolver um relacionamento mútuo muito mais complexo (...) – uma parceria” (Bowlby, 1990, p. 286).

É importante distinguir o conceito de vinculação e de apego. A vinculação refere-se à relação que se estabelece entre os pais e o bebê e o apego é a relação que o bebê estabelece com os pais (Figueiredo, Costa, Pacheco & Pais, 2009). O processo de vinculação e a relação de apego são interdependentes, uma vez que um é determinado e desenvolve-se pelo estabelecimento do outro (Figueiredo et al, 2009).

Os bebês nascem com um sistema comportamental que tem como função protegê-los do perigo, através de comportamentos como chorar, agarrar, seguir, procurando desta forma a proximidade com uma figura adulta capaz de se confrontar com situações de risco (Canavarro, 2001).

A relação de vinculação desenvolve-se progressivamente, havendo uma busca de conforto, de apoio e de proteção, ao mesmo tempo que surge angústia perante o estranho e protesto em caso de separação (Guedeney, 2004). “A relação pais-bebê é reforçada através da utilização das reações sensoriais e das capacidades de ambos os progenitores para a interação” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.526).

Contudo, as relações de vinculação são limitadas, pois o bebê estabelece uma relação privilegiada com um número restrito das figuras mais próximas, que lhe proporcionam e asseguram regularmente os cuidados básicos (Canavarro, 2001). No entanto, é evidente a sua tendência para procurar e preferir uma determinada figura de vinculação – monotropia -, implicando uma hierarquia nas figuras de

vinculação (Canavarro, 2001). Esta monotropia existe, provavelmente, segundo Cassidy (1999), citado por Canavarro (2001), por 3 motivos: a maior probabilidade de sobrevivência do bebê através de alguém que assegura os cuidados, podendo levar a uma relação em que é assumida uma maior responsabilidade pelo bebê; uma maior eficácia na identificação da figura que pode ajudar o bebê em caso de perigo; e a “ligação recíproca hierárquica” que significa que o bebê tende a escolher a pessoa que mais investe nele do ponto de vista parental.

A vinculação é, assim, um tipo específico de ligações afetivas. Estas podem ser definidas por serem persistentes e não transitórias, por envolverem figuras específicas e por refletirem uma atração mútua. São relações emocionalmente significativas, através das quais o indivíduo deseja manter a proximidade e em que, se acontecer uma separação, experiencia sentimentos de perturbação. Ainsworth (1989) citada por Guedeney (2004) definiu quatro características que distinguem as relações de vinculação das outras relações sociais: a procura de proximidade, a noção de base de segurança, a noção de comportamento de refúgio e, finalmente, as reações marcadas perante a separação. O sistema de vinculação, isto é, o conjunto de comportamentos de vinculação, possui quatro sistemas motivacionais importantes: o sistema de vinculação propriamente dito, cujo objetivo é a proximidade física com a figura de vinculação; o sistema exploratório, ligado à curiosidade e ao domínio, ativados e desativados por sinais antagonistas; o sistema afiliativo, ligado a uma tendência biológica programada que contribui para a sobrevivência do indivíduo, a construção da moralidade e da sociabilidade, acabando por representar a motivação da criança para um envolvimento social com os outros; e, finalmente, o sistema medo-angústia, que se refere à reação da criança a uma situação de perigo. Recentemente, existe um quinto sistema, o de *caregiving*, considerado a vertente parental da vinculação, a expressão de uma tendência biológica – cuidar do seu filho (Guedeney, 2004).

Assim, “ao longo do primeiro ano de vida, a mãe e o seu bebê vão aprender a jogar a vida em conjunto” (Canavarro, 2001, p.75), sendo que o comportamento de vinculação tem como função a proteção e a proximidade. Esta proximidade pode ser estabelecida através de comportamentos de sinalização (chorar, sorrir, palrar), em

que o bebé pretende trazer a sua figura de vinculação para junto de si, ou comportamentos de aproximação (agarrar, procurar, seguir) com o objetivo de conduzir o bebé à figura de vinculação (Canavarro, 2001). A maior ou menor necessidade de proximidade com a figura de vinculação está relacionada com as circunstâncias, sejam as condições da criança (fome, fadiga, dor) ou as condições do ambiente (presença ou ausência de estímulos ameaçadores, ou acessibilidade e disponibilidade da mãe). A mãe é assim o refúgio seguro a que o bebé regressa em momentos de *stress* (Canavarro, 2001).

Assim, “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 membro da família” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.522).

A temporalidade é outro factor importante a ter em conta quando se fala de vinculação. Segundo Sousa (2004), o processo de vinculação organiza-se em três momentos: vinculação pré-natal, perinatal e pós-natal.

A vinculação pré-natal caracteriza-se pela organização do desejo da maternidade sobre o bebé fantasmático (representa a história pessoal de filiação com os pais). Por outro lado, o bebé imaginário figura no pré-consciente e consciente, sendo, por isso, o sujeito psíquico desejado e pensado pelos pais. A interpretação dos movimentos fetais, o acariciar o ventre materno e o falar com o filho constituem já uma forma de comunicação com o bebé. A partir do bebé fantasmático organizam-se as identificações primárias e o reconhecimento das semelhanças com o bebé. Já o bebé imaginário possibilita as identificações secundárias, em que há o reconhecimento das diferenças do bebé, da sua identidade e individualidade (Lebovici citado por Sousa, 2004). A vinculação perinatal inicia-se com o trabalho de parto e consiste na primeira possibilidade de tocar, olhar e ouvir o bebé real. Daí a importância de manter o contacto pele-a-pele logo após o parto para o prosseguir da relação de vinculação, já iniciada no processo psicológico e somático da gravidez, assegurando-se assim a sua solidificação, de preferência com o contacto do pai, promovendo o vínculo familiar (Sousa, 2004). Finalmente, a vinculação pós-natal

caracteriza-se por uma adaptação corporal entre mãe e bebê, designada por diálogo tónico-postural recíproco, em que o bebê se acomoda ao colo da mãe e passa a utilizar sinais, esperando resposta da mãe, abrindo um espaço de comunicação que se manifesta por choro, gritos, sorrisos, assim como pelo toque, através do contacto pele-a-pele, em que existe uma reciprocidade (Sousa, 2004).

1.2. Contacto pele-a-pele

A pele é o maior órgão do corpo humano e tem como principais funções, a proteção dos tecidos, regulação da temperatura, reserva de nutrientes e possui terminações nervosas sensitivas (Santos, 2011), capazes de transmitir sensações provocadas por vários tipos de estímulos, nomeadamente o toque.

“O toque é a forma mais rudimentar de estabelecer uma relação humana, pois constitui um meio de transmissão de várias necessidades básicas, como segurança e afeto” (Santos, 2011).

O toque, o contacto visual, a voz e o cheiro são importantes para o desenvolvimento de um processo de vinculação e de uma relação de apego.

Segundo a OMS, a American Academy of Pediatrics (AAP), os recém-nascidos de termo saudáveis devem ser colocados ao colo da mãe para proporcionar o contacto pele-a-pele - colocação do RN nu, em posição ventral, em cima do peito nu da mãe, entre as mamas, sem interferência da roupa - imediatamente após o nascimento, após ser seco, para diminuir o arrefecimento por evaporação, e para iniciar o AM o mais precocemente possível. A OMS recomenda também o alojamento conjunto, pois refere que, quando a mãe e o bebê são separados, a vinculação e a amamentação são prejudicados (Bystrova et al, 2009; Crenshaw, 2007; WHO, 1998).

O contacto pele-a-pele deve ser iniciado o mais precocemente possível (de preferência antes da avaliação do segundo Apgar) e continuado após o final do primeiro aleitamento materno para promover a autorregulação da criança e facilitar a adaptação à vida extra-uterina (Santos, 2011; Moore et al, 2012).

Os RN de termo têm comportamentos inatos específicos, nomeadamente uma resposta aumentada ao odor nas primeiras horas após o nascimento, o que lhes permite localizar o mamilo pelo cheiro quando colocados em contacto pele-a-pele com a mãe (Moore et al, 2012). Segundo Porter (2004), em resposta ao odor do leite da mãe há um aumento da atividade dos movimentos da boca do RN (sucção, mastigação e movimentos de lambar), uma prova evidente que os odores maternos reforçam a facilidade de adaptação do RN ao meio extra-uterino. “Enquanto os bebés sugam o leite da mama da mãe, as suas narinas estão próximas da superfície da pele da mãe. Assim estes RN têm a oportunidade de se familiarizar com o odor materno e desenvolverem a capacidade de reconhecer a sua assinatura olfativa” (Porter, 2004, p.1561). Esta importante descoberta é um pré-requisito necessário para que se estabeleça uma relação social exclusiva que se caracteriza pela vinculação entre mãe e filho.

Widström (2011), citado em Moore et al (2012), descreveu a sequência de nove comportamentos inatos que favorecem a vinculação e que são: o grito de nascimento, o relaxamento, o despertar e abrir os olhos, atividades, como olhar para a mãe e mamas, enraizamento, movimentos da mão à boca, sons de solicitação, uma segunda fase de repouso, rastejar em direção ao mamilo, tocar e lambar o mamilo sugando na mama e, finalmente, adormecer. Este “período sensível” predispõe e prepara as mães e os bebés para desenvolverem um padrão de interação recíproca sincronizada e influencia fortemente a formação do vínculo mãe-filho.

Os RN que são colocados sobre o abdómen materno na primeira hora após o nascimento demonstraram extensão e flexão dos membros inferiores e manipulação dos mamilos maternos, movimentos estes que estimulam as contrações uterinas e a saída de lóquios, função habitualmente realizada por profissionais de saúde quando realizam a massagem uterina com o objetivo de expelir a placenta, evitar a acumulação de sangue no útero e verificar o globo de segurança de Pinard (Porter, 2004).

O contacto pele-a-pele dá origem a benefícios, como:

- A melhoria da interação entre a mãe e o bebê, promovendo o toque, o conforto e sentimentos de afeto e de vinculação;
- A promoção do aleitamento materno. A maioria dos RN, que inicia o AM mais precocemente, mantém os níveis de glicose estáveis, demonstra uma maior capacidade para reconhecer o odor do leite materno, o que leva a uma maior duração do AM;
- A termorregulação, em que a fonte de calor preferencial é a mãe, já que o RN mantém a sua temperatura basal e não corre o risco de sobreaquecer como com os aquecedores;
- O controlo da dor para o RN, em que o contacto pele-a-pele promove a analgesia e diminui as respostas do bebê, como o choro, a taquicardia, a extensão dos membros. O contacto pele-a-pele com a mãe antes, durante e após um estímulo doloroso tem um efeito de redução da dor em RN de termo saudáveis (Okan et al, 2010);
- O controlo da dor para a mãe durante a realização da episio ou perineorrafia (Gabriel et al, 2010);
- Pode ser utilizado como estratégia preventiva no aparecimento de sintomas de depressão pós-parto, já que “o nascimento de um filho marca uma mudança na vida de uma mulher, sendo descrita como uma experiência psicossocial profunda, que põe à prova as suas competências pessoais” (Dois, Lucchini, Villarroel & Uribe, 2013);
- A melhoria da transição para a vida extra-uterina. O parto é um momento de grande mudança para o RN, provocando-lhe *stress*. O contacto pele-a-pele reduz o *stress*, evidenciado por diminuição do choro, da frequência cardíaca (FC), boa saturação de oxigénio (SpO2), aumento da qualidade do sono, diminuição da vasoconstrição das extremidades;
- Diminuição da probabilidade de infeção, pois as bactérias presentes na pele da mãe protegem o RN

(Bystrova et al, 2003; Carfoot et al, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson et al, 2007; Takahashi et al, 2011).

Com o contacto pele-a-pele há também um aumento de libertação de hormonas, como a ocitocina e endorfinas (Crenshaw, 2007). A primeira estimula os sentimentos maternos, a contração uterina e aumenta a produção de leite (Crenshaw, 2007). As endorfinas estimulam também os sentimentos de vinculação e apego, provocando sensação de felicidade. Estas hormonas permitem à mãe manter-se calma, e sensível, e aumentam a temperatura corporal nas mamas de forma a manter o bebé aquecido (Crenshaw, 2007).

Segundo Newman (2009), o RN não deve ser retirado do contacto pele-a-pele nem para a realização das primeiras rotinas a não ser que haja razões médicas para que isso aconteça.

No entanto, caso ocorra uma situação de urgência/emergência durante o parto, o Índice de Apgar seja inferior a sete, ou o parto seja por cesariana, o contacto pele-a-pele não é possível para segurança da díade. Nestes casos, pode considerar-se a possibilidade de colocar o RN em contacto pele-a-pele com o pai, com os mesmos benefícios que teria com a mãe, incluindo a amamentação, promovendo o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno - rastejar sobre o peito da mãe e usar as mãos para estimular a mama em preparação para a primeira mamada, iniciando movimentos da boca e o reflexo de sucção – só não podendo cumprir o ato de amamentar (Erlandsson et al, 2007).

2.MODELO CONCEPTUAL DE AFAP MELEIS

Num mundo em constante mudança e evolução, resultante de novas descobertas, mudanças económicas e alterações do ambiente, as pessoas experienciam períodos de transição que podem, ou não, ser ultrapassados. A palavra transição deriva da palavra em latim *transire* que significa atravessar.

“As transições são desencadeadas por eventos críticos e por mudanças nos indivíduos ou no ambiente” (Meleis, 2010, p.11). Segundo a mesma autora, a transição é a passagem de uma fase de vida, condição ou estatuto, para outra. As transições têm como características: o processo (um processo com início, meio e fim, que implica movimento, desenvolvimento e fluidez), o afastamento (em que a pessoa interrompe as ligações das quais dependem sentimentos de segurança), a percepção (a forma como cada um vê a realidade difere de pessoa para pessoa), a consciência (para que a transição ocorra, o indivíduo deve ter consciência de que ela está a acontecer; caso contrário, ele ainda não se encontra no período de transição) e padrões de resposta (comportamentos observáveis e não observáveis durante o processo de transição, que refletem o indivíduo e o contexto sociocultural em que o mesmo se encontra inserido).

As transições implicam que o indivíduo adquira novo conhecimento, altere o seu comportamento, alterando também a definição que possui de si próprio no seu contexto social.

Existem quatro tipos de transição: de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais.

As transições de desenvolvimento referem-se às transições que surgem no decorrer do crescimento e desenvolvimento, como, por exemplo, a adolescência, a maternidade, a parentalidade, a menopausa, o envelhecimento. As situacionais caracterizam-se pela mudança espacial, geográfica ou relacional, como a deslocação – imigração - , despedimento, divórcio. As transições de saúde-doença designam-se por uma mudança na saúde ou estado de doença. Finalmente, as

organizacionais são provocadas por alterações nas políticas, na liderança ou chefia, nas práticas, nas mudanças tecnológicas, assim como nos modelos de cuidar.

A enfermeira é um ator importante nos períodos de transição, pois deve reconhecer a forma como a transição está a ser ultrapassada, correta ou incorretamente, e se necessário deverá atuar para que a transição seja transposta de forma saudável.

As consequências de uma transição mal ultrapassada podem ser: mal-estar físico, depressão do sistema imunitário, euforia, síndrome de *stress* traumático, entre outros. Uma transição mal ultrapassada pode resultar num processo de doença.

Quando o indivíduo não se encontra preparado para experienciar uma transição, caracteriza-se por possuir uma insuficiência de papel. Quando é necessária a intervenção de enfermagem, preventiva ou terapêutica, define-se por suplementação do papel (Meleis, 2010).

O tema deste Relatório concerne a uma transição de desenvolvimento – a maternidade -, transição para a parentalidade.

A transição para a maternidade é um evento de grande importância no desenvolvimento. A mulher passa de uma realidade conhecida para uma nova e desconhecida. Para poder ultrapassar esta transição de forma saudável, a mulher deve encontrar estratégias que lhe permitam reconhecer a mudança, que lhe forneçam informação, conhecimentos, deve procurar modelos e testar-se no seu novo papel, experienciar a maternidade.

Caso a mulher demonstre insuficiência no papel, cabe à enfermeira providenciar informação, experiências, modelos que ajudem a mãe a transpor de forma saudável esta transição. Esta suplementação de papel pode e é, habitualmente, feita preventivamente, durante a preparação para o parto, nas consultas da gravidez, mas também pode ser realizada terapêuticamente, no pós-parto, através de sessões de educação para a saúde, promovendo a vinculação, colocando o bebé em contacto pele-a-pele, promovendo e incentivando ao aleitamento materno, entre outras. Esta suplementação do papel permitirá à mulher desenvolver o seu sentido de

maternidade e estabelecer uma vinculação precoce, ultrapassando de forma saudável a transição da maternidade.

É importante que o EESMOG saiba reconhecer em que fase da transição a mulher se encontra e se está a ultrapassá-la de forma saudável. Para isso o EESMOG deve conhecer a mulher, a sua gravidez, a forma como a mesma a vivencia, para poder atuar em conformidade, permitindo à mulher ultrapassar esta transição da forma mais saudável possível.

3. METODOLOGIA

3.1. Contextualização

Segundo os estatutos da OE (artigo 7º), “o título de Enfermeiro reconhece competências científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”, enquanto, o mesmo artigo, define que “o título de Enfermeiro Especialista reconhece competências científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem.”

Ainda no mesmo artigo da OE “O título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização (...)”.

Segundo a OE (2011), o EESMOG é o que possui as ferramentas – os conhecimentos, as competências e a capacidade de inovação – essenciais para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade e para que os cuidados prestados sejam, efetivamente, significativos.

O CMESMO possui um conjunto de unidades teóricas e de EC que me permitiram o desenvolvimento das competências essenciais à minha evolução como futura EESMOG. Ao longo de dois anos de CMESMO tive o privilégio de aprender e crescer pessoal e profissionalmente, desenvolver o meu pensamento crítico e adquirir conhecimentos e competências que me permitiram a realização deste relatório.

Todos os EC realizados foram fundamentais para o meu desenvolvimento como EESMOG - Ginecologia (ECI), Puerpério (ECII), Cuidados de Saúde Primários (ECIII), Internamento de Grávidas (ECIV), Neonatologia (ECV) e o Estágio com Relatório -, onde foi implementado o projeto que se apresenta no presente Relatório.

Realizei o meu Estágio com Relatório no Bloco de Partos, inserido na Urgência Geral, Obstétrica e Ginecológica (URGOG), de um Hospital que abrange os concelhos de Amadora e Sintra.

Este serviço possui uma área ambulatória de urgência e uma área de internamento. Na urgência, o EESMOG realiza a triagem, interpreta e vigia os exames cardiotocográficos, administra terapêutica e faz a vigilância e internamento das utentes.

Na área de internamento existem duas salas de internamento de ginecologia com 7 camas, seis quartos de dilatação individuais, duas salas de parto, uma sala de recobro com quatro camas e três blocos operatórios, uma delas de apoio à área de ginecologia.

A equipa de multidisciplinar é composta por médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia, médicos anestesistas, médicos internos da especialidade de obstetrícia e de anestesia, EESMOG, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e um administrativo. A admissão das utentes e as entradas dos acompanhantes das grávidas e parturientes internadas, é assegurada pelo administrativo. Os acompanhantes podem permanecer junto das grávidas e parturientes durante 24 horas, sendo apenas permitido um acompanhante por parturiente. Estes devem vestir uma bata fornecida à entrada, tendo direito a um cacifo individual. No entanto, os acompanhantes só podem sair dos quartos de dilatação quando acompanhados por funcionários do serviço, para evitar o compromisso da privacidade das outras utentes.

No momento da realização do parto, os acompanhantes apenas poderão permanecer na sala de partos se o mesmo for eutócico. Caso o parto seja distócico, em que seja aplicado fórceps ou ventosa, os acompanhantes deverão ausentar-se da sala para ser realizada a extração e poderão voltar a entrar após a mesma. Numa cesariana os acompanhantes não podem permanecer junto da parturiente. No entanto, no momento da transferência para o recobro é permitido que acompanhantes vejam os bebés e cumprimentem as puérperas. Em qualquer dos tipos de parto, assim que a puérpera e o RN são transferidos para o recobro, os

acompanhantes são convidados a sair do serviço, não podendo permanecer junto da díade.

O contacto pele-a-pele é promovido nas salas de partos, em todos os partos, exceptuando na cesariana, respeitando sempre a vontade da mulher e a segurança da díade.

3.2. Objetivos Iniciais e Objetivos Reformulados

O objetivo de um estudo é um enunciado que determina a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão, especificando as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo (Fortin, 2003).

Durante o Estágio com Relatório, após realizar o diagnóstico de situação, senti a necessidade de alterar os meus objetivos pois, por diversos motivos, estes não seriam tangíveis caso não os modificasse, no contexto em que me encontrava.

Após 6 semanas, tempo em que realizei o diagnóstico de situação – tempo que me permitiria observar e verificar se o meu projeto era tangível e viável – concluí que teria de alterar não só algumas das atividades, como também os objetivos a que me tinha proposto inicialmente. Durante este período pude constatar que a maioria das intervenções de promoção da vinculação eram realizadas pela equipa de enfermagem. No entanto, tornou-se mais importante para mim a promoção da realização destas intervenções de acordo com a evidência científica mais recente, o que nem sempre acontecia.

O diagnóstico de situação permitiu-me compreender as necessidades do serviço onde implementei o projeto alvo deste Relatório. Desta forma, defini novos objetivos adequados às necessidades encontradas.

O meus objetivos iniciais eram:

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a promoção da vinculação precoce entre a díade e a tríade na sala de partos.

Objetivos Específicos:

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem a vinculação entre mãe/pai - filho utilizadas na sala de partos, durante a prestação de cuidados;
- Analisar as intervenções de enfermagem identificadas na revisão bibliográfica;
- Promover as intervenções de enfermagem que promovem a vinculação precoce;
- Motivar os enfermeiros para a importância da vinculação precoce através da mobilização de conhecimentos fundamentados na prática e na evidência científica.

Após as 6 semanas de EC, os meus objetivos passaram a ser os seguintes:

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os enfermeiros do serviço BP para a realização do contacto pele-a-pele imediatamente após o parto.
- Sensibilizar os enfermeiros do serviço de BP para a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele.

Objetivos Específicos:

- Analisar os benefícios do contacto pele-a-pele identificados na evidência científica mais recente;
- Analisar a realização do contacto pele-a-pele em sala de partos;
- Promover a não interrupção do contacto pele-a-pele;
- Promover a realização dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele;
- Motivar os enfermeiros do serviço BP para a importância do contacto pele-a-pele sem interrupção através da mobilização de conhecimentos fundamentados na prática e na evidência científica.

3.3. Atividades Planeadas

Para que fosse possível o desenvolvimento das competências específicas para a realização deste Relatório, propus a realização das seguintes atividades:

- 1 - Elaborar um guia de observação, baseado na RSL, para realizar notas de campo detalhadas;
- 2 - Elaborar um questionário para aplicar aos enfermeiros que exercem funções no serviço de BP no início do Estágio com Relatório;
- 3 - Realizar um diagnóstico de situação (avaliar a necessidade de aplicação do projeto) através do guia de observação, das notas de campo e aplicação do questionário;
- 4 - Atualizar as atividades, se necessário, consoante o diagnóstico da situação;
- 5 - Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, caso exista, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.
- 6 - Promover um ambiente seguro durante o trabalho de parto e o parto.
- 7 - Planear, implementar e avaliar as intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.
- 8 - Planear, implementar e avaliar as intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos.
- 9 - Planear, implementar e avaliar as intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
- 10 - Identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação.
- 11 - Observar a estrutura da sala de partos para verificar a possibilidade da prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele com a mãe;
- 12 - Realizar registo em diários de enfermagem;
- 13 - Utilizar intervenções promotoras da vinculação como: proporcionar um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos, solicitar a colaboração da mãe/pai, caso queiram, para fazer a extração do RN e para cortar o cordão umbilical, colocar o RN em contacto pele-a-pele o mais precocemente possível, se o Índice de APGAR do RN o permitir, colocar o RN à mama logo que o

mesmo demonstre os primeiros sinais de pré-aleitamento materno e garantir o alojamento conjunto.

- 14 - Realizar ação(ões) de formação aos enfermeiros do serviço de BP sobre RSL, consoante disponibilidade da unidade funcional.

Ao longo do EC deparei-me com a necessidade de incluir novas atividades para atingir os objetivos propostos:

- 15 - Realização de uma RSL sobre o tema.
- 16 - Realização de avaliação da(s) ação(ões) de formação realizada(s) aos enfermeiros do serviço de BP.
- 17 - Proposta de realização de uma Norma para o serviço sobre a realização do contacto pele-a-pele.
- 18 - Realização de poster(s) alusivo(s) aos benefícios do contacto pele-a-pele para fornecer ao serviço BP e colocar nas salas de partos.
- 19 - Realização de apresentação sintética sobre o contacto pele-a-pele para fornecer ao serviço BP e ao serviço de Consultas Externas de Obstetrícia.

Para atingir os objetivos propostos foram necessários os seguintes recursos:

Recursos Humanos:

- Prof^a Maria Anabela Ferreira dos Santos
- Enf^a Orientadora do Estágio com Relatório
- Enf^a Chefe dos serviço de BP

Recursos Físicos:

- Biblioteca da ESEL
- Serviço de Bloco de Partos

Recursos Materiais:

- Posters
- Papel
- Televisão
- Computador portátil
- Cabo HDMI

3.4. Atividades Desenvolvidas

Para que fosse possível a aplicação e realização das atividades planejadas e, por conseguinte, alcançar os objetivos propostos, houve necessidade de adaptar e reformular algumas das atividades, de acordo com as dificuldades e obstáculos que foram surgindo ao longo do Estágio com Relatório.

Ao iniciar o meu EC no serviço BP, realizei um guia de observação que me permitisse realizar as minhas notas de campo. Para a realização e aplicação do guia de observação, das notas de campo e prestação de cuidados, realizei pesquisa, através de uma revisão sistemática da literatura, utilizando as bases de dados científicos. Só assim pude exercer uma prática baseada na evidência, construindo concomitantemente uma base teórica. Ao aplicar o guia de observação, a atividade número 11 encontrava-se implícita e foi concretizada nas primeiras seis semanas do EC. Realizei também um questionário para aplicar aos enfermeiros que exercem funções no BP. No entanto, para que o pudesse fazer corretamente teria de realizar um pré-teste e, caso necessário, teria de o reformular. Como este serviria apenas para realizar o diagnóstico de situação e o tempo para o fazer era limitado – 6 semanas –, optei por não o aplicar por falta de tempo.

Ao longo de todo o EC, executei as atividades, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13. Todas as atividades referidas eram essenciais, não só à concretização dos meus objetivos, como também ao desenvolvimento de competências como futura EESMOG.

Apesar de a maioria das mulheres não possuir plano de parto, o respeito pela sua vontade era satisfeito sempre que possível e quando não interferia com a segurança da díade (mãe/RN).

Todas as intervenções que promovessem o conforto, a vinculação, o aleitamento materno e a transição e adaptação à parentalidade foram essenciais ao meu exercício como estudante, como aspirante a EESMOG e como enfermeira. Só através destas pude aprender e crescer como EESMOG e atingir os objetivos propostos.

A efetivação de todas as atividades já referidas permitiu-me atingir o primeiro e o segundo objetivos.

Para atingir os restantes objetivos procurei conhecer o serviço onde me encontrava e as suas necessidades na área temática em questão. Procurei saber, junto da Sra. Enf.^a Chefe e da equipa de enfermagem, se existia uma norma interna sobre a realização do contacto pele-a-pele e sugeri que, caso não existisse, eu poderia elaborar essa norma. A Sra. Enf.^a Chefe disse-me que já existia um grupo de enfermeiros responsável pela sua realização, escolhido recentemente, pelo que acabei por não a realizar.

Considero a norma uma parte fundamental para levar à mudança de comportamentos, já que a cultura organizacional é, segundo Chiavenato (1999, pág.138), “(...) o conjunto de hábitos e crenças estabelecidos através de normas, valores, atitudes, expectativas compartilhados por todos os membros da organização. (...) Constitui o modo institucionalizado de pensar e agir que existe em uma organização (...)”.

Para obter mudança de comportamentos propus-me realizar uma, ou várias, ações de formação aos enfermeiros do serviço e também um poster alusivo aos benefícios do contacto pele-a-pele.

Realizei um poster de grande dimensão (48,99 cm x 75 cm) para aplicar na parede do serviço e outro, de menor dimensão (tamanho A4), para colocar em cada uma das salas de partos.

O primeiro contém os benefícios do contacto pele-a-pele, para promover a sua realização, e o último tem como intenção a promoção da realização do contacto pele-a-pele, sempre que possível e, de preferência, sem interrupção.

Finalmente, a última atividade surgiu após a realização da ação de formação e por sugestão da Sra. Enf.^a Chefe. Realizei uma apresentação sintética em Power Point, adaptada da ação de formação, para ficar no serviço BP e no serviço de Consultas Externas de Obstetrícia. Esta apresentação seria, ou será, para passar às grávidas e

parturientes enquanto esperam pela consulta para que conheçam os benefícios do contacto pele-a-pele.

Para concretização do último objetivo efetuei uma avaliação após as ações de formação.

3.4.1. Revisão Sistemática da literatura (Anexo I)

Para que pudesse realizar uma RSL, elaborei uma questão de investigação sobre a vinculação, tendo em conta a sua importância para o desenvolvimento de competências do EESMOG, para uma prestação de cuidados de enfermagem alicerçada na evidência científica.

A questão de investigação foi construída através do método PI[C]O:

Quais as competências, do EESMO, que promovem a vinculação mãe/pai – filho no contexto da sala de partos?

- **Participantes:** parturiente/pai
- **Intervenção:** competências do EESMO
- **Outcomes:** promoção da vinculação

Após a escolha da **questão PICO** seguiu-se a revisão narrativa da literatura, com a pesquisa bibliográfica efectuada em:

- Livros
- Teses de Mestrado ou Doutoramento
- Plataforma EBSCO-host;

As bases de dados eletrónicas utilizadas foram CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science

& Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database.

Para a realização da pesquisa nestas plataformas, estabeleci critérios de exclusão e inclusão, utilizando o intervalo de tempo de 2001/01/01 e 2013/12/31, que me possibilitaram ter uma visão mais alargada do tema. Neste contexto foram eliminados os artigos sem relação com a finalidade do estudo, repetidos nas duas bases de dados, sem texto integral e que implicassem custo financeiro. Foi assim feita uma primeira seleção tendo por base o título e o resumo dos artigos, procurando sempre a existência de uma ligação com o tema em estudo.

Os critérios de inclusão foram os artigos sobre o tema escolhido e a disponibilidade do artigo em texto integral.

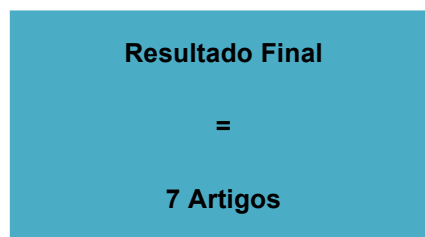
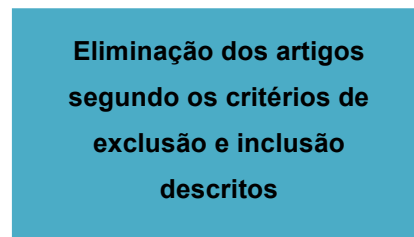
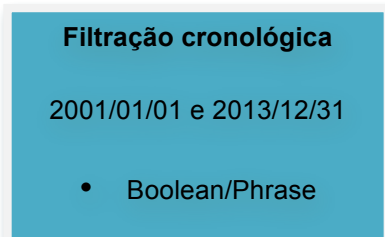
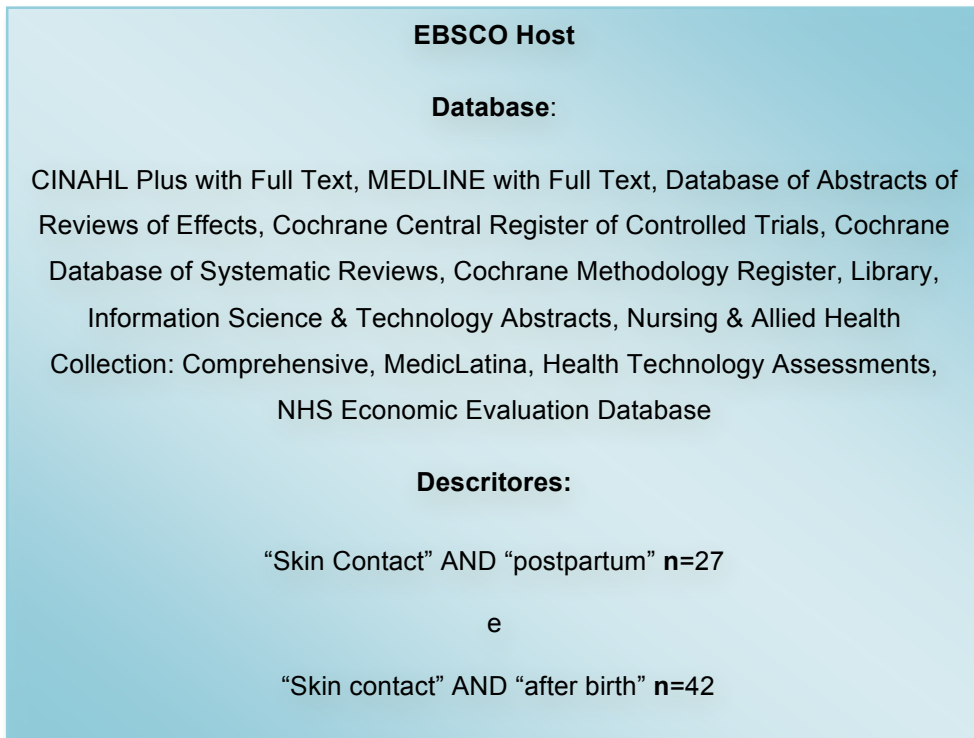


Fig. 1 – Processo de pesquisa e seleção de artigos inicial

Esta pesquisa inicial foi realizada durante o mês de Maio de 2013 até ao final do mês de Julho de 2013, para o início da construção de uma base teórica sobre a temática escolhida para realizar o EC Estágio com Relatório. No entanto, após o diagnóstico de situação e a alteração dos objetivos para a realização do Relatório de Estágio, efetuei uma nova questão de investigação que me permitisse orientar a pesquisa de artigos científicos que abordassem a problemática escolhida entre Março de 2014 e Julho de 2014.

Utilizei novamente a metodologia da questão PI[C]O para elaborar a questão orientadora: “Como sensibilizar os enfermeiros para a realização do contacto pele-a-pele imediato sem interrupção?”.

- **Participantes:** enfermeiros do BP

- **Intervenção:** sensibilizar

- **Outcomes:** realização do contacto pele-a-pele imediato sem interrupção

Os elementos apresentados ajudaram a definir os termos da pesquisa: *early/precoce*, *skin to skin contact*/contacto pele-a-pele. Os critérios de inclusão e exclusão foram iguais aos da pesquisa anterior.

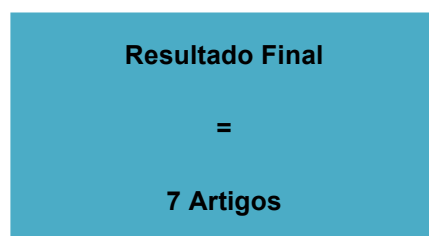
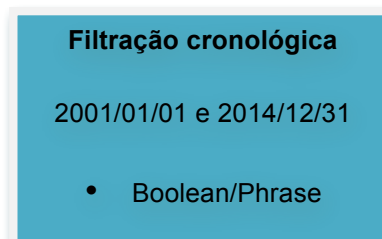
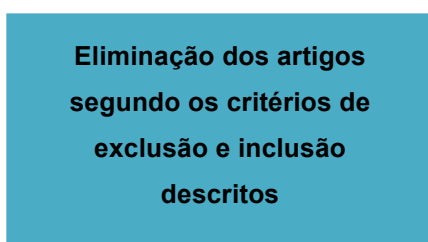
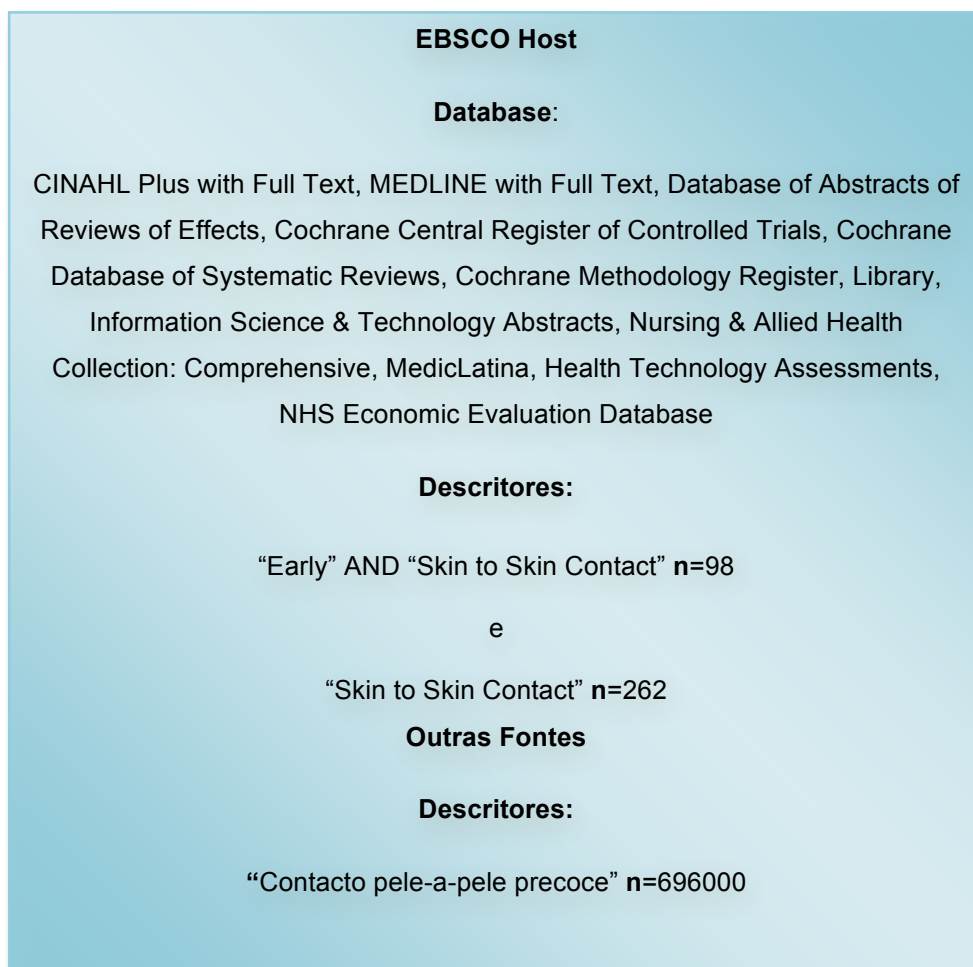


Fig. 2 – Processo de pesquisa e seleção de artigos após diagnóstico de situação

Da análise dos 14 artigos selecionados, cuja síntese pode ser consultada no Anexo I, evidenciou-se a realização do contacto pele-a-pele como uma intervenção que beneficia a mãe e o RN.

O contacto pele-a-pele precoce influencia positivamente a adaptação do RN à vida extra-uterina, o que leva à melhoria da termorregulação, à diminuição do stress do RN (Bystrova et al, 2003; Dabrowski, 2007; Gabriel et al, 2010; Santos, 2011) – evidenciado pela diminuição do choro e pela melhoria dos parâmetros vitais, associado à diminuição dos níveis de cortisol (Takahashi et al, 2011) –, a uma melhor conservação de energia, evidenciada pela manutenção da glicémia capilar e a um melhor aumento de peso (Crenshaw, 2007; Santos, 2011).

O contacto pele-a-pele deve ser iniciado nos primeiros 5 minutos e continuado por mais de 60 minutos até aos 120 minutos devido à estabilização dos níveis do cortisol salivar. A diminuição do cortisol salivar está diretamente relacionado com a estabilização dos parâmetros vitais e a diminuição do stress no RN (Takahashi et al, 2011).

O contacto pele-a-pele é essencial para o reconhecimento precoce do odor do leite materno, já que o aumento dos níveis de noradrenalina, imediatamente após o parto, têm um papel fundamental na aprendizagem olfativa e numa maior duração do aleitamento materno (Mizuno et al, 2004). O contacto pele-a-pele precoce, incluindo o toque e o mamar por tempo superior a 50 minutos, dão origem a um reconhecimento precoce do odor materno e a uma maior duração do aleitamento materno (Carfoot et al, 2005; Mizuno et al, 2004).

O contacto pele-a-pele promove também a analgesia no RN (Dabrowski, 2007; Gabriel et al, 2010; Moore et al, 2012; Santos, 2011) se for realizado antes, durante e após o estímulo doloroso (Okan et al, 2010) e a presença de sentimentos maternos, sentimentos de reciprocidade, influenciando positivamente a interação mãe-filho, o que está relacionado com o aumento do nível de ocitocina – “hormona do amor” –, o que promove uma vinculação precoce (Bystrova et al, 2009; Dabrowski, 2007; Moore et al, 2012; Santos, 2011).

Os vários artigos abordam o contacto pele-a-pele como essencial para a promoção da vinculação (Bystrova et al, 2009), mas também como fundamental para a ausência ou diminuição de sintomas depressivos pós-parto (Dois et al, 2013).

O contacto pele-a-pele permite ao RN um aumento do movimento dos membros inferiores e a estimulação dos mamilos maternos, o que vai provocar um aumento do nível de ocitocina e, por conseguinte, à diminuição do tempo de dequitação, uma melhor contração uterina – com formação globo de segurança de Pinard – e à diminuição de perdas hemáticas vaginais (Gabriel et al, 2010; Porter, 2004).

Todos os artigos revelam a importância do contacto pele-a-pele tanto para a vinculação entre mãe – filho, como para uma melhor adaptação à vida extra-uterina, facilitando assim o aleitamento materno precoce.

A termorregulação do RN é um dos aspetos mais abordado nestes artigos, já que as rotinas existentes nos BP pretendem frequentemente colmatar a perda de calor do RN após o seu nascimento, colocando-o sob uma fonte de calor. No entanto, como é referido nos artigos, a temperatura dos RN mantém-se mais estável no contacto pele-a-pele com o peito da mãe do que sob a fonte de calor (Bystrova et al, 2003; Dabrowski, 2007; Gabriel et al, 2010; Moore et al, 2012; Okan et al, 2010; Porter, 2004; Santos, 2011).

Num dos artigos é também abordada a dificuldade em realizar o contacto pele-a-pele em situações de cesariana e de urgência (Erlandsson et al, 2007). Nestes casos, o RN poderá ser colocado em contacto pele-a-pele com o pai, promovendo também a termorregulação e o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno, facilitando a transição do RN para a vida extra-uterina (Erlandsson et al, 2007).

Com os resultados obtidos confirmamos a importância que o contacto pele-a-pele tem tanto para a mãe/mulher como para o RN. Assim nós, enfermeiros, devemos atuar de forma responsável e atualizada, exercendo uma prática baseada na evidência científica, promovendo desta forma a transição do RN para uma vida

extra-uterina saudável, incentivando o aleitamento materno precoce e a vinculação entre a díade e a tríade.

3.4.2. Notas de Campo (Anexo III) e Guia de Observação (Anexo II)

A observação direta passa por dois tipos de abordagens: aquela em que o único objetivo é descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos), com o intuito de extrair tipologias e a que, como é a observação participante, permite identificar o sentido da situação social, o que requer a total imersão do investigador na situação em questão (Fortin, 1999).

“os investigadores interessados em estudar o comportamento das pessoas não têm muitas opções na forma de colher dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem numa dada situação, por meio da observação ligada à entrevista, ou observam o que os sujeitos fazem por meio da observação direta” (Fortin, 1999, p.241).

Decidi, por isso, realizar uma observação participante e, para que a minha observação e o registo das minhas anotações fosse estruturado e me permitisse relembrar o mais importante observado, construí um guia de observação (Anexo II).

Segundo Carmo (1998), quando se planeia uma observação no terreno deve construir-se um guia de observação que inclua um conjunto de indicadores necessário para retratar o objeto de estudo. O guião de observação é fundamental para não escapar informação pertinente ao estudo.

Inicialmente, considerei utilizar também um questionário para realizar o diagnóstico de situação, o que complementaria a observação mas, como já referi anteriormente, o tempo foi um fator determinante na sua não aplicação.

Decidi utilizar a observação participante, não só para aproveitar o meu papel como estudante de EESMOG, mas também porque os mesmos dados dificilmente seriam obtidos de outra forma. Além de que “o investigador pode decidir utilizar métodos de observação em situações particulares, se ele crê que os sujeitos em estudo teriam boas razões para modificar as suas respostas ou os seus comportamentos” (Fortin, 1999, p.242).

Para poder realizar as minhas anotações, ou notas de campo, utilizei o sistema de momento desencadeador – utilizado sobretudo quando o comportamento é observado num longo período e quando existem várias unidades de observação (Fortin, 1999).

Concluindo, a observação participante (juntamente com o guia de observação) que realizei para poder concretizar as minhas notas de campo, permitiu-me elaborar um diagnóstico de situação e, por conseguinte, concluir as necessidades do local onde me encontrava, acarretando uma mudança de direção, de objetivos, de atividades, que, caso contrário, não teria sido possível.

3.4.3. Posters

No sentido de promover a realização do contacto pele-a-pele imediato, realizei um poster de maior dimensão para aplicar na parede do Bloco de Partos (Anexo IV) com os benefícios do contacto pele-a-pele para que, tanto os enfermeiros e outros profissionais de saúde, como as grávidas e as parturientes, o vissem, lessem, e que levasse a que o contacto pele-a-pele imediato fosse realizado com maior frequência. Realizei outro poster (Anexo V), de menor dimensão, para colocar nas salas de partos, para que os enfermeiros soubessem e relembressem quando devem realizar o contacto pele-a-pele imediato.

Este trabalho foi apresentado e discutido com a Sra. Enf^a Chefe do Serviço de Bloco de Partos e foi apresentado, após impressão, aos enfermeiros que exercem funções no serviço.

3.4.4. Ações de Formação aos Enfermeiros do BP (Anexo VI)

Realizei duas ações de formação dirigidas aos enfermeiros do BP. Estas tinham como tema o “Contacto Pele-a-Pele Imediato”. Para realizar as ações de formação elaborei um pedido de autorização à Sra. Enf.^a Chefe e ao Centro de Formação do Hospital em questão. As datas foram marcadas em conjunto com a chefia do serviço, os enfermeiros do Grupo de Formação e o Centro de Formação. A duração

da formação foi de cerca de 30 minutos. Após as formações tive oportunidade de aplicar questionários de avaliação sobre as mesmas aos enfermeiros.

3.4.5. Questionário (Anexo VII)

“Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. (...) Ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de População ou Universo” (Hill & Hill, 2000, p.41).

Neste caso, o universo do meu estudo são os enfermeiros que exercem funções no BP do serviço onde realizei o EC Estágio com Relatório.

O total dos enfermeiros que exercem funções no BP é 47, sendo que 25 são EESMOG, 20 são generalistas, 1 é enfermeira chefe e 1 é enfermeira coordenadora.

“acontece porém que, muitas vezes, o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados para cada um dos casos do Universo pelo que, nesta situação, só é possível considerar uma parte dos casos que constituem o Universo. Esta parte designa-se por amostra do Universo. Assim o que o investigador pretende ou pode fazer, na maioria das situações, é analisar os dados da amostra, tirar conclusões e extrapolar as conclusões para o Universo” (Hill & Hill, 2000, p.42).

Escolhi o método de amostragem não casual por conveniência, por limitação temporal e por facilidade de acessibilidade, e apliquei os questionários aos enfermeiros que frequentaram as ações de formação que realizei. A amostra tinha 18 enfermeiros, o que constitui cerca de 38% do Universo estudado.

Neste tipo de amostra, os resultados e conclusões só se aplicam à mesma, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo (Hill & Hill, 2000). No entanto, julgo que a amostra é representativa do Universo mas não poderá ser generalizada para outros Universos.

De entre os 18 enfermeiros importa referir que 16 eram mulheres, 2 eram homens e tinham idades compreendidas entre os 22 e os 55 anos.

O questionário compreendia duas partes: a primeira sobre compreensão dos conteúdos da formação, para verificar se os objetivos propostos tinham sido alcançados, enquanto a segunda parte sobre a aplicabilidade da formação.

Os questionários eram anónimos e foram aplicados apenas após consentimento informado dos próprios e da Sra. Enf.^a Chefe.

A análise de dados foi efetuada por análise descritiva correlacional através do programa SPSS – 21.0.

Foi realizado um pré-teste com uma amostra de quatro questionários, que permitiu validar as perguntas. Não se realizaram alterações.

Por número reduzido de participantes, não foi realizado o método de avaliação da consistência interna do questionário, uma vez que, segundo Yurdugul (2008), o Coeficiente de Alfa de Cronbach apenas é utilizado para amostras superiores a 200 participantes.

3.5. Análise dos Dados

No início do EC Estágio com Relatório, durante as primeiras seis semanas, realizei um diagnóstico de situação através da observação participante, na qual utilizei um guião de observação para me guiar, e da realização de notas de campo – anotações da observação feita.

Este diagnóstico de situação tinha como objetivos, verificar se os objetivos propostos eram tangíveis e, caso não fossem, compreender em que área problemática poderia incidir o meu Relatório de Estágio.

Para realizar o diagnóstico de situação estabeleci 6 categorias: realização do contacto pele-a-pele imediato, realização do contacto pele-a-pele após o 5º minuto, interrupção do contacto pele-a-pele, não realização do contacto pele-a-pele, aleitamento materno precoce e complicações no parto, maternas ou do RN.

Assim, dos 16 partos observados, apenas em 2 foi realizado contacto pele-a-pele imediato. Em 10 partos foi realizado contacto pele-a-pele após o 5º minuto, sendo que em 2 foi iniciado o contacto pele-a-pele mas foi interrompido e noutros 2 não se realizou contacto pele-a-pele, um por recusa materna e outro motivado por um enfermeiro. Em 15 ocasiões foi iniciado o aleitamento materno precoce, sendo que, em 12 destas ocasiões, o AM precoce foi iniciado ainda na sala de partos. Em apenas 2 situações é que houve complicações no parto, o que acarretou que o contacto pele-a-pele não fosse realizado de imediato.

As restantes categorias incluídas no guião de observação não foram consideradas no diagnóstico de situação pelos seguintes motivos:

- a estrutura de todas as salas de parto permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele;
- a colaboração na extração do RN e/ou laqueação do cordão umbilical e o questionamento sobre os mesmos estavam apenas dependentes da minha atuação pois todos os partos observados foram realizados por mim.

Optei por ter apenas em conta as categorias que não se encontravam exclusivamente dependentes da minha atuação.

Considero que o facto de observar enquanto realizava os partos pode ser considerado como uma limitação, já que a minha observação pode ter sido pouco correta e até incompleta, podendo ter influenciado e enviesado os resultados da observação.

Após análise das notas de campo, pude concluir que apenas em 2 situações é que se realizou contacto pele-a-pele imediato sem interrupções, sendo que apenas nessas ocasiões é que os primeiros cuidados ao RN foram realizados em contacto pele-a-pele, o que está descrito, na literatura mais recente, como sendo mais benéfico para a mãe e RN.

O aleitamento materno precoce é, geralmente iniciado ainda na sala de partos, ou já no recobro, durante o puerpério imediato, o que me levou a excluir este tema.

Decidi por isso incidir o tema do meu Relatório de Estágio sobre a realização do contacto pele-a-pele imediato sem interrupção, a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele e a sensibilização dos enfermeiros para o mesmo, pois pude perceber, através da observação feita, que os enfermeiros interrompiam o contacto pele-a-pele ou o realizavam tardiamente para prestação dos primeiros cuidados ao RN.

Para uma maior robustez dos resultados obtidos neste trabalho foram efetuadas duas sessões de formação com posterior avaliação das mesmas. Esta avaliação passava pelo preenchimento de questionários por parte dos formandos, de forma a entender pela amostra, qual a importância do contacto pele-a-pele no serviço de BP.

A amostra pretendeu ser representativa da população de enfermeiros, como já referi anteriormente, composta por dezoito indivíduos, dois do sexo masculino e os restantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 55 anos.

De acordo com os resultados obtidos do primeiro grupo de questões, todos reconhecem muito ou totalmente a importância do contacto pele-a-pele imediato. O

mesmo se verifica relativamente à importância da diminuição do stress do RN na melhoria dos parâmetros vitais do mesmo, ao contacto pele-a-pele como promoção de analgesia do RN e da mãe e à importância do contacto pele-a-pele no aleitamento materno precoce. Relativamente à terceira pergunta, em que se questiona a amostra sobre a sua concordância com o contacto pele-a-pele ser fundamental para a promoção da vinculação precoce, os resultados variaram um pouco, tendo um dos elementos da amostra concordado pouco com a afirmação. Os restantes concordaram muito ou totalmente.

Relativamente ao segundo grupo de questões, todos os elementos participantes do questionário acharam a formação útil ou muito útil, concordando de igual forma que a utilização do contacto pele-a-pele imediato pode facilitar a prestação de cuidados de enfermagem (exceptuando um dos indivíduos que considera que a utilização do contacto pele-a-pele imediato apenas facilita às vezes a prestação dos cuidados de enfermagem). Todos os indivíduos equacionam utilizar o contacto pele-a-pele imediato, caso não haja complicações que o impeçam, à exceção de um que afirmou nunca viria a utilizar o contacto pele-a-pele. No caso de servir para evitar situações de stress para a mãe e para o RN, caso não hajam complicações que o impeçam, todos os elementos da amostra ponderam utilizar esse tipo de contacto.

Assim, a realização das sessões de formação e a sua compreensão por parte dos formandos pode ajudar a uma mudança comportamental nos enfermeiros do BP.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Segundo a OE (artigo 7º), o título de enfermeiro especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além dos cuidados gerais ao indivíduo, família e comunidade, englobados nos três níveis de prevenção, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem. Para isso é necessário que o enfermeiro se sujeite a processos formativos e de certificação de competências na área de especialização que pretende.

De acordo com o Código Deontológico, os enfermeiros devem exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, atualizados, devendo possuir competência, responsabilizando-se pelas suas decisões e pelos seus atos, protegendo a pessoa de quem cuida, tendo em conta os seus princípios éticos.

A formação académica para a obtenção do título não é, nem deve ser, suficiente para o desenvolvimento de competências como EESMOG, exigindo a constante mobilização e aquisição de novos conhecimentos .

Para alcançar o título de EESMOG baseei a minha aprendizagem, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no plano de estudos da ESEL, no RCEEESMO estabelecidas pela OE e aprovadas pelo Colégio da ESMO e no ICM (2010).

Ao longo do CMESMO cresci, não só como futura EESMOG, mas essencialmente como pessoa e como enfermeira. Pude apreender e desenvolver uma panóplia de conhecimentos e de competências, que permitiram capacitar-me para me tornar uma futura EESMOG.

A teoria é sempre necessária para o exercício de qualquer profissão, no entanto a competência está para além dos conhecimentos. Esta baseia-se na constante atualização e mobilização dos saberes, mas implica também uma mobilização apropriada de recursos e de conhecimentos e ainda de raciocínio, interpretação,

iniciativa, criatividade, memória de experiências anteriores e valores pessoais (Pacheco, 2011, p.12).

Ao longo do CMESMO fui desenvolvendo as competências específicas do EESMOG, que permitiram ir norteando o meu percurso e a minha capacidade de tomada de decisão, assim como moldar e construir a minha competência como futura EESMOG.

Seguidamente, exporei as várias competências desenvolvidas ao longo dos múltiplos EC que realizei, de acordo com os objetivos propostos durante os mesmos, que culminaram no Estágio com Relatório.

Iniciei este ensino clínico com grande inquietação. O meu receio e expectativa por iniciar esta última fase provocou-me apreensão e até medo. No entanto, toda a apreensão sentida inicialmente transformou-se em momentos muito positivos e até inesquecíveis. Os momentos de stress experienciados tornaram-se fatores impulsionadores para aprender, melhorar e refletir criticamente sobre a prática.

A Enfermeira ESMOG responsável pela minha orientação e supervisão foi um elemento de extrema importância para a minha aprendizagem e para o meu crescimento como estudante e futura EESMOG, e foi essencial para a minha reflexão e para ultrapassar os meus maiores receios.

De acordo com o RCEEESMOG da OE (2010) as competências do EESMOG são:

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

- Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

As competências definidas pelo ICM (2010) são:

- As parteiras possuem os conhecimentos e competências essenciais de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que dão origem a uma base de elevada qualidade culturalmente relevante para as mulheres, RN e famílias.
- As parteiras fornecem serviços e educação para a saúde culturalmente sensíveis e de alta qualidade à comunidade de forma a promover uma vida familiar saudável, o planeamento da gravidez e uma parentalidade positiva.
- As parteiras fornecem cuidados pré-natais de elevada qualidade para maximizar a saúde durante a gravidez, incluindo a deteção, tratamento e encaminhamento precoce de complicações.
- As parteiras fornecem cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto, realizando um parto limpo e seguro, lidando com situações selecionadas de emergência para maximizar a saúde das mulheres e seus recém-nascidos.
- As parteiras fornecem cuidados abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis durante o pós-parto às mulheres.
- As parteiras fornecem cuidados de forma integral de alta qualidade à criança saudável desde o nascimento até aos dois meses de idade.
- As parteiras fornecem uma gama de cuidados individualizados relacionados com o aborto e culturalmente sensíveis às mulheres que necessitam ou experienciam a interrupção da gravidez ou perda, sendo congruentes com as leis e regulamentos aplicáveis de acordo com os protocolos nacionais.

Desde o início da realização dos EC que passei por várias oportunidades de aprendizagem. Estas permitiram-me ampliar as minhas fontes de conhecimento, descobrir novas formas de cuidar, refletir sobre a minha prática e adotar uma prática baseada na evidência científica.

O meu primeiro EC decorreu num serviço de obstetrícia e puerpério, onde adquiri conhecimentos e competências junto de puérperas e RN e respetivas famílias, realizei educação para a saúde de forma a promover uma transição saudável à parentalidade e à vida extra-uterina. Realizei uma visita domiciliária a uma puérpera, RN e respetiva família, de forma autónoma, onde pude realizar educação para a saúde sobre aleitamento materno, cuidados às mamas e sutura operatória, bem como cuidados ao RN.

O meu segundo EC decorreu num serviço de ginecologia, bloco operatório de ginecologia e consultas externas de ginecologia, onde tive a oportunidade de observar cirurgias ginecológicas, realizar observação participante em exames especiais - como a histeroscopia, histerossalpingografia, entre outros -, prestar cuidados a mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e realizar intervenções de promoção ao nível do planeamento familiar, do rastreio e do climatério.

No meu terceiro EC passei por uma USF onde pude compreender o trabalho essencial de um enfermeiro de família e também pude desenvolver conhecimentos sobre planeamento familiar, período pré-concepcional, intervenções de rastreio, cuidados durante os períodos pré e pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da mulher e RN, onde detetei precocemente potenciais complicações e atuei em concordância. Tive a oportunidade de participar na realização de um curso de preparação para o parto e na realização de um projeto de um curso de preparação pós-parto, o que me permitiu facilitar o processo de transição para a parentalidade. A possibilidade de realizar consultas de forma autónoma despertou em mim a necessidade de uma atualização constante dos conhecimentos. Vivenciei também situações que me permitiram prestar cuidados e promover a saúde a mulheres em processo de transição e adaptação à menopausa, o que me estimulou a pesquisar mais sobre este tema.

O EC IV foi executado num serviço de Medicina Materno-Fetal. Neste tive a possibilidade de prestar cuidados a mulheres grávidas com patologia associada, permitindo-me um conhecimento mais vasto e aprofundado sobre a utente

grávida/casal, podendo desta forma adequar de forma mais especializada e individualizada os cuidados de enfermagem. Neste EC prestei cuidados a grávidas com patologias ou complicações da gravidez, como a HTA, DG, pré-eclâmpsia, RCIU, trombocitopénia, APPT, hemorragias da gravidez, RPM, cardiopatia fetal, assim como a grávidas que iam ser submetidas a interrupção médica da gravidez por patologia materna ou fetal.

Todos os momentos de aprendizagem e todas as competências que desenvolvi nestes EC foram fulcrais para que pudesse chegar ao EC Estágio com Relatório e conseguisse prestar cuidados de enfermagem no âmbito do BP, promovendo um TP, parto e pós-parto saudáveis e seguros, garantindo o conforto e bem-estar da mulher, RN e conviventes significativos. Só assim pude atuar em conformidade com as várias situações que me surgiram ao longo do EC, assegurando uma prática baseada na evidência.

Durante este EC ainda foi mais assídua a necessidade de recorrer às bases teóricas e à literatura mais recentemente publicada devido à multiplicidade de situações que presenciei e em que prestei cuidados, o que despertou o meu pensamento crítico e a minha necessidade de aprender mais.

O serviço BP onde realizei este EC está inserido na Urgência Obstétrica e Ginecológica.

O meu EC Estágio com Relatório incidiu sobretudo sobre as competências: Cuida da 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 RN na sua adaptação à vida extra uterina; Cuida da mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Decidi incidir o EC Estágio com Relatório essencialmente sobre estas competências, não só porque os restantes EC me proporcionaram oportunidades de aprendizagem muito ricas e pude desenvolver as competências tão necessárias ao processo de crescimento como EESMOG, mas também porque seria a única maneira de atingir os meus objetivos, tendo em conta o limite temporal. Se assim não tivesse sido,

provavelmente não teria tido tempo nem disponibilidade para realizar as diversas atividades desenvolvidas e essenciais para alcançar os objetivos propostos.

O EC Estágio com Relatório foi realizado essencialmente no BP apesar de ter tido a possibilidade de realizar alguns turnos, junto da Enfermeira Orientadora, na triagem da urgência obstétrica e ginecológica, o que foi essencial para conhecer e compreender o trajeto das mulheres que ficavam internadas no BP provenientes da urgência.

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Esta competência conjuga-se com a segunda competência da ICM (2010) em que as parteiras fornecem educação em saúde de alta qualidade, culturalmente sensível e serviços para toda a comunidade, a fim de promover a vida familiar saudável, o planeamento da gravidez e uma parentalidade positiva.

Esta competência foi desenvolvida essencialmente no EC I, II, III, e IV.

No EC I (Ginecologia), o momento de consulta de planeamento familiar era essencial para a realização de educação para a saúde. Neste contexto, era frequentemente abordada a existência de vários métodos contraceptivos, muitas vezes totalmente desconhecidos para algumas mulheres. Este era também o momento fulcral para informar sobre rastreio e diagnóstico da saúde ginecológica, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, identificar complicações ginecológicas e até detectar disfunções sexuais, e cooperar no tratamento de infeções sexualmente transmissíveis, fornecendo suporte emocional e psicológico sempre que necessário.

Ainda no EC I tive também a oportunidade de observar as consultas de apoio à fertilidade. Aqui tive a oportunidade de observar as consultas de enfermagem a estes casais e compreender a importância do trabalho do enfermeiro como promotor da fecundidade e fertilidade. A constante educação para a saúde realizada e o

suporte emocional e psicológico dado a estes casais são fundamentais para que tenham sucesso em engravidar.

A observação de exames, como a histerossalpingografia, e de uma punção ovárica para extração de ovócitos, foi também de extrema importância para compreender o percurso que os casais fazem desde a primeira consulta de apoio à fertilidade até ao momento de implantação dos óvulos e até às doze semanas de gestação, altura em que passam a ser vigiados nas consultas de alto risco.

No EC II (puerpério), o momento de preparação para a alta era fundamental para realizar a educação para a saúde sobre planeamento familiar.

O EC III (cuidados de saúde primários) foi o local onde pude realizar mais frequentemente consultas de planeamento familiar. Neste realizei educação para a saúde sobre métodos contraceptivos, facultando-os sempre que necessário, rastreio e diagnóstico da saúde ginecológica, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, identificação de problemas ou disfunções sexuais, referenciando as situações que se encontravam para além da minha área de atuação.

Relativamente ao EC IV, tive a oportunidade de realizar educação para a saúde, tanto sobre planeamento familiar, como sobre cuidados pré-concepcionais e saúde sexual e ginecológica a mulheres internadas por gravidez ectópica e interrupção médica da gravidez.

No estágio com relatório prestei cuidados essencialmente a grávidas e parturientes mas tive algumas ocasiões em que procedi a educação para a saúde sobre planeamento familiar, saúde ginecológica e saúde sexual, para esclarecimento de questões e dúvidas colocadas pelas mesmas.

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Esta competência relaciona-se com a terceira competência da ICM (2010) que refere que as parteiras prestam assistência pré-natal de alta qualidade para maximizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção e o tratamento ou encaminhamento precoce de complicações.

Tive o privilégio de desenvolver esta competência no EC III, IV e no EC Estágio com Relatório. Nestes dois últimos realizei a vigilância pré-natal das mulheres que recorreram ao serviço de urgência e ficaram internadas por patologia associada, como protusão da BA, APPT, RPM, Hemorragia do 2º e 3º trimestres, DG, HTA (crónica e HIG), pré-eclampsia, abortamento ou morte fetal.

No EC III pude participar e realizar consultas pré-natal, de forma autónoma, pude participar num curso de preparação para o parto, realizei educação para a saúde sobre aleitamento materno, sobre plano de parto, sobre prevenção de situações de risco ou complicações da gravidez, sobre os desconfortos da gravidez e o alívio dos mesmos, referenciando sempre as situações que estavam para além da área de atuação do EESMOG.

Em nenhuma ocasião no BP conheci uma mulher, ou casal, com plano de parto, o que não impediu que respeitasse a sua vontade, assegurando sempre o bem estar materno-fetal.

Em relação às situações de abortamento e morte fetal não estive presente durante o período expulsivo. No entanto, refleti junto dos enfermeiros e junto destas mulheres e famílias sobre as melhores estratégias para ultrapassar este acontecimento: a expressão livre de sentimentos com o companheiro, a necessidade de fazer o luto, a visualização do feto, entre outros.

Realizei a monitorização da gravidez (calculo da IG, ABCF, CTG e estática fetal) a cerca de 230 grávidas.

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

Esta competência relaciona-se com a 4ª competência da ICM (2010).

Este foi o momento de desafio. Esta competência foi desenvolvida apenas no EC Estágio com Relatório.

Observei e realizei triagem, juntamente com a enfermeira orientadora, a parturientes, em fase latente mas com REBA, e outras em trabalho de parto – fase ativa - cujo

internamento foi feito por nós, assim como a mulheres em fase latente, sem indicação para ficar internadas.

No serviço de urgência obstétrica e ginecológica, a triagem de Manchester é responsabilidade do EESMOG e existem vários encaminhamentos possíveis: aguardar na sala de espera até ser chamada para observação médica, ser imediatamente observada pelo médico, realizar CTG, ser internada no BP, caso a situação seja urgente ou emergente, pode ser levada de imediato para uma sala de bloco operatório ou de partos.

Habitualmente, a avaliação inicial da grávida/parturiente é realizada pelo enfermeiro de triagem no sistema informático Soarian®. Esta avaliação admite a colheita de dados generalizada sobre AP, AO, vigilância e intercorrências da gravidez, serologias e exsudado vaginal – pesquisa de estreptococos do grupo B – e contactos. A transferência da mulher é feita pelo EESMOG da triagem pessoalmente ao EESMOG do BP.

Tive a oportunidade de prestar cuidados em ambos os lados.

As parturientes internadas no BP podiam vir também do internamento de grávidas onde se encontravam a realizar indução do TP.

Quando realizava o internamento das grávidas e parturientes, a minha primeira intervenção passava pela minha apresentação enquanto aluna do CMESMO, pelo acolhimento ao serviço e ao quarto, explicando as suas dinâmicas, expondo todas as intervenções que iria realizar e dando espaço para a colocação de questões e esclarecimento de dúvidas. O trabalho de parto e parto são momentos de ansiedade e stress, não só pela dor provocada pelas contrações uterinas, mas também pelo desconhecimento da evolução do TP e pelo receio do imprevisto.

Desde o momento do acolhimento que questionava as mulheres/casais se possuíam plano de parto, se tinham realizado preparação para a parentalidade, procurando compreender a sua vivência da gravidez, quais as expectativas em relação ao TP e parto, tentando estabelecer desta forma uma relação de confiança.

Tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, e a diminuição da ansiedade da mulher/casal, procurei sempre dar conhecimento antecipado de todos os cuidados prestados explicando a evolução do TP, realizando educação para a saúde sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas do controlo da dor e a necessidade permanente de monitorização cardio-fetal.

Tive a constante preocupação em manter a mulher com a maior calma possível através não só desta minha atuação mas também da manutenção de um ambiente acolhedor, tranquilo, o que consegui através da cromoterapia e musicoterapia, sempre que a mulher o consentia.

De acordo com o documento de consenso da OE “Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”

“(…) as mulheres têm o direito de receber informação completa, adequada e o mais possível imparcial, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus prejuízos e alternativas. Se entenderem, têm ainda o direito de mudar de opinião às suas escolhas”

o que vai ajudar na diminuição do stress e ansiedade experienciados pela mulher.

“Estes sentimentos, ansiedade e stress, potenciam o aumento de adrenalina e catecolaminas. A ansiedade e medos excessivos causam uma maior secreção de catecolaminas, o que leva a que haja uma diminuição do fluxo sanguíneo e um aumento da tensão muscular, potenciando a dor. Isto origina uma diminuição da eficácia das contrações uterinas, aumenta o desconforto e atrasa a progressão do TP” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.357).

A importância da manutenção de um ambiente acolhedor e de uma mulher informada e serena permite uma melhor progressão do TP com menos desconforto.

“O alívio da dor é de grande importância” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.359) e o papel do enfermeiro é fundamental para identificar o nível de controlo de dor e para ajudar a mulher no alívio da mesma.

Desde o início do acolhimento que a mulher era monitorizada com CTG e que esta monitorização era vigiada continuamente durante o TP. “A cardiocografia é um

método de avaliação primária do estado fetal intraparto” (Graça, 2010, p.343) o que implica que o traçado do CTG seja corretamente avaliado.

“o adequado treino em cardiotocografia terá como objetivos, não só diminuir significativamente o diagnóstico abusivo de “sofrimento” fetal intraparto e, por consequência, baixar as taxas das cesarianas efetuadas por essa indicação, mas também evitar o nascimento de fetos em asfixia através da identificação correcta dos padrões cardiotocográficos normais e de compreensão das suas possíveis evoluções para padrões não tranquilizadores ou patológicos sobre diversos contextos clínicos” (Graça, 2010, p.342).

Ao longo deste EC, a minha interpretação e avaliação do CTG foi evoluindo e fui melhorando a minha atuação. Aprendi a distinguir perdas de sinal, desacelerações, taquissistolia uterina, taquicardia fetal, bradicardia fetal, o que me permitiu agir em conformidade.

Apesar da minha maior dificuldade inicial ser a condução do TP, a orientação da enfermeira e a possibilidade de colaborar na condução do TP de cerca de 90 mulheres permitiu que melhorasse e desenvolvesse competências no primeiro estágio do TP – inicia-se com as contrações uterinas e termina quando existe dilatação completa do colo uterino.

Acompanhei 90 mulheres durante o 1.º estágio do TP e 60 durante o 2.º, 3.º e 4.º estádios, sendo que realizei 35 partos eutócicos com supervisão da enfermeira orientadora e os restantes 25 foram apenas participados por motivo de distócia.

Das mulheres e casais que acompanhei durante o segundo estágio de TP – inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Graça, 2010) – verifiquei que a idade materna variou entre os 16 e os 40 anos e a IG entre as 23 semanas + 3 dias e as 41 semanas + 2 dias.

Experienciei a existência de 5 circulares cervicais largas, 2 circulares cervicais apertadas, em que realizei laqueação do cordão, um nó verdadeiro do cordão e um nó duplo verdadeiro do cordão. Deparam-se-me ainda duas situações em que se verificou laterocidência da mão. A minha primeira oportunidade de realizar um parto tornou-se uma distócia de ombros, acabando por ser um parto realizado pela

enfermeira orientadora, tendo oportunidade de observar e aprender as várias manobras utilizadas: a de Rubin (pressão suprapúbica externa) e a de McRoberts (flexão das coxas da mulher sobre o seu abdómen para aumentar o diâmetro antero-posterior).

Já no 3º estágio do TP – desde a expulsão fetal até à dequitação (Graça, 2010) -, em 20 partos realizados houve necessidade de proceder a episiotomia e episiorrafia, em 12 partos o períneo sofreu lacerações de grau I, grau II e/ou grau III com necessidade de perineorrafia e 3 mantiveram o períneo íntegro.

Os RN apresentaram pesos entre os 520g e 4150g e o IA mais baixo ao 1º minuto foi de 0 por morte fetal.

Em todos os partos por mim realizados, fiz laqueação tardia do cordão, com exceção das situações em que realizei laqueação precoce do cordão por circular cervical apertada. Em todas as ocasiões a mulher e/ou o acompanhante foram questionados sobre a vontade de laquear o cordão, assim como sobre a vontade de realizar contacto pele-a-pele. Apenas uma mulher recusou realizar contacto pele-a-pele. No entanto, houve várias ocasiões em que o mesmo não se realizou de imediato, ou de todo, devido a alguns enfermeiros, e também por motivos clínicos da mãe ou do RN.

Neste estágio desenvolvi competências na identificação dos sinais de descolamento da placenta e na tração controlada do cordão para que decorresse a dequitação. A observação da integridade da placenta e membranas era fulcral, para garantir que não existia retenção de qualquer fragmento e para despistar uma possível atonia uterina. Nesta fase verificava a presença do globo de segurança de Pinard e observava o canal vaginal para avaliar a sua integridade.

Das dequitações naturais, 25 foram por método Schultz e 10 por método de Duncan, sendo que numa ocasião houve membranas fragmentadas e noutra houve perdas hemáticas vaginais aumentadas. Estas situações foram referenciadas de imediato para a equipa médica e foi realizado controlo ecográfico. Ocorreu uma situação em que a placenta ficou retida na cavidade uterina, o que acarretou uma dequitação instrumental realizada sob sedação no bloco operatório.

É neste estágio que deve ser iniciado o contacto pele-a-pele imediato, devendo ser prolongado durante o 4º estágio do TP – puerpério imediato que tem a duração de duas horas após a dequitação.

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

Esta articula-se com a 5ª Competência da ICM (2010) - as parteiras fornecem cuidados abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis durante o pós-parto às mulheres.

Apesar de ter de realizar episiorrafia e perineorrafia, idealmente da forma tecnicamente mais correta possível, a que dedicava grande parte do tempo, também despendi muito tempo e cuidado ao realizar o contacto pele-a-pele imediato e durante o maior tempo possível. Aproveitava sempre o contacto pele-a-pele para que o RN iniciasse o aleitamento materno precoce, com exceção de mulheres com VIH+ ou com serologias desconhecidas.

O puerpério imediato é realizado no recobro do bloco de partos. A minha preocupação nesta fase passava pela promoção da vinculação precoce, pelo apoio e promoção do aleitamento materno, pela vigilância dos sinais vitais da mulher, pela vigilância e deteção precoce de possíveis complicações, através da vigilância das perdas hemáticas vaginais (lóquios), da avaliação do globo de segurança de *Pinard* e da sutura operatória, assim como pelo bem estar do RN.

Realizei educação para a saúde sobre os cuidados ao RN, aleitamento materno, cuidados e higiene perineal, cuidados às mamas, estratégias de vinculação da tríade, contraceção, sinais e sintomas de alarme na mulher e no RN, com o objetivo de promover e otimizar a adaptação à parentalidade e à vida extra-uterina.

As restantes competências não foram desenvolvidas neste EC Estágio com Relatório mas sim em EC anteriores.

O EC V foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, após o Estágio com Relatório, e permitiu-me observar e prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN prematuro e/ou com patologia e sua família, no âmbito da

transição para a parentalidade, em situação de doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar do mesmo e da sua família. Ainda neste EC tive a oportunidade de participar em visitas domiciliares, realizadas por uma enfermeira do serviço de neonatologia, cujo objetivo é seguir as crianças que tiveram alta deste serviço e dar apoio a estas famílias.

Tive também a oportunidade de, juntamente com uma enfermeira da UCIEN e médicos neonatologistas, receber um RN pré-termo no BP, observar/participar na prestação dos seus primeiros cuidados, reanimação, entubação e ventilação, assim como no seu posterior transporte, acolhimento e acolhimento dos pais na UCIEN.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a realização do meu Estágio com Relatório deparei-me com uma série de limitações, o que dificultou a realização do meu Relatório de Estágio.

Desde cedo compreendi que a limitação temporal seria a mais complicada de transpor. Embora o CMESMO decorra em dois anos, o Relatório de Estágio foi desenvolvido essencialmente no EC Estágio com Relatório. O conjunto de conhecimentos, competências a adquirir e a desenvolver, assim como a enorme quantidade de decisões a tomar, nem sempre dependentes exclusivamente de mim, tornou o tempo em algo muito limitado, o que dificultou o alcançar dos objetivos propostos. Não foi possível, por isso, observar as mudanças de comportamento que pretendia (realização de contacto pele-a-pele imediato sem interrupção e a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele) pois o EC terminou entretanto.

Ser trabalhador-estudante dificultou ainda mais o trabalho exigido ao longo de todo o CMESMO. A necessidade constante de atualização de conhecimentos em diferentes áreas, diferentes disciplinas, o trabalho por turnos, os EC, o pouco tempo de sono e a necessidade constante de realização de trabalhos para o CMESMO, assim como para a realização do Estágio com Relatório e a elaboração do respetivo Relatório, foram um constante desafio.

O trabalho que realizei foi também condicionado por fatores que não dependiam exclusivamente de mim. Parte do meu trabalho, estava dependente da visualização e aprovação da Sra. Enf.^a Chefe, que nem sempre estava disponível devido às múltiplas tarefas inerentes ao desempenho da sua função.

A limitação metodológica passa pelo tipo de amostra utilizada, que não permite validar a sua representatividade, não permitindo por isso a generalização dos resultados.

Apesar de o material ter sido todo disponibilizado ao serviço, infelizmente, por motivos de ordem financeira não foi possível imprimir os poster para aplicar nas salas de parto como estava previsto.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Desde o início da realização do Estágio com Relatório que o respeito pelos princípios éticos foi uma constante. A preocupação permanente em respeitar os direitos de todos os envolvidos no meu Relatório de Estágio foi responsável pela mudança de direção no percurso que realizei. Segundo o REPE “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

“A ética (...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...), é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p. 114).

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa e é, por isso, importante ter em conta a sua proteção (Fortin, 1999).

Existem cinco princípios éticos fundamentais: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

Desde o início do CMESMO e dos meus EC que tive o cuidado de respeitar todos os princípios éticos de quem cuidava e de todas as outras pessoas envolvidas no meu Relatório de Estágio.

A minha presença nos locais de EC era sempre realizada com identificação e todos os meus cuidados para com as pessoas de quem era responsável eram esclarecidos, respeitando a sua vontade, tendo em conta a sua intimidade, confidencialidade e protegendo-as de situações desconfortáveis e prejudiciais.

Desde cedo, no meu Estágio com Relatório, informei não só a Sra. Enf.^a Chefe do Serviço BP dos meus objetivos, como também os enfermeiros que exerciam funções no local.

A realização das minhas notas de campo e guia de observação mantêm os direitos de intimidade e anonimato/confidencialidade e foram realizados no âmbito do meu desenvolvimento de competências. A aplicação do questionário no final das ações de formação foi realizada após autorização da Sra. Enf.^a Chefe e após informação verbal aos enfermeiros do serviço sobre o tema, objetivos e finalidade dos mesmos para o meu estudo. Foi assegurada a confidencialidade através do anonimato dos questionários e do tratamento de dados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EESMOG tem um papel fulcral na saúde da mulher ao longo de todo o ciclo reprodutivo e encontra-se numa posição privilegiada para intervir junto da mulher/RN/família e conviventes significativos.

Segundo Meleis (2000), o enfermeiro é o principal cuidador do indivíduo e sua família e tem um importante papel nas transições vividas pelos mesmos.

A maternidade é uma transição do desenvolvimento em que o EESMOG tem um papel fundamental pois pode facilitar e melhorar o processo, favorecendo a adaptação e transição à parentalidade.

Uma correta vinculação entre a mãe e o RN facilita a transição para a maternidade.

A vinculação é favorecida pela proximidade e interação com o bebé e é facilitada pelo toque, pelo contacto pele-a-pele.

O contacto pele-a-pele é, assim, uma das estratégias promotoras da vinculação. As várias evidências encontradas na literatura mais recente referem que o contacto pele-a-pele deve ser realizado imediatamente após o parto e que os primeiros cuidados ao RN devem ser prestados em contacto pele-a-pele, beneficiando a mãe e o RN. A OMS e a UNICEF preconizam que este contacto seja mantido, sem interrupção, no mínimo por uma hora, podendo ir até aos 120 minutos.

Os benefícios do contacto pele-a-pele passam por melhorar a interação entre a mãe e o bebé, pela promoção do aleitamento materno, pela termorregulação, pelo controlo da dor do RN e da mãe, pela diminuição da probabilidade de infeção do RN, pode ser utilizado como estratégia preventiva no aparecimento de sintomas de depressão pós-parto e facilita a transição do RN para a vida extra-uterina e a transição para a parentalidade.

Desenvolvi as competências exigidas nos documentos orientadores dos EC's e preconizadas pelo RCEEESMOG (2010) e pelo ICM (2010), exigências essas

essenciais à minha evolução como futura EESMOG. Neste EC, Estágio com Relatório, desenvolvi e melhorei principalmente as seguintes competências:

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- As parteiras fornecem educação em saúde de alta qualidade, culturalmente sensível e serviços para toda a comunidade, a fim de promover a vida familiar saudável, o planeamento da gravidez e uma parentalidade positiva;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal
- As parteiras prestam assistência pré-natal de alta qualidade para maximizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção e o tratamento ou encaminhamento precoce de complicações;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto
- As parteiras fornecem cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto, realizando um parto limpo e seguro, lidando com situações selecionadas de emergência para maximizar a saúde das mulheres e seus recém-nascidos;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- As parteiras fornecem cuidados abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis durante o pós-parto às mulheres.

Neste EC, pude constatar que o contacto pele-a-pele era já realizado no serviço. No entanto, a sua interrupção era frequentemente executada e os primeiros cuidados ao RN eram quase sempre feitos sob a fonte de calor, distantes da mãe, o que, segundo a literatura, tem efeitos mais nocivos do que benéficos, contradizendo a evidência mais recente.

Para poder aplicar o projeto que me permitiria concretizar o Relatório de Estágio, realizei inicialmente um diagnóstico de situação, através da observação participante,

do registo de notas de campo e de um guia de observação. Após o diagnóstico de situação senti necessidade de alterar, não só a minha questão de investigação, que implicou uma nova RSL, como também a reformulação dos objetivos e atividades delineados inicialmente.

A metodologia utilizada baseou-se no aprofundamento de conceitos chave e na realização de uma RSL com a questão PI[C]O: “Como sensibilizar os enfermeiros para a realização do contacto pele-a-pele imediato sem interrupção?”. A sugestão da realização de uma norma interna, a realização de um poster que continha os benefícios do contacto pele-a-pele, e de um outro poster para colocar nas salas de parto, para promover a realização do contacto pele-a-pele sem interrupção, assim como a realização das ações de formação, foram estratégias encontradas para que houvesse uma mudança de comportamento dos enfermeiros e para que exercessem uma prática baseada na evidência científica mais recente.

Ao longo do EC procurei não só crescer enquanto enfermeira e desenvolver as tão necessárias competências para me tornar uma EESMOG, como também atingir os objetivos delineados: sensibilizar e motivar os enfermeiros do serviço para realizarem o contacto pele-a-pele imediato e sem interrupções, incluindo as primeiras rotinas ao RN.

As limitações encontradas não me permitiram observar mudanças de comportamento efetivas. Porém, o questionário realizado em contexto de formação permitiu-me concluir que houve uma sensibilização dos enfermeiros para o tema em questão e a motivação para uma eventual mudança de comportamento.

Com a aplicação deste questionário pude concluir que todos reconhecem muito ou totalmente a importância do contacto pele-a-pele imediato e os seus benefícios e, por conseguinte, com exceção de um indivíduo, todos os enfermeiros equacionam utilizar o contacto pele-a-pele imediato, caso não hajam complicações que o impeçam.

A constante necessidade de atualização ao longo do CMESMO e da realização dos EC's foi desafiante mas permitiu-me crescer como pessoa, profissional e futura

EESMOG. Só esta permanente aprendizagem e desenvolvimento de competências me permitiram evoluir.

Apesar das limitações encontradas ao longo do EC Estágio com Relatório, das alterações feitas ao longo do mesmo para poder implementar o projeto, consegui desenvolver as atividades delineadas e atingir os objetivos propostos.

O aprofundar desta temática permitiu-me conhecer e dar a conhecer a evidência científica mais recente, assim como melhorar e facilitar a transição para a parentalidade e a adaptação à vida extra-uterina, promovendo uma prática baseada na evidência.

A prática baseada na evidência constitui um constante desafio para a enfermagem pois os enfermeiros necessitam de mobilizar uma panóplia de evidências científicas (Craig & Smyth, 2004). A constante atualização nem sempre é fácil mas deve ser uma preocupação permanente para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

A prática baseada na evidência torna-se, assim, essencial à prestação de cuidados de qualidade no que concerne a saúde da mãe e do RN, devendo por isso ser uma constante no dia a dia dos enfermeiros que exercem funções num bloco de partos, obrigando-os a refletir e sensibilizando-os sobre o seu desempenho.

8. BIBLIOGRAFIA

Altaweli, R., Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: a concept analysis. *British Journal Of Midwifery*, 18(9), 552.

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

Brazelton, T. (1992) *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T., Cramer, B. (1992) *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes

Bystrova, K., Widstrom, A., Matthiesen, A., Ransjo – Arvidson, A., Wassberg, C., Vorontsov, I., Uvnas-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 Pedriatica*, 92, 320-326

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A., Ransjo-Arvidson, A., Mukjamedrakhimov, R., Uvnas-Moberg, K., Widstrom, A. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *Birth: Issues of Perinatal Care*, 36(2), 97-109

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

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Carfoot, S., Williamson, P., Dickson, R. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*, 21, 71-79

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência

Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39-43

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas – o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus

Dabrowski, G. (2007) Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1), 64-71

Dois, C. A., Lucchini, R. C., Villarroel, D. & Uribe, T. C. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre a presencia de sintomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena de Pediatría*, 84 (3), 285-292

Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., Christensson, K. (2007). Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth: Issues of Perinatal Care*, 34(2), 105-114

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2009). Mother-to-Infant Emotional Involvement at Birth. *Maternal and Child Health Journal*. (13) 539-549

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (3ª Ed.) Loures: Lusociência.

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

Gabriel, M., Martin, I., Escobar, A., Villalba, E., Blanco, I. & Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin to skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99, 1630-1634.

Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3ªEd. Loures: Lusodidacta

Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ªed.Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-325-7

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

Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei Nº 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, Nº 180 (16-08-2009), 6528-6550.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mizuno K., Mizuno N., Shinohara T., Noda M (2004). Mother–infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother’s milk odour. *Acta Paediatrica* 93: 1640-1645

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

Newman, J. (2009). The Importance of Skin to Skin Contact. Consultado a 1 de Maio de 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 (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Divulgar. Lisboa: OE

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado a 09 de Maio de 2013 de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Regulamento nº127/2011. D.R. II Série. 35 (2011/02/18).

Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z. & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Paediatrics*, 30, 119-128.

Pacheco, M. (2011) - *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem -Uma teoria explicativa*. Universidade Católica Portuguesa

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

Santos, A. (2011). A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé. *Enfermeiro*. Consultado em 27 de Abril de 2014. Disponível em http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf

Sousa, C., Mendes, A., Santo, J. (2007) Contacto pele-a-pele e vínculo afectivo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 52-53.

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

Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 5ª Ed. Loures: Lusodidacta

Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Tatsushima, M., Kawabe, T. (2011) Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact

with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*, 87, 151-157

World Health Organization (WHO) (1998). *Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding* (rev.ed, WHO/CHD). Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization (1998). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva, Switzerland: WHO. Retirado a 09 de Maio de 2013 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/

World Health Organization & UNICEF (1989). *Protecting, promoting and Supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Geneva: WHO

Yurdugul, H. (2008) Minimum sample size for cronbach's coefficient alpha: a monte-carlo study . *Hacettepe Üniversitesi Journal of Education*, 35:397-405. Acedido online a 22 de Setembro de 2014 e disponível em:

<http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/200835HAL%C4%B0L%20YURDUG%C3%9L.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – QUADROS DOS ARTIGOS DA RSL

Autor	Bystrova, K. et al
Título do Estudo	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.
Ano	2003
Objectivos do estudo	Avaliar a forma como as rotinas no Bloco de Partos influenciam a temperatura nos RN;
Resumo	A temperatura dos bebés que foram encaminhados para o berçário diminui, enquanto que a temperatura daqueles que ficaram ao colo da mãe, especialmente em contacto pele-a-pele, aumentou. Assim, as rotinas no Bloco de Partos influenciam a temperatura da pele dos RN no período pós-natal. Permitir o contacto pele-a-pele entre a mãe e o bebé pode reduzir os efeitos do stress na circulação.

Artigo nº1

<p>Autor</p> <p>Título do Estudo</p> <p>Ano</p>	<p>Bystrova, K. et al</p> <p>Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later</p> <p>2009</p>
<p>Objectivos do estudo</p>	<p>Avaliar se as rotinas praticadas nos Blocos de Partos, em vários hospitais, influenciam a interação entre mãe e filho após um ano do nascimento</p>
<p>Resumo</p>	<p>A prática do contacto pele-a-pele, aleitamento materno precoce, ou ambas, nas primeiras duas horas pós-parto quando comparados com a separação da díade, mãe-filho, afectou positivamente a presença de variáveis como o sentimento maternal, a regulação do RN, a reciprocidade durante um ano após o nascimento, influenciando positivamente a interação mãe-filho.</p>

Artigo nº2

Autor	Carfoot, S., Williamson, P., Dickson, R.
Título do Estudo	A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding
Ano	2005
Objectivos do estudo	Avaliar os efeitos do contacto pele-a-pele precoce entre a mãe e o bebé na iniciação e duração do aleitamento materno
Resumo	A diferença entre os grupos na taxa de sucesso para a primeira vez a amamentar e as taxas de manter o aleitamento materno até aos 4 meses não era estatisticamente significativa. No entanto as mães que tiveram contacto pele-a-pele referiram gostar da experiência e que a iriam pôr em prática no futuro.

Artigo nº3

Autor	Crenshaw, J.
Título do Estudo	Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding
Ano	2007
Objectivos do estudo	Apresentar os benefícios de manter as mães e os bebés juntos após o nascimento.
Resumo	<p>O autor revê a influência do contacto pele-a-pele precoce e frequente e do alojamento conjunto no aleitamento materno e na vinculação precoce. O autor concluiu que o contacto pele-a-pele melhora a respiração, mantém os níveis de glicose estáveis e melhora a amamentação. Em relação ao alojamento conjunto, concluiu que os bebés que ficam com as mães choram menos, acalmam mais rapidamente, dormindo durante mais tempo, alimentam-se melhor, tendo um maior aumento de peso diário e têm menos probabilidade de desenvolver icterícia.</p>

Artigo nº4

Autor	Dabrowski, G.
Título do Estudo	Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies
Ano	2007
Objectivos do estudo	Dar a conhecer os benefícios do contacto pele-a-pele precoce
Resumo	Os benefícios do contacto pele-a-pele precoce passam por promover uma maior interação entre a mãe e o bebé, criar uma oportunidade para o aleitamento materno, a termorregulação do RN, o controlo da dor do mesmo, facilitando assim a transição do RN para a vida extra-uterina. Assim, o contacto pele-a-pele deve ser promovido desde as consultas de gravidez, das aulas de preparação para o parto e na admissão para o Bloco de Partos. Os enfermeiros devem prestar cuidados incorporando a prática baseada na evidência.

Artigo nº5

<p>Autor</p> <p>Título do Estudo</p> <p>Ano</p>	<p>Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I.,Christensson, K.</p> <p>Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior.</p> <p>2007</p>
<p>Objectivos do estudo</p>	<p>Analisar e comparar os efeitos do contacto pele-a-pele de RN de termo saudáveis com o pai numa cesariana eletiva no choro e no comportamento pré-alimentar com o tratamento convencional de colocar o bebé num berço durante as primeiras duas horas do pós-parto</p>
<p>Resumo</p>	<p>Os RN colocados em contacto pele-a-pele com os pais pararam de chorar, ficaram mais calmos e chegaram a um estado sonolento mais cedo do que os bebés do grupo do berço. O pai consegue promover o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno do bebé e deve ser considerado como o principal cuidador para o RN durante a separação da mãe e do mesmo.</p>

Artigo nº6

Autor	Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Tatsushima, M., Kawabe, T.
Título do Estudo	Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants.
Ano	2011
Objectivos do estudo	Comparar os níveis de cortisol salivar, frequência cardíaca e saturação de oxigénio entre os RN de termo em que foi aplicado o contacto pele-a-pele precoce com tempos de iniciação e duração diferentes
Resumo	Se o contacto pele-a-pele for iniciado nos primeiros 5 minutos e continuado por mais de 60 minutos até 120 minutos do pós-parto, há uma estabilidade cardiopulmonar e a redução do stress do RN no período do pós-parto imediato.

Artigo nº7

<p>Autor</p> <p>Título do Estudo</p> <p>Ano</p>	<p>Mizuno K., Mizuno N., Shinohara T., Noda M.</p> <p>Mother–infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother’s milk odour</p> <p>2004</p>
<p>Objetivos do Estudo</p>	<p>Determinar os efeitos do contacto pele-a-pele imediato após o parto no reconhecimento do odor do leite materno e na duração do aleitamento materno até ao primeiro ano de idade.</p>
<p>Resumo</p>	<p>A aprendizagem olfativa é importante para a adaptação neonatal na maioria dos mamíferos e as pesquisas demonstram que os RN humanos reconhecem o odor materno.</p> <p>A noradrenalina é conhecida como tendo um papel fundamental na aprendizagem olfativa. Os elevados níveis de noradrenalina melhoram a aprendizagem do odor materno pelos RN imediatamente após o parto.</p> <p>Os resultados do estudo revelaram que o contacto pele-a-pele precoce, incluindo o toque e o mamar por tempo superior a 50 minutos dão origem a um reconhecimento precoce do odor materno e a uma maior duração do aleitamento materno.</p> <p>Em conclusão, o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto beneficia o reconhecimento precoce do odor do leite materno e uma maior duração do aleitamento materno.</p>

Artigo nº8

Autor	Moore E., Anderson G., Bergman N., Dowswell T.
Título do Estudo	Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)
Ano	2012
Objetivos do Estudo	Avaliar os efeitos do contacto pele-a-pele precoce no início do aleitamento materno, na adaptação fisiológica e no comportamento da díade mãe-RN.
Resumo	<p>O contacto pele-a-pele entre a mãe e seu bebê no nascimento reduz o choro e ajuda a mãe a amamentar com sucesso.</p> <p>Em muitas culturas, os bebês são geralmente colocados nus sobre o peito nu da mãe ao nascer. Historicamente, isso era necessário para a sobrevivência do bebê. Atualmente, em algumas sociedades, como nos países industrializados a maioria dos bebês nascem no hospital, e como parte das rotinas hospitalares os bebês e o contacto pele-a-pele é frequentemente interrompido para realização das rotinas hospitalares e só após a sua realização são devolvidos à mãe, podendo originar efeitos nocivos. Este estudo foi feito para ver se havia algum impacto do contacto pele-a-pele precoce na saúde do bebê, no seu comportamento e no aleitamento materno.</p> <p>A revisão incluiu 34 estudos randomizados, envolvendo 2.177 mães e seus bebês. Ele mostrou que os bebês expostos ao contacto pele-a-pele interagiram mais com as suas mães e choraram menos do que os bebês que receberam assistência hospitalar habitual. O aleitamento materno tinha uma maior duração se tivessem feito contacto pele-a-pele.</p>

Autor	Dois, C. A., Lucchini, R. C., Villarroel, D. & Uribe, T. C.
Título do Estudo	Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico
Ano	2013
Objetivos do Estudo	Examinar a relação entre o contacto pele-a-pele e a incidência de sintomas depressivos em mulheres com gravidez de baixo risco obstétrico
Resumo	A depressão pós-parto é um problema que tem impacto na vinculação da mãe com o seu filho. O contacto pele-a-pele define-se como o contacto do RN seco e nu em posição ventral sobre o peito nu da mãe coberto com uma manta imediatamente após o parto no mínimo durante uma hora. Este estudo demonstrou que o contacto pele-a-pele e o início precoce do aleitamento materno estão significativamente associados a uma ausência de sintomatologia da depressão pós-parto. Concluindo, o contacto pele-a-pele foi a única variável neste estudo capaz de explicar a ausência de sintomas depressivos em mulheres que tiveram gestações de baixo risco obstétrico. Sugerem a implementação do contacto pele-a-pele como estratégia preventiva.

Artigo nº 10

Autor	Gabriel, M. M., Martin, I. L., Escobar, A. L., Villalba, E. F., Blanco, I. R., Pol, P. T.
Título do Estudo	Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn
Ano	2010
Objetivos do Estudo	<p>Avaliar a influência do contacto pele-a-pele na termorregulação do RN e na taxa de aleitamento materno em diferentes momentos.</p> <p>Analisar se o contacto pele-a-pele diminui a dor materna durante a realização da episiorrafia e se o tempo da dequitação diminui.</p>
Resumo	<p>Este estudo mostra que o contacto pele-a-pele implica uma melhor termorregulação nos RN quase de termo e de termo. Os RN no grupo do contacto pele-a-pele tiveram um aumento da temperatura corporal enquanto que os restantes sofreram uma diminuição progressiva da mesma no mesmo período de tempo.</p> <p>O estudo conclui também que os RN que realizaram contacto pele-a-pele tinham maior incidência no aleitamento materno exclusivo.</p> <p>A dequitação acontece mais rapidamente no grupo do contacto pele-a-pele provavelmente devido ao movimento dos pés sobre o abdómen materno e à estimulação dos mamilos pelo RN, o que leva a um aumento dos níveis de ocitocina.</p> <p>No entanto, este estudo não observou que o contacto pele-a-pele prolongasse o tempo ou duração do aleitamento materno nem diminuísse a dor da mulher durante a realização da episiorrafia.</p>

Autor	Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z. & Nuhoglu, A.
Título do Estudo	Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates
Ano	2010
Objetivos do Estudo	Compreender a eficácia do contacto pele-a-pele na diminuição da dor da punção do calcâneo nos RN de termo saudáveis e se o aleitamento materno em conjunto com o contacto pele-a-pele tem um efeito analgésico mais eficaz do que o contacto pele-a-pele de forma isolada.
Resumo	<p>As intervenções não farmacológicas (medidas preventivas ambientais, a sucção não nutritiva, a sacarose, o contacto pele-a-pele e o aleitamento materno) podem reduzir a dor neonatal, indiretamente por diminuir o total de estímulos nocivos a que os bebés são expostos, e diretamente por bloquearem a transmissão nociceptiva, quer pela ativação da inibição, quer pela ativação dos sistemas de atenção e excitação que depois modulam a dor.</p> <p>Neste estudo, o contacto pele-a-pele, realizado antes, durante e após o estímulos doloroso, tem um efeito redutor da dor em RN de termo saudáveis e o aleitamento materno, em conjunto com o contacto pele-a-pele, tem um efeito analgésico idêntico à realização do contacto pele-a-pele de forma isolada.</p> <p>Os autores do artigo sugerem que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, deveriam realizar o contacto pele-a-pele antes de induzirem estímulos dolorosos em RN de termo saudáveis.</p>

Autor	Porter, R.
Título do Estudo	The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours
Ano	2004
Objetivos do Estudo	Demonstrar que o contacto pele-a-pele e a exposição ao odor materno facilitam a adaptação à vida extra-uterina pelos RN
Resumo	<p>Em contacto pele-a-pele o RN mantém a temperatura corporal e os níveis de glicose, conservando melhor a energia.</p> <p>O movimento dos membros inferiores do RN sobre o abdómen materno e a estimulação dos mamilos pelo bebé podem ser equiparados a intervenções clínicas para a realização da dequitação e contração uterina – globo de segurança de Pinard.</p> <p>O contacto pele-a-pele leva a que haja um aumento de ocitocina, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos maternos, afetivos, e a uma maior duração do aleitamento materno.</p> <p>Os RN que fizeram contacto pele-a-pele por mais tempo reconhecem mais facilmente o odor do leite materno e possuem um padrão de sucção mais eficiente.</p> <p>Os bebés percebem e respondem aos odores biologicamente relevantes nos primeiros minutos após o nascimento.</p>

Autor	Santos, A.
Título do Estudo	A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé.
Ano	2011
Objetivos do Estudo	Reunir e sintetizar os estudos mais relevantes, descrevendo os inúmeros benefícios do contacto precoce pele-a-pele entre a mãe e o bebé, de modo a incentivar os enfermeiros a adotar esta prática como rotina pós-parto.
Resumo	<p>O contacto precoce pele-a-pele apresenta benefícios tais como a manutenção da temperatura corporal, aumentos dos níveis de glicemia capilar, diminuição da dor, redução do choro, promoção do conforto e sono, bem como benefícios relacionais e psicológicos.</p> <p>Por tudo isto é imprescindível que os profissionais de saúde, envolvidos no parto, procurem práticas e intervenções mais adequadas, apoiadas nas evidências obtidas através das pesquisas mais recentes.</p>

Artigo nº14

ANEXO II – GUIA DE OBSERVAÇÃO

Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

ANEXO III – NOTAS DE CAMPO

20/02/2014

Turno da Tarde

Iniciei o turno às 15h. Conheci a equipa multidisciplinar presente nesse turno.

Fiquei com a Enfª Paula nas salas 4, 5 e 6, sendo que apenas as duas primeiras tinham utentes grávidas. Na sala 4 encontrava-se uma parturiente, Índice Obstétrico (IO): 2002, 41semanas e 2dias de gestação a quem realizámos uma cervicometria no inicio do turno, possuindo esta 6cm de dilatação. Agitada, referia ter dores, com choro fácil e inquieta na marquesa. Já teria cumprido terapêutica analgésica e recusou realizar analgesia epidural.

Como se tratava de 3º filho e do meu primeiro turno, levamos a grávida para a sala de partos para ir preparando a sala e a grávida realizar a dilatação completa do colo do útero.

Durante o 2º estágio preparei-me para realizar o parto, colocando toca, mascara e bata e luvas esterilizadas. Enquanto íamos falando com a utente e dando indicações para realizar força e pressão no períneo para ajudar o feto a descer no canal de parto, a grávida estava sempre muito agitada e inquieta na marquesa.

Quando a cabeça do Recém-nascido (RN) estava a coroar colaborei na extração do feto, a cabeça saiu mas o resto do corpo não por ser uma distócia de ombros. Realizou-se duas manobras: a de Rubin (pressão suprapúbica externa) e a de McRoberts (flexão das coxas da mulher sobre o seu abdómen para aumentar o diâmetro antero-posterior. Nitidamente cianótico conseguiu-se realizar a extração total do feto. Foi laqueado o cordão umbilical e foi colocado o RN sob a fonte de calor. Fez-se expressão para retirar o Liquido Amniótico (LA) das vias respiratórias e ajudar o RN a respirar. Por ter sido um parto difícil, cujo RN necessitou de mais cuidados e de ser mais estimulado para iniciar a respiração não foi realizado contacto pele-a-pele. Quando o RN se encontrava bem, Índice Apgar (IA) de 10, a mãe recusou realizar contacto pele-a-pele.

Fui assistir a outro parto de uma utente nossa, do quarto5, que foi realizado pela médica da grávida. Foi uma ventosa. A extração do feto foi difícil porque a sua

apresentação era alta. Foi realizada a manobra em que se realiza pressão sobre o fundo uterino para ajudar na descida do feto e a ventosa. Novamente foi laqueado o cordão umbilical e o feto foi colocado sob a fonte de calor para realizar as rotinas (administração de vitamina K, pesagem e colocação da fralda). Só posteriormente (cerca de 5 a 10 minutos depois) foi questionada a mãe se pretendia realizar contacto pele-a-pele, que assentiu, e o RN foi colocado sobre o seu tórax. No entanto, o aleitamento materno precoce não foi realizado de imediato, só foi realizado quando já se encontravam no recobro e já não se encontravam em contacto pele-a-pele.

1 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros



Especifique:

Observações:

23/02/2014

Turno da Manhã

Iniciei o turno às 8h. Eu e a enfermeira recebemos o turno. Ficámos com duas grávidas. Seguimos as grávidas ao longo do turno, realizando a vigilância horária do bem estar materno fetal.

Cerca das 11h, uma das grávidas inicia quadro de dores muito exacerbado, com dilatação completa, transfere-se para o bloco para realizar o parto. O período expulsivo levou cerca de 10 minutos. Realizei o parto com auxílio da enfermeira. O RN foi colocado em cima do abdómen materno, onde foi seco. No entanto foi levado e colocado sob a fonte de calor para realizar as rotinas hospitalares (administração de vitamina k, pesagem, identificação e colocação da fralda), o que levou entre 5 a 10 minutos. Só após realização das rotinas hospitalares se questionou a mãe sobre a vontade de fazer contacto pele-a-pele e se colocou o RN em cima do tórax materno em contacto pele a pele. O RN parou de chorar.

Realizamos a episiorrafia e posteriormente a utente foi transferida para uma cama. O RN apresentava movimentos de procura e colocou-se o RN à mama, procedendo ao aleitamento materno precoce.

2 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

24/02/2014

Turno da tarde

Neste turno ficámos responsáveis por 3 utentes grávidas. Uma grávida de 33 semanas e 6 dias, com suspeita de malformação fetal que a meio do turno ficou transferível para a enfermaria mas por falta de vagas permaneceu no Bloco de Partos (BP) em regime de enfermaria. Uma grávida de 39 semanas e 6 dias, IO:0000, com Rotura Espontânea Bolsa Amniótica (REBA) desde as 10h00, serologias e strepto B negativos. Iniciou indução com ¼ misoprostol jugal (colo apagado, com 3cm de dilatação) às 17h30. CTG reativo com baixa variabilidade com necessidade de alternar decúbitos, realizar estimulação externa e ingerir rebuçados, com melhoria pouco significativa, com dinâmica uterina irregular com contrações de fraca amplitude. Às 21h com vómitos alimentares, iniciou perfusão de um soro polieletrólítico com glucose. Às 22h com colo apagado, com 4 cm de dilatação.

A 3ª utente, vinda da urgência, com 39 semanas e 3 dias, com hipertensão arterial (193/87) com cefaleias ligeiras, iniciou indução do trabalho de parto (TP) às 17h30 também com miso ¼ no FSD. As cefaleias foram revertendo, a utente ficou a repousar, com a luz apagada, sem estímulos externos, com descida tensional e melhoria dos sintomas. Não apresentava qualquer outro sintoma.

Cerca das 19h10 recebemos uma utente grávida IO:1001, 39 semanas e 1 dia, com contractilidade e 3 cm de dilatação. Fizemos o acolhimento, puncionou-se um avp e ficou monitorizada com cardiotocograma. Após nova cervicometria com dilatação completa foi levada para a sala de partos e, ainda com Bolsa Amniótica Intacta (BAI) iniciou o período expulsivo. Realizado o parto eutócico. RN foi colocado em cima do abdómen materno. A enfermeira que recebeu o bebé retirou-o de cima da mãe e colocou-o sob a fonte de calor, onde secou o RN e realizou as rotinas (administração de vitamina K, pesagem, identificação e colocação da fralda), levando aproximadamente 10 minutos. Após colocar a fralda e realizar as rotinas questionou a mãe se queria estabelecer contacto pele-a-pele. O RN foi colocado em cima do tórax da mãe enquanto se realizavam os restantes procedimentos (episiotomia).

3 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

28/02/2014

Turno da Manhã

Durante este turno realizámos as rotinas habituais do BP. A observação e avaliação dos SV das grávidas sob a nossa responsabilidade. O acompanhamento durante a visita médica. A higiene das grávidas. A vigilância da indução do trabalho de parto e do trabalho de parto se entretanto se iniciar.

Durante este turno não ocorreram partos eutócicos. No entanto, houve uma CST. Não foi observado o 1º contacto com o RN por ser uma cesariana. Neste serviço (importante de realçar) o pai não pode assistir à cesariana, logo não pode fazer o primeiro contacto com o RN em substituição da mãe.

1/03/2014

Turno da Tarde

Cerca das 15h30, após a passagem de turno, tínhamos à nossa responsabilidade 3 grávidas. A primeira foi transferida para o bloco para realizar CST por suspeita de sofrimento fetal agudo por desacelerações variáveis profundas e de difícil recuperação. No quarto 4 estava uma grávida de 39 semanas e 3 dias, IO:1011, com 4 cm de dilatação, já com cateter epidural colocado e a quem realizámos repicagem aquando da avaliação dos sinais vitais. No quarto 5 estava uma grávida do Dr. Carlos Veríssimo que era apenas observada pela equipa médica.

Foi uma tarde imparável. Nos restantes quartos 1, 2 e 3 encontrava-se uma grávida gemelar em trabalho de parto com 37 semanas, uma grávida de 39 semanas em trabalho de parto e uma grávida de 32 semanas, respetivamente. Às 17h realizou-se uma ecografia obstétrica à grávida de 32 semanas por baixa variabilidade cardio-fetal. Transferiu-se para o bloco de partos para realizar cesariana. O RN foi transferido para a neonatologia.

A grávida gemelar foi transferida para o bloco para realizar o parto, já possuía a dilatação completa. Ambos os RN nasceram por parto eutócico. Houve complicações após a dequitação.

Enquanto este parto decorria a grávida do quarto 5 tinha um CTG suspeito com desacelerações variáveis e com bradicardia fetal mantida com difícil recuperação. Foi transferida para o bloco para realizar cesariana de urgência.

Durante estes partos tanto a grávida do quarto 4 e a do 2 se encontravam com dilatação completa.

A grávida do quarto 4 foi transferida para o bloco para realizarmos o parto. Foi arranjada a sala, o material, a mesa e colocada a grávida em posição de litotomia. O período expulsivo foi rápido. Houve necessidade de fazer episiotomia. Fiz a extração do RN, retirei-lhe o excesso de líquido amniótico das vias aéreas e coloquei-o em cima do abdómen materno. O pai cortou o cordão umbilical e a enfermeira orientadora secou o RN e deixou-o em cima da mãe, em contacto pele-a-pele, para me poder dar apoio. A dequitação foi natural, por método de Duncan, membranas completas. Útero bem contraído, perdas normais. Realizámos a episiorrafia e a perineorrafia de uma laceração de grau I. Após 1 hora em contacto pele a pele o RN foi levado para lhe ser dado o 1º banho por desconhecimento dos resultados das serologias e foi trazido já vestido e com as rotinas realizadas.

Ambos, mãe e RN foram para o recobro, onde se iniciou o aleitamento materno. Puerpério imediato normal, útero bem contraído abaixo da cicatriz umbilical, lóquios normais, episiorrafia e perineorrafia sem sinais de deiscência. Realizou crioterapia no períneo. RN com boa vitalidade, choro vigoroso.

4 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Serologias

desconhecidas _____

Observações: _____

8/03/2014

Turno da Noite (22h – 8h30)

Iniciámos o turno apenas com uma grávida atribuída, IO: 1011, Idade Gestacional (IG): 37s + 6d, que teria ficado internada por início de trabalho de parto com BAI. Serologias e Strepto B negativos. No início do turno com 7-8 cm de dilatação, com BAI tufada. O feto inicia período de bradicardia. A grávida refere uma grande pressão na região púbica. Foi realizada RABA com melhoria da dor referida pela grávida, recuperação rápida da frequência cardíaca do feto e dilatação completa. Transferimos a grávida para o Bloco para realizar o parto. O parto decorreu sem intercorrências, realizou-se episiorrafia. Dequitadura natural por método de Duncan. O RN foi colocado de imediato em cima do abdómen materno para ser seco e para laquear o cordão mas foi retirado de imediato para ser estimulado e aspirado por se encontrar hipotónico. IA – 8/10/10. Cerca de 15 minutos mais tarde foi colocado sobre o peito materno para realizar contacto pele-a-pele.

5 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo



Paragem cardiorespiratória



Impedimento de outro profissional de saúde



Outros



Especifique:

Observações: _____

Após a realização deste parto deu entrada uma grávida de 38s+1d com REBA. Serologias e strepto B negativos, IO: 0020. Uma grávida muito ansiosa. Cerca das 5h queixosa, com emissão de gritos constantes, muito ansiosa com tremores. Foi realizada analgesia epidural a pedido da mesma com efeito. Já com dilatação completa mas com apresentação ainda móvel e subida. Transferida para o bloco. O parto eutócico decorreu sem intercorrências. Ficou apenas com laceração de grau I, realizada perineorrafia. O RN foi de imediato colocado em cima do abdómen materno, onde foi seco. No entanto foi retirado de imediato para se realizarem as rotinas (colocação da fralda, identificação, pesagem e administração de vitamina k). Só após a realização das rotinas, o que levou entre 5 a 10 minutos, foi colocado em contacto pele-a-pele sobre o tórax materno, parando de chorar.

6 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

IA 8'10'10'

Observações:

10/03/2014

Turno da Manhã

Neste turno fiquei com uma grávida atribuída, A+, 38s+4d, IO 0010, serologias e strepto B negativos, com AP de uma neoplasia do cólon com resseção e colostomia durante um ano com anastomose realizada posteriormente. Internada por início de trabalho de parto, realizada Rotura Artificial da Bolsa Amniótica durante a visita médica e iniciada Perfusão de Ocitocina (PO) também por indicação médica. O trabalho de parto evoluiu rapidamente e transferimos a grávida para a sala de partos. Parto Eutócico (PTE) com condução por ocitocina. Circular larga do cordão umbilical cervical e um nó verdadeiro do cordão. Questionou-se o pai se pretendia cortar o cordão umbilical, o que fez. O RN (sexo masculino, 3400g, IA 9/10/10) foi de imediato colocado em cima do abdómen materno, estimulado e seco. Colocado em contacto pele-a-pele durante algum tempo mas retirado para realizar as rotinas: pesar, administração de vitamina k, colocação da fralda e colocação de pulseiras, durante aproximadamente 5 a 10 minutos. Posteriormente, foi colocado novamente sobre o tórax da mãe e realizou novamente contacto pele-a-pele. Sutura de laceração de grau III. Dequitação natural método schultz. Transferida para o recobro com o RN em contacto pele-a-pele. Foi pedido ao pai que saísse por não ser permitido acompanhantes no recobro.

7 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

Pouco tempo após a realização deste parto, outra das nossas grávidas, com 39s+4d, IO 0000, serologias negativas, que tinha sido internada por REBA e 3cm de dilatação, tinha dilatação completa. Esta grávida realizou analgesia epidural. Serologias e strepto B negativos.

Foi transferida para o bloco e o parto foi realizado com episiotomia. PTE das 14h20. O RN (sexo feminino 3110g, IA 9/10/10) foi colocado de imediato em cima do abdómen materno, onde foi seco e retirado para realização das rotinas, o que terá levado cerca de 10 minutos, sendo depois colocado em contacto pele a pele sobre o

tórax materno. A dequitação foi natural, método Schultz e com membranas completas. Transferidos para o recobro em contacto pele-a-pele e já iniciado o aleitamento materno precoce. Foi pedido ao pai que sáisse por não ser permitida a presença de acompanhantes no recobro.

8 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

11/03/2014 (turno da tarde)

Neste turno fiquei com duas grávidas. No início do turno uma das grávidas, 0+, IO 1001, 39s+1d, com serologias e strepto B negativos. Às 17h com dilatação completa foi transferida para a sala de partos. PTE das 17h33 com RN do sexo masculino, com 3290, IA 9/10/10. Realizada episiotomia. O RN foi colocado em cima do abdómen materno, seco e só posteriormente foi colocado em contacto pele-a-pele. Dequitação natural por método schultz. Realizada episiorrafia. O RN foi retirado do colo materno para realização das rotinas (colocação de fralda, colocação das pulseiras de identificação, administração de vitamina k e pesagem). Após realização das últimas, após cerca de 10 minutos) foi colocado novamente em contacto pele-a-pele.

9 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim

Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações:

Após a realização deste parto, foi internada uma grávida com 6cm de dilatação, B+, IO 2012, 40s+3d, com serologias e strpto B negativos. Realizou analgesia sequencial. Cerca das 21h15 com dilatação completa, foi transferida para a sala de partos. PTE das 21h46, RN sexo feminino com 3820, IA 9/10/10. Circular cervical com dois nós verdadeiros no cordão. RN colocado em cima do abdómen materno, clampado e laqueado o cordão pelo pai e retirado RN para a fonte de calor porque a enfermeira responsável por receber o RN encontrava-se a fazer ensinios sobre os cuidados prestados aos RN após o nascimento a uma aluna de enfermagem. Grávida com períneo intacto. Dequitadura natural por método schultz. Membranas fragmentadas mas com perdas normais. Transferida para o recobro com RN iniciar aleitamento materno precoce. Não foi realizado contacto pele-a-pele.

10 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

12/03/2014 (turno da tarde)

Neste turno fiquei responsável por uma grávida de 37s+3 d, IO 0000, A-, com RCF+HTA a cumprir metildopa. Já com REBA desde a entrada. Iniciou indução às 11h com Prostin. No início do turno com colo permeável a 2 dedos, com 50% apagamento. Deambulou, esteve na bola de pilates. Iniciou PO. Cerca das 20h queixosa, já a iniciar TP com 3-4cm de dilatação, realizou analgesia epidural a pedido. Às 20h10 com dilatação completa, foi transferida para a sala de partos. Período expulsivo conduzido por ocitocina. PTE 20h36, RN sexo masculino, 2095g, com circular cervical larga, IA 9/10/10. Pai cortou o cordão umbilical após ser questionado sobre a sua vontade de o fazer. RN foi colocado em cima do abdómen materno, onde foi seco, e posteriormente colocado em contacto pele-a-pele, após questionar a mãe se o pretendia fazer. Realizada episiotomia. RN retirado do contacto pele-a-pele para realização de rotinas por aproximadamente 10 minutos. Após estas últimas foi recolocado em contacto pele-a-pele sobre o tórax materno. Iniciou o aleitamento precoce ainda na sala de partos. Foi pedido ao pai que saísse por não ser permitida a sua presença no recobro.

11 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

SIM Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

16/03/2014 (turno da tarde)

Neste turno fiquei responsável por 3 grávidas. Acompanhei as 3 durante o primeiro estágio do trabalho de parto mas apenas observei e realizei o parto a uma. Esta última grávida de 40s, 0+, IO 2002, com serologias negativas. À entrada com 4cm, queixosa. Chamado anestesista para realizar analgesia epidural. Realizou analgesia epidural às 19h30. Às 21h com 6cm. Às 21h20 com dilatação completa. Levada para

a sala de partos. Parto eutócico às 21h32 de RN feminino com 3045g, IA 10'10'10'. Realizada perineorrafia de laceração de grau I. RN foi colocada em cima do abdómen materno após extração, foi seca, cordão umbilical foi laqueado pela acompanhante da grávida e a RN foi retirada do abdómen materno e colocada sob a fonte de calor para realizar rotinas (pesagem, administração de vitamina K, identificação e colocação de fralda). Só após a realização das mesmas (após aproximadamente 5 a 10 minutos) foi colocada em cima do tórax materno para realizar contacto pele-a-pele. Iniciou o aleitamento precoce ainda na sala de partos e a díade foi transferida para o recobro. A acompanhante teve de sair por não ser permitida a sua presença no recobro.

12 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros



Especifique:

Observações:

20/03/2014 (tarde)

Durante este turno apenas fiquei responsável por duas grávidas. Uma das grávidas de 38s+4d foi encaminhada da consulta por desaceleração fetal no CTG. Ficou em vigilância durante o turno e posteriormente foi transferida para o internamento de grávidas.

A outra grávida, B+, IO 0000, 38s+5d, com serologias negativas, iniciou trabalho de parto no dia 20/03/2014 mas sem evolução até às 12h30 de 21/03 por RABA e início de PO. Cerca das 15h30 realizou analgesia epidural por se encontrar queixosa. Feto com desacelerações frequentes, com necessidade de O2 ON, alternância de decúbitos e aumento do ritmo de perfusão de lactato de ringer com recuperação. Cerca das 16h30 com 6cm. Cerca das 22h00 com 6cm. Com paragem de progressão do TP. Transfere-se para o bloco para realizar cesariana. Marido não pode acompanhar no bloco. No bloco não é realizado contacto pele-a-pele.

22/03/2014 (turno da noite)

Neste turno fiquei responsável por 3 grávidas.

Entrada às 23h30 vinda da urgência por REBA às 22h25 e início de TP. No quarto 3, grávida 38s+6d, IO 0010, com serologias negativas e streptoB positivo. À 1h com 3cm de dilatação. Queixosa. Pedido anestesia. Realizada analgesia epidural com efeito e sem intercorrências. Às 1h50 com dilatação completa. Foi transferida para a sala de partos. Parto eutócico das 2h12 de RN do sexo feminino com 2650g, com IA 10'10'10'. Realizada perineorrafia de laceração de grau I. Após a extração, o RN foi colocado sobre abdómen materno, foi seco, foi clampado o cordão e foi questionado o casal, grávida e pai, se pretendiam ser eles a cortar o cordão. Ambos recusaram. O RN foi retirado do abdómen materno e colocado sob a fonte calor para serem realizadas as rotinas (pesagem, identificação, colocação da fralda e administração de vitamina K (o que terá demorado entre 5 a 10 minutos) e só posteriormente, após questionar-se a vontade da mãe em realizar contacto pele-a-pele, o RN foi colocado sobre o tórax materno para realizar o contacto pele-a-pele. O aleitamento materno precoce apenas foi iniciado no recobro e foi pedido ao pai que saísse pois não podia acompanhar a puérpera e RN para o recobro.

13 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

Enquanto me encontrava a suturar, a 2ª grávida 0+, de 40s+2d, IO 2022, serologias e strepto B negativos. Às 3h com dilatação completa já na sala de partos. Parto eutócico das 3h11. O RN foi colocado em cima do abdómen materno, onde foi seco. O cordão foi clampado e foi questionado ao pai e à mãe se pretendiam ser eles a laquear o mesmo. O cordão foi laqueado pelo pai e o RN foi retirado do abdómen materno e colocado sob a fonte de calor para serem prestados os primeiros cuidados ao RN (pesagem, colocação da fraldas, identificação e administração da vitamina K). Só após prestação das primeiras rotinas, cerca de 10 minutos mais tarde, o RN foi colocado em contacto pele-a-pele com aceitação da mãe. RN de sexo feminino 4150, IA 10'10'10'. Périneo intacto. Dequitação natural por método schultz. Mãe e RN foram juntos em contacto pele-a-pele para o recobro mas ao pai foi pedido que saísse pois não é permitido ficar no recobro.

14 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

A 3ª grávida também deu entrada cerca das 23h30-0h. Foi para o quarto1. Grávida de 39s+1d, IO 0020, serologias e strepto B, com antecedentes pessoais de espinha bífida L5-S1, regurgitação da válvula mitral e tricúspide em Setembro de 2013. À entrada com 3cm de dilatação. Muito queixosa mas não podia realizar analgesia epidural por possuir espinha bífida. Com REBA as 3h. Parto eutócico às 6h40. RN sexo feminino IA 9'10'10', 2740g, colocada em cima do abdómen materno. Questionados ambos os pais sobre a vontade de cortar o cordão, o que recusaram. Colocada sob fonte de calor para prestar os primeiros cuidados, o que terá levado cerca de 5 minutos. Só após a prestação das primeiras rotinas foi colocada sobre o tórax materno para realizar contacto pele-a-pele. Dequitação natural por método duncan. Membranas fragmentadas. Suturada a episiotomia. Iniciado aleitamento precoce na sala de partos. Foi permitido à família ver a tríade à entrada do bloco de partos. Díade transferida para o recobro e foi pedido ao pai que saísse por não ser permitida a presença de acompanhante no recobro.

15 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

Observações: _____

27/03/2014 (turno da tarde)

Neste turno fiquei responsável por 3 grávidas. No quarto 4 encontrava-se uma grávida de 41 semanas, B+, IO 0010, serologias negativas e strepto B positivo. No início do turno cervicometria com colo com 3cm de dilatação, amolecido, apresentação fetal -2, variedade transversa. Muito queixosa e chorosa, e apesar dos ensinamentos sobre respiração profunda, inquieta e pouco controlada. Questionada sobre vontade de realizar analgesia epidural o que afirmou querer. Realizou analgesia epidural às 17h30 segundo protocolo B1. Após analgesia mais calma, mais serena. Às 19h20 novamente queixosa. Cervicometria com 6cm de dilatação. Realizada repicagem. 20h com dilatação completa. O parto foi realizado por uma médica e não pude observar porque me encontrava na sala de partos.

Em simultâneo no quarto 5 estava uma grávida de 37s+6d, IO 0121, serologias e strepto B desconhecidos. Às 17h00 com colo permeável a 2 dedos. Queixosa. Administrado paracetamol e buscopan segundo indicação médica. Cerca das 19h muito queixosa. Cervicometria com colo dilatado 3cm, mole, apresentação alta -2, BAR, variedade transversa. A pedido da grávida realizada analgesia epidural. Sem intercorrências. 19h50- muito queixosa novamente. Realizada observação. Cervicometria com dilatação completa, apresentação de vértice, apresentação no plano 0. Levada para a sala de partos. Parto eutócico das 20h06, com necessidade de realização de episiotomia. RN com cervical apertada que foi laqueada, sexo feminino, IA 9'10'10, com 2660g. Grávida com acompanhante (mãe). Dequitação natural por método schultz. Útero bem contraído. Episiorrafia realizada. RN foi colocado em cima do abdómen materno, onde foi seco. Com algumas secreções, pelo que foi colocado sob a fonte de calor, onde foram aspiradas secreções. Após aspiração de secreções, pesagem, identificação e administração de vitamina K (a interrupção levou aproximadamente 10 a 15 minutos), foi colocado nu sobre o tórax materno para realizar contacto pele-a-pele, que a mãe já havia referido querer, e parou de chorar. Foi permitido à mãe que o pai entrasse para ver o RN.

A 3ª grávida que ficou no quarto 6, B+, IO 2013, grávida de 38 semanas, com REBA às 19h30. AgHbs +, HIV II +, strepto B positivo. À entrada ainda sem dilatação do colo mas com contractilidade uterina. Iniciou perfusão de AZT. Ponderava-se

cesariana electiva caso não entrasse em trabalho de parto. No entanto, iniciou trabalho de parto, pelo que, quando queixosa, realizou analgesia epidural. Não observei este parto porque se realizou no turno da manhã.

16 Guia de Observação

1. A estrutura da Sala De Partos permite a prestação dos primeiros cuidados ao RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

2. É proporcionado um ambiente acolhedor com poucos estímulos externos à grávida/díade?

Sim Não

3. É questionado à grávida/díade a vontade de colaborar na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

4. É permitido à grávida/díade a colaboração na extração e/ou corte do cordão umbilical?

Sim Não

5. É questionado à grávida a vontade de colocar o RN em contacto pele-a-pele?

Sim Não

6. É permitido o contacto pele-a-pele precoce, mesmo durante a prestação dos primeiros cuidados ao RN?

Sim Não

7. É questionada a vontade da grávida em amamentar o RN?

Sim Não

8. É permitida a colocação do RN à mama assim que demonstra os primeiros sinais de pré-aleitamento materno?

Sim Não

9. Houve alguma situação crítica que impedisse a vinculação precoce?

Sim Não

10. Se sim, qual?

IA baixo

Paragem cardiorespiratória

Impedimento de outro profissional de saúde

Outros

Especifique:

RN não foi colocado à mama por desconhecimento do resultado das serologias_____

Observações:_____

ANEXO IV – POSTER DE GRANDE DIMENSÃO

Benefícios do Contacto Pele-a-Pele

**Facilita a adaptação
ao meio extra-
uterino**

**Diminuição da
Perda de calor**

**Diminuição do stress
do bebé e da mãe
provocado
pela separação**

**Diminuição do
choro, melhoria dos
sinais vitais do
bebé**

Promoção da Vinculação

**Diminuição da dor
sentida pelo bebé e
pela mãe**

**Promoção do
aleitamento
materno precoce**

Realizado por AESMO Susana Bernardo do 4º CMESMO da ESEL

Bystrova, K. et al (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 Paediatrica*, 92, 320-326

Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39-43

Dabrowski, G. (2007). Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1), 64-71

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

Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z. & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Paediatrics*, 30, 119-128.

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

Santos, A. (2011). A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé. *Enfermeiro*. Disponível em http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22430/ArtigocontactoapeleapeleCHBA_final.pdf

Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Tatsushima, M., Kawabe, T. (2011) Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*, 87, 151-157

World Health Organization (1998). Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva, Switzerland: WHO. Retirado a 09 de Maio de 2013 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/

ANEXO V – POSTER PARA SALAS DE PARTOS

Contacto pele-a-pele



Realizar:

- Sempre de imediato
- Sempre que a mãe consinta
- Índice de Apgar > 7
- Sempre que não haja complicações maternas
- Sem interrupção, realizando os primeiros cuidados ao bebé no colo materno
- No mínimo 30 a 60 minutos, se possível 2 horas

Excepções:

- Índice de Apgar < 7
- Complicações maternas
- Recusa da mãe

ANEXO VI – AÇÃO DE FORMAÇÃO



O Contacto Pele-a-Pele

Objetivos

- Reconhecer os benefícios do contacto pele-a-pele imediato na literatura mais recente
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da realização do contacto pele-a-pele imediato segundo as evidências científicas mais recentes



A Vinculação

A vinculação desenvolve-se progressivamente desde o momento em que se idealiza a gravidez, solidificando-se a partir do nascimento, através do contacto pele-a-pele, de tocar, olhar e ouvir o bebé, e da relação de reciprocidade entre mãe-filho

Sousa, 2004

A Vinculação

A vinculação (*vincular* + *-ção*) significa o ato ou efeito de vincular, ou de se vincular, isto é, ligar-se, prender com vínculo.

em Dicionário Priberam da Língua Portuguesa

A Vinculação

“Tudo o que favorece a proximidade, dando uma sensação de segurança, pertence ao comportamento de vinculação”

Guedeney, 2004

A Vinculação

Este comportamento (de vinculação) é vital para a sobrevivência da espécie humana

Canavarro, 2001



Importância e Benefícios da Vinculação

- Promove sensação de segurança, conforto e proteção ao RN
- Promove regulação emocional
- Promove a proximidade entre a díade e tríade
- Promove a construção da moralidade e sociabilização do RN
- Promove diminuição de stress e de angústia

Canavarro, 2001; Guedeney, 2004; Lowdermilk, 2008

Contacto Pele-a-Pele

Segundo OMS, os RN de termo saudáveis devem ser colocados ao colo da mãe para proporcionar o contacto pele-a-pele - **colocação do RN nu, em posição ventral, em cima do peito nu da mãe, entre as mamas** - imediatamente após o nascimento e para iniciar o aleitamento materno o mais precocemente possível

WHO, 1998; UNICEF, 1989



Importância e Benefícios do Contacto Pele-a-pele

- Diminuição das respostas do bebé, como o choro, a taquicardia, a extensão brusca dos membros;
- Redução do *stress*, evidenciado por diminuição do choro

Bystrova et al, 2003; Carfoot, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, 2007; Gabriel, 2010; Moore, 2012; Porter, 2004; Santos, 2011; Takahashi, 2011

Importância e Benefícios do Contacto Pele-a-pele

- Diminuição da frequência cardíaca, melhoria da saturação de oxigénio, aumento da qualidade do sono, diminuição da vasoconstrição das extremidades
- Familiarização com o odor materno, o que facilita a adaptação à vida extra-uterina
- Promoção da termorregulação

Bystrova et al, 2003; Carfoot, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, 2007; Gabriel, 2010; Moore, 2012; Porter, 2004; Santos, 2011; Takahashi, 2011

Importância e Benefícios do Contacto Pele-a-pele

- Promoção da analgesia (mãe e RN)
- Promoção da contração uterina pelos movimentos dos membros inferiores do RN
- Promoção do aleitamento materno precoce

Bystrova et al, 2003; Carfoot, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, 2007; Gabriel, 2010; Moore, 2012; Porter, 2004; Santos, 2011; Takahashi, 2011

Importância e Benefícios do Contacto Pele-a-pele

- Melhoria da interação entre a mãe e o bebé, o que promove o toque, o conforto e sentimentos de afeto e de vinculação
- Estratégia preventiva no aparecimento de sintomas depressão pós-parto
- Diminuição da probabilidade de infeção, pela presença de bactérias saprófitas na pele da mãe, que protegem o RN.

Bystrova et al, 2003; Carfoot, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, 2007; Gabriel, 2010; Moore, 2012; Porter, 2004; Santos, 2011; Takahashi, 2011

Importância e Benefícios do Contacto Pele-a-pele

- Promoção do aumento do nível de ocitocina (hormona do “amor”, do “apego”)
 - Promoção do aumento das endorfinas que provocam sensação de felicidade.
- ↓
- Estas hormonas permitem à mãe manter-se calma, e sensível, e aumentam a temperatura corporal nas mamas de forma a manter o bebé aquecido

Crenshaw, 2007

Vantagens do Contacto Pele-a-Pele Imediato

- Diminuição do stress do RN provocado pela separação da mãe para a prestação dos cuidados
- Diminuição da ansiedade e do stress da mãe pela separação do RN para a prestação dos cuidados
- Facilita a adaptação ao meio extra-uterino

Bystrova et al, 2003; Carfoot, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, 2007; Gabriel, 2010; Moore, 2012; Porter, 2004; Santos, 2011; Takahashi, 2011

Vantagens do Contacto Pele-a-Pele Imediato

- Diminuição da perda de calor – termorregulação mais rápida
- Diminuição da dor sentida pelo RN aquando da prestação dos primeiros cuidados
- Facilita a prestação dos cuidados de enfermagem porque o RN fica mais calmo e fica seguro pela mãe

Bystrova et al, 2003; Carfoot, 2005; Crenshaw, 2007; Dabrowski, 2007; Erlandsson, 2007; Gabriel, 2010; Moore, 2012; Porter, 2004; Santos, 2011; Takahashi, 2011

Filme

[4 Breast Crawl.mp4](#)

Bibliografia

- Altaweli, R., Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: a concept analysis. *British Journal Of Midwifery*, 18(9), 552.
- Angelina, C., Camila, R., Luis, D. & Claudia, T. (2013). Efecto del contacto pele con piel sobre a presencia de sintomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena de Pediatría*, 84 (3), 285-292
- Brazelton, T. (1992) *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar. ISBN 972-710-056-2
- Brazelton, T., Cramer, B. (1992) *As Primeiras Relações*. São Paulo: Martins Fontes
- Bystrova, K. et al (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 Paediatrica*, 92, 320-326
- Bystrova, K. et al (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *Birth: Issues of Perinatal Care*, 36(2), 97-109
- Canavaro, M. (2001) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-77-5
- Carfoot, S., Williamson, P., Dickson, R. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*, 21, 71-79
- Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39-43
- Dabrowski, G. (2007) Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1), 64-71
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., Christensson, K. (2007). Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth: Issues of Perinatal Care*, 34(2), 105-114
- Gabriel, M., Martin, I., Escobar, A., Villalba, E., Blanco, I. & Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin to skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99, 1630-1634.
- Guedeney, N., Guedeney, A. (2004) *Vinculação: Conceitos e aplicações*. (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7

- Lowdermilk, P. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Ed.) Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, Issue 5, 1-107.
- Newman, J. (2009). The Importance of Skin to Skin Contact. Consultado a 1 de Maio de 2014. Disponível em http://www.nbci.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&Itemid=17
- Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z. & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Paediatrics*, 30, 119-128.
- Porter, R. (2004). The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatrica*, 93, 1560-1562
- Santos, A. (2011). A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé. *Enfermeiro*. Consultado em 27 de Abril de 2014. Disponível em http://www.chbgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED3DFD0F7E/22430/ArtigocontactopeleapeleCHBA_final.pdf
- Sousa, C., Mendes, A., Santo, J. (2007) Contacto pele-a-pele e vínculo afectivo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 52-53.
- Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-120-7
- Takahashi, Y., Tamakoshi, K., Tatsushima, M., Kawabe, T. (2011) Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Human Development*, 87, 151-157
- World Health Organization (WHO) (1998). *Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding* (rev.ed, WHO/CHD). Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (1998). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Geneva, Switzerland: WHO. Retirado a 09 de Maio de 2013 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/
- World Health Organization & UNICEF (1989). *Protecting, promoting and Supporting breastfeeding: the special role of maternity services*. Geneva: WHO

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO

Questionário de Avaliação da Formação

O presente questionário tem como objetivo recolher a sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar. A sua colaboração sincera é fundamental para a realização do meu relatório de estágio. O questionário é anónimo e as respostas são tratadas com carácter confidencial.

Designação da Ação de Formação: Contacto Pele-a-Pele Imediato

Local: URGOG

Data de Realização: __/__/____

I. Objetivos e Conteúdos

1.1. Tendo em conta os **objetivos** da formação, responda às seguintes questões, situando-se numa escala de 1 a 4, em que:

1-Nada

2 - Pouco

3 - Muito

4 - Totalmente

1.1.1. Reconhece a importância do contacto pele-a-pele imediato como facilitador de adaptação à vida extra-uterina?.....1 2 3 4

1.1.2. Admite a importância da diminuição do stress do RN na melhoria dos parâmetros vitais do mesmo?.....1 2 3 4

1.1.3. Considera o contacto pele-a-pele fundamental para a promoção da vinculação precoce?.....1 2 3 4

1.1.4. O contacto pele-a-pele imediato promove a analgesia do RN e da mãe?.....1 2 3 4

1.1.5. Identifica a importância do contacto pele-a-pele no aleitamento materno precoce?.....1 2 3 4

II. Aplicabilidade

2.1. Considera o que aprendeu na formação:

Nada útil

Pouco útil

Útil

Muito Útil

2.2. Considera que a utilização do contacto pele-a-pele imediato pode facilitar a prestação dos cuidados de enfermagem?

Nunca Às Vezes Frequentemente Sempre

2.3. Equaciona utilizar o contacto pele-a-pele imediato, caso não haja complicações que o impeçam?

Nunca Às vezes Frequentemente Sempre

2.4. Pondera utilizar o contacto pele-a-pele imediato para evitar situações de stress para a mãe e para o RN, caso não haja complicações que o impeçam?

Nunca Às vezes Frequentemente Sempre

Obrigada pela sua colaboração