



Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AJUDAR A AMAR

**Cuidados de enfermagem especializados na promoção da
vinculação em contexto da sala de partos**

Ana Maria Rodrigues Rito Coelho

2011





Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

AJUDAR A AMAR

**Cuidados de enfermagem especializados na promoção da
vinculação em contexto da sala de partos**

Ana Maria Rodrigues Rito Coelho

Relatório de Estágio orientado por

Professora Maria Teresa Félix

Enfermeira Especialista Lídia Tinoco

2011

Dedicatória

A todos os bebês que ajudei a nascer

“Eis que nas palmas das minhas mãos eu te gravei”

Isaias, 49-16

Bíblia sagrada



Agradecimentos

A Deus, pela vida, força e serenidade

Ao meu marido, pela motivação e apoio

Aos meus filhos, Pedro, Tiago, David e Beatriz, que me ajudaram a continuar

Aos meus pais, pelo eterno amor que continua a influenciar a minha vida

À minha orientadora Lúcia Tinoco, por me ensinar a prestar cuidados com competência e paixão

À professora Teresa Félix, pela orientação e apoio

Aos meus colegas de curso pelos momentos que passámos juntos

Aos pais a quem prestei cuidados e muito em especial aos seus preciosos bebés que me ajudaram a amar

A todos muito obrigada

RESUMO

Diferentes autores têm vindo a referir ao longo dos tempos que as primeiras relações pais/ filhos são de primordial importância. Neste contexto, os cuidados de enfermagem especializados, assumem um papel relevante, promotor do vínculo entre a díade/tríade nestes primeiros momentos de vida. Assim, a realização deste RE, tem como principal finalidade contribuir e cooperar para a adequação das intervenções de enfermagem na sala de partos, que visam o estabelecimento de uma relação precoce de qualidade, utilizando como referencial teórico o modelo sistémico de Betty Neuman.

Foi adoptada a metodologia da Revisão Sistematizada da literatura, aliada à análise de conteúdo das notas de campo, realizadas no contexto da prestação de cuidados, em Estágio. O objectivo foi identificar quais os factores promotores da vinculação, nos nascimentos de parto eutócico, as estratégias utilizadas pelo EESMO conducentes ao processo da vinculação e o impacto dessas intervenções, nos pais.

Foram identificados como factores promotores da vinculação:

Contacto pele-a-pele, Amamentação na 1ª hora de vida, Envolvimento do pai, Ambiente favorável, Presença do convivente significativo, Apoio familiar, Experiência de parto, (Expectativa, Experiências anteriores, Relações afectivas), **Informação** (Preparação para o parto/ nascimento, Vigilância de saúde materna, Internet e livros), **Significado do vínculo, Competências parentais, Competências do recém-nascido, Prestação dos cuidados ao recém-nascido no momento oportuno** (Gestão de recursos, Autonomia dos pais), e **Contributo da enfermagem**.

Foram identificados como cuidados de enfermagem promotores da vinculação:

Prevenção primária, (Relação de confiança, Educação para a saúde, Contributos para a tomada de decisão), **Prevenção secundária**, (Identificação dos *stressores*, Intervenções para minimizar/eliminar *stressores* e Capacitação do sistema familiar), **Prevenção terciária** (Restabelecimento dos padrões de bem-estar).

Como impacto desses cuidados na promoção da vinculação da díade/tríade surgiu:

O EESMO é descrito como o profissional que está **sempre presente** no processo da vinculação, o que mais **informa**, o mais **atencioso**, o que promove a **autoconfiança**, que se **preocupa com os seus desejos** e o que transmitiu mais **calma**.

Palavras-chave: Vinculação, experiência de parto, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Different authors have been noted over time that the first relations parent / child are of paramount importance. In this context, skilled nursing care, play an important role, promoting the link between the dyad/ triad in these first moments of life. Thus, the realization of this Report, which main purpose is to contribute and cooperate to the adequacy of nursing interventions in the delivery room, which aim to establish an early relationship quality, using as a theoretical model the systemic one, from Betty Neuman. We have adopted the methodology of systematic review of the literature, combined with content analysis of field notes, taken in the context of practice. The aim was to identify what strategies, leading to the promotion of attachment, used by midwives in births and examine the relationship between the strategies used, and the impact on the promotion of attachment, the dyad / triad.

Key findings:

Contact skin-to-skin, Breastfeeding in the first hour of life, involvement of the father, friendly environment, Presence of the significant other, experience of childbirth (expectancy, previous experience, affective relations), Information (preparation for labor / birth, surveillance of maternal health, internet and books), meaning of the attachment, parenting skills, newborn skills, provision of care to the newborn in a timely fashion (management of resources, autonomy from parents), and contribution of nursing.

The nursing care identified as promoter of attachment:

Primary prevention, (Trust, Health Education, Contributions to decision making), **Secondary prevention** (Identification of stressors, Interventions to minimize or eliminate stressors and Training of marital system), **Tertiary prevention** (Restoration of standards of well-being). As the impact of the care dyad / triad arose: The midwife is described as the professional who is always present in the process of attachment, which most reports, the most attentive, which promotes self-confidence, who cares about their desires and provided more calm.

Keywords: Attachment, childbirth experience, nursing care.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CPLEESMO – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOG – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

ICM – International Confederation of Midwives

LFD – Linha Flexível de Defesa

LND – Linha Normal de Defesa

LR – Linha de Resistência

NC – Nota de campo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN	17
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM	21
3. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	23
4. EXPERIÊNCIA DE PARTO	24
5. VINCULAÇÃO	27
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	
1. REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA.....	31
2. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E NOTAS DE CAMPO	34
3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	36
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
CAPÍTULO III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
1. MOBILIZAÇÃO E REFLEXÃO DOS RESULTADOS NA PRÁTICA....	39
2. PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....	71
3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	74
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES E ANEXOS	90

APÊNDICE I – PROJECTO DE ESTÁGIO

APÊNDICE II – REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

APÊNDICE III – NOTAS DE CAMPO

APÊNDICE IV – QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

APÊNDICE V – DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM

APÊNDICE VI – POSTER – VINCULAÇÃO

APÊNDICE VII – FOLHETO – VINCULAÇÃO

APÊNDICE VIII – NORMA – TRIAGEM-AMEAÇA PARTO PRÉ-TERMO

ANEXO I - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ANEXO II - LEI 9/2009 DE 4 DE MARÇO

ANEXO III - REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS
DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

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

ANEXO V – ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Agentes <i>stressores</i> no processo da vinculação	20
Quadro 2 - Factores que promovem a vinculação.....	40
Quadro 3 - Cuidados de enfermagem que promovem a vinculação	40

INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorreu no Hospital São Francisco Xavier, no Bloco de Partos. Teve início a 17 de Janeiro de 2011 e terminou a 1 de Julho, sob a orientação da docente Maria Teresa Félix e da orientadora do local, EESMO Lídia Tinoco. Este Relatório representa o caminho percorrido desde a realização do projecto até ao desenvolvimento das competências adquiridas durante o ER.

Cada vez mais os enfermeiros apostam na formação, de modo a sedimentar os seus conhecimentos e a exercerem as suas funções com “conhecimento, habilidade, humanidade e competência para atender às necessidades de saúde e expectativas do ser humano” (SILVA citado por ADAMI, 2000, p. 192).

De acordo com o RCEEESMOG da OE (aprovado em assembleia extraordinária em 20 de Novembro de 2010), o EEESMO é o profissional responsável, autónomo, que trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, no sentido de alcançar bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. Isto significa que promove o autocuidado na assistência à adolescente e à mulher antes, durante e após a gravidez efectuando a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumindo a responsabilidade pela condução do trabalho de parto, do pós-parto e dos cuidados ao recém-nascido/ lactente nas situações de baixo risco.

A realização deste Estágio vem responder à Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, que transpõe para o enquadramento jurídico nacional a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, no seu Artigo 1º, alínea d). Pode ler-se: “experiência clínica adequada em estabelecimentos aprovados sob o controlo de pessoal qualificado em obstetrícia” e ainda o seu ponto 5, pág. 1515, alínea B (Anexo II) onde é determinado que o estudante deverá realizar:

- Vigilância e cuidados dispensados a pelo menos quarenta parturientes;

- Realização pelo aluno de pelo menos quarenta partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a trinta, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em vinte partos
- Participação activa em um ou dois partos de apresentação pélvica;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura;
- Vigilância e cuidados prestados a quarenta grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Exame obstétrico de pelo menos cem parturientes e recém-nascidos normais;
- Vigilância e cuidados a parturientes e recém-nascidos, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como a recém-nascidos de peso inferior ao normal e a recém-nascidos que apresentem perturbações;
- Cuidados a dispensar em situações patológicas no domínio da ginecologia e da obstetrícia, das doenças dos recém-nascidos e dos lactentes;
- Iniciação aos cuidados dos casos patológicos gerais em medicina e cirurgia”.

Segundo a proposta da OE, o novo conceito de enfermeiro especialista refere-se ao “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas e especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007, p.9).

Uma formação contínua, baseada na prática, assegura uma evolução coerente nos domínios do saber e na realização profissional e pessoal (ALARCÃO, 1996).

Esta inter-relação prática/teoria é um processo cíclico que sistematiza diversos princípios de acção, em que permanentemente se enriquece e se cresce como enfermeiro, através do desenvolver de competências “científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados” (REPE, 1996, Capítulo II, Art.º4º, Alínea 3).

Os conhecimentos adquiridos e a reflexão dessa aprendizagem promovem o desenvolvimento de competências.

Assim, no âmbito do CMESMO surge este Relatório, que engloba a análise e reflexão dos objectivos preconizados para a aquisição de competências relacionadas com a área de especialização, referenciadas pela OE e pela ICM, no âmbito do ER e também a descrição de todo o percurso, para dar resposta à questão inicial, apresentada no

Projecto (Apêndice I), inserido na Unidade Curricular Seminário de Investigação II, que procura identificar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados que promovem a vinculação, em contexto da sala de partos. Assim, os objectivos delineados no Projecto, para a aquisição das competências preconizadas para o ER são:

Objectivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, à mulher/RN/família, no âmbito da vinculação, em situação de saúde e doença, tendo em vista a promoção de saúde e o bem-estar da mulher/RN/família.

Objectivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante o período pré-natal (**Competência 2, OE, 2010, Competência 3 do ICM**).
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada (**Competência 3, OE, 2010; Competência 4, ICM**).
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido (**Competência 4, OE; Competência 5, ICM**).

Para a aquisição de competências relacionadas com a temática específica, por mim escolhida, a desenvolver durante o ER, foi delineado o seguinte **objectivo**:

- Desenvolver estratégias conducentes à promoção da vinculação pais/RN, tendo por base as competências do EESMO, preconizadas pela OE/2010 e as competências do ICM (**Competência 3, OE; Competência 5, ICM**).

Diversos autores referem que as primeiras relações pais/filhos são de primordial importância, tal como é citado por Ramos (2004, p. 163):

“desde o nascimento o bebé tem necessidade de ser cuidado num ambiente caloroso e de ter uma relação próxima, estável e afectiva com a mãe, o pai ou substituto. (...) é a necessidade e satisfação primária de contacto e afecto, é a segurança encontrada nos braços da mãe, do pai ou de outros adultos cuidadores, que permitem à criança construir-se psiquicamente, autonomizar-se e desenvolver-se saudavelmente”.

O momento do parto é um momento único, de felicidade, de recompensa, de esforço físico, mas que poderá ser também de grande tensão emocional. Os pais irão criar novos laços e entrar num envolvimento total com o seu filho.

A qualidade do relacionamento entre os pais e os bebés, o suporte contínuo durante o trabalho de parto, a colocação do bebé sobre o abdómen da mãe e a promoção da amamentação imediatamente a seguir ao parto são vistos como práticas que ajudam na formação do vínculo (OMS/UNICEF, 1990, 2009).

Neste contexto, a qualidade dos cuidados de enfermagem nos primeiros momentos de vida, assume um papel relevante como promotor da vinculação entre a tríade.

O enfermeiro especialista envolvido no nascimento é, supostamente, uma figura facilitadora deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça, como refere Biscaia (2002, p. 73), ao referir que “o filho (...) deve, logo após o nascer ser de novo acolhido pelo corpo, pelo olhar, pelo cheiro e até em muitos casos pelo gosto do peito”.

No entanto, muitas vezes, no momento em que o bebé nasce, o cordão umbilical é imediatamente laqueado, ergue-se a criança para a mostrar à mãe e imediatamente é levada para o berço aquecido, não havendo qualquer tipo de aproximação e interacção entre a tríade, sendo impossibilitados de dar seguimento ao vínculo que seria suposto estabelecer logo após o nascimento.

Estas diferenças nos procedimentos podem facilitar ou dificultar a vivência em pleno desta experiência da maternidade, não favorecendo o processo da vinculação pais/filho.

A maneira como o bebé nasce, seja com suavidade, sofrimento, violência ou tranquilidade, poderá ter implicações directas na efectividade do vínculo com sua mãe (ODENT, 2002). Ainda segundo o mesmo autor, o que precisa de ser repensado na forma como cuidamos no parto e pós-parto, é a tendência à intervenção como rotina.

Segundo o autor, é nesse momento do pós-parto imediato que se inicia, na sua forma mais intensa, a aprendizagem do amor. Utilizar no parto e no pós-parto intervenções desnecessárias é dificultar a aprendizagem do amor, é prejudicar o ser humano na sua capacidade de amar, pelo que é fundamental a redução de *stressores* e o desenvolvimento de cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção, como refere Betty Neuman, de forma a atingir o bem-estar do sistema familiar.

Fortin (1999, p. 91) refere que “os modelos conceptuais podem servir de quadro de referência num estudo”. Assim, para a elaboração deste trabalho foi utilizado como quadro de referência o modelo teórico de Betty Neuman.

Este modelo dá um relevo muito particular à prevenção, à educação para a saúde, ao bem-estar e à interdisciplinaridade. Por esta razão, é um modelo particularmente adequado para situações de cuidados na área da maternidade e que nos pode ajudar a compreender e evidenciar a forma como o fenómeno da **vinculação** se desenvolve.

Com o objectivo de identificar quais os factores promotores da vinculação, nos nascimentos de parto eutócico, as estratégias utilizadas pelo EESMO conducentes ao processo da vinculação e o impacto dessas intervenções, nos pais, procedeu-se à Revisão Sistematizada da Literatura e à realização de notas de campo, durante a prática dos cuidados e à análise das mesmas. O desenvolvimento das competências adquiridas ao longo deste percurso, assim como a reflexão que se proporcionou realizar em conjunto com a equipa de enfermagem, com vista à excelência dos cuidados, serão descritas neste Relatório, sempre alicerçados no modelo conceptual escolhido e utilizando também alguns conceitos segundo a CIPE.

As razões que determinaram a escolha do tema deste estudo, foram o meu carinho especial pela temática, a minha experiência pessoal enquanto mãe e o meu desejo de obter competências nesta área, que me permitam melhorar a qualidade dos cuidados, no meu local de trabalho (Cuidados de Saúde Primários).

Foi fundamental realizar uma análise reflexiva para a tomada de consciência das competências adquiridas, consolidação de conhecimentos, e também das minhas vulnerabilidades, contribuindo para o desenvolvimento do sentido crítico e capacidade de auto-avaliação.

Assim, os objectivos para este Relatório decorrentes do Estágio são:

- Descrever os cuidados de enfermagem especializados que promovem a vinculação pais/filho, em contexto da sala de partos, utilizando a evidência científica;

- Identificar os *stressores* que interferiram na promoção da vinculação em contexto da sala de partos, durante o Estágio;
- Reflectir sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas para promover o estado de bem-estar do sistema familiar;
- Reflectir acerca das experiências de aprendizagem vivenciadas, segundo os objectivos delineados;
- Apresentar as competências adquiridas/desenvolvidas, com vista à obtenção do grau de Especialista/ Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

A sistematização estrutural deste relatório compreende, três partes principais. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, onde será apresentado o referencial teórico utilizado ao longo do trabalho, seguido dos principais resultados da pesquisa bibliográfica, relacionada com o tema da vinculação. Segue-se o capítulo da metodologia, onde constam os procedimentos metodológicos utilizados neste percurso, focando também os princípios éticos. Por último, no capítulo III será apresentada a análise e discussão dos resultados, que consta da reflexão dos resultados obtidos da RSL e da análise de conteúdo das notas de campo, e da sua mobilização na prática dos cuidados, onde procuro identificar situações problema, analisar e reflectir acerca das actividades realizadas, as estratégias sugeridas e implementadas e as competências adquiridas. Por fim, são apresentadas as considerações finais onde efectuo uma análise crítica dos aspectos mais relevantes neste processo de aprendizagem, dificuldades sentidas, limitações do estudo, contributos deste percurso, sugestões para a prática e para a investigação. Finalizo com as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN

O modelo de sistemas de Betty Neuman distanciou-se dos modelos tradicionais, baseados no conceito de doença, passando a olhar a pessoa de uma forma global e não compartimentada como até aí, enquadrando-se numa visão holística. A autora descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico, promovendo uma visão multidimensional dos indivíduos, famílias e comunidades (que denomina como clientes). Estes são sistemas vivos e abertos, em interacção e troca constante com o exterior, tendendo para o equilíbrio (NEUMAN e FAWCETT, 2011). Este modelo inclui quatro conceitos chave: **pessoa-cliente**, **saúde**, **ambiente** e **cuidados de enfermagem**. A **pessoa**, conhecida como sistema-cliente, é um composto dinâmico, formado por uma estrutura básica, o *core*, composto por “variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) em que cada uma é uma sub parte do todo” (NEUMAN e FAWCETT, 2011, p. 3).

O *core* é considerado a energia básica que contém os factores de protecção e sobrevivência do ser humano. Este não é uma estrutura estática, encontrando-se em constante troca de matéria, energia, e informação (...) entre o cliente e o ambiente, com entrada ou saída do sistema em qualquer momento” (NEUMAN e FAWCETT 2011, p. 4).

A autora considera três tipos de ambiente: o intrasistema, o intersistema e o extrasistema. Nesta troca, o cliente adapta o seu comportamento aos estímulos recebidos. O *core* encontra-se protegido por um conjunto de linhas que o defendem contra os *stressores*, fenómenos que provêm do ambiente. A linha mais externa de protecção, a Linha Flexível de Defesa (LFD), tem como função impedir a invasão do sistema pelos *stressores* através de uma rápida mobilização dos recursos do sistema. A Linha Normal de Defesa (LND) define o estado de saúde normal do cliente e é uma linha estável que representa a resposta-padrão ao *stressor*. É protegida pela LFD e pode ser vista como padrão normal de saúde do cliente.

O último nível de protecção do *core* são as Linhas de Resistência (LR), factores de protecção interna activados quando os *stressores* penetram na LND e causam uma reacção no sistema. Protegem a estrutura básica do cliente e têm como função o restabelecimento da sua saúde normal, podendo levar a uma adaptação que traduz um melhor nível de saúde, em relação ao anterior.

Na **saúde** há uma procura pelo estado óptimo de bem-estar. Um reduzido estado de bem-estar é o resultado da não satisfação das necessidades do sistema, aproximando-se do estado de mal-estar.

As trocas exercidas pelo sistema-cliente com o **ambiente** provocam respostas de *feedback*. Aí, o cliente está sujeito a diferentes *stressores*, que são neutros e inócuos. O que determina a sua positividade ou negatividade é a resposta do cliente à sua invasão (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

O fenómeno vinculação, enquanto foco de atenção de enfermagem, é um fenómeno sujeito a *stressores*, positivos ou negativos, que não são mais do que estímulos que vão produzir alterações adaptativas no sistema. Essas alterações vão desencadear respostas nas LFD e LND para evitar, que a pessoa se desequilibre, ao ser atingido o núcleo. Segundo Pearson e Vaughan (1992), estes agentes podem ser intra- (intrínsecos à pessoa), inter- (quando ocorre com uma ou mais pessoas), ou extra-sistémicos, (quando são externos à pessoa).

Tendo a intervenção de enfermagem o objectivo de proporcionar o retorno à estabilidade total do sistema, actuar-se-á, se necessário, aos três níveis de prevenção que este modelo engloba: **primária, secundária e terciária**. A promoção da saúde é uma finalidade específica das acções de enfermagem, pelo que a educação e mobilização de recursos para reduzir os factores de *stress* e aumentar as resistências do cliente, são prioritários. O enfermeiro, por outro lado, após ter tomado conhecimento da situação também terá a sua percepção, tornando-se imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de abertura, na qual é importantíssima a utilização de técnicas de comunicação e negociação.

A **prevenção primária** tem como objectivo intervir junto do cliente reforçando a LFD, principalmente através da identificação ou atenuação, dos factores de risco associados a *stressores* ambientais. Daí realça-se a promoção da saúde. Promovem-se assim alguns objectivos que se coadunam com o **informar, apoiar, motivar, integrar e educar**, para que o ser humano possa manter ou atingir o seu bem-estar, pelo que os cuidados prestados pelo EESMO poderão contribuir para a tomada e decisão dos pais, sobre os procedimentos desejados, durante e após o nascimento, facilitadores da vinculação, realizando educação para a saúde e apoiando as escolhas dos pais. Ao nível secundário, o objectivo é reforçar a LND, relacionando a sintomatologia com a reacção aos *stressores* e procurando eliminar ou minimizar os seus efeitos nocivos. As

prioridades de intervenção ao nível da **prevenção secundária** têm como objectivos a protecção do *core* (após invasão dos *stressores*), a identificação precoce dos sintomas, a sua eliminação/ redução precoce por incentivo ao tratamento, ao mesmo tempo que, em conjunto com o cliente, se tenta otimizar os seus recursos para recuperar ou manter a estabilidade do sistema. Promove objectivos que se coadunam com o **monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar**, para que o ser humano apresente uma menor reacção e ao mesmo tempo aumente os factores de resistência. Nesta fase, o papel do EESMO é extremamente importante na identificação de factores de risco ao processo de vinculação, como por exemplo em situações de nascimentos pré-termo, famílias desorganizadas, gravidezes não desejadas, doença materna ou em outras situações que se verifique a existência de *stressores* que comprometam a vinculação. O EESMO pode capacitar os pais, elogiando e apoiando as suas decisões. A **prevenção terciária** actua directamente nas LR. Está relacionada com os processos de ajustamento, quando começa a reconstituição, e os factores de manutenção que fazem o cliente voltar ao nível primário de prevenção. Promove objectivos que se coadunam com **estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar, reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar**, para que o ser humano enquanto sistema possa vir futuramente a identificar os *stressores* e ele próprio criar defesas face a esses agentes para se manter em equilíbrio. Nesta etapa o EESMO pode validar com os pais a educação para a saúde efectuada na prevenção primária, promover o seu envolvimento nos cuidados ao RN, incentivá-los ao contacto pele-a-pele, elogiando todos os progressos, contribuindo assim para aumentar a sua auto-estima e autonomia, diminuindo a insegurança. Os pais devem possuir, nesta fase, o conhecimento, a confiança, a segurança, o sentimento de posse sobre o seu filho, que lhes dará a autonomia e o controle sobre as situações. Segue-se um quadro que identifica os principais agentes *stressores* no fenómeno vinculação.

Quadro 1- Agentes *stressores* no processo da vinculação

VARIÁVEIS DO SISTEMA FAMILIAR STRESSORES	FISIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	SÓCIO-CULTURAIS	DESENVOLVI-MENTO	ESPIRITUAIS
INTRA-SISTÉMICOS	Ocorrência de um parto Dor	Experiência de parto Expectativa de ser mãe/pai		Experiências anteriores Comportamento interactivo Confiança no prestador de cuidados	Crenças e valores
INTER-SISTÉMICOS	Amamentação Contacto pele-a-pele Desvios de saúdes do sistema familiar Complicações da gravidez, parto e pós-parto	Gestão de tarefas Apoio da família	Crença cultural	Gravidez planeada/desejada Gravidez na adolescência Capacidade parental Conhecimento/preparação em relação à importância da vinculação	
EXTRA-SISTÉMICOS	Competências do recém-nascido/ Características da criança	Relação sistema familiar/ Relações afectivas anteriores Copping familiar		Atitude facilitadora/dificultadora do prestador de cuidados Privacidade Comunicação	

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No sentido de clarificar os **conceitos chave utilizados** deste trabalho, será feita uma breve abordagem teórica baseada nos vários autores consultados ao longo deste percurso. O conceito de 'Cuidados de Enfermagem' (assim como os de 'saúde', 'pessoa' e 'ambiente') pode ser compreendido à luz de diferentes autores, relativo a diferentes pensamentos. Para a realização deste trabalho, além da abordagem sistémica do Modelo Teórico de Betty Neumas será utilizada também a taxonomia CIPE.

Os cuidados de enfermagem centram-se numa relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou família/comunidade, numa perspectiva multicultural, tendo como foco de atenção a promoção da saúde da pessoa ao longo do seu ciclo vital, de modo a prevenir a doença, promover processos de readaptação e satisfazer as necessidades humanas fundamentais, através de processos de aprendizagem (OE, 2002). Devem enquadrar-se numa perspectiva de ajudar o outro na sua situação singular, como um ser único, com sua carga emocional, as suas experiências pessoais e vivências. Ao cuidar, o enfermeiro investe no modo como comunica, na disponibilidade que demonstra, e como utiliza as suas capacidades intelectuais e afectivas. **Disponibilidade** segundo a CIPE (Versão 2, 2010, p. 50), significa: “estar preparado ou disponível para acção ou progresso”. O objectivo é compreender o problema, as emoções e os sentimentos de quem é cuidado. Importa estar consciente dos seus recursos pessoais e profissionais a fim de os utilizar adequadamente e ainda, reconhecer em si próprio as principais dificuldades, tendo consciência dos seus efeitos na concretização e qualidade da relação. No aperfeiçoamento deste processo, o enfermeiro cresce a nível pessoal e ajuda o crescimento de quem cuida.

O cuidar, sendo uma acção partilhada com outros profissionais de saúde, é revestido de aspectos que são únicos na Enfermagem. Os enfermeiros prestam cuidados à pessoa na sua totalidade, sendo-lhes permitido tocar, partilhar as suas experiências e a manter uma relação de ajuda tão consistente que dificilmente é experienciado por outros profissionais. Estas vivências possibilitam o conhecimento, o acompanhamento e a partilha de valores e de necessidades de ajuda (RIBEIRO, 2000).

O mesmo autor reforça a necessidade de criar uma definição de enfermeiro e de níveis de competência, para se planificar os diferentes níveis de cuidados e atribuir as respectivas responsabilidades.

Define-se como competência o “conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias” (ALARCÃO, 2001, p. 53).

Para Benner (2001), **competência profissional** envolve fases de aquisição de capacidades (principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito) com características próprias que reflectem um acumular de competências até chegar a perito. A mesma autora descreve o cuidar como um compromisso e um envolvimento, de ordem relacional que deve ser inerente à prática de enfermagem.

É da responsabilidade do enfermeiro, enquanto interage e cuida das famílias, mantendo-se no seu ambiente externo, intervir de forma a facilitar e promover o bem-estar familiar. Para Neuman e Fawcett (2011), a Enfermagem é a única profissão que se preocupa com todas as variáveis que afectam o cliente no seu ambiente, sendo a sua meta facilitar o bem-estar óptimo para o cliente, através da retenção, geração ou manutenção da estabilidade do sistema cliente, através de cuidados de prevenção primária, secundária ou terciária em relação aos *stressores* da fase de transição para a parentalidade, do nascimento e na promoção da vinculação entre a díade/ tríade.

3. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A CIPE é um sistema de classificação que surgiu do reconhecimento da necessidade de descrever os fenómenos dos clientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de enfermagem e os respectivos resultados para os clientes. Além disso, permitirá, diferenciar as práticas dos enfermeiros peritos e de outros prestadores de cuidados de saúde (CIPE, 2010). Utilizando esta classificação, é possível cruzar vocabulários e classificações existentes, o que neste trabalho se reflectirá na utilização da CIPE, em conjunto com o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman. Esta taxonomia utiliza um modelo de sete eixos que pretende facilitar a sua utilização: **foco** “área de atenção relevante para a enfermagem” (CIPE, 2010, p. 18) por exemplo, **vinculação**, **juízo** “opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem” (CIPE, 2010, p. 18) por exemplo, **iniciado recursos** “forma ou método de concretizar uma intervenção” (CIPE, 2010, p. 18) por exemplo, **enfermeiro**, **acção** “processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente” (CIPE, 2010, p. 18) por exemplo, **dar poder**, **tempo** “o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência” (CIPE, 2010, p. 18) por exemplo, **nascimento**, **localização** “orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção” (CIPE, 2010, p. 18) por exemplo, **hospital**, **cliente** “sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é beneficiário da intervenção” (CIPE, 2010, p.18) por exemplo, **recém-nascido**. No que se refere ao eixo “**cliente**”, a CIPE especifica a definição pais, enquanto “**membro da família**” e entendidos como **pai e mãe** (CIPE, 2010, p. 115).

Tendo em conta o nosso objecto de estudo, escolhemos utilizar esta taxonomia, no que respeita aos conceitos (focos) e acções preconizadas para os mesmos, uma vez que é uma base actual, específica da área de enfermagem e acessível e transversal aos profissionais.

4. EXPERIÊNCIA DE PARTO

Com o nascimento, os pais (sistema familiar) têm a possibilidade de contactar pela primeira vez com o seu filho, contribuindo para a construção da sua identidade enquanto pais e para promover o seu envolvimento emocional com o bebé, que idealizaram durante a gravidez.

É o início duma nova etapa das suas vidas e o começo de uma relação com o novo membro que se pretende que seja de laços fortes, intensos e duradouros (FIGUEIREDO, 2001).

O *stressor* do nascimento penetra as linhas de defesa do sistema familiar, compostas pelas experiências anteriores que ambos tiveram. Um casal que tem um primeiro filho adaptar-se-á de forma diferente de um casal que já viveu este processo anteriormente (BRAZELTON e CRAMER, 2004). Para além disso, o ambiente e as condições socioeconómicas em que vivem serão influentes na forma como reagirão à chegada de um filho. Neste período, ocorre um ajustamento a uma nova situação e até a uma nova identidade; é um momento de aprendizagens intensas e de reestruturação da própria estrutura familiar, pela integração de um novo elemento (BRAZELTON e CRAMER). Segundo Neuman e Fawcett (2011), esta reconstituição depende dos recursos que os sistemas têm e da sua mobilização, ajudando a que o sistema se adapte e retome a estabilidade. Neste caso, adquire competências parentais e contributos positivos para o processo da vinculação entre a tríade. Assim, torna-se necessária uma adaptação do sub-sistema mãe, do sub-sistema pai, e do sistema familiar à formação do novo sub-sistema parental, como refere Brazelton (1988, p. 15).

“ter um filho é um dos acontecimentos mais desafiadores da vida, talvez o maior de todos. É uma ocasião para crescimento e amadurecimento pessoais, bem como a possibilidade excitante para criar e tornar-se responsável por outro ser humano. É uma ocasião para se perpetuar e ter outra possibilidade na vida. Um bebé representa uma pessoa com uma oportunidade de se tornar uma família”.

Ainda segundo o mesmo autor, se não for o primeiro filho, as experiências anteriores constituem-se variáveis, que poderão facilitar ou dificultar a adaptação.

A gravidez e o parto são talvez a experiência mais intensa que uma mulher/ casal (sistema familiar) pode ter na sua vida. São *stressores* que vão afectar as variáveis do

core, principalmente a psicológica e a de desenvolvimento. À medida que o bebé se desenvolve, começa a ser imaginado através das percepções maternas e paternas e do significado que ambos (sistema familiar) atribuem aos seus movimentos e à evolução da gravidez. As ideias preconcebidas pelos pais sobre as características físicas e da personalidade vão construindo a imagem do bebé que está por vir, que se designa de “bebé imaginário”. Este é o bebé imaginado pelos pais nos seus sonhos, pensamentos e percepções, através do modo como estes vivenciam o bebé intra-uterino durante a gravidez (BRAZELTON e CRAMER, 2007).

Ainda segundo os mesmos autores, a gravidez é composta por três fases, cada uma associada a uma fase de desenvolvimento físico do feto. Numa primeira fase,

“ os pais adaptam-se à notícia da gravidez, que é acompanhada de mudanças no corpo da mãe, mas não há ainda evidência da existência do feto. Na segunda fase, os pais começam a reconhecer o feto como um ser que irá eventualmente separar-se da mãe, (...) por fim, numa última fase, os pais começam a encarar o futuro filho como indivíduo, e o feto contribui para a sua própria individualização, através de movimentos, ritmos e níveis de actividade distintos” (BRAZELTON e CRAMER, 2007, p. 32).

Segundo a CIPE, (versão 2, 2010, p. 50), **gravidez**, significa:

“processo do sistema reprodutor, com as características específicas: condição de desenvolver e alimentar um feto no corpo, e que dura um período de aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis. Nas corporais, o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos”.

No momento do parto, o “bebé imaginário” dá lugar ao “bebé real”. Para os pais, é neste momento que os três bebés comparecem, isto é, o filho imaginário e o feto invisível mas real, aparecem ao lado do verdadeiro bebé recém-nascido, que eles podem agora ver, ouvir e acariciar (BRAZELTON e CRAMER, 2007). Segundo Brazelton e Cramer (1989), os bebés recém-nascidos estão magnificamente programados para se adaptarem às fantasias dos pais e para recompensar o trabalho de parto.

A acção de interagir com o recém-nascido, de lhe tocar, de o alimentar e de o colocar em contacto pele-a-pele, são também factores que podem determinar a qualidade de

experiência do parto e que irão depender da correspondência (ou não) às suas expectativas, tanto em relação ao recém-nascido como em relação ao ambiente onde decorreu o parto e ao significado atribuído pelo sistema familiar aos cuidados que lhes foram prestados. Estudos realizados têm vindo a demonstrar que a experiência de parto é de extrema importância, pois interfere de forma muito significativa no funcionamento emocional do casal e na sua vinculação ao bebé (FIGUEIREDO, 2001). Uma mãe com uma percepção positiva da sua experiência de parto menciona mais frequentemente sentimentos positivos em relação ao seu bebé e a sua adaptação ao papel materno é mais fácil. Existem diversos factores que parecem estar associados a níveis mais altos de satisfação em relação ao parto: perceber menos dor durante o trabalho de parto, perceber um bom nível de controlo pessoal, que as expectativas em relação ao parto sejam cumpridas e ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade (GOODMAN *et al*, 2004).

Uma maneira de deixar as mulheres mais confortáveis no momento do parto é permitir que elas escolham como acompanhante uma pessoa de confiança que possa apoiá-la e confortá-la, tornando assim a ocasião do nascimento mais harmoniosa e ajudando a criar condições favoráveis ao estabelecimento do vínculo (ROSA *et al*, 2008). Também Tedder (2008) conclui que quanto mais cedo o pai está envolvido nos cuidados ao bebé, mais cedo ele desenvolve sentimentos de proximidade e de apego com o seu bebé.

5. VINCULAÇÃO

O termo vínculo pode ser definido como uma relação entre duas pessoas que é específica e que prevalece através do tempo. Segundo RAMOS (2004, p. 165) “ O conceito de vinculação é geralmente utilizado para descrever a relação afectiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida”.

O termo vinculação foi introduzido por Bowlby em 1959, quando se referiu à relação/ligação mãe/filho, subsequente da necessidade primária e biologicamente determinada de interacção e criação de laços emocionais em torno do bebé. O bebé, no encontro do nascimento, é dependente, mas capaz de pedir ajuda, pela emissão de sinais, para que lhe sejam satisfeitas as necessidades básicas e oferecido um ambiente de segurança e afeição, promotor do seu desenvolvimento físico, social e mental (BOWLBY, 2002). Surge a figura de vinculação, em direcção à qual a criança dirige o seu comportamento e, pelas componentes educacionais e culturais, é preferencialmente a mãe.

Um sistema casal que está informado acerca dos benefícios do estabelecimento do vínculo logo após o nascimento, uma gravidez desejada, e experiências de relações estáveis ao longo da sua de vida, adaptar-se-á de forma diferente que um casal que não viveu este tipo de experiências. Tal como refere Brazelton e Cramer (1989, p. 17) para “compreendermos as interacções «mais precoces» entre pais e filhos, temos de recuar um pouco e examinar essas relações ainda mais precoces”. O mesmo autor refere que todas as experiências de vida anterior do sistema familiar, vão influenciar de algum modo as suas aptidões de pais e quanto mais saudável tiver sido esse ajustamento à sociedade, mais eles serão capazes de assumir as suas novas responsabilidades.

Outros autores, como Klaus e Kennel (2000), defendem que a vinculação tem início no campo do precoce, anterior ao parto e à concepção: como a ideia de ter um filho e o planejar da gravidez, passando pela confirmação e aceitação da mesma, pela percepção dos primeiros movimentos fetais e aceitação do feto como pessoa. Este processo continua numa fase posterior ao nascimento, com a percepção do choro, a visualização do bebé, o primeiro contacto cutâneo e a prestação de cuidados, de forma a consolidar os laços afectivos.

Klaus e Kennel (1993) descrevem a existência de um período sensitivo após o parto, durante o qual a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta e em que se verificam interacções complexas entre ambos, que ajudam a uni-los.

Esse contacto íntimo não deverá ser interrompido, mas sim continuado com o envolvimento, pelo contacto pele com pele, o cheiro do corpo e do leite da mãe, a visão da face, a audição dos sons da voz dos pais, num ambiente caloroso, como refere (BRAZELTON e CRAMER, 1989; RAMOS, 2004). Deste modo, os pais que estão fortemente vinculados ao filho antes do seu nascimento podem melhorar o seu apego devido aos acontecimentos que ocorrem durante o período sensitivo. Ou este poderá ser um período em que os sentimentos de apego realmente se iniciam para alguns pais (KLAUS e KENNEL, 1993).

Segundo a CIPE (Versão 2, 2010, p. 79), **vinculação** é: “acção de parentalidade com as características específicas - ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos”. No entanto, uma inadequada vinculação poderá levar posteriormente a resultados perigosos na relação posterior entre pais / filhos que são manifestados por negligências, maus-tratos e abusos (RAMOS, 2004).

As capacidades de interacção do RN permitem-lhe sobreviver e adaptar-se ao meio extra-uterino, e em simultâneo, favorecem o envolvimento emocional dos pais (BRAZELTON e CRAMER, 2007). A estas capacidades Sá (2004) chamou de competências para a relação ou competências para a vinculação. Se for proporcionado aos pais o conhecimento sobre as competências interactivas do RN e se estes compreenderem e valorizarem as inúmeras capacidades dos seus filhos, poderão ser estabelecidos entre os mesmos, diálogos mais ricos e, conseqüentemente, o envolvimento afectivo entre ambos pode estar mais facilitado, contribuindo assim para o desenvolvimento sócio emocional e cognitivo da criança (BRAZELTON e CRAMER, 2004). O recém-nascido é capaz de ver, ouvir e reconhecer os cheiros e gostos para além de ter uma extrema sensibilidade ao tacto. É também capaz de receber e transmitir informação, comunicando com o meio envolvente (SÁ, 2004). Desde o nascimento que o recém-nascido é capaz de dirigir a sua atenção para o rosto do adulto e entrar em interacção com ele, embora apresente uma reduzida acuidade visual. É especialmente sensível à voz humana. Ouvir a voz da mãe, ou sons de tonalidade grave têm um efeito pacificador e tranquilizante sobre a criança (BRAZELTON E CRAMER, 2007). Quando uma mãe pega no filho, ele volta a face

para o seio, antes mesmo de o mamilo tocar na boca, devido à sua sensibilidade olfactiva (BRAZELTON e CRAMER, 2007). Também o estímulo do aleitamento materno precoce na primeira hora de vida, promove o estabelecimento de um contacto íntimo e precoce da tríade (OMS, 1996, 2009). Reforçando este conceito e segundo a CIPE, (Versão 2, 2010, p. 39) a **amamentação** significa:

“padrão alimentar ou de ingestão de líquidos com as características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada, com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite da mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces da fome”.

Também o choro é uma forma de comunicação que ocorre a partir de uma resposta reflexa motivada pela dor, fome, mal-estar ou desconforto, com a finalidade de obter atenção. O choro origina nos pais uma reacção automática de preocupação, responsabilidade e culpa que os obriga a reagir e a identificar o motivo pelo qual o filho está a chorar. O comportamento do recém-nascido promove o envolvimento emocional dos pais, principalmente quando estes conseguem satisfazer as necessidades do filho e acalmá-lo (BRAZELTON e CRAMER, 2007).

Neste contexto, consideramos o conceito vinculação pais-filho como uma ligação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual e, que se traduz num processo de adaptação mútua, no qual os pais e o bebé participam activamente. É uma relação de apego e reciprocidade em que são criados e mantidos laços afectivos. Promove sentimentos de bem-estar, segurança e protecção, que vão influenciar o desenvolvimento saudável do bebé e da parentalidade (KLAUS e KENNEL, 1993). É portanto indispensável que o EESMO tenha conhecimento destas capacidades do recém-nascido, para apoiar os pais no processo de interacção da tríade, de modo a que estes compreendam as reacções do RN e o estimulem, permitindo que este primeiro contacto contribua para um envolvimento emocional eficaz.

CAPÍTULO II
METODOLOGIA

1. REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

Para dar resposta à questão inicial, foi realizado um aprofundamento teórico que procurou utilizar a orientação de Revisão Sistemática de Literatura que pode ser vista, em alguns contextos, como uma das etapas do processo de investigação, embora não seja o que se pretendeu desenvolver. Segundo Fortin (1999, p. 74), a revisão da literatura é “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”.

Também Bachion e Pereira (2006, p. 492) a definem como a “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões”.

Difere de uma revisão tradicional, já que consiste num método rigoroso de procura e selecção das pesquisas, na avaliação da sua validade e interpretação dos dados daí resultantes. As suas características têm vantagens tais como, a promoção e actualização dos profissionais de saúde e síntese de um amplo corpo de conhecimentos (GALVÃO *et al*, 2004, p. 550), sendo um recurso importante da prática baseada na evidência. Segundo Galvão (2004), inclui um protocolo com uma série de etapas para a sua realização, que serão apresentadas de seguida.

Na **primeira etapa** é definida a **questão de pesquisa**, que é “uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, seleccionar e avaliar as pesquisas relevantes, colectar e analisar dados de estudos incluídos na revisão” (CORDEIRO *et al*, 2007, p. 429, citando CLARK e HONTON, 2001). Esta questão vai definir as estratégias a seguir e deve ser formulada de uma forma clara contendo a descrição do problema em estudo, população, contexto, intervenções e resultados (SAMPAIO e MANCINI, 2007).

Assim elaborou-se a seguinte **questão de partida**, que atende aos critérios do formato PICO: “**Qual o impacto dos cuidados de enfermagem especializados (I), na promoção da vinculação, (O) da díade/tríade, (P) nos nascimentos de parto eutócico?**”

Na primeira etapa, são definidas, igualmente, as **palavras-chave** e o objecto de estudo (MUÑOZ, 2002), assim como os **critérios de inclusão e exclusão** para a selecção dos

estudos, a selecção das estratégias para a pesquisa, avaliação crítica da síntese dos estudos e quais os recursos que poderão vir a ser mobilizados (GALVÃO, 2004).

Na **segunda etapa** procede-se à **pesquisa dos estudos na literatura**. Implica procurar artigos que se considerem relevantes ou que tenham impacto para a conclusão da revisão sistematizada (SAMPAIO e MANCINI, 2007, p. 79; GALVÃO *et al* 2004). Esta pesquisa deve ser vasta e incluir material publicado e não publicado em bases de dados electrónicas, manuais periódicos, referências listadas nos estudos identificados, contacto com investigadores ou material não publicado, tal como sugerido por Galvão *et al* (2004).

Na **terceira etapa** é feita a **pesquisa, revisão e selecção dos estudos**, com base nos critérios anteriormente definidos. Dos estudos seleccionados deve mencionar-se a questão de investigação ou problema em estudo, local onde foi realizado e ano, forma como a intervenção foi realizada (metodologia) e resultados (GALVÃO *et al*, 2004).

A **quarta etapa** implica a **análise** desses estudos. Nesta fase é feita a comparação entre eles, evidenciando o que existe de comum e diferente.

Para a definição PI[C]O, optou-se por utilizar expressões na língua inglesa, como estratégia facilitadora de pesquisa, uma vez que esta última é a privilegiada nas bases de dados electrónicas.

Efectuada pesquisa no motor de busca B-On e EBSCO, nas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *British Nursing Index*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Academic Search Complete*.

Foram procurados artigos em texto integral (no período de Março a Junho de 2011), publicados entre 2000/06/01 e 2011/06/31.

Guyatt e Rennie (2002) consideram que as revisões sistemáticas da literatura devem considerar a evidência dos últimos 5 anos. No entanto considerou-se o período temporal de 10 anos pelo facto da maior abrangência face ao conhecimento existente sobre a matéria em análise.

Como critérios de elegibilidade para a selecção dos estudos privilegiaram-se os publicados e disponíveis em *full text* nas bases de dados acima referenciadas com recurso a metodologia qualitativa ou revisão sistemática da literatura, terem sido publicados em português, inglês, francês ou espanhol; terem como objecto de estudos intervenientes em partos eutócicos (pais e profissionais de saúde) e abordarem a temática da vinculação, nos primeiros momentos que se seguem ao nascimento, os

factores que influenciam esse processo e os cuidados de enfermagem promotores da vinculação. Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas bases de dados, estudos efectuados, em partos distócicos, partos pré-termo, doença materna ou do RN, ou em outras situações que exigem a separação do RN dos pais.

Ao definir-se o objecto alvo de estudo e ao pretender-se uma compreensão mais ampla deste fenómeno, realizada uma pesquisa nas bases de dados electrónicas já referidas, resultando 220 artigos no total: trinta e três (33) na *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; sessenta e um (61) na *CINAHL Plus with Full Text*; vinte e seis (26) na *Academic Search Complete*, quarenta (40) na *MEDLINE with Full Text*, e sessenta (60) na *B-On*. Dos artigos identificados, trinta e seis (36) estavam repetidos, pelo que a selecção inicial partiu de cento e oitenta e quatro (184) artigos. Destes foram lidos os resumos de forma a fazer uma primeira avaliação da pertinência dos mesmos face à questão inicial, tendo sido seleccionados, mediante os critérios de inclusão e de exclusão, onze (11) artigos. Foram utilizados os seguintes descritores: *Attach* and Midwi**, *Attach* and Childbirth*, *Bonding and Midwi**.

A estes, adicionaram-se um trabalho académico, realizado no contexto do Bloco de Partos dum hospital de Lisboa, por duas enfermeiras especialistas, e uma Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. O primeiro foi fornecido pelas autoras e o segundo pesquisado nas bases de dados das bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os **resultados da revisão sistematizada da literatura** serão apresentados procurando evidenciar os factores que influenciam o processo da vinculação no momento do parto, a conduta do enfermeiro especialista que assiste a mulher/ casal no processo do nascimento e também o impacto sentido pelos pais, durante este processo (Apêndice II).

2. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E NOTAS DE CAMPO

O processo de recolha de dados consiste na “colheita sistemática de informações junto de participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos” (FORTIN, 1999, p. 41), de forma a reunir/ recolher informações acerca das suas vivências, combinando o papel investigativo com outros (neste caso o de prestador de cuidados), de forma a obter uma mais completa observação.

A recolha de dados foi feita a partir da observação participante, uma das técnicas mais comuns nos estudos qualitativos, bem como através da elaboração das **notas de campo** (Apêndice III), baseadas nos momentos de interacção com a díade/família (TRIVIÑOS, 1987). Desta forma as notas de campo revelaram-se como um aspecto metodológico da observação extremamente relevante.

Nos momentos de interacção, através da comunicação, o enfermeiro, que tem o papel de facilitador, orienta o casal, no sentido de desenvolver e aprofundar aspectos, que coloca duma forma espontânea e adequada. Esta atitude leva o entrevistado a revelar sentimentos e emoções duma forma mais descontraída e por vezes mais autêntica (GAUYHIER, 2003).

A observação participante, segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 97) permite “seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão” e ao realizá-la pudemos descrever e identificar os comportamentos decorrentes de um determinado momento, requerendo a imersão total do investigador na situação em estudo (FORTIN, 1999). Este tipo de observação permite participar na vida da população observada, enquanto prestador de Cuidados de Enfermagem, como refere Spradley (1980, p. 39): “permite ao investigador entrar no mundo dos sujeitos, envolver-se com eles, observar e participar em actividades”.

Segundo Bogdan e Biklen (2006) as notas de campo são a forma escrita daquilo que investigador observa, ouve e reflecte, no decurso da recolha de dados. Este processo complexo possui duas dimensões, a descritiva e a reflexiva, em que a primeira demonstra

“a preocupação de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, acções e conversas observadas (...) que representam o melhor esforço do investigador

para registar objectivamente os detalhes do que ocorreu no campo” (BOGDAN e BIKLEN, 2006, p. 152).

A segunda dimensão assume um carácter reflexivo sendo “a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas ideias e preocupações” (BOGDAN e BIKLEN, 2006, p. 152), o que permite que a partir de um comportamento/ fenómeno possam surgir novas ideias/conceitos.

A construção das notas de campo teve em consideração uma descrição objectiva e cronológica dos eventos e diálogos decorrentes da interacção com o sistema familiar. Em cada nota de campo deverá constar a descrição do ambiente físico, os participantes envolvidos, as actividades desenvolvidas, a duração e processo da interacção, bem como os comportamentos/ fenómenos observáveis, actividades e diálogos, tal como defendem Polit e Hungler (2004) ao referirem que os registos de todas as informações devem ser objectivos e completos.

A realização das notas de campo decorreu no período de Abril a de Junho, no âmbito do Estágio com Relatório, no Hospital São Francisco Xavier, sendo que os participantes foram os casais a quem prestei cuidados nos quatro estádios do trabalho de parto e tendo em conta o tempo disponível, delimito a recolha de dados aos seguintes momentos: no acolhimento e assistência em sala de partos e posteriormente no serviço de obstetrícia. Os momentos de interacção com os pais, no serviço de obstetrícia, tiveram como principal objectivo a avaliação dos cuidados prestados durante o nascimento, para melhoria dos mesmos, a observação da relação pais/ filho e a identificação de dificuldades nesta interacção, dando também continuidade à relação de ajuda já iniciada, e sempre que possível promover a continuidade de cuidados.

3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

É fundamental a interpretação dos resultados obtidos, feita à luz dos objectivos e do suporte teórico e a análise dos dados apresenta-se como uma fase do processo de investigação intimamente relacionada com o processo de escolha dos participantes e com as diligências para a colheita de dados, uma vez que se efectuam simultaneamente (FORTIN, 1999).

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que Bardin (2009, p. 42) define como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Esses conteúdos, restritos aos participantes, permitem estudar as motivações, valores, crenças, entre outros aspectos. Assim, após várias leituras detalhadas das notas de campo, procedemos à identificação de unidades de significação (Apêndice IV). Assim, os dados obtidos serão organizados fazendo uma divisão de categorias através destas unidades manipuláveis e, conseqüentemente, produzir um quadro de referência (BOGDAN e BIKLEN, 2006; AMADO, 2000).

Além da descrição, a análise de conteúdo deverá não só possibilitar a compreensão do fenómeno que se constitui objecto de estudo, bem como conduzir à sua explicitação científica (CARMO e FERREIRA, 1998). Assim, foi executado um estudo das notas de campo, identificando palavras, frases, entre outros, através da sua leitura detalhada e repetida, de forma a efectuarmos uma análise de conteúdo.

Foram identificadas categorias efectuando uma “operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia)” (BARDIN, 2009, p. 117), criando-se uma palavra-chave representativa da categoria e subcategorias e que permitirá compreender os dados e compará-los a partir das unidades de significação (AMADO, 2000).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O ponto 1 do artigo 8º, Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, sendo que o conceito de ética, segundo Fortin (1999, p. 114) 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”. Ao longo de todo este percurso, foram tidos em conta os aspectos éticos na prestação de cuidados aos pais e recém-nascidos e também na colheita de dados, e análise dos mesmos, de acordo com a **Unidade de competência A1.1**. “demonstra tomada de decisão ética, numa variedade de decisões da prática especializada” (RCCEE, p. 4). Apresentei-me sempre como enfermeira a frequentar o curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tendo sempre presente a premissa de Nunes *et al* (2005, p. 17), quando referem que “os padrões ético-profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos”. A colheita de informação foi realizada, no contexto da prestação dos cuidados, não tendo efectuado registos escritos junto do casal. A metodologia utilizada para a colheita dos dados foi consentida pelos participantes, após informação sobre os objectivos do trabalho, tendo sido salvaguardados os princípios éticos como a **beneficência e não maleficência, justiça e equidade, autonomia, veracidade e fidelidade**. Este último princípio está relacionado com a **confidencialidade**, direito que procurei preservar em todos os momentos, descrito na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, direito nº 9 e pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo nº 85 (NUNES *et al*, 2005, p. 115): “**Direito 9** - O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificados que lhe respeitam” e “**Art.º 85** - (...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade de cuidados”.

Ao longo deste percurso, procurei manter uma constante consciencialização da minha presença e procedimentos junto dos casais, assim como da minha interacção com eles de forma a não influenciar ou afectar as respostas ou os seus comportamentos.

CAPÍTULO III

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. MOBILIZAÇÃO E REFLEXÃO DOS RESULTADOS NA PRÁTICA

Mediante a análise obtida da revisão sistematizada da literatura e das notas de campo, e tendo em conta os **objectivos** delineados no Projecto, pretendo neste capítulo, efectuar a discussão dos resultados, de modo a apresentar as principais actividades desenvolvidas durante as vinte e uma semanas de estágio, e reflectir acerca do meu desempenho, focando as principais estratégias utilizadas, as intervenções realizadas, os objectivos e as competências adquiridas, tendo em conta o modelo teórico escolhido. Será realizado neste capítulo, uma apresentação dos dados encontrados na realidade das práticas, de forma a compreender as discordâncias e concordâncias com o descrito pelos autores consultados e apresentados. A informação aqui presente tem por base a observação directa das situações de cuidados vivenciadas, sustentadas na evidência científica e as entrevistas de enfermagem realizadas aos pais com quem interagimos. Estes testemunhos foram extraídos das notas de campo, realizados ao longo do Estágio e que estão presentes no capítulo dos Apêndices (Apêndice III).

Relativamente às competências a adquirir, no contexto Estágio com Relatório, serão utilizados como referência os documentos que regulam e esclarecem quais as competências que um EESMO deve possuir. Emanado pela OE, em 2010, temos o RCEEESMOG, que refere, no artigo 2º, que para além das competências regulamentadas nesse documento, os enfermeiros especialistas devem possuir ainda competências que são transversais a todas as áreas de especialidade, remetendo-nos para um outro documento, publicado também pela OE, em 2010, o RCCEE. Um outro documento é o *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*, publicado em 2002 pela *International Confederation of Midwives* (Anexos III, IV,V).

Assim, para encontrar resposta à questão inicial, **“Qual o impacto dos cuidados de enfermagem especializados (I), na promoção da vinculação, (O) da díade/tríade, (P) nos nascimentos de parto eutócico?”**, e após a análise de conteúdo de sete notas de campo, surgiram dois temas: **(Factores que promovem a vinculação)**, e **(Cuidados de enfermagem que promovem a vinculação)**, tendo emergido as categorias, e subcategorias, apresentadas nos quadros 2 e 3, que passo a analisar e a interligar. Na análise e discussão dos resultados, para melhor compreensão, as **categorias** serão enunciadas a letra **MAIÚSCULA AZUL** e as **subcategorias** a letra

minúscula azul. Será ainda apresentado a letra 11 e a **negrito**, o registo das **unidades de significação**, correspondentes do desempenho do EESMO e a **azul** as decorrentes do discurso verbalizado pelas mulheres/ casais. Também os **objectivos** e as **competências** estão mencionados a **negrito**.

Quadro 2 - Factores que promovem a vinculação

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
CONTACTO PELE-A-PELE	
AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA	
ENVOLVIMENTO DO PAI	
AMBIENTE FAVORÁVEL	
PRESENÇA DO CONVIVENTE SIGNIFICATIVO	
APOIO FAMILIAR	
EXPERIÊNCIA DE PARTO	Expectativa
	Experiências anteriores
	Relações afectivas
INFORMAÇÃO	Preparação para o parto/nascimento
	Vigilância de saúde materna
	Internet/livros
SIGNIFICADO DO VÍNCULO	
COMPETÊNCIAS PARENTAIS	
COMPETENCIAS DO RECÉM-NASCIDO	
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO OPORTUNO	Gestão dos recursos
	Autonomia dos pais
CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM	

Quadro 3 - Cuidados de enfermagem que promovem a vinculação

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	Relação de Ajuda
	Educação para a Saúde
	Contributos para a tomada de decisão
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	Identificação dos <i>stressores</i>
	Intervenções para minimizar/eliminar <i>stressores</i>
	Capacitação do sistema familiar
PREVENÇÃO TERCIÁRIA	Restabelecer os padrões de bem-estar

Neste percurso foi necessário passar por várias etapas. Assim:

“na aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito. (...). Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspectos gerais (...). O primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação (...); o terceiro aspecto é a passagem de observador desligado a executante envolvido” (DREYFUS, 1981, citado por BENNER, 2001, p. 39).

Analisando o percurso desde o início do estágio, permite-me colocar a minha evolução de **iniciada** para **iniciada avançada**, visto, no término deste momento de aprendizagem, ter adquirido competências para lidar com situações reais com autonomia, como refere Benner (2001, p. 46), ao referir que:

“o comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser classificado de aceitável, pois já fizeram frente a situações reais em número suficiente para notar (...) os factores significativos que reproduzem em situações idênticas”.

De forma a conseguir uma socialização profissional, mas também compreender o tipo de cuidados prestados pelos vários profissionais que constituem a equipa multidisciplinar, foi-me proporcionada a integração ao serviço (enquanto estudante) e uma participação gradual nos cuidados, o que conduziu a uma progressiva autonomia, de grande importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Serão descritas e analisadas de seguida as **competências** desenvolvidas e **objectivos** propostos, no Projecto do Estágio com Relatório, assim como as estratégias utilizadas para a sua concretização.

OBJECTIVO 1

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante o período pré-natal.

Tendo em conta a **competência 2, da Ordem dos Enfermeiros, 2010** (cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal) e a **competência 3 do ICM, 2002** (fornecem cuidados ante natais de alta qualidade de forma a maximizar a

saúde durante a gravidez, incluindo a detecção precoce e tratamento ou referenciação de complicações), procurei adequar as minhas intervenções, no sentido de desenvolver competências nesta área, tendo em conta os três níveis de prevenção, segundo o modelo conceptual de referência.

Após o acolhimento e a colheita de dados, é importante que o enfermeiro planeie e implemente as suas intervenções, **(PRIMÁRIAS, SECUNDÁRIAS E TERCIÁRIAS)** de acordo com as necessidades das famílias. O objectivo é ajudar o sistema familiar, a desenvolver conhecimentos, aptidões e segurança para atingir o nível de bem-estar, impedindo a invasão de *stressores*, para o desenvolvimento saudável da gravidez. Para isso foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos durante o curso e aprofundar constantemente os mesmos, no sentido de ser capaz de adequar os cuidados a cada família em particular. Todos os meus procedimentos foram validados com a minha orientadora e todas as situações vivenciadas foram discutidas, de modo, a realizar uma análise, identificando as competências desenvolvidas e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento do sentido crítico e capacidade de auto-avaliação, seguindo a premissa do Artigo 8.º do RCCEE (2010, p. 10), que ao nível das **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**, refere que o enfermeiro:

“actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Investiga e colabora em estudos de investigação. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Discute as implicações da investigação. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada”.

No âmbito da **PREVENÇÃO PRIMÁRIA**, privilegiei a realização de **educação para a Saúde**, também referida como **competência essencial do EESMO pelo ICM** quando refere “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada” (2002, p. 8).

Também Serafim (1999, p. 12) citando Green (1986) refere que:

“educação em saúde é um processo que liga a lacuna entre a informação de saúde e a prática de saúde. A educação em saúde motiva a pessoa a tomar a informação e fazer

alguma coisa com ela, manter-se ele próprio mais saudável, evitando acções que sejam nocivas e formando hábitos que sejam benéficos”.

Ainda segundo a CIPE (versão 2, 2010), o conceito que mais se assemelha ao anterior é o de **dar poder**, ou seja, capacitar as pessoas para fazerem escolhas de modo a que se consciencializem do seu potencial para melhorar a sua saúde. Esta capacitação deve ser feita antes e depois da invasão pelos *stressores*.

Tal como as experiências, os conhecimentos que os pais possuem residem nas suas LFD e funcionam como protecção à entrada de *stressores*. Por exemplo, se eles tiverem conhecimento acerca de estilos de vida saudáveis durante a gravidez, ou se estiverem informados de quais os sinais e sintomas para recorrer à urgência obstétrica, podem ser participantes activos no processo da gravidez, minimizando assim a entrada de *stressores* negativos.

Uma lacuna nos conhecimentos significa uma LFD mais fraca, mais contraída e faz com que a protecção do *core* seja menor, podendo ser afectada a LND e as de resistência. Kintzinger (1996) diz-nos que desde muito cedo ambos os progenitores devem-se preparar para o nascimento, ideia reforçada por Couto (2003) ao considerar a **preparação para o parto/ nascimento** a par da **vigilância de saúde materna**, fundamentais para a formação e educação dos pais, actuando assim ao nível da **PREVENÇÃO PRIMÁRIA**. Iguamente na pesquisa efectuada na RSL, conclui-se que as intervenções de acompanhamento, informação, capacitação e treino dos pais, devem ser realizadas não só no momento do parto, mas também durante a vigilância da gravidez e nos dois meses seguintes ao parto (MERCER e WALK, 2006), actuando-se assim, não só a nível da **PREVENÇÃO PRIMÁRIA** (acompanhamento, informação), tal como demonstra a unidade de registo:

“expliquei-lhe que o estabelecimento do vínculo, e a continuação desses procedimentos (tocar, falar, pegar ao colo, amamentar) nos próximos meses, eram importantes para a formação da personalidade dos bebés; que seriam pessoas mais seguras e mais saudáveis”, (Apêndice III, NC5), mas também na PREVENÇÃO SECUNDÁRIA (capacitação e treino dos pais), cujo exemplo se verifica na unidade de registo da nc3 **“Após ser instruído acerca dos cuidados o pai disse” “posso tentar vesti-lo”?** (Apêndice III, NC5).

Da análise das notas de campo emergiu, que os casais mais informados, foram os que efectuaram a **vigilância de saúde materna**, com o acompanhamento do EESMO,

nomeadamente a **preparação para o parto/nascimento**, mas apenas um sistema familiar apresentou plano de parto e tinha a **expectativa** que privilegiassem as suas escolhas. “**sr.ª enfermeira, eu não quero ter o meu bebé deitada, nem quero que me cortem.**” “**Queremos um ambiente o mais calmo possível, pouca luz e pouca gente, e quero cortar o cordão umbilical.**” (Apêndice III, NC6).

Neste sentido, adequiei os meus cuidados, tentando explorar as possibilidades para informar, instruir e capacitar os casais, (**intervenções para minimizar/eliminar stressores**) relativamente ao desenvolvimento das competências para o processo de transição para a parentalidade, nomeadamente na promoção da vinculação e no aleitamento materno, ajudando-os na construção do seu plano de parto, através da verbalização das suas expectativas, promovendo a **autonomia dos pais**, indo ao encontro do **critério de avaliação H2.1. (competência 2, OE, 2010)**. “Promove o plano de parto, aconselha e apoia, a mulher na decisão”.

A CIPE (Versão 2, 2010, p. 66) define o conceito de transição para a parentalidade, como a

“acção de parentalidade com as seguintes características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”

e que é vivida de forma diferente de sistema para sistema, entre pai e mãe. Por este motivo, o EESMO desenvolverá estratégias adequadas a cada sistema, com o objectivo de facilitar e apoiar as suas escolhas, (**contributos para a tomada de decisão**) tendo em conta as suas diferenças, (**identificação dos stressores**) o que procurei assegurar.

A **educação para a saúde** foi um elemento chave, nas mulheres com patologia associada à gravidez, informando e orientando cada sistema familiar, a nível da **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**, sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adoptar para minimizar a sintomatologia e sobre estratégias para minorar o impacto da patologia sobre a gestação, (**intervenções para minimizar/ eliminar stressores**) tal como é descrito nos **critérios de avaliação da Competência 2 da OE (2010, p. 4)** “informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” e “informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos”.

Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências técnico-científicas no cuidado especializado à grávida, nomeadamente na avaliação do “bem-estar materno-fetal

pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2010, p.4), nomeadamente a estática fetal, a monitorização e interpretação do traçado cardiotocográfico, a avaliação do exame bi-manual (avaliação da cervicometria, características do pavimento pélvico e alterações obstétricas/ginecológicas), identificação de situações de risco, **(identificação dos stressores)** e referenciação à equipa multidisciplinar. Ainda durante o período pré-natal, tive a oportunidade de desenvolver competências, na prestação de cuidados especializados a grávidas com patologias associadas à gravidez (diabetes gestacional, pré eclampsia, hipertensão arterial, colestase gravítica, doenças respiratórias, situações de ameaça de parto pré-termo), cooperando com outros profissionais no seu tratamento, o que está de acordo com os **critérios de avaliação H2.3.3.** “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez”, e **H2.3.4.** “coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (OE, 2010, p.2) **(PREVENÇÃO SECUNDÁRIA)**. Estas intervenções relacionam-se com as reacções/ sintomas que o sistema apresenta face aos *stressores* e com o tratamento que permite diminui-las, de forma a manter o bem-estar do sistema familiar, reforçando a LND, e a protecção do *core*, após invasão dos *stressores*.

Uma das competências da enfermeira apresentadas por Benner (2001), dirige-se à sua função de diagnóstico e de vigilância das situações clínicas, tendo em consideração que as margens de segurança são muitas vezes pequenas.

Benner (2001, p. 121) considera que “as funções de diagnóstico e de vigilância do doente constituem a tarefa principal da enfermeira, mesmo se as enfermeiras não conseguem fazer reconhecer completamente este papel”. A este respeito, das notas de campo emergiu o papel do EESMO, designado pela CIPE (2010, p.64) **papel do prestador de cuidados**, como sendo o mais valorizado pelos casais, **“os enfermeiros são os que mais se preocupam connosco.”** (Apêndice III, NC5), mas de facto o papel do EESMO, como profissional que também tem a função de diagnóstico, ainda não é reconhecida pela sociedade. Em vários momentos nos perguntaram se éramos médicas ou enfermeiras e na seguinte unidade de registo evidencia-se essa admiração por parte dos casais, **“nunca pensei que os enfermeiros fizessem tanta coisa”** (Apêndice III, NC2), (referindo-se ao conjunto de todas as intervenções autónomas do EESMO).

Se queremos valorizar o nosso trabalho e para que a sociedade o valorize também, temos que, não só reflectir acerca das nossas práticas, como também empreender todos os esforços para as mudarmos, quando necessário, utilizando a evidência científica, o que vai ao encontro do **critério de avaliação B2.1.1** “accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade” e à **unidade de competência B2.2**. “planeia programas de melhoria continua” (RCCEE, p. 6).

Odent (2002) refere que os profissionais de saúde precisam de repensar a forma de cuidar, para evitar a tendência à intervenção, como rotina. Também Hesbeen (2000, p. 75) afirma que “antes de trabalhar pelo reconhecimento das enfermeiras há que trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem”.

Mais um aspecto, que poderá contribuir para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, será futuramente a realização da Triagem na Urgência Obstétrica, pelo EESMO. Neste contexto, foi pedida a colaboração das estudantes da especialidade para colaborar na realização dum protocolo para a Triagem, surgindo assim a realização de uma **Norma de Procedimentos de Enfermagem** sobre a temática da **Ameaça de Parto Pré-Termo**, (Apêndice VIII), cumprindo assim a premissa do **critério de avaliação B1.1.1** “Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional”.

Ainda no contexto da reflexão e mudança das nossas práticas, a realização de três Diários de Aprendizagem, segundo o Ciclo de *Gibbs* (Apêndice V), constituíram uma mais-valia. A sua elaboração revelou-se um espaço de expressão e reflexão sobre nós próprios. Ao fazermos a reflexão sobre a nossa interpretação fundamentada, encontramos um modo de mobilização de conhecimentos, integrando e interligando a teoria e a prática. São momentos de avaliação do nosso desempenho e de desenvolvimento de competências para a excelência profissional, que vão ao encontro do artigo 88, alínea a, do Código Deontológico do Enfermeiro: “de modo a manter a excelência do seu desempenho, o enfermeiro deve analisar o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas, que mereçam mudança de atitude”. Todos os diários realizados abordaram a temática da vinculação, evidenciando *stressores* que podem influenciar negativamente o estabelecimento do vínculo nos primeiros momentos após o nascimento, nomeadamente o parto pré-termo, que se evidenciou em 3 situações diferentes (1 parto pré-termo gemelar de 28 semanas, com a separação da díade, realizado numa cirurgia de urgência, 1 parto pré-termo, realizado por mim em que não

foi necessária a separação da díade, 1 prematuro internado na neonatologia, cujo vínculo estava afectado, não só pelo internamento, mas pela ausência da família). Destas reflexões, emergiu que o papel do EESMO, não se limita a actos isolados, nem a condutas baseadas apenas na sua própria autonomia, tornando-se cada vez mais necessário a articulação, não só entre unidades, mas com outros profissionais, e essencialmente com as famílias. É também importante salientar que a realização dos diários de aprendizagem abordando este tema, e também a elaboração da norma de procedimentos, me facilitaram na aquisição e desenvolvimento das competências relacionadas com a temática que me propus desenvolver, assim como na concretização do objectivo delineado no projecto, que aborda o tema da vinculação.

OBJECTIVO 2

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestarem cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada, tendo em conta a Competência 3, Ordem dos Enfermeiros, 2010 (Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto) e a competência 4 ICM, 2002 (Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido).

Posso dizer que o desenvolvimento destas competências, principalmente a realização do parto eutócico, em ambiente seguro, atenuando os factores de risco associados aos *stressores* ambientais, foi a experiência mais exigente, mas também a mais gratificante. Durante os quatro estádios do trabalho de parto, tive a oportunidade de desenvolver as actividades a que me propus no Projecto de Estágio, adquirindo progressivamente segurança, destreza e confiança na prestação dos cuidados e consequentemente mais autonomia. Quando vivenciamos situações que ultrapassam os nossos meios de compreensão e de abordagem, descobrimos um domínio virgem onde a aprendizagem é necessária (BENNER, 2001).

Toda a aprendizagem efectuada para o desenvolvimento das competências específicas desta área de especialização, tornaram-se desafios que foram sendo ultrapassados com o desenvolvimento da experiência prática, com o aprofundar dos conhecimentos

teóricos e pela orientação e ensinamentos transmitidos da enfermeira orientadora. Devo salientar que a sua prestação de cuidados, além de demonstrar competências de perita na área, transmitiu também “paixão” e envolvimento nas suas intervenções, que serviu de estímulo e de motivação, durante este percurso. Devo também salientar que pelo facto da enfermeira orientadora exercer funções de chefia de equipa, também tive a oportunidade de desenvolver competências na área da gestão, nas só dos cuidados, mas também dos recursos.

Vários aspectos e acções foram sendo aperfeiçoados durante o Estágio, como por exemplo: Realizar o exame bi-manual para avaliar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e as características da bacia materna, acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando o partograma para registo, manejar uma circular de cordão no parto, identificar situações com indicação para medidas de emergência (placenta retida, distócia de ombros), Indicações para o parto cirúrgico (sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica), avaliar indicadores de complicações no parto (sangramento, alterações das características do liquido amniótico, paragem na progressão do parto, realização do parto em ambiente seguro, realização de episiotomia e episiorrafia se necessário, actuando assim, na **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**.

A aplicação de técnicas de reparação do canal de parto (episiorrafias e sutura de lacerações de grau I e II) foi um desafio que ultrapassei, tendo sentido alguma dificuldade em realizar suturas de maior complexidade. Houve situações em que não consegui completar a reparação do canal de parto, devido à sua complexidade ou pela fragilidade dos tecidos, tendo referenciado a situação, seguindo o que está preconizado pela **OE (2010, critério de avaliação H3.3.4, p.3)** quando refere que o EESMO “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação” a outros profissionais.

O nascimento de um filho é um *stressor* intrassistémico, ou seja, uma força que ocorre dentro do sistema familiar e que provoca uma reacção no mesmo. A família tem de se organizar para conseguir integrar um novo ser (o recém-nascido), assumir as responsabilidades parentais que permitem facilitar a integração do recém-nascido no sistema familiar e otimizar o seu crescimento e desenvolvimento, tal como refere Brazelton e Cramer (1989). Para ajudar o sistema familiar a otimizar as suas capacidades (recursos), é fundamental que o EESMO na sala de partos, durante o

acompanhamento ao sistema familiar, identifique as suas **expectativas**, as suas **experiências anteriores** e a cultura a que pertencem; a compreensão dos sentimentos que têm face ao RN, as suas preocupações e os preparativos que estão a fazer em casa para a chegada do bebé, são igualmente factores importantes que devem ser explorados (**identificação dos stressores**) (KENNER, 2001; JARDIM, 2003). Isto implica da parte do EESMO um desenvolvimento não só das competências técnicas, mas também das competências relacionais, exigindo um esforço para conseguir, por vezes nas poucas horas que o sistema familiar permanece no Bloco de Partos, estabelecer uma **relação de ajuda**, que permita conhecer cada família e estabelecer um plano adequado e atempado para cada uma, onde inclua o desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao desempenho do EESMO. No início do ensino clínico, senti essa dificuldade, devido à preocupação e desejo de desenvolver várias actividades em simultâneo, e também pela pouca prática nesta área. No entanto, ao longo deste percurso, desenvolvi essa capacidade, dando resposta a várias solicitações por vezes em simultâneo, na supervisão ou gestão de cuidados, articulando com a equipa multidisciplinar, sempre tentando privilegiar os aspectos relacionais. Este desenvolvimento de competências está de acordo com a **Competência 3 do RCCEE: “Competências do domínio da gestão dos cuidados”**, “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2010, p. 7).

A actuação do EESMO no parto, pode ser gerida de forma a incutir segurança, contribuindo para a participação da mulher e família no trabalho de parto, ou pode pelo contrário, suscitar sentimentos de impotência, medo e desespero, dificultando essa participação (TERESO, 2005). Alguns estudos, como por exemplo, o de Velho *et al* (2009), referem que características como a empatia, a simpatia, a paciência, o carinho e a calma, transformam em positivas as experiências de parto das mulheres e suas famílias. O apoio psicológico é fundamental e talvez o mais importante na assistência ao sistema familiar, principalmente quando se trata de um primeiro filho (FIGUEIREDO, 2001; KENNER, 2001). Este apoio permite estabelecer uma **relação de ajuda**, que se inicia na **PREVENÇÃO PRIMÁRIA** e se estende aos outros níveis de prevenção, tal como demonstra as unidades de registo: “**consegui acompanhar o trabalho de parto**

desta grávida com calma, tranquilidade, segurança, estabelecendo com ela uma relação de confiança e apoio” “nunca me senti sozinha, a enfermeira foi uma grande ajuda para me acalmar e ter conseguido ter o bebé...” Apêndice III, NC4), e que está de acordo com o **critério de competência H3.3.1. (OE, 2010, p.3)** “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto e convivente significativo”.

Neste sentido, no planeamento dos cuidados, privilegiei o estabelecimento de uma **relação de ajuda**, com a família, prestando cuidados com o objectivo de contribuir para que o momento do nascimento, se tornasse numa experiência o mais agradável e satisfatória possível para o sistema familiar. A calma e a disponibilidade manifestadas durante a prestação de cuidados, foram qualidades apontadas por algumas utentes que estavam satisfeitas com os cuidados que lhe tinham sido ministrados, como demonstram as unidades de registo: “**limitei-me a tocar na sua mão, mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento**” (Apêndice III, NC7), “**elogiei a sua atitude e desempenho**”. (Apêndice III, NC2).

Segundo as mesmas, o facto de me mostrar disponível, de os esclarecer acerca das, suas dúvidas e dificuldades sentidas e de explorar as suas expectativas em relação àquele momento, e especialmente o facto de as encorajar e elogiar, (**PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**) foram importantes para elas próprias se sentirem mais calmas e seguras, para poderem enfrentar o momento tão desejado, o que foi verbalizado na unidade de registo: “**a enfermeira esteve sempre presente, (...) esteve sempre interessada naquilo que nós pensamos ou queremos**” (Apêndice III, NC2).

Durante o trabalho de parto tentei sempre ir ao encontro dos desejos da mulher/ casal, proporcionando-lhe a liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação, o uso da bola de *pilates* e motivando o convivente significativo a participar. Em alguns casos o acompanhante, envolveu-se, utilizando a massagem na região dorso lombar, os abraços, o apoio enquanto a grávida se mobilizava na bola, promovendo assim a proximidade e cumplicidade do casal.

Estudos revelaram que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o 1º estágio de trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, a dor é menor, o fluxo sanguíneo que chega ao filho através da placenta é mais abundante e o trabalho de parto é mais curto (KITZINGER, 1996).

Realizei 54 partos, cada um deles constituindo um momento de experiência diferente, única e muito gratificante. Destaco a realização dum parto pré-termo, e de um parto cujo recém-nascido, apesar de termo, foi separado da mãe para vigilância na unidade de neonatologia (por patologia cardíaca, já identificada durante a gravidez), como experiências muito emotivas e enriquecedoras tanto do ponto de vista técnico como humano.

No puerpério imediato, procurei sempre felicitar os pais e elogiar o seu desempenho: **“elogiei a conduta dos pais, reforçando a importância da envolvimento dos pais para fortalecimento dos laços afectivos entre eles”** (Apêndice III, NC2).

Desenvolvi competências na avaliação puerperal, identificando sinais e sintomas de risco no pós-parto, **(identificação dos stressores)** realizei **educação para a saúde** acerca da vigilância de saúde da puérpera e do RN, cuidados ao RN e amamentação, reforçando a sua importância, particularmente nos primeiros meses de vida, dando seguimento ao emanado pela OE: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções e promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno **(Critério de avaliação, H3.1.5, competência 3, OE, 2010, p. 4)**

Nos dias seguintes ao parto, desloquei-me ao serviço de obstétrica com o objectivo de avaliar a eficácia dos cuidados prestados no bloco de partos, (observação do períneo, eficácia da educação para a saúde), avaliar a interacção pais/filho, e principalmente perceber de que forma os cuidados especializados, realizados ao sistema-familiar, contribuíram para **restabelecimento do seu bem-estar**, o que poderia ter sido diferente e as suas sugestões para melhorar a qualidade dos cuidados. Nestes momentos, foi importante Identificar progressos e elogiar as suas conquistas e comportamentos positivos, tal como está descrito na unidade de registo: **“observei que a mãe, estava deitada na sua cama, tinha bebé colocado em cima de si e falava docemente para ele. Elogiei a sua atitude e desempenho”** (Apêndice III, NC2) **(PREVENÇÃO TERCIÁRIA).**

A troca de informações pertinentes com os enfermeiros do serviço de obstetrícia, também se tornou numa mais-valia para a continuidade dos cuidados.

OBJECTIVO 3

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem

especializados ao recém-nascido, tendo em conta a **competência 4 da Ordem dos Enfermeiros, 2010** (Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal e a **competência 5 (ICM, 2002)**, (Prestam cuidados abrangentes e integrados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da mulher e família, no pós-parto e puerpério, desenvolvi as minhas actividades, tendo em consideração o bem estar do sistema familiar. Cooperei com os outros profissionais, de modo a otimizar todos os recursos para contribuir que o primeiro contacto do RN com os pais, fosse um momento único e de felicidade **(intervenções para minimizar/eliminar stressores)**). Sempre que não realizava o parto, fui a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao recém-nascido (partos distócicos ou partos eutócicos realizados pelos médicos internos da especialidade), preparando a unidade, recebendo o recém-nascido, realizando uma observação física para rastreio de malformações, avaliando o Índice de Apgar, assegurando assim “a avaliação mediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte à vida extra-uterina ” **(OE, 2010, p.5, critério de avaliação, H3.2.7)** e informando sempre a mãe e acompanhante sobre todos os procedimentos. Na RSL, verificou-se que a prestação dos cuidados ao recém-nascido não deve interferir no primeiro contacto dos pais com o bebé e estes devem ser inseridos nesses mesmos cuidados com a finalidade de favorecer o seu envolvimento com o filho, capacitando-os das suas competências parentais. (CRUZ *et al*, 2007). Também nas orientações preconizadas pela OMS (1996, 2006), os cuidados imediatos ao RN, consistem apenas em secá-lo cuidadosamente, mantê-lo aquecido, assegurar a permeabilidade das via aéreas, laquear e cortar o cordão umbilical e colocar o recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe, para facilitar a lactação, a termorregulação e a colonização com as bactérias da mãe antes de contactar com as bactérias do hospital. É importante ainda estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida e promover o estabelecimento de um contacto íntimo e precoce da tríade. Após este primeiro contacto do RN com os pais, poderá realizar-se a administração da vitamina K e a profilaxia de Credê. A este propósito, Brazelton e Cramer (2007) consideram que os colírios que se aplicam ao recém-nascido, por rotina após o parto, interferem negativamente neste primeiro contacto, pois causam o edema das pálpebras. Também pela mesma razão, Klaus e Kennell (1993) recomendam que a aplicação do colírio ocorra após o primeiro contacto prolongado com os pais. No Bloco de Partos, onde realizei o Estágio, era utilizada a pomada oftálmica, o que favorece

ainda menos esse aproximação. Os autores afirmam que o contacto olho-a-olho é um importante meio de estimular os cuidados parentais. Ainda em relação à aplicação de antibiótico ocular, e de acordo com Klauss e Schaller (2001), numa publicação para a OMS, a conjuntivite neonatal já não é considerada um problema de saúde pública. Alguns países optaram por interromper a profilaxia neonatal, optando por um tratamento precoce do recém-nascido nas situações esporádicas em que isso se justifica.

Este primeiro contacto após o parto é caracterizado como um momento favorável à vinculação, cuja experiência é “significativa e estimulante” e que os pais jamais esquecerão no futuro (KLAUS E KENNEL, 1993, p. 107).

Neste sentido procurei sempre dar prioridade ao **CONTACTO PELE-A-PELE** entre a mãe e o recém-nascido, antes de proceder aos outros cuidados. No entanto procurei antecipadamente identificar o potencial do sistema casal na tomada de decisão, em relação aos procedimentos desejados, facilitadores da vinculação e apoiar as suas escolhas (**contributos para a tomada de decisão**).

Devo salientar que não foi difícil concretizar esta actividade, devido ao facto da maioria dos elementos da equipa de enfermagem estar sensível a esta prática, especialmente a minha orientadora. No entanto em momentos de ocorrência de muitos partos em simultâneo e sobretudo nos finais de turno, este primeiro contacto é mais curto, com o objectivo de concretizar todos os procedimentos rapidamente, o que vai ao encontro com um estudo realizado por Velho *et al* (2009). Neste estudo, que teve por objectivos compreender o significado para as mães do contacto pele-a-pele, identificar as características do estabelecimento desse contacto e contributos da enfermagem, observou-se que os motivos para o término do **CONTACTO PELE-A-PELE** variam desde o pedido da mãe, até a solicitação da equipa multidisciplinar para o início dos cuidados a serem prestados ao bebé. Essa separação tem como fundamento a ansiedade da equipe e a concretização rápida dos procedimentos relacionados com os primeiros cuidados ao RN, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho, no entanto alguns autores contrariam esta prática, tal como Klaus e Kennell (1993, p. 114) ao referirem que “a mãe deve abraçar o recém-nascido em contacto pele-a-pele num período de tempo suficiente, para que sejam capazes de participar plenamente na excitante transformação de três indivíduos separados em uma nova unidade familiar”.

Ainda relacionada com este objectivo, saliento a semana de Estágio na Unidade de Neonatologia, que considero ter sido um dos momentos mais valiosos desta aprendizagem. Para além de poder participar nos cuidados ao RN prematuro, desenvolvi competências na parceria de cuidados com estas famílias, conhecendo de perto as suas angústias, medos e identificando os riscos relacionados, com o processo de vinculação (**identificação dos stressores**). Quando a situação do RN implica a transferência imediata para a Neonatologia, a mãe não tem oportunidade de se relacionar logo com o seu bebé, implicando que o processo seja mais longo, muito difícil e trabalhoso, (BRAZELTON, 2004). Segundo Brazelton (1988) e Klaus e Kennel (2000), quando um bebé pequeno e prematuro é tocado, embalado e acariciado diariamente ou se conversamos com ele durante o seu internamento, ele poderá apresentar menos dificuldade respiratória, maior ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas do funcionamento cerebral que pode persistir por meses depois da alta hospitalar.

Percebi que é muito importante a articulação desta unidade com o bloco de partos, não só no sentido funcional de gerir recursos (informar as enfermeiras da neonatologia, para preparação da unidade, verificar o funcionamento das incubadoras, providenciar o transporte do recém-nascido), mas sobretudo no aspecto relacional, no acompanhamento dos pais, posteriormente ao parto, apoiando-os, e encorajando-os (**Intervenções para minimizar/eliminar stressores**). Klaus e Kennell (2000) mencionam que o prematuro melhora mais rapidamente, num ambiente em que médicos e enfermeiros trabalham juntos e comprometidos com a família e com o RN, do que em ambientes onde os profissionais simplesmente agem sem envolvimento. Tive a oportunidade de realizar posteriormente, algumas visitas à unidade de neonatologia, no sentido de apoiar e encorajar os pais, cuja **relação de ajuda** já se tinha iniciado no bloco de partos (por exemplo, uma mãe de gémeos com idade gestacional de 28 semanas à qual eu assisti ao nascimento dos bebés, e prestei cuidados no puerpério imediato, sendo uma das situações descritas nos Diários de Aprendizagem - Apêndice V).

OBJECTIVO 4

Desenvolver estratégias conducentes à promoção da vinculação pais/ RN, tendo por base as competências do EESMO, preconizadas pela OE (2010) e as

competências do ICM (Competência 3 OE; Competência 5, ICM). Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010), Prestam cuidados abrangentes e integrados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da mulher e família, no pós-parto e puerpério (ICM, 2002)

O CONTACTO PELE-A-PELE, imediatamente após o parto, conserva a energia, ajusta o equilíbrio ácido-base e da respiração, ajuda a mãe a prolongar o período de amamentação e favorece a vinculação entre a mãe e o bebé. (WINBERG, 2005). Segundo a mesma autora, os bebés colocados em **CONTACTO PELE-A-PELE** com a sua mãe ficaram significativamente mais quentes que os bebés colocados em berço aquecido. A este propósito, observei que nas práticas de alguns enfermeiros, existe a preocupação de retirar o recém-nascido do **CONTACTO PELE-A-PELE**, com o pretexto de manter a termorregulação do recém-nascido em berço aquecido. Um estudo realizado por Pereira (2009), que teve o objectivo de conhecer as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto pai-bebé, refere que no primeiro momento do contacto pai-bebé, os enfermeiros tendem a privilegiar o contacto visual pai/ bebé em relação ao contacto físico, com a preocupação em garantir a termorregulação do recém-nascido e adaptação à vida extra-uterina, tornando as intervenções técnicas prioritárias. No entanto, Bergstrom (2006) desenvolveu um estudo com o objectivo de esclarecer a existência duma resposta térmica imediata da mãe, ao iniciar o contacto pele-a-pele com o RN. Imediatamente antes de colocar o bebé em contacto pele-a-pele, foi registada a temperatura materna (nos seios e na axila) e foram efectuadas medições de temperatura de 2 em 2 minutos durante um período de 20 minutos e 10 minutos depois da separação de ambos.

Em relação ao recém-nascido, foi medida a temperatura imediatamente antes do contacto pele-a-pele e duas vezes após o início do contacto, seguido de uma medição após a separação da mãe. Este estudo mostrou que há uma resposta imediata da temperatura materna, quando o recém-nascido é colocado em contacto pele-a-pele. Ao abordar a questão se bebés gémeos conseguem obter calor suficiente ao ser mantido um em cada mama, verificou-se que a resposta materna é suficiente para apoiar ambos os bebés e, mais interessante, as duas mamas responderam com aumento da temperatura, ao ser expostas apenas a uma criança. A resposta materna térmica é ainda pouco investigada, mas uma hipótese que este estudo coloca é o aumento da

temperatura da pele do tórax e mamas, podendo ser considerado útil para a promoção do vínculo e da amamentação. Em conclusão, os resultados indicam que há uma resposta materna térmica imediata quando o recém-nascido é colocado em contacto pele-a-pele com a mãe. O oposto também se verifica quando o recém-nascido é retirado. Estes achados fortalecem ainda mais a importância de manter a mãe como a principal fonte de protecção térmica para o recém-nascido. Deste estudo, emergiu um novo conceito, que necessita de ser investigado, com novos estudos e que ao ser verificado como verdadeiro, irá constituir mais um passo para fundamentar a prática dos cuidados de enfermagem promotores da vinculação, de acordo com o **critério de avaliação H3.1.4** “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação” (OE, 2010, p. 3).

Em relação a este aspecto, sempre informei e reforcei junto dos pais a importância do **CONTACTO PELE-A-PELE** como a fonte de aquecimento privilegiada, para a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina, (**educação para a saúde**) utilizando essa prática, sempre que os pais a desejavam, reforçando sempre a importância desse contacto para o favorecimento da vinculação. O que surpreendeu as mulheres foi o facto de o RN ficar calmo, ao permanecer junto de si, descrito na unidade de registo: “**é indescritível, ele ficou calmo e quentinho junto a mim**” (Apêndice III, NC2).

Para Dalbyea *et al* (2011), as mães que praticam pele-a-pele com os seus bebés descrevem uma afinidade mútua, tanto para a mãe, como para o bebé, expressa por sentimentos de bem-estar. Ainda através das notas de campo, observei que todas as mulheres que experimentaram o contacto pele-a-pele, descrevem o momento como sendo único, feliz e indescritível: “**foi uma experiência maravilhosa ter o meu filho ali junto a mim**” (Apêndice III, NC5).

Podemos concluir que: o que observei e o discurso verbalizado pelas mulheres está de acordo com a literatura, tendo a minha intervenção privilegiado sempre este aspecto. No entanto, um casal referiu não desejar efectuar o contacto pele-a-pele com o recém-nascido, nem amamentar: “**não sei se quero pegar logo nele. É melhor ser limpo e vestido primeiro**” (Apêndice III, NC3). Tratava-se de um casal de nacionalidade chinesa, com dificuldades na comunicação (só o pai falava português), com pouca **INFORMAÇÃO** em relação aos aspectos da transição para a parentalidade e vinculação e demonstrando alguma dificuldade nos cuidados ao recém-nascido, como se demonstra, nas unidades de registo: “**percebi que tinham algumas dificuldades em**

relação aos cuidados ao recém-nascido pela forma como evitavam tocar no RN e instrui o casal acerca de alguns aspectos. Reforcei que todos os cuidados que prestarem ao seu bebé, podem ser feitos acariciando-o e falando com ele e que pelo facto de ser alimentado com o biberão, o pai ou mãe podiam igualmente interagir com o bebé e demonstrar que o amam. A mãe sorriu e disse: “**Não sei se sou capaz**” (Apêndice III, NC3).

Toda a minha intervenção com estes pais permitiu-me aceder à sua individualidade, encarando este sistema familiar, como um sistema único. Esta individualidade está relacionada com a sua cultura, as suas **experiências de vida**, sentimentos, conhecimentos, crenças, valores e **expectativas** acerca do nascimento, e especificamente acerca da vinculação, o que implica o desenvolvimento de cuidados de enfermagem específicos e individualizados, de forma a garantir a obtenção, retenção e manutenção da sua estabilidade.

No caso específico deste sistema familiar, o facto de não saber como interagir durante esses momentos, a inexistência de preparação para o momento do parto e essencialmente a barreira da comunicação, “**a minha esposa não fala português e percebe pouco**” (Apêndice III, NC3), constituíram-se em *stressores* negativos, que podem não favorecer o processo da vinculação. Desta forma, ao intervir junto deste subsistema pai, tentei incluí-lo nos cuidados ao recém-nascido, fazendo com que se sentisse importante e insubstituível para cuidar do bebé e ajudar a mãe, que por não conseguir comunicar verbalmente, ainda estava mais afectada pelos *stressores* já referidos, estimulando assim um papel activo, e prevenindo atitudes negativas face à vinculação. As minhas acções de enfermagem centraram-se, sensivelmente, a um nível de **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA** (com manutenção de intervenções de nível primário), uma vez que este sistema familiar já tinha sido afectado por vários *stressores*. Conduzi a minha intervenção de enfermagem para a protecção do *core* do sistema, através do reforço das suas linhas de defesa, com a realização de **educação para a saúde** e instrução de competências do sistema familiar, com o objectivo de otimizar as suas capacidades (recursos), reduzindo assim, o surgimento de dificuldades não só no processo de vinculação, mas também nos cuidados ao recém-nascido. É objectivo do enfermeiro especialista, reforçar as suas linhas dando-lhe mais recursos, valorizando a sua experiência e reforçando ou aumentando os seus conhecimentos acerca do nascimento e processo da vinculação. É certo e previsto por Neuman, que os cuidados de enfermagem de **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA** incluem a continuação dos de

PREVENÇÃO PRIMÁRIA, através de uma avaliação sistemática do sistema, identificando e reduzindo factores de risco para a penetração de outros *stressores* ainda não existentes (como por exemplo, dificuldades futuras em manter a aproximação e envolvimento emocional com o recém-nascido).

O facto de não haver uma proximidade dos pais com alguns profissionais de saúde pela barreira da comunicação verbal torna-os ainda mais vulneráveis à entrada de *stressores* negativos extrasistémicos. É da competência do EESMO explorar outras formas de comunicação, que desencadeiem o estabelecimento da **relação de ajuda** necessária para a eficácia dos cuidados. O modo como se expressa fisicamente, como o olhar, pode demonstrar preocupação e disponibilidade, facilitando essa comunicação. Olhar alguém é reconhecer a sua existência. O olhar franco e directo do enfermeiro traduz consideração e interesse pela pessoa que está a ser cuidada e incita-a a exprimir-se, pelo que é considerado uma das características da atitude de escuta (PHANEUF, 2004), também o tom de voz, segundo Potter e Perry (2006), revela as emoções que vivemos no momento e influencia substancialmente o significado das mensagens que transmitimos. **“após realizar os procedimentos iniciais, (monitorização cardiocográfica, colheita de sangue para análises, início da realização do partograma) e depois de observar que o casal estava mais familiarizado com o ambiente hospitalar, pela expressão facial que ambos demonstravam, voltei a fazer as mesmas perguntas, em tom de voz calmo e olhando para eles enquanto comunicava”** (Apêndice III, NC3). Também em relação à categoria **AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**, a OMS (2009) refere que estimular o aleitamento materno precoce na primeira hora de vida promove o estabelecimento de um contacto íntimo e precoce da tríade, o que também procurei assegurar, neste Estágio, como demonstra a unidade de registo **“realizei o ensino e treino da técnica da amamentação, reforçando sempre a importância do vínculo, para o desenvolvimento saudável da criança a curto e longo prazo”**. (Apêndice III, NC7). No entanto na unidade de registo **“não sr^a enfermeira, não quero dar mama... é melhor dar biberão”...** (Apêndice III, NC3) emergiu, que apesar da evidência científica, em determinadas culturas essas práticas não prevalecem.

Outra situação, idêntica pela dificuldade na realização do **CONTACTO PELE-A-PELE**, foi a descrita na NC7, ocorrida numa numa experiência de parto de uma adolescente, acompanhada pela mãe, e cujo pai do RN, estava ausente. O que foi referido na unidade de registo: **“o pai não quer saber...sou eu que vou ter de lhe dar mimos e cuidar dele.”** (Apêndice III, NC7).

O medo em relação ao parto, a falta de preparação e insegurança para assumir o papel de mãe, agravado pelo facto do namorado a ter abandonado, constituíram *stressores*, que não favorecem o processo da vinculação. **“ela está com muito medo... ainda é muito nova e não está preparada para isto”** (Apêndice III, NC7). Um estudo desenvolvido por Walk (2006) que teve por objectivo fornecer estratégias úteis e baseadas na evidência, para o desenvolvimento de estudos sobre cuidados de enfermagem especializados no processo do nascimento, concluiu que intervenções de enfermagem desenvolvidas durante a gravidez, foram associadas a uma maior vinculação pré-natal nas mães adolescentes e a uma maior vinculação pós-natal nas mães adultas. Também neste caso me pareceu que a vinculação pós-natal, surgiu com alguma insegurança, pela dificuldade de aproximação inicial mãe/ filho, registada na NC: **“a adolescente tocou no bebé apenas por poucos minutos... A separação do contacto com o bebé foi da iniciativa da adolescente, tendo sido a sua mãe a interagir com o bebé de uma forma mais próxima.”** (Apêndice III, NC7).

Também a UNICEF (2001), refere que os nascimentos em adolescentes com menos de 19 anos trazem à mãe, à sua família, à criança e à sociedade múltiplos problemas. A probabilidade de abandono escolar, de desemprego, de menores qualificações e consequentemente empregos com salários mais baixos, condições habitacionais inadequadas ou dependência de sistemas de segurança social constituem as consequências sócio-económicas. Em termos familiares, refere ainda o risco acrescido de abandono por parte do progenitor masculino e o de ruptura da grávida com a sua família. Para a criança, o risco de vir a sofrer de abusos, de vir a ser dependente de drogas ou álcool, viver em condições sócio-económicas inapropriadas e até de se tornar mãe/pai adolescente são também maiores. Para a mãe, e numa perspectiva de saúde, o risco de desenvolvimento de depressão é também maior.

Neste caso, foi importante a promoção de um ambiente acolhedor (**relação de ajuda**), facilitando a expressão emocional da grávida. Torna-se necessário a identificação dos seus sentimentos, conhecimentos, experiências anteriores, dinâmica familiar, valores, crenças e expectativas acerca do nascimento. Ao nível da **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**, actuar-se-á tentando fortalecer as linhas normais de defesa e de resistência promovendo adaptação do sistema, gerindo os recursos necessários para minimizar os efeitos negativos que intervêm no processo da vinculação (gravidez na

adolescência, relações afectivas instáveis, dificuldade nos cuidados ao recém-nascido) **(Identificação de stressores)** e **(intervenções para minimizar/eliminar stressores)**.

A identificação de elementos das famílias que possam estar atentos aos sinais de incompetência materna, depressão pós parto, dificuldade no estabelecimento do vínculo e nos cuidados ao recém-nascido, é fundamental, tal como reencaminhar a família para os recursos existentes na comunidade para promover a continuidade de cuidados e assegurar uma vinculação eficaz, quando necessário (KENNER, 2001). **“perguntei-lhe ainda se ela necessitava de mais alguma ajuda, sem ser a da sua família “a enfermeira que me seguiu na gravidez no centro de saúde, disse-me para eu ir lá, logo que o bebé nascesse ...e a minha mãe ajuda-me e apoia-me”** (Apêndice III, NC7).

A **relação de ajuda**, e o elogio, para promover a autoconfiança é imprescindível, **(Intervenções para minimizar/eliminar stressores)** **“elogiei, não só a puérpera pelo seu desempenho, mas também a sua mãe por ser uma preciosa ajuda, em todos os momentos”** (Apêndice III, NC7).

Também o toque, é por vezes mais importante que as palavras, como refere Phaneuf (2005): **“a parturiente olhou para a sua mãe e chorou por alguns momentos. Limitei-me a tocar na sua mão, mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento”**. (Apêndice III, NC7).

A autora refere que a pessoa tocada vê a sua auto-estima reforçada, interiorizando que se é suficientemente importante para que lhe seja dada aquela atenção individualizada, é porque é merecedora dela. Disponibilidade significa estar presente, é estar emocionalmente com o outro no evoluir da situação, conduzindo a uma eficácia progressiva, partilhando sentimentos bons e maus, permitindo ao outro expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-o atentamente, de modo que o outro compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro.

Com a alta precoce da maternidade, o **APOIO DO FAMILIAR** parece ser muito importante para aumentar a prática deste método (contacto pele-a-pele) em casa. Os obstáculos podem ser, por exemplo, tarefas domésticas, ou cuidar de outras crianças, tal como refere Dalbye *et al* (2011). Essa dificuldade também foi observada nas seguintes unidades de registo: **“não vou poder aproveitar todos os momentos como eu queria...os outros também são pequeno”**; **“vou ter alguma ajuda da minha mãe”** (Apêndice III, NC5), assim como a desorganização familiar por doença de familiares próximos: **“a minha mãe também queria cá estar, mas está gravemente doente com um tumor cerebral... e nem sei se estou feliz ... só espero que corra tudo bem”** (Apêndice III,

NC4). Também nestas situações o EESMO actuará a nível da **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**, Identificando de possíveis situações instabilidade pessoal, conjugal ou familiar/ social, que possam perturbar o processo de vinculação apoiando o sistema casal/ família, de forma a minimizar danos ou conflitos gerados pelas mudanças inerentes a esta fase.

É útil que o EESMO estimule os pais a procurarem ajuda, se considerarem necessário, dentro das suas bases de apoio, para além de incentivar a interacção e a vinculação com o bebé e reforçar a consideração que devem ter relativamente a outros irmãos e aos seus sentimentos.

Em relação à categoria **ENVOLVIMENTO DO PAI**, verificou-se que maioria dos pais deseja participar no primeiro contacto com o recém-nascido, e apesar do contacto pele-a-pele ser essencialmente realizado entre a mãe e o recém-nascido, os pais envolvem-se tocando no bebé, pegando-lhe ao colo, falando-lhe e participando no estabelecimento da amamentação e nos cuidados ao recém-nascido.

Depreende-se que as mulheres têm, nas suas LFD, mais experiências e conhecimentos do cuidar dos filhos, que os pais, o que confere a estes últimos uma maior fragilidade face à necessidade de prestar esses mesmos cuidados aos filhos.

Cabe ao enfermeiro especialista adoptar uma postura que apoie o contacto precoce entre os pais e o filho, não descurando o envolvimento do pai nesta interacção, actuando ao nível da **PREVENÇÃO PRIMÁRIA**, contribuindo para a tomada de decisão dos pais, acerca dos procedimentos desejados, apoiando as suas escolhas, e também ao nível da **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**, capacitando o subsistema pai com Instrução e treino das suas competências para a facilitação da vinculação, de acordo com as necessidades identificadas e com base na evidência científica. Exemplos desse envolvimento podem ser observados nas unidades de registo: **“Incentivei o pai a participar nos cuidados ao recém-nascido e ser ele agora a interagir com o bebé de uma forma mais próxima (tocar-lhe, falar-lhe acaricia-lo)”** (Apêndice III, NC1).

“o pai participou activamente, vestindo o bebé, pegando-lhe ao colo e posteriormente colaborando no estabelecimento da amamentação. (Apêndice III, NC2). Esta prática, parece influenciar positivamente a competência materna para amamentar e simultaneamente, favorecer a vinculação da tríade (BRAZELTON e CRAMER, 2007). A este respeito, Klaus e Kennell (1993) aconselham que a mãe, o pai e o bebé permaneçam pelo menos um período de quinze a vinte minutos a sós, após a

dequitação e a correcção da episiotomia. Este aspecto vai ao encontro à categoria **AMBIENTE FAVORÁVEL**, descrito nas NC como promotor da vinculação, “**um sítio onde nos sentimos seguros é muito bom(nc2); ”queremos um ambiente o mais calmo possível, pouca luz e pouca gente...”** (Apêndice III, NC5).

O contacto mãe/ filho durante a primeira hora deve ser imperturbável, para o sucesso do aleitamento materno é o que refere Winberg (2005), no entanto no estudo, desenvolvido por Pereira (2009) que teve o objectivo de conhecer as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto pai-bebé, refere que alguns pais manifestaram a necessidade de melhores recursos físicos que proporcionem privacidade após o parto, de modo a que “pai, mãe e bebé, (...) juntos possam disfrutar deste momento único que é o nascimento de um filho. Neste aspecto, tanto os recursos físicos, coma as atitudes do EESMO, de um modo geral, proporcionaram um ambiente favorável, promotor da vinculação, no local onde realizei o Estágio. A **PRESENÇA DO CONVIVENTE SIGNIFICATIVO** foi considerado um factor importante para algumas mulheres, na promoção da vinculação relatado nas NC. “**o pai deve estar aqui logo que o bebé nasça, para namorarmos os três”** (Apêndice III, NC6). O que corresponde aos dados observados na evidência científica, que salienta que uma maneira de deixar as mulheres mais confortáveis no momento do parto é permitir que elas escolham como acompanhante uma pessoa de confiança que possa apoiá-la e confortá-la, tornando assim a ocasião do nascimento mais harmoniosa e ajudando a criar condições favoráveis ao estabelecimento do vínculo, (ROSA *et al*, 2008). No entanto uma das mulheres optou por ficar sozinha: “**Não quero ninguém aqui, já mandei o meu marido embora”;** “**Este é um momento meu”** (Apêndice III, NC4).

Neste caso o sub-sistema mãe está emocionalmente instável, devido à insegurança que sente em relação ao parto pré-termo, e também devido ao facto de ter um familiar próximo com uma doença grave, e que em vez de a apoiar, vai necessitar do seu apoio. Por outro lado existe um pai, que não está presente no momento do parto, por opção da mãe e que poderá estar a sentir-se excluído deste processo, ficando assim impedido de partilhar estes momentos, que também são dele (**identificação de stressores**). “Na moderna concepção de companheirismo, o homem não está presente apenas para ajudar mas também para partilhar” (KITZINGER, 1995, p. 323), no entanto nunca foi possível envolver este subsistema pai, visto ele não estar presente, nem no Bloco de partos, nem na unidade de obstetrícia, nos momentos em que contactei com

este sistema familiar. Actuei na **PREVENÇÃO PRIMÁRIA** através do reforço da linha flexível, promovendo sempre a estabilidade do sistema e prevenindo a desadaptação. Ao nível da **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**, tentar fortalecer as linhas normais de defesa e de resistência promovendo adaptação do sistema, realizando todas as intervenções, inerentes à condução do trabalho de parto, para que ela se sentisse segura e apoiada e para prevenir complicações (avaliação do bem estar fetal, avaliação das características do colo, avaliação de parâmetros vitais, avaliação de resultados analíticos, registo e avaliação do partograma, controle da dor, proporcionar medidas de conforto e liberdade de movimentos, administrar líquidos e explicar todos os procedimentos) e gerir os recursos necessários para minimizar os efeitos do *stressores* negativos que intervêm no processo da vinculação (doença grave dum familiar, a prematuridade do recém nascido e o receio em relação ao parto).

Na **PREVENÇÃO TERCIÁRIA**, há um processo de readaptação, que requer da parte do enfermeiro reforçar as competências maternas e encaminhar a família para os recursos existentes na comunidade para promover a continuidade de cuidados e promover uma vinculação eficaz entre a tríade.

“falei-lhe da realização do diagnóstico precoce e da hipótese de visita domiciliária das enfermeiras do centro de saúde da sua residência, apoio esse que também poderia ser proporcionado à sua mãe, caso isso viesse a ser necessário” (Apêndice III, NC4). **“vou contactar a enfermeira que me seguiu na gravidez no centro de saúde, pois essa seria uma forma de organizar as minhas tarefas, uma vez que não vou ter o apoio da minha mãe”** (Apêndice III, NC4).

A categoria **EXPERIÊNCIA DE PARTO** é uma resposta positiva ou negativa ao *stressor* do nascimento de um filho. Um casal cuja gravidez é desejada e viveu experiências de **relações afectivas** estáveis ao longo da sua de vida, adaptar-se-á de forma diferente de um casal que não viveu este tipo de experiências, tal como refere Brazelton e Cramer (1989).

Para além disso, irá constituir uma experiência que passa a integrar a LFD do sistema e que, no futuro, no nascimento de um segundo filho servirá como um recurso a mobilizar, tal como refere Brazelton e Cramer (2004), ao referir que as **experiências anteriores** poderão facilitar ou dificultar a adaptação (BRAZELTON E CRAMER, 2004). **“Estou ansiosa para ver o meu bebé. Já é o terceiro, mas a vontade de o ver e de lhe tocar é a mesma”** (Apêndice III, NC5).

Também uma **EXPERIÊNCIA DE PARTO** associada à dor pode constituir um *stressor* interssistémico negativo, que não favorece a interacção. “**dói muito, se isto vai ser assim até o bebé nascer, não sei se aguento, é melhor darem-me anestesia. Estou ansiosa por ter o meu bebé comigo, mas isto não é fácil**” (Apêndice III, NC1). Verifica-se que o controle da dor, tranquiliza a parturiente, permitindo uma maior disponibilidade. “**agora estou tão bem! A epidural foi a melhor coisa que inventaram**” (Apêndice III, NC1).

A **INFORMAÇÃO**, de acordo com a literatura, reverte-se em benefício para o estabelecimento do vínculo (ROSA *et al* 2008). Também Gardner *et al* (2006) com o objectivo de desenvolver um modelo de prestação de cuidados no atendimento à mãe e RN, procederam à revisão da literatura, tendo concluído que a **educação para a saúde** no período pré-natal e pós natal, produzem um efeito positivo na interacção mãe/bebé, promovem a transição para a parentalidade e melhoram o desenvolvimento e reforço de competências maternas. As mulheres/ casais que revelaram ter mais conhecimentos acerca do processo da vinculação e que mais expectativas/desejos tinham em relação ao momento do parto, foram as que realizaram cursos de **preparação para o parto/ nascimento**, ou consultas de **vigilância de saúde materna**, com o acompanhamento da enfermeira. Através das NC podemos ainda contactar que a maioria das mulheres conheciam o **SIGNIFICADO DO VÍNCULO**, mas não apresentavam conhecimentos acerca de como esse vínculo se estabelece, das vantagens a curto e longo prazo, nem da importância da seus desejos/planos para o promover, “**Acho que é o amor entre nós**” (Apêndice III, NC5) (referindo-se ao significado do vínculo) “**Durante a gravidez, ninguém me falou sobre a importância de tocar no bebé, ou de lhe falar...**” (Apêndice III, NC1).

Neste âmbito, elaborei um Folheto e um Poster acerca da temática da vinculação para esclarecimento dos pais (Apêndices VI e VII).

Apenas um casal apresentou um plano de parto, “**queremos um ambiente o mais calmo possível, pouca luz e pouca gente, e quero cortar o cordão umbilical**”; “**É a minha participação**” (Apêndice III, NC1). Este casal tinha planos em relação ao nascimento do seu filho, esperavam, que a atitude dos profissionais fosse ao encontro dos seus desejos. No entanto, foi constatado que alguns profissionais, apesar de permitirem o envolvimento do casal no seu processo de cuidados, a iniciativa teria de partir deles (dos profissionais), e estar de acordo com uma série de procedimentos aparentemente

rotineiros, mostrando assim que é a conduta dos profissionais que mais poder tem em todo o processo, desvalorizando a **autonomia dos pais**. No entanto, com a colaboração da minha orientadora, o parto foi realizado de acordo com os desejos do sistema-familiar, dando-me autonomia para intervir, (**Contributos para a tomada de decisão - PREVENÇÃO PRIMÁRIA**), acabando por ser uma experiência muito gratificante. A falta de informação pode levar os pais a ter dificuldade em interagir com o recém-nascido, no momento do nascimento, tornando-se num *stressor* intrassistémico negativo, podendo afectar negativamente a vinculação da tríade.

Na categoria das **COMPETÊNCIAS PARENTAIS**, Klaus e Kennel (1993) descrevem a existência de um período sensitivo após o parto, durante o qual a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta e em que se verificam interacções complexas entre ambos, que ajudam a uni-los. No entanto contactou-se que numa primeira fase, parece emergir alguma incapacidade dos pais como referido nas unidade de registo **“não sei como fazer ...não sei se sou capaz”nc3, “eu estava com muito medo... e ainda tenho, não sei cuidar dele”...** (Apêndice III, NC7).

As **COMPETÊNCIAS PARENTAIS** e consequentemente o processo da vinculação pode ser influenciado, tal como alerta Martins (2008, p. 10) por factores, como a forma como o casal divide as tarefas (*stressor* intersistémico), recursos de que o casal dispõe (*stressor* intrasistémico), competências e satisfação parental (nas LR), assim como a qualidade de vida e relação conjugal (padrão na LND). É da competência do EESMO, intervir junto dos pais, abordando as temáticas que reflectem o bem-estar do recém-nascido e de técnicas que o sistema casal pode realizar com ele, para promover a vinculação recorrendo à evidência científica (**PREVENÇÃO PRIMÁRIA**), o que procurei assegurar ao longo deste percurso visto que Tedder (2008), refere que quando as mães respondem ineficazmente aos estímulos do bebé, a resposta infantil também diminui, assim como a inteligência, podendo aparecer sinais de depressão e mais tarde comportamentos de alto risco, na criança: **“proveitei a receptividade dos pais e falei um pouco acerca das competências do recém-nascido, do período de inactividade alerta do recém-nascido que dura em média quarenta minutos, (...) e que este era um momento muito bom para comunicar com o bebé através do toque, do cheiro e o momento ideal para estabelecer a amamentação”** (Apêndice III, NC3).

“Expliquei-lhe que o estabelecimento do vínculo, e a continuação desses procedimentos (tocar, falar, pegar ao colo, amamentar) nos próximos meses, eram importantes para a

formação da personalidade dos bebés; que seriam pessoas mais seguras e mais saudáveis” (Apêndice III, NC5).

Em relação às **COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO**, Brazelton e Cramer (2007), referem que estas capacidades, favorecem o envolvimento emocional dos pais. A estas capacidades Sá (2004) chamou de competências para a relação ou para a vinculação. Também Montagner (1993), refere que os comportamentos do bebé, tais como o sugar, o olhar, o chorar, sorrir vão desencadear nos pais reacções e comportamentos que orientam esta interacção como podemos observar na unidade de registo **“ele já está com os olhos abertos”, “ele está a chorar ...deve ter fome”** (Apêndice III, NC3).

No entanto, estes primeiros momentos podem ser geradores de grande ansiedade, **“às vezes fico um pouco ansiosa quando ele chora ou não quer mamar”** (Apêndice III, NC1), o que não é referido pelos autores, mas vivido pelas mulheres. A vontade que os pais demonstram em aprender, e a motivação para treinarem as competências parentais para fortalecer a vinculação, residem nas suas LFD de modo a protegerem o sistema da entrada de *stressores*. Daí ser essencial intervir junto do mesmo, através da desmistificação de mitos, esclarecimento de dúvidas e transmissão de **INFORMAÇÃO**, baseados na evidência científica, **(PREVENÇÃO PRIMÁRIA)**, capacitando os pais nos vários aspectos da vinculação **(PREVENÇÃO SECUNDÁRIA)**. Não pode ser nossa preocupação apenas fazer os pais compreenderem como pode contribuir no estabelecimento do vínculo, e a sua importância, levando-os, a fazê-lo. Importa, reforçar positivamente aquilo que fizeram, as suas conquistas e comportamentos positivos **(PREVENÇÃO TERCIÁRIA)**.

Tendo em conta, a categorias, **PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO OPORTUNO** e subcategoria **gestão de recursos**, ao reflectir sobre a nossa realidade em contexto de trabalho, constatamos que por vezes é prática comum separar imediatamente o RN da mãe, para prestação de cuidados imediatos inerentes às rotinas dos serviços (nomeadamente secar, aspirar, administrar vitamina K, profilaxia de Credê, entre outras). Todos estes procedimentos são agressivos para este momento, mas, quando se verifica **autonomia dos pais**, poderão ser adiados, como se verifica na unidade de registo **“gostava de lhe pegar logo assim que ele nasça. Os outros quase nem os vi... levaram-nos para os limpar”** (Apêndice III, NC5). Por vezes quando o bebé nasce, mostram-no muito rapidamente à mãe e levam-no. Quando já está vestido é que se volta a levar à mãe. Estas intervenções, tornam-se

ofensivas tanto para os pais como para o RN. O estudo desenvolvido por Pereira (2004), foi baseado em experiências descritas que concluíram que muitas rotinas comuns nas maternidades, podem ser aplicadas com segurança, após a primeira hora de vida do bebé e depois da primeira mamada. A manipulação na pesagem do bebé, a administração intramuscular da vitamina k, provocam desconforto e dor no bebé. De igual forma, a administração de antibiótico ocular, além do desconforto, dificulta também o estabelecimento do contacto visual entre a tríade que é uma das principais formas de comunicação, o que se repercute no processo da vinculação, pelo que actualmente se valoriza o contacto pele-a-pele antes de qualquer intervenção. No entanto algumas mães preferem que se realizem estes cuidados imediatamente ao nascimento, como descrito na unidade de registo “**não sei se quero pegar logo nele É melhor ser limpo e vestido primeiro**” (Apêndice III, NC3). Este facto leva-nos a questionar o que estará subjacente à sua tomada de decisão, parecendo estar na origem desta decisão, os aspectos culturais, a falta de **INFORMAÇÃO** (que leva os pais a desvalorizar a importância da aproximação de ambos neste momento), o desconhecimento das vantagens da vinculação, como já se constatou, e ainda a falta de incentivo pelos profissionais de saúde para a prática do contacto pele-a-pele. A este propósito no estudo de Dalbye *et al* (2011), cujo objectivo foi explorar as experiências do **CONTACTO PELE-A-PELE**, em mulheres que foram informadas pelos profissionais de saúde sobre a importância do contacto precoce pais/ RN e incentivadas a praticá-lo após o parto e em casa, nos dias seguintes, concluiu-se que particularmente importante para a prática do contacto pele-a-pele, as mães referem o apoio, incentivo e a informação dada pelos profissionais de saúde (enfermeiras/ parteiras), o que reforça a sua importância para a autonomia dos pais. No entanto procurei durante este Estágio, influenciar de uma forma positiva, na mudança de algumas práticas, através da reflexão conjunta e do apoio da minha orientadora.

Em relação à categoria, **CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM**, através das unidades de registo pudemos contactar que o EESMO foi o profissional mais valorizado pelos casais “**os enfermeiros são os que mais se preocupam connosco**” (Apêndice III, NC6).

Em relação a algumas intervenções de enfermagem ao nível da **PREVENÇÃO TERCIÁRIA**, foi pretendido identificar, de que forma os cuidados de enfermagem contribuíram, ou não, para o processo da vinculação assim como as sugestões a dar e os aspectos a melhorar. Na maior parte das vezes, o *feedback* que me foi dado foi

bastante positivo “realizada visita ao serviço de obstetrícia, no dia seguinte, onde se verificou que o bebé estava adaptado à mama e a mãe interagia com o bebé, espontaneamente (...) Foi reforçada e educação para a saúde efectuada no bloco de partos, nomeadamente, em relação à importância do tocar, falar e acariciar o bebé, especialmente nos primeiros meses de vida. (Apêndice III, NC1).

“a enfermeira foi uma grande ajuda para nós...olhe como ele mama bem...ele assim também sente que nos o desejamos...” (Apêndice III, NC6). “Ajudaram-me a ter confiança em mim própria” (Apêndice III, NC6).

“Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, para favorecer a vinculação entre ela os pais e o bebé”. (Apêndice III, NC4). “fui muito bem tratada”... foi um momento mágico ter o meu filho ali junto a mim, senti que a seguir era capaz de enfrentar tudo” (Apêndice III, NC4).

Outro objectivo dessas intervenções foi providenciar a continuidade de cuidados, estando de acordo com **critério de avaliação H41.1** “informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades, da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida” (OE, 2010, p. 3).

A literatura aponta para as mesmas conclusões, já que também Klaus e Kennel (1993) consideram que o comportamento e atitudes dos profissionais, o atendimento e apoio durante o parto, os primeiros dias de vida e a separação dos pais e filho influenciam o comportamento dos pais em relação ao filho e a qualidade do envolvimento emocional. Biscaia (2002) refere que o enfermeiro especialista envolvido no nascimento é, supostamente, uma figura facilitadora deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça. A RSL, mostrou também que no estudo de Velho *et al* (2009), que teve por objectivo compreender o significado para as mães do **CONTACTO PELE-A-PELE**, identificar as características do estabelecimento desse contacto e contributos da enfermagem, a enfermeira especialista surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres. Deste modo, podemos concluir que os pais reconhecem a importância da disponibilidade, dos conselhos e dos elogios dos enfermeiros durante a sua permanência na sala de partos, de modo a poderem interagir e cuidar do recém-nascido de forma competente e, assim facilitar o envolvimento emocional pais/ bebé.

As intervenções de enfermagem tiveram por base para além do modelo teórico de Betty Neuman, a taxonomia CIPE, criada com a pretensão de constituir uma linguagem universal que visa melhorar a comunicação no universo da Enfermagem.

Um dos 7 eixos da CIPE (Versão 2.0, 2010) é o eixo “Acção” pertinente para a descrição das principais intervenções que foram aplicadas, decorrentes das interacções. Este é composto por 5 acções, nomeadamente o **Atender**, **Determinar**, **Informar**, **Gerir** e **Executar**, sendo que cada uma destas acções comporta outras com características específicas, que por sua vez se podem subdividir noutras acções. As principais acções utilizadas neste trabalho foram:

Aconselhar, que significa orientar: capacitar alguém para tomar a sua própria decisão através do diálogo (2010, p.95); **Apoiar**, que significa assistir: ajudar social e psicologicamente alguém a ser bem sucedido, evitar que alguém ou alguma coisa fracasse (2010, p. 95); **Informar**, que significa acção: comunicar alguma coisa a alguém (2010, p. 97); **Promover**, que significa: ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa (2010, p. 99); **Optimizar**, que significa manter: conseguir o melhor resultado (2010, p. 98); **Dar Poder**, que significa: promover: permitirem às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde (2010, p. 96); **Atender**, que significa acção: estar atento a, de serviço, ou a alguém ou alguma coisa (2010, p. 95); **Incentivar**, que significa promover: levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade (2010, p. 97); **Envolver**, que significa comportamento interactivo: acção de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar os outros (2010, p. 96); **Elogiar**, que significa relacionar: expressar aprovação ou admiração, por alguém ou alguma coisa (2010, p.96); **Estar presente**, que significa relacionar: estar presente em momentos de necessidade (2010, p. 97); **Avaliar**, que significa avaliar: estimar a dimensão, intensidade ou significado de alguma coisa (2010, p. 96); **Identificar**, que significa avaliar: estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa (2010, p. 97); **Escutar**, que significa comunicação, fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e atender a outros (2010, p. 97); **Educar**, que significa ensinar: transmitir conhecimento sobre alguma coisa a alguém (2010, p. 96); **Encorajar**, que significa apoiar: dar confiança ou esperança a alguém (2010, p. 96); **Treinar**, que significa instruir: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa (2010, p. 100); **Instruir**,

que significa ensinar: fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa (2010, p. 97); **Validar**, que significa observar: estabelecer a exactidão, qualidade ou condição de alguma coisa (2010, p. 100).

Perante esta reflexão e análise dos resultados, concluo que atingi os objectivos a que me propus no Projecto de Estágio e respectivas **competências**.

2. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Elaborou-se a seguinte questão de partida, que atende aos critérios do formato PI[C]O: **Qual o impacto dos cuidados de enfermagem especializados (I), na promoção da vinculação, (O) da díade/tríade, (P) nos nascimentos de parto eutócico?**

Palavras-chave: Vinculação, experiência de parto, cuidados de enfermagem.

Após o caminho metodológico referido anteriormente foram identificados como factores promotores da vinculação:

Contacto pele-a-pele, Amamentação na 1ª hora de vida, Envolvimento do pai, Ambiente favorável, Presença do convivente significativo, Apoio familiar, Experiência de parto, (Expectativa, Experiências anteriores, Relações afectivas), **Informação** (Preparação para o parto/ nascimento, Vigilância de saúde materna, Internet e livros), **Significado do vínculo, Competências parentais, Competências do recém-nascido, Prestação dos cuidados ao recém-nascido no momento oportuno** (Gestão de recursos, Autonomia dos pais), e **Contributo da enfermagem**.

Como cuidados de enfermagem promotores da vinculação foram identificados: **Prevenção primária**, (Relação de confiança, Educação para a saúde, Contributos para a tomada de decisão), **Prevenção secundária**, (Identificação dos *stressores*, Intervenções para minimizar/eliminar *stressores* e Capacitação do sistema familiar), **Prevenção terciária** (Restabelecimento dos padrões de bem-estar).

Da reflexão e análise de conteúdo **emergiu que:**

- ✓ Os casais **mais informados**, foram os que efectuaram a vigilância da gravidez, com a assistência **do EESMO**, nomeadamente a preparação para o parto/nascimento, no entanto apenas uma mulher/ casal, tinha **plano de parto**.
- ✓ Muitas vezes **é a conduta do enfermeiro que determina o tipo de cuidados** a adoptar, na aproximação pais/ filho, nos primeiros momentos após o parto, não dando autonomia ao sistema familiar.
- ✓ As intervenções de **acompanhamento, informação, capacitação e treino dos pais**, devem ser realizadas não só no momento do parto, mas também durante a vigilância da gravidez e nos dois meses seguintes ao parto, antes e depois da invasão pelo *stressores*,
- ✓ A prestação dos cuidados ao recém-nascido não deve interferir no primeiro contacto dos pais, no entanto **em momentos de ocorrência de muitos partos**

em simultâneo e sobretudo nos finais de turno, este primeiro contacto é mais curto, com o objectivo de concretizar todos os procedimentos rapidamente.

- ✓ Algumas mães preferem que se realizem estes cuidados imediatamente ao nascimento, parecendo estar na origem desta decisão, **os aspectos culturais**, a **falta de informação**, que leva os pais a desvalorizar a importância da aproximação de ambos neste momento, o desconhecimento das vantagens da vinculação e por vezes **a falta de incentivo pelos profissionais de saúde para a prática do contacto pele-a-pele**.
- ✓ Nas práticas de alguns enfermeiros, existe a preocupação de retirar o recém-nascido do contacto pele-a-pele, com o pretexto de manter a termorregulação do recém-nascido em berço aquecido. No entanto, **emergiu na literatura**, para além de outros estudos, um achado novo que mostra a existência de uma resposta **térmica imediata da mãe**, ao iniciar o contacto pele-a-pele com o recém-nascido, considerado útil para a promoção do vínculo.
- ✓ **A evidência científica concluiu** que as intervenções de enfermagem desenvolvidas durante a gravidez, foram associadas a uma maior vinculação pré-natal nas mães adolescentes e a uma maior vinculação pós-natal nas mães adultas. Também neste estudo se verificou que a vinculação pós-natal, surgiu com **alguma insegurança nas mães adolescentes**.
- ✓ Apesar da evidência científica referir que estimular a amamentação na primeira hora de vida, favorece a vinculação, em determinadas **culturas** essas práticas não prevalecem.
- ✓ A maioria dos pais deseja participar no primeiro contacto com o recém-nascido, e apesar do contacto pele-a-pele ser essencialmente realizado entre a mãe e o recém-nascido, **os pais envolvem-se** tocando no bebé, pegando-lhe ao colo, falando-lhe e colaborando no estabelecimento da amamentação e nos cuidados ao recém-nascido.
- ✓ A presença do **convivente significativo** foi considerado um factor importante para algumas mulheres, na promoção da vinculação, o que corresponde aos dados observados na evidência científica, no entanto uma das mulheres preferiu ficar sozinha.

- ✓ A maioria das mulheres conhecem o **significado da vínculo**, mas não apresentavam conhecimentos acerca, das suas vantagens a curto e longo prazo, nem da importância dos seus desejos/planos para o promover.
- ✓ As competências do RN vão desencadear nos pais reacções e comportamentos que orientam a interacção entre ambos; no entanto, estes primeiros momentos podem ser geradores de **grande ansiedade** que não é referido pelos autores, mas vivido pelas mulheres
- ✓ Todas as mulheres que experimentaram o contacto pele-a-pele, descrevem o momento como sendo único, feliz e indescritível. **E o que mais surpreendeu** as mulheres foi o facto de o RN ficar calmo ao permanecer junto de si.

Como **impacto** dos cuidados de enfermagem na promoção da vinculação da díade/tríade surgiu que:

A assistência dos EESMO foi considerada muito importante para a experiência de parto positiva, sendo o enfermeiro descrito pelos pais como a **pessoa mais valorizada**. Descrevem o EESMO como o profissional que está sempre **presente**, o que mais **informa**, o mais **atencioso**, o que **promove a autoconfiança**, que se **preocupa com os seus desejos** e o que **transmitiu calma**.

Como **sugestões** os pais evidenciaram o desejo de uma maior permanência do pai nos momentos a seguir ao parto (na primeira noite) e mais tempo de permanência no internamento na unidade de obstetrícia, tornando-se a participação e permanência do pai como um “recurso a mobilizar”. O distanciamento masculino de alguns processos incluídos no ciclo gravídico-puerperal, é um *stressor* que pode gerar um sentimento de solidão e vazio “acentuados pela falta de espaço para os homens participarem” nestes momentos (FREITAS *et al*, 2007, p. 138). Esta sugestão, foi referida por vários casais, no entanto na prática verificamos que as unidades hospitalares não estão actualmente preparados para isso, o que será um factor a ter em conta, para futuramente repensarmos este aspecto, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados.

3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Qualquer estudo de investigação encontra no seu percurso limitações de várias ordens, sendo que, na perspectiva de Polit *et al* (2004), os estudos nunca são concretizados de uma forma perfeita e completa.

Como primeira limitação do estudo, saliento o uso de uma metodologia bastante exigente, que pressupõe conhecimentos em várias áreas, não só na Enfermagem de Saúde materna, mas também na área de investigação e de informática.

Em relação à profissão de enfermagem, esta metodologia permite “identificar os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática (...) e identificar áreas que necessitam de futuras pesquisas”, pelo que é “um recurso valioso de informação para a tomada de decisões” (GALVÃO *et al*, 2004, p.551). Contudo, os mesmos autores consideram que tem desvantagens porque “consome muito tempo (...) envolve um trabalho intelectual grande” e pelos recursos humanos que requer (GALVÃO *et al*, 2004, p. 555).

A percentagem de mulheres/ conviventes significativos dos quais realizei notas de campo e que contribuíram para a minha reflexão e estudo, foram baixas relativamente ao idealizado no início, pela dificuldade em articular a experiência prática exigida para o Estágio, com os momentos necessários para a realização das notas de campo e análise das mesmas, tornando-se por isso uma limitação ao estudo. Outra questão relacionada com a realização das notas de campo foi o facto de nem sempre estes registos serem efectuados imediatamente a seguir às interacções, pelo que foi necessário desenvolver a capacidade de fazer anotações mentais o mais detalhadamente possível.

Também o tempo disponível para a elaboração de um trabalho desta dimensão foi um factor condicionante, pela minha inexperiência neste tipo de trabalhos, e também por ser realizado em contexto de Estágio, onde foi necessário simultaneamente efectuar um estudo permanente para aquisição das competências inerentes à área da especialidade.

No entanto a realização deste trabalho, tornou-se num desafio, muito gratificante, que me permitiu desenvolver competências na área da investigação e especialmente mobilizar o conhecimento científico na prática de cuidados, enquanto estudante e futura EESMO.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a importância que a educação para a saúde, tem no processo da vinculação, concluiu-se que é da competência do EESMO, informar os pais acerca dos benefícios dessa interacção e ajudá-los no treino das suas competências parentais, permitindo-lhes com o tempo adequado a cada um, experimentar a dimensão do tocar, do acariciar e do falar, favorecendo um ambiente propício a essa intimidade. No entanto o toque proporcionado ao bebé, tem de ser um toque positivo, que lhe transmita amor e segurança. É isso que vai fazê-lo sentir-se desejado e aceite e dar-lhe a capacidade de se relacionar com os seus pares. Esta capacidade de se relacionar duma forma intensa e verdadeira, ajuda o ser humano a superar momentos de crise (invasão de *stressores* negativos) ao longo da vida, tornando-o mais resiliente, e com mais recursos internos para voltar ao seu estado de bem-estar. Segundo Ramos (2004, p. 197) “os indivíduos, em particular as crianças, que crescem em famílias que proporcionam segurança e carinho, aprendem a melhor gerir as emoções e afectos, as separações e a fazer face aos problemas quotidianos”. Também Tedder (2008), refere que as primeiras experiências da infância, afectam o desenvolvimento do cérebro e estabelecem as bases para a inteligência e saúde emocional.

Ao reflectir sobre todo este percurso, senti que há um longo trabalho a realizar com as famílias na preparação para a parentalidade e para o estabelecimento e fortalecimento dos laços afectivos. Esse trabalho começa muito mais cedo, sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. O EESMO tem autonomia para actuar na comunidade, junto das escolas, e ser um agente dinamizador para mudar as estratégias da **educação para a saúde**, que muitas vezes se apoiam em conceitos meramente fisiológicas, acerca da contracepção, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. O grande desafio é apostar num modo de educar na perspectiva da afectividade, da estruturação e construção da pessoa, dando-lhe a possibilidade de criar um projecto de vida consciente. A **valorização dos afectos**, a capacidade de desenvolver nos jovens a **auto-estima**, o **respeito pelos outros** como pessoas únicas, seres de relação, de experiências, de imaginação e de desejo, são estratégias que vão ajudar a favorecer a vinculação, posteriormente enquanto adultos e pais, permitindo um crescimento não só da família, mas também do enfermeiro. É necessário trabalhar com as famílias, nomeadamente com as crianças e os jovens, sabendo ouvir, motivar, elogiar, ajudar a

descobrir, numa atitude de suportar o outro, mas também capacitando-o nas tomadas de decisão responsáveis, permitindo-lhe viver a suas experiências com autonomia, ajudando-o a criar alternativas e guiá-lo na reflexão. Também as intervenções de informação, treino e capacitação das competências parentais deveriam ser iniciadas antes da chegada do casal ao bloco de partos, tornando a experiência de parto num momento vivido com mais autonomia e satisfação do casal, o que evidencia a importância da criação de metodologias de actuação mais adequadas, que incluam a temática da vinculação e práticas assistenciais direccionadas ao individuo e família, com um propósito especial e mais completo. Como enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários, todo este percurso, reverteu-se, não apenas num estágio de mobilização de saberes para a aquisição de competências, ao qual foi atribuída uma avaliação (Anexo I), mas sobretudo num crescimento interior profundo, pelas experiências vividas, pelas pessoas com quem interagi (profissionais, colegas de curso, professores e utentes), pelas emoções sentidas e pela partilha de experiências, o que suscitou a motivação e o desejo de futuramente, como EESMO, poder desenvolver novos projectos, que visem a melhoria da qualidade dos cuidados, na instituição onde presto cuidados, o que vai de encontro ao **critério de avaliação B1.1.1**. “participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional” (**RCCEE, p.6**).

Sendo o bloco de partos um local de situações geradoras de muito *stress*, exige destes profissionais capacidades de trabalho de equipa e de gestão de conflitos, para além das competências inerentes à área da especialidade. Por vezes, o EESMO, no desempenho das suas competências, também pode ser afectado por inúmeros factores, tais como a dificuldade de lidar com algumas situações emocionalmente mais delicadas, pelo volume de trabalho que os impede de prestar cuidados de equidade às várias famílias, pela organização menos eficaz dos recursos, e por vezes por hábitos de práticas rotinizadas. Significa que também os profissionais são constantemente sujeitos a *stressores* que entram no seu sistema e os afecta, tanto no desempenho das suas competências, como no seu sistema interior enquanto pessoa. Por isso é necessário também reforçar as LFD, dos profissionais de saúde, que passa em primeiro lugar pela **consciencialização das suas vulnerabilidades** e pela **reflexão conjunta**. Outros recursos importantes a mobilizar são: a **formação** contínua, a melhoria da **comunicação** e do **trabalho conjunto** das equipas multidisciplinares, o **reconhecimento das possíveis barreiras** aos cuidados de saúde personalizados e de

qualidade, a **utilização de indicadores na avaliação** dos cuidados de enfermagem, a **adequação do número de enfermeiros**, face às necessidades dos cuidados e apostar na **motivação dos profissionais de saúde**, nomeadamente dos enfermeiros, relativamente à qualidade do exercício profissional. Um aspecto a desenvolver é a promoção de momentos de introspecção e formação pessoal. Cabe a cada enfermeiro o crescimento pessoal e profissional, apostando para tal, no desenvolvimento de competências que visem a actualização de conhecimentos e, conseqüentemente, a melhoria dos cuidados. Como **implicações para a prática**, o facto de ter sido realizado este trabalho, já promoveu momentos de discussão sobre a temática em questão, e conseqüentemente, **momentos de reflexão** sobre a forma como cada EESMO actua na promoção da vinculação, nos primeiros momentos após o parto, o que por si só já foi uma mais-valia. Considero muito importante o facto de os pais reconhecerem o papel do EESMO, como o **mais valorizado**, apesar de observar que ainda estamos longe de trabalhar em parceria numa forma coesa com os enfermeiros das outras unidades por onde a família passa, nesta fase da sua vida, nomeadamente, as unidades de **Obstetrícia, Neonatologia e Cuidados de Saúde Primários**. Acredito que a consciencialização deste aspecto pode alterar a nossa prática (alunos da especialidade e equipas dos serviços), levando-nos a sensibilizar para a importância da realização de **protocolos de actuação** entre as várias unidades.

Outro aspecto a salientar é a **autonomia** do EESMO, em todo este processo da vinculação, e o facto de se sentirem confiantes nos cuidados que prestam, sabendo justificá-los com recurso a estudos científicos, promovendo deste modo, a sua aceitação e conseqüente implementação junto da equipa multidisciplinar em que se inserem.

Com este estudo surgiram **outras questões a serem exploradas**. Sem dúvida que é necessário conhecer a perspectiva dos pais relativamente aos cuidados de enfermagem especializados, na promoção da vinculação. No entanto, ao constatar que muitas vezes **é a conduta do enfermeiro que determina o tipo de cuidados** a adoptar, na aproximação pais/ filho, nos primeiros momentos após o parto, seria interessante realizar outros estudos com o objectivo de avaliar a importância dessa aproximação para o EESMO, que tipo de práticas utiliza na promoção da vinculação e quais os factores que influenciam os cuidados que presta. Por outro lado seria interessante desenvolver estudos que avaliassem o conhecimento dos pais em relação

ao seu próprio **plano de parto** e quais as estratégias necessárias a desenvolver pelos EESMO para colaborem com os pais, no sentido da sua implementação, já que se constatou que **alguns pais aceitam passivamente as atitudes dos profissionais, ignorando a sua própria autonomia**. Ao EESMO cabe o importante papel de **facilitar a aprendizagem, capacitar** e aumentar a consciência dos pais sobre a importância da vinculação, fortalecendo a sua **autoconfiança**, para que eles se sintam competentes e incentivados a interagir com o recém-nascido, disfrutando ao máximo das suas capacidades.

A realização de notas de campo noutros momentos, fora do meio hospitalar, teria permitido entender outras dinâmicas noutros contextos e a forma como ultrapassar os desafios posteriores, com que o sistema familiar se vai deparando, bem como a compreensão de como os Cuidados de Enfermagem Especializados podem contribuir para facilitar o processo da vinculação. A recolha de informação durante a vigilância pós-natal, principalmente em contexto da **visitação domiciliária**, teria constituído um momento pertinente, uma vez que seriam analisados aspectos importantes, que a revisão da literatura refere, relativamente às dificuldades que o sistema familiar encontra após a alta hospitalar, em relação ao processo da vinculação, nomeadamente na reorganização familiar.

Durante este percurso saliento ainda como mais-valia, a utilização do Modelo Sistémico de Betty Neuman (2011), que norteou o trabalho e me permitiu compreender as famílias enquanto sistemas e a implicação de cada sub-sistema nele integrado, e ainda a utilização da taxonomia CIPE (2010), que é actual e permite clarificar os cuidados de enfermagem prestados. Outra estratégia facilitadora do trabalho desenvolvido foi a construção de um cronograma, onde organizei as minhas actividades, integrado no Projecto (Apêndice I). Contudo, encontrei algumas dificuldades iniciais, como a pesquisa em bases de dados electrónicas, o aprofundamento da metodologia utilizada (Revisão Sistematizada da Literatura) e a organização da informação, não só pela minha inexperiência, mas também por algumas dúvidas em relação à concretização deste trabalho, assim como o facto de não ter realizado a pesquisa dos artigos antes de iniciar o Estágio.

Alguns dos *stressores* que foram citados ao longo deste trabalho, e que influenciam a atitude dos pais face à vinculação, prendem-se com as suas experiências de vida, os seus conhecimentos e também, com a atitude dos profissionais que prestam cuidados

nestes primeiros momentos de aproximação da tríade. No entanto, para além de haver *stressores* que propiciam ou dificultam a vinculação, é importante que o papel do EESMO seja inovador, paciente e compreensivo de modo a não impor aquilo que considera ideal, mas respeitando a individualidade de cada um, no seu contexto social, psicológico e cultural.

Para o **desenvolvimento da Enfermagem como Ciência**, os cuidados especializados, como os que são prestados pelos EESMO, assumem uma grande importância, sendo fundamental desenvolver habilidades e competências, não apenas ao nível do saber fazer, mas também, e principalmente, ao nível do saber ser, de modo a promover a **humanização dos cuidados**, que devem ser cada vez mais globais, personalizados e decorrer em ambiente relacional e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, Nilce Piva (2000) – A Melhoria da Qualidade nos Serviços de Enfermagem. São Paulo: **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 13, Parte 1, p.190-196

ALARCÃO, Isabel (1996) – **Formação Reflexiva de Professores, Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34721-X

ALARCÃO, Isabel (2001) – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. Maio de 2001. http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=formaçãoreflexiva&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076

AMADO, João da Silva (2000) – A técnica de Análise de Conteúdo. **Referência: Revista de Educação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-0283. nº 5 (Nov). p. 53-63

BACHION, Maria Márcia; PEREIRA, Ângela Lima (2006) – Actualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. ISSN: 1983-1447. Vol. 27, nº 4. p. 491- 498

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de conteúdo**. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2

BENNER, Patrícia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

BERGSTROM, A. (2007) – Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn. **Foundation Acta Pædiatrica**, p. 655 - 658

BISCAIA, J. (2002) – Nascer no Hospital. **Servir**. Lisboa. Vol. 50 (2), Março/Abril, p. 69-74

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. (2006) – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, ISBN 972-0-34112-2;

BOWLBY, J. (2001) - **Formação e rompimento dos laços afectivos**. São Paulo: Martins Fontes. ISBN: 853-362-264-3

BOWLBY, John (2002) – **Apego e perda**. São Paulo: Martins Fontes. ISBN 853-362-064-0

BRÁS, P; JORGE, J. LOPES (2010) – **Acolhimento do Recém-nascido: Participação dos Pais na Sala de Partos - uma abordagem fenomenológica**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Monografia de Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

BRAZELTON, T. Berry (1988) – **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 85-02-02018-8

BRAZELTON, T. Berry (2004) – **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 10^a ed. Lisboa: Presença. ISBN: 978-972-23-1930-0

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. (2007) – **A relação mais precoce, os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar. ISBN 978-972-710-083-5

CAETANO, L. C. (2004) – **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família**. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Doutoramento - Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a15.pdf>

CANAVARRO, Maria Cristina (2001) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-853-5-77-5

CARMO, Hermano; FERREIRA, Maria Manuela (1998) – **Metodologia da Investigação – Guia para auto – aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 972-674-231-5

CHALIFOUR, Jacques (1993) – **Exercices et réflexion sur la relation d'aide**. Québec: Gaetan Morin. ISBN 2-85030-180-9.

CORDEIRO, Alexander M. *et al* (2007) – Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rio de Janeiro: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. ISSN 0100-6991. Vol. 34, nº6. p. 428-431. Acedido a 5 de Maio de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>

COUTO, Germano (2003) – **Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-63-0

CRUZ, D.C.S.; SUMAM, N.S.; SPINDOLA, T. (2007) – Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. São Paulo: **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. Vol. 24, nº 2. ISSN: 0080-6234. p. 46-49

DALBYE, Rebecka; CALAIS, Elisabet; BERG, Marie (2011) – Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. **Sexual & Reproductive Healthcare**. Vol. 2, nº 3, p. 107-111. ISSN: 1877-5756

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Lisboa: ESEL.

FIGUEIREDO, Bárbara (2001) – **Mães e bebés**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN 972-31-0920-4

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação, da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-757-109-3.

FREITAS, W.; COELHO, E.; SILVA, A. (2007) – Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de género. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0034-8910. Vol. 23. nº 1. p. 137-145. Acedido a 29 de Maio de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/14.pdf>

GARDNER, R.; DEATRICK, A (2006) – Understanding interventions and outcomes in mothers of infants Center for Health Disparities Research. University of Pennsylvania. **Issues in Comprehensive Pediatric**. p. 25-44.

GAUTHIER, Benoît (2003) – **Investigação social – da problemática à colheita de dados**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-55-X

GOODMAN, Petra; MACKEY, Marlene; TAVAKOLI, Abbas (2004) – Factors related to childbirth satisfaction. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford: Blackwell Publishing. Vol. 46, nº 2. p. 212-219

GOTARDO, G.; SILVA, I. (2007) – Reflectindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Ciência, cuidado e saúde**. ISSN: 1677-3861. Vol. 6, nº2. p. 245- 251

HESBEEN, W. (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8

HUDSON, D., ELEK, S., FLECK, M. (2001) – First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. **Issues in comprehensive pediatric nursing**. ISSN: 1521- 043X Vol. 24, nº 31, p. 31-43

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. Hague: ICM. Acedido a 12/4/2010. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>

JARDIM, Ana Maria (2003) – **Vivências maternas com crianças prematuras durante o primeiro ano de vida**. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta

KENNER, Carole (2001) – **Enfermagem neonatal**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, ISBN 85-87148-43-5

KITZINGER, Sheila (1995) – **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-8245-25-4

KITZINGER, Sheila (1996) – **Mães - um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 972-23-2045-9

KLAUS, M.; KENNEL, J. (1976) – **Maternal-infant bonding**. Saint Louis: The C.V.Mosby Company. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0091-2182\(77\)90026-X/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0091-2182(77)90026-X/abstract)

KLAUS, M.; KENNEL, J. (1993) – Pais/bebés: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUSS, H. Marshall, KENNEL, J.H., KLAUSS, P. H (2000) – **Vínculo Afetivo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. ISBN: 85-7307-577-5

KLAUSS, Volker; SCHALLER, Ulrich (2001) – Is Credés prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? **Bulletin of World Health Organization**. Vol.79, nº3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566367/pdf/11285676.pdf>

LAZURE, Helène (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

MARTINS, Cristina A. (2008) – **Transição para a Parentalidade**. Lisboa: Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Acedido a 21 de Junho de 2011. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>

MATOS, T., SOUZA, M., VELHO, M., OLIVEIRA, M., SANTOS, E., RODRIGUES E., SEIBERT, C., MARTINS, C., (2010) – Contacto precoce pele-a-pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol. 63, nº6. p. 998-1004

MELNYK, Bernadette; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (2005) – **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-078-174-477-5

MENDES, I. (2002) – **Ligação materno-fetal: Contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento**. Coimbra: Quarteto.

MERCER, R.; WALKER, L. (2006) – A review of nursing interventions to foster becoming a mother. **Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing**. Vol. 35, nº5, p. 568-582

MONTAGNER, Hubert (1993) – **A vinculação: a aurora da ternura**. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN: 972-9295-33-6

MONTAGU, A. (1988) - **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus. ISBN: 85-87691-12-0

MUÑOZ, S. (2002) – **Revisão Sistemática da Literatura e Metanálise: noções básicas sobre o seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde**. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem São Paulo.
Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=msc000000052002000200010&ing=pt&nrm=isso

NASCIMENTO, M. (2003) – Preparar o nascimento. ISSN: 0870-8231. **Análise Psicológica**. Vol. 1, nº 21. p. 47-51

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª ed. Boston: Pearson Education, Inc. ISBN 978-0-13-514277-6

NUNES, L. (2003) – **Um olhar sobre o ombro**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-60-2

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2

ODENT, Michel (2002) – **A Cientificação do Amor**. 2ª ed. Florinópolis: Saint Germain. ISBN 85-887-5902-0

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0**. Lisboa. Editora Lusodidacta. ISBN 978-92-95094-35-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (1990) – **Declaração de Innocenti sobre a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Florença: OMS/UNICEF

OSAVA, R.H. (1997) – **Assistência ao Parto no Brasil: o lugar do não médico**. Tese de Doutoramento. São Paulo. Universidade de Saúde Pública

PEREIRA, Adriana (2006) – Actuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**. Vol., nº 3, p. 233-23

PEREIRA, Arminda (2009) - **O primeiro contacto pai - bebé: Um olhar sobre as práticas de enfermagem**. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências em Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências de Abel Salazar da Universidade do Porto

PEREIRA, M. A. (2004) - **Aleitamento materno: Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação: intervenções para o seu sucesso**. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf>

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3

POLIT, Denise *et al* (2004) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. São Paulo: Artmed Editora. ISBN 0-7817-2557-7

POCINHO, Margarida (2008) – **Lições de revisão sistemática e metanálise**. Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga. Disponível em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Licoes_de_revisao_sistemática_e_metanalise.pdf

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne (2006) – **Fundamentos de Enfermagem**. 6ª ed. Brasil: Elsevier. ISBN 978-853-521-677-6

RAMOS, Natália (2004) – **Psicologia clínica e de saúde**. Lisboa, Universidade Aberta. Tese de Mestrado. Acedido em 6-6-2011. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>

REIS, Felipa Lopes (2010) - **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha**. Lisboa: Editora Pactor. ISBN: 978-989-693-000-4

RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontífice Valente (2000) – **Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.

SÁ, Eduardo (2004) – **A maternidade e o bebé**. Lisboa: Fim de Século. ISBN: 972-754-194-1

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. (2007) – Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos. ISSN: 1413-3555. Vol.11, nº1, p. 83-89. Acedido a 2/6/2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_12.pdf

SERAFIM, Deise (1999) – Estudo das opiniões do pai sobre o aleitamento materno e sua participação neste processo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. Vol. 9, nº 1. Acedido a 29 de Junho 2010. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/367.htm>

SPRADLEY, James P. - **Participant Observation**. London: Wadsworth Pub Co, 1980. ISBN 978-0-0304-450-19;

TAMEZ, R.; SILVA, M. (2006) – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 85-277-1147-8

TERESO, A. (2005) – **Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-44-1

TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

TEDDER, J. (2008) – Give them The HUG: an innovative approach to helping parents understands the language of their newborn. **Journal of Perinatal Education**, Vol. 17, nº2. p. 14-20

TRIVIÑOS, Augusto (1987) – **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Editora Atlas S. A. ISBN 85-224-0273-6

UNICEF (2001) – **A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card**, No.3. Florença: UNICEF Innocenti Research Centre. Disponível em: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>

VELHO, M. Oliveira; M. SANTOS, E. (2010) – Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília Jul-Ago. Vol. 63, nº 4. p. 652-659

WINBERG, J. (2005) – Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior - a selective review. **Developmental Psychobiology**. Vol. 47, nº 3. p. 217-229

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I
PROJECTO DE ESTÁGIO

*5º CURSO PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA*

*1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA*



AJUDAR A AMAR

*Cuidados de enfermagem na promoção da vinculação, em
contexto da sala de partos*

Unidade Curricular Seminário de investigação II

Projecto do Ensino Clínico IV

Docente:

*Prof.^a Teresa Felix
Enf.^a orientadora
Lídia Tinoco*

Discente:

Ana Rito Coelho

Lisboa

Fevereiro 2011

É o toque humano que conta neste mundo
O toque da tua mão e da minha
Que significa muito mais para o coração
Fragilizado
Que o abrigo, o pão e vinho
Porque o abrigo vai-se quando a noite acaba
E o pão dura apenas um dia
Mas o toque de uma mão e o som da voz
Cantam para sempre na alma

Spencer Michael Free

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEESMO – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

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

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

ICM –International Confederation of Midwives

OL – Orientador do local

REBA – Rotura espontânea de bolsa amniótica

RN – Recém-Nascido

SUMÁRIO

0-INTRODUÇÃO	5
1- PLANEAMENTO DO TRABALHO EM CAMPO	12
1.1-FINALIDADE E OBJECTIVOS.....	12
1.2- METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO.....	13
1.2.1-Descrição das actividades.....	13
1.2.2-Seleção das estratégias	13
1.2.3-Resultados esperados.....	14
1.2.4-Aplicabilidade da evidência na área específica.....	14
2- REFLEXÃO CRITICA	15
BIBLIOGRAFIA	17

APENDICE I – Plano de Actividades a desenvolver no EC IV

APENDICE II – Cronograma de actividades

0-INTRODUÇÃO

A realização deste projecto surge no âmbito da unidade curricular Seminário de Investigação II, e irá ser desenvolvido no contexto do Ensino Clínico IV – Urgência Obstétrica e Bloco de Partos, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (5º CPLEESMO). Este EC, irá decorrer no HSFX, entre 17 de Janeiro de 2011 e 1 de Julho de 2011, sob orientação da docente EESMO, Teresa Félix, e da orientadora do local, EESMO, Lídia Tinoco. Este projecto tem como finalidade, ir ao encontro dos objectivos desta unidade curricular e da unidade curricular Seminário de Investigação II, permitindo elaborar as várias fases de um projecto, tendo em vista o desenvolvimento de competências no âmbito do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, promovendo intervenções que contribuirão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à parturiente e família durante o trabalho de parto e parto, e por outro lado, tentar dar resposta a uma preocupação sentida por mim, tendo sempre por base as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 e ICM).

Segundo a proposta da Ordem, o **novo conceito de enfermeiro especialista** refere-se ao “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas e especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). No campo da intervenção especializada, são definidas dois tipos de competências: as competências comuns e as competências específicas sendo que:

Competências comuns são “ (...) competências que todos os enfermeiros especialistas possuem, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007)

Competências específicas são aquelas “ (...) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de

adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

De forma a adquirir/desenvolver as competências esperadas de um EESMO torna-se necessária a construção de um projecto que facilite este processo

Tal como nos diz BARBIER (1991, p. 57), projecto é definido “...como a combinação dos meios que permitem atingir o objectivo final fixado. É utilizado como sinónimo de processo a utilizar, de processo a pôr em prática, de acção a desenvolver, de sequência de actividades a realizar.”

Para a realização do projecto individual de estágio que culminará no relatório de estágio estão inerentes os seguintes objectivos, propostos para a concretização da unidade curricular Seminário de Investigação II :

- Desenvolver competências no âmbito da utilização de projecto de estágio, essenciais para a compreensão, utilização e produção de investigação.
- Desenvolver atitudes de reflexão crítica, que contribuam para a inovação das práticas de cuidados de saúde.

Após alguma pesquisa pertinente e alguma reflexão, resolvi abordar um tema que me suscita alguma preocupação, na sua abordagem no contexto do Bloco de Partos, que é a intervenção do enfermeiro especialista como elemento facilitador, no processo de vinculação precoce da tríade (mãe/RN/pai), perante o nascimento de um recém-nascido de parto eutócico

O termo vinculação deriva do inglês “attachment”, que significa “vínculo”. O conceito de vinculação é abrangente e refere-se a um vínculo afectivo desenvolvido por um indivíduo em relação a um parceiro, que pela sua importância deseja que esteja sempre próximo, não podendo ser substituído por nenhum outro. Segundo Bowlby (2001), muitas das relações humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento ou renovação dos vínculos emocionais.

Segundo a CIPE, (Versão 2, 2010) vinculação é: Acção de parentalidade com as características específicas- Ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos.

O contacto físico precoce entre pais e filho tem uma importância prioritária na visão humanizada de cuidados ao bebé ainda na sala de partos. É importante reduzir ao estritamente necessário os procedimentos realizados no pós-parto imediato, quando se

tratar de um bebé de baixo risco, a fim de se evitar separações desnecessárias entre a mãe e o recém-nascido, o que poderá prejudicar o processo da vinculação precoce.

A maneira como o bebé nasce, seja com suavidade, sofrimento, violência ou tranquilidade, poderá ter implicações directas na efectividade do vínculo com sua mãe (MICHEL ODENT, 2002). Ainda segundo o mesmo autor, o que precisa ser repensado, na forma como cuidamos no parto e pós-parto, é a tendência à intervenção como rotina. Segundo o autor, é nesse momento do pós-parto imediato que se inicia, na sua forma mais intensa, a aprendizagem do amor. Utilizar no parto e no pós-parto intervenções desnecessárias é dificultar a aprendizagem do amor; é prejudicar o ser humano na sua capacidade de amar.

Klaus, Kennell e Klaus (2000) descrevem uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que ocorrem após o parto. Caetano (2004) relatou que muitos desses eventos contribuem para a proximidade entre a mãe e o bebé, favorecendo o estabelecimento do vínculo e do apego entre eles.

O momento do parto deve ser um momento único, de felicidade, de recompensa, de esforço físico, mas pode ser também de grande tensão emocional. A mulher deve estar pronta para criar novos laços e entrar num envolvimento total.

O toque proporcionado ao bebé pode ocorrer de várias formas, mas o mais importante é acariciar, beijar, olhar, perceber e amar o bebé, pois é o carinho que o bebé recebe que vai influenciar a sua auto-estima, de modo a fazê-lo sentir-se desejado, bonito e aceite, de modo a que ao longo da sua vida se relacione com os seus pares e supere mais facilmente os problemas com que se irão deparar (GIANNOTTI, 2001).

A EESMO, como cuidadora mais próxima do recém-nascido, é o elemento da equipa privilegiado para agir como promotora do processo de vinculação e interacção pais/bebé, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho, para que não se perca o processo de vinculação (ver, ouvir, tocar e cuidar), (GIANNOTTI, 2001).

O meio intra-uterino proporciona ao recém-nascido, um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, onde os ruídos são ouvidos suavemente, não necessitando de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento, o recém-nascido vai-se adaptando gradualmente ao meio extra-uterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. A filosofia de humanização do parto e nascimento, tem como preocupação essencial, acolher o recém-nascido, suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extra-uterino (CRUZ, SUMAM & SPÍNDOLA, 2007).

A primeira hora de vida de um bebé é um período denominado de inactividade alerta do RN que dura em média quarenta minutos. Esses momentos iniciais são uma fase sensível, precursora de apego e a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebé. O contacto próximo nessa ocasião e nos dias seguintes é muito benéfico para o processo de vinculação (KLAUS & KENNEL, 1976).

Neste contexto destaca-se a importância que os cuidados de enfermagem assumem na sala de partos. O enfermeiro especialista envolvido no nascimento é, supostamente, uma figura facilitadora deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça. É preconizado o emprego de uma luz difusa na sala de parto, silêncio, ambiente menos frio e tranquilo, uma música suave e o contacto corporal imediato entre a mãe e o RN. Este deve ser colocado sobre o abdómen da mãe logo após o nascimento, sendo tocado e acariciado por ela e somente laqueado o cordão umbilical, após deixar de pulsar. A vertente humanizadora de assistência ao parto e nascimento preconiza que os profissionais devem estimular a aproximação entre a mãe e o bebé no pós-parto imediato, em contacto pele a pele. A qualidade do relacionamento entre os pais e os bebés, o suporte contínuo durante o trabalho de parto, a colocação do bebé sobre o abdómen da mãe e a promoção da amamentação imediatamente a seguir ao parto são vistos como práticas que ajudam na formação do vínculo (KENNEL & MCGRATH, 2005), (OMS/UNICEF, 1990, 2009).

No entanto, muitas vezes, no momento em que o bebé nasce, o cordão umbilical é imediatamente laqueado, ergue-se a criança para a mostrar à mãe e imediatamente é levada para o berço aquecido, não havendo qualquer tipo de aproximação e interacção entre a tríade, sendo impossibilitados de dar seguimento ao vínculo precoce que se estabelece logo após o nascimento.

Estas diferenças nos procedimentos podem facilitar ou dificultar a vivência em pleno desta experiência da maternidade, comprometendo todo o processo da vinculação precoce e como nos diz Ribeiro (2000, p.14) “a prática dos cuidados não pode ser confiada ao acaso, mas na reflexão, a fim de se poder desenvolver um domínio de conhecimentos próprios.

De acordo com Canavarro (2001), estudos recentes demonstram que os bebés que tiveram um contacto precoce com as suas mães encontravam-se menos agitados, choravam menos e dormiam mais.

O estudo desenvolvido por Pereira (2004), foi baseado em experiências descritas que concluíram que muitas rotinas comuns nas maternidades, podem ser aplicadas com

segurança, após a primeira hora de vida do bebé e depois da primeira mamada. A manipulação na pesagem do bebé, na administração intramuscular da vitamina k, provoca desconforto e dor no bebé. De igual forma, a administração de antibiótico ocular, além do desconforto, dificulta também o estabelecimento do contacto visual entre a tríade que é uma das principais formas de comunicação, o que se repercute no processo da vinculação, pelo que actualmente se valoriza o contacto pele a pele antes de qualquer intervenção. Ainda em relação à aplicação de antibiótico ocular, e de acordo com Klauss e Schaller (2001), numa publicação para a Organização Mundial de Saúde, a conjuntivite neonatal já não é considerada um problema de saúde pública. Alguns países optaram por interromper a profilaxia neo-natal, optando por um tratamento precoce do recém-nascido nas situações esporádicas em que acontece.

Segundo Klaus e Kennell (2000), o contacto entre mãe e filho acarreta inúmeras vantagens para ambos. A ampla gama de sentidos do bebé, são combinados com a sensibilidade e alerta da mãe, numa relação verdadeiramente recíproca a diversos níveis: o choro do bebé estimula a produção do leite, a distância entre a face da mãe e a do bebé durante a amamentação é a ideal para que RN a veja, o leite materno transmite defesas, e o acto de sucção do bebé, estimula a produção de ocitocina, que por sua vez contribui para a involução uterina.

Com a elaboração deste trabalho pretendo compreender melhor toda a envolvimento dos circuitos e procedimentos inerentes ao processo da vinculação, em contexto da sala de partos, levando a uma reflexão conjunta com os enfermeiros envolvidos no processo, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados à mulher/RN/família, de forma a facilitar a promoção da vinculação e contribuindo também para dar maior visibilidade à profissão de Enfermagem. Para isso foi definida então como questão orientadora deste estudo:

- Qual o impacto dos cuidados de enfermagem especializados, na promoção da vinculação precoce, na díade/tríade, nos nascimentos de parto eutócico?

Foram definidas as seguintes palavras-chave: **Vinculação, parto/nascimento cuidados de enfermagem.**

Enquanto disciplina, a enfermagem poderá basear-se em vários modelos conceptuais, tendo em conta o contexto e para quem são dirigidos os seus conhecimentos.

Ao considerarmos a mulher/RN/família como alvo dos nossos cuidados e os sentimentos desta perante a vinculação, num parto eutócico, considero que o modelo

de Sistemas de Betty Neuman nos ajuda a compreender e evidenciar a forma como o fenómeno se desenvolve no contexto da investigação.

O fenómeno vinculação, enquanto foco de atenção de enfermagem, é um fenómeno sujeito a Stressores positivos ou negativos, consoante o contexto e a especificidade do ser humano e a situação, contribuindo para que o fenómeno enquanto resposta humana, possa ser adequada ou não.

Neuman (1995), considera o ser humano como único, com conhecimentos próprios, características pessoais inatas. Refere a importância dos vários factores relacionados com o ambiente, a sua potencial influência enquanto stressores do sistema e a relação entre o ser humano e as diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural e espiritual. Considera a presença de linhas flexíveis de defesa, cuja energia, tendo em linha de conta as variáveis e a sua relação com os stressores, suporta o equilíbrio e a estabilidade do sistema. Por último as três proposições restantes abordam as questões relacionadas com prevenção primária, secundária e terciária.

O modelo de Neuman engloba três níveis de prevenção (TOMEY E ALLYGOOD, 2002, p.337):

“A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento”.

Prevenção primária: situa-se na fase de identificação dos stressores que possam causar desequilíbrio ao sistema, sendo portanto ao nível do risco, ou seja, procura prevenir uma possível invasão do exterior, fortalecendo a linha flexível de defesa e diminuindo a possibilidade de reacção. Promove assim alguns objectivos que se coadunam com, o informar, apoiar, motivar, integrar e educar, para que o ser humano possa manter ou atingir o seu bem-estar, pelo que o cuidado do EESMO poderá contribuir para a tomada e decisão dos pais, sobre os procedimentos desejados, durante e após o nascimento, facilitadores da vinculação.

Prevenção secundária: situa-se na fase da monitorização dos stressores, tendo em vista a protecção da estrutura básica, envolvendo já o tratamento, mas mobilizando os recursos do sistema, quer internos, quer externos para a sua estabilização e conservação da energia, fortalecendo as linhas internas de resistência. Promove objectivos que se coadunam com, o monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar,

educar, envolver, promover, providenciar e apoiar, para que o ser humano apresente uma menor reacção e ao mesmo tempo aumente os factores de resistência. Nesta fase o papel do EESMO é extremamente importante na identificação de factores de risco ao processo da vinculação, como por exemplo nos nascimentos pré termo, famílias desorganizadas, gravidezes não desejadas, doença materna ou em outras situações que se verifique a existência de stressores que comprometam a vinculação. O EESMO pode capacitar os pais, elogiando-os e apoiando nas suas decisões.

Prevenção terciária: situa-se já na fase posterior ao tratamento activo, focalizado na readaptação face à estabilidade do sistema, com um objectivo principal, cujo foco é aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reacções. Este processo é cíclico no sentido da prevenção primária. Promove objectivos que se coadunam com, estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar, para que o ser humano enquanto sistema possa vir futuramente a identificar os stressores e ele próprio criar defesas face aos agentes stressores para se manter em equilíbrio. Nesta etapa o EESMO pode validar com os pais a educação para a saúde efectuada na prevenção primária, envolve-os nos cuidados ao recém-nascido, incentivando-os ao contacto pele a pele e elogiar todos os progressos, para evitar a insegurança e promover a autonomia. Os pais devem possuir, nesta fase, o conhecimento, a confiança, a segurança e o sentimento de posse sobre o seu filho, que lhes dá a autonomia e o controle sobre as situações. Este modelo dá um relevo muito particular à prevenção, à educação para a saúde, ao bem-estar e à interdisciplinaridade. Por estas razões, consideramos que o Modelo de Sistemas de Neuman, nos traz contributos enquanto suporte teórico para compreendermos as respostas humanas, face ao fenómeno da vinculação.

O presente trabalho será iniciado com a introdução, na qual será identificada e justificada a problemática de partida, as competências do enfermeiro especialista e o quadro de referência que orienta o trabalho. Seguir-se-á o planeamento do trabalho de campo que incluirá a finalidade e objectivos e definida a metodologia de trabalho, Por fim será realizada uma reflexão final de forma a avaliar as actividades propostas e o percurso percorrido até ao momento de término do projecto.

1- PLANEAMENTO DO TRABALHO EM CAMPO

Esta etapa consiste na elaboração de um plano de acção, que deverá assentar numa reflexão e numa antevisão da estrutura do trabalho. Formar um plano de acção implica a estruturação e organização de toda a sequência de passos que poderá ser sujeita a reformulações e actualizações constantes, devidamente adequados ao tempo despendido e apresentado em cronograma (anexo II).

1.1-FINALIDADE E OBJECTIVOS

Pretende-se com este trabalho:

- Identificar quais os cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido de baixo risco, na sala de partos, no estabelecimento do vínculo precoce entre a mãe e o bebé.
- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.
- Desenvolver competências específicas para atingir o grau de Especialista/Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Objectivo geral:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, à mulher/RN/família, no âmbito da vinculação precoce, em situação de saúde e doença, tendo em vista a promoção de saúde e o bem-estar da mulher/RN/família.

Objectivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante o período pré-natal (**Competência 2, Ordem dos Enfermeiros, 2010**).
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestarem cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto (**Competência 3, Ordem dos Enfermeiros, 2010, competência 4 ICM**)
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido (**Competência 4, Ordem dos Enfermeiros, competência 5 ICM**).

- Desenvolver estratégias conducentes à promoção da vinculação precoce, tendo por base as competências do EESMO, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros de 2010 e as competências do IMC (**Competência 5 ICM**).

Pretende-se com este objectivo

- Identificar quais as estratégias, conducentes à promoção da vinculação precoce, utilizadas pelo EESMO nos nascimentos por parto eutócico.
- Analisar a relação entre as estratégias utilizadas, e o impacto na promoção da vinculação precoce, na díade/tríade.

1.2- METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

De acordo com a questão de partida, identificou-se como componentes da sua formulação, os seguintes elementos:

P- Díade/Tríade

I- Cuidados de Enfermagem

O- Promoção da vinculação precoce

1.2.1-Descrição das actividades

O planeamento das actividades a desenvolver será apresentado em anexo tal como a gestão de tempo prevista (**APÊNDICES I E II**).

1.2.2-Seleção das estratégias

Para encontrar resposta à questão inicialmente colocada pretende-se utilizar pesquisa bibliográfica através da revisão sistemática da literatura, e análise da mesma, de forma a justificar a evidência científica, para adequar e melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos. Segundo Reis (2010, p.49) “a revisão da literatura resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e do problema da pesquisa escolhido”.

A revisão da literatura será efectuada nas bases de dados electrónicas CINHAL with full text, MEDLINE with full text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina, Academic Search Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews

através EBSCO HOST e b-on (biblioteca do conhecimento online). Como critérios de elegibilidade para a selecção dos estudos temos: terem sido publicados ou em fase de elaboração e encontrarem-se disponíveis em *full text* nas bases de dados acima referenciadas; terem sido publicados em português, inglês, francês ou espanhol; terem como objecto de estudo intervenientes em partos eutócicos (pais e profissionais de saúde) e abordarem a temática da vinculação, nos primeiros momentos que se seguem ao nascimento, os factores a influenciam esse processo e os cuidados de enfermagem promotores da vinculação.

1.2.3-Resultados esperados

Os resultados esperados serão apresentados em anexo, no planeamento das actividades a desenvolver (**APÊNDICES I**).

1.2.4-Aplicabilidade da evidência na área específica

Espera-se com este trabalho, uma reflexão conjunta dos cuidados de enfermagem em contexto da sala de partos, na promoção da vinculação nos primeiros momentos de vida do recém-nascido, assim como uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher/RN/família, tendo em vista a humanização de todo este processo gravidez, parto e nascimento, e tendo sempre por base dos nossos cuidados os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e as Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Como refere Brazelton (2007, p.79) “os recém-nascidos reagem e interagem com o meio desde o nascimento”, fase da vida em que o comportamento do recém-nascido e as reacções instintivas dos pais se cruzam favorecendo o desenvolvimento da vinculação. O EESMO no desempenho das suas competências, é o elemento privilegiado que promove todo este processo, essencial para o desenvolvimento harmonioso do RN/ família.

2- REFLEXÃO CRÍTICA

O projecto desenvolvido para o ensino clínico IV, e projecto individual, pretende evidenciar as competências a atingir, enquanto futuro EESMO, na prestação de cuidados especializados às utentes/família no pré, intra e pós-parto, permitirá vivenciar uma grande variedade de experiências e saberes. Como é referido por Many & Guimarães (2006,p.11) “quando estamos a projectar-nos (...) estamos a imaginar, a planificar, a sonhar o nosso futuro”. Assim podemos afirmar que o “objectivo do trabalho de projecto é a aquisição de saberes através de uma pesquisa orientada” (MANY & GUIMARÃES, 2006.p.12).

Este EC (Urgência Obstétrica e Bloco de Partos) torna-se um enorme desafio, mas simultaneamente muito especial, por se tratar de uma área nova de intervenção, o que irá exigir um empenho maior.

A elaboração deste projecto relativo ao processo de vinculação no contexto da sala de partos proporcionou-me a possibilidade de adquirir novos conhecimentos neste domínio. Permitiu-me também o desenvolvimento da consciência reflexivo- crítica do papel do Enfermeiro Especialista na detecção de situações de risco e como interveniente facilitador do processo, tentando transformar o parto num momento especial da vida do casal, com uma lembrança agradável e de união.

Para isso é necessário desenvolver uma prática humanizada competente, capaz de proporcionar uma assistência de qualidade, com envolvimento e ética, oferecendo o suporte emocional necessário à mulher/família.

Humanizar o nascimento é adequá-lo a cada família envolvida no nascimento, não podendo a técnica tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas, baseando-se no princípio de que cada mulher/família tem o direito fundamental de receber uma assistência adequada e de exercer o seu papel central em todos os aspectos que envolvem os seus cuidados (Pereira, 2006).

Este EC (Urgência Obstétrica e Bloco de Partos) torna-se um enorme desafio, mas muito especial ao mesmo tempo, por se tratar de uma área nova de intervenção, o que irá exigir um empenho maior.

Como implicações e ganhos para a minha prática diária, penso que todo este desenvolvimento de competências e todo o desenvolvimento crítico e reflexivo, que este percurso me obriga a realizar, irá certamente, ter consequências positivas na minha forma de actuar, de pensar e de ser capaz de ser um elo de mudança, de modo a aperfeiçoar e a melhorar a qualidade os cuidados de enfermagem. Como enfermeira dos cuidados de saúde primários, penso que tenho um longo caminho a percorrer, junto das famílias, de forma a implementar medidas e estratégias que visem a promoção de experiências de gravidez, saudáveis e positivas, com novas formas de acção que possam resultar num conjunto de intervenções mais eficazes, zelosas e competentes. Antes de chegar ao momento do parto, existe todo um trabalho a desenvolver junto da mulher /família, preparando-os para uma entrada na maternidade responsável e feliz, instruindo, apoiando, elogiando e acompanhando essas famílias, em todo o processo da maternidade, parentalidade e vinculação, de modo a torná-las mais informadas, autónomas e resilientes.

Como limitações do projecto, foram considerados os seguintes aspectos: a gestão de tempo entre a nossa família, ensino clínico e compromissos académicos, a inexperiência do estudante em realizarem um projecto individual com revisão sistemática da literatura e a incerteza de encontrar resultados da pesquisa credíveis e que sustentem a questão inicial.

BIBLIOGRAFIA

BARBIER, J. (1991) – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, ISBN: 978-972-0-06046-4.

BOWLBY, J. (2001) **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes ISBN 8533622643

BRAZELTON, T. Berry. (1988) **O desenvolvimento do apego: Uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN 8585692545.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. – **A relação mais precoce, os pais, os bebés e a interacção precoce**. (2007) Lisboa: Terramar. ISBN 978-972-710-083-5

CAETANO, L. C. (2004) **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família**. 2004. Tese de Doutoramento -Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a15.pdf>

CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 75-104. ISBN 972-853-5-77-5.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010) - **Classificação Internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0**. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

CRUZ D.C.S, SUMAM N.S, SPINDOLA T. (2007). -Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** - São Paulo. – ISSN 41 (4). 690-697 - Vol.24, nº 2 (Junho 2007), p. 46-49.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização** (1996). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

GIONNOTTI, M.A.A. (2001) - **Toque de borboleta: massagem para bebés e crianças**. Brasil: Editores Loyola.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) - **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. Hague: ICM. Acedido a 12/4/2010. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>

KLAUSS, H. Marshall, KENNEL, J.H., KLAUSS, P. H (2000). **Vínculo Afetivo. construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul

Klaus, M., & Kennell, J. (1976). **Maternal-infant bonding**. Saint Louis: The C. V. Mosby Company : [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0091-2182\(77\)90026-X/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/0091-2182(77)90026-X/abstract)

KLAUSS, Volker e SCHALLER, Ulrich C. - **Is Credés prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid?**. in *Bull World Health Organisation* [online]. 2001, vol.79, n.3 ISSN 0042-9686. Consultado em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566367/pdf/11285676.pdf> capturado 12-02-2011

ODENT, Michel (2002) - **A Cientificação do Amor**. 2ª Edição. Florinópolis: Saint Germain. ISBN 85-887-5902-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**. Lisboa: Assembleia-geral, 17 de Março, 2007

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. Lisboa: CEESMO, 5 de Novembro, 2007

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: Assembleia-geral, 20 de Novembro, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Declaração de Innocenti sobre a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Florença: OMS/UNICEF; 1990

MALDONADO, T. Maria.(1997) **Nós estamos grávidos**. São Paulo: Saraiva ISBN 8527101815

MANY, Eric; GUIMARÃES, Samuel (2006) – **Como abordar...A metodologia de trabalho de projecto** Porto, Areal Editores. ISBN 972-627-912-7

MONTAGU, A.(1988) **tocar: o significado humano da pele**. São Paulo:Summus ISBN - 85-87691-12-0

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo (2006) Actuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. REME, **Revista Mineira de Enfermagem**. Vol., nº 3, p.233-23, Julho/Setembro 2006

PEREIRA M, A, (2004) **Aleitamento materno: Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação: intervenções para o seu sucesso** Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf> acedido em 31-01-2011

RAMOS, Natália (2004) **Psicologia clínica e de saúde** Lisboa, Universidade Aberta.

Tese de Mestrado. <http://www.cult.ufba.br/encult2008/14556-02.pdf>

REIS, Felipa L. (2010). – **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado** Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-000-4

RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontífice Valente (2000) – **Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.

TAMEZ, R.; Silva, M. (2006) - **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ISBN 85-277-1147-8.

TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem** (2002). 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6

APÊNDICES

APÊNDICE I – ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO EC IV

Plano de actividades a desenvolver no EC IV

OBJECTIVO	COMPETÊNCIA	ACÇÃO PRIMÁRIA	ACÇÃO SECUNDÁRIA	ACÇÃO TERCIÁRIA	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestar cuidados de enfermagem especializado s à mulher/RN/família, durante o período pré-natal.	-Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (OE, 2010); -Fornecem cuidados ante natais de alta qualidade de forma a maximizar a saúde durante a gravidez, incluindo a detecção precoce e tratamento ou referenciação de complicações. (ICM, 2002).	-Integração na equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica do Hospital de S.F.Xavier; - Colheita de informações através de entrevistas com o OL, restantes elementos da equipa multidisciplinar, documentos existentes no serviço; - Conhecimento do circuito de admissão da utente/convivente significativo, no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Neonatologia e Internamento de Ginecologia e Obstetrícia; -Realização da triagem, conforme protocolo existente, valorizando aspectos importantes tais como: Identificação do motivo de vinda à Urgência (sinais e sintomas); -Realização de acolhimento à utente/convivente significativo nos referidos serviços; - Realização da anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convivente significativo; - Consulta do Boletim de Saúde de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizados durante o período pré-natal; - Realização de educação para a saúde consoante as necessidades detectadas, idade gestacional e questões colocadas pela utente/convivente significativo (ex. situações com desvio do padrão normal da gravidez e respectivos cuidados, desenvolvimento e desconfortos da gestação, vários estádios do trabalho de parto, medidas de conforto durante o trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, amamentação, pós-parto, entre outros - Informação às utentes/convivente significativo de situações detectadas e cuidados especializados a prestar, consoante as necessidade	-Mobilização e revisão de conhecimentos adquiridos no decurso do enquadramento teórico do CPLEESMO, de forma a prestar cuidados especializados relacionados com a saúde materna e obstetrícia, actuando com base nas responsabilidades éticas, profissionais e sociais na tomada de decisões; -Avaliação do bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiocográfica; - Realização de exame bimanual para avaliação da cervicometria, pavimento pélvico e alterações obstétricas/ginecológicas; -Identificação de situações de risco que alterem o bem-estar materno-fetal, (encaminhar e comunicar à equipa multidisciplinar); -Administração de terapêutica prescrita consoante prescrição médica; - Realização de colheita de produtos para exames complementares de diagnóstico; -Realização de registos de enfermagem de forma a promover continuidade dos cuidados prestados;	-Avaliação e adequação, sempre que necessário, das actividades desenvolvidas, através de reflexões pessoais (diários de aprendizagem) e através de reuniões com os orientadores do ensino clínico e análise de práticas na ESEL; -Colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, realizando em conjunto com as outra estudantes da especialidade, um protocolo de actuação dos enfermeiros especialistas na triagem, nomeadamente nas situações de Rotura Prematura de Membranas.	-Adquirir as competências necessárias para prestar cuidados autónomos e especializados à mulher/RN/família, durante o período pré-natal. -Ser capaz de identificar situações de risco e de desenvolver estratégias para as resolver. -Ser um elemento que colabore na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. -Adquirir novos conhecimentos e consolidar os já existentes, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa e do estudo e da prestação directa de cuidados. -Ser capaz de reflectir sobre as práticas e situações vividas e assumir erros e responsabilidades.	-Reflexão sobre a prática clínica. -Discussão sobre as experiências vividas. -Realização dos diários de Aprendizagem -Avaliações formativas e sumativa -Realização do Relatório de Ensino Clínico IV.
Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetrícia que permitam prestarem cuidados de enfermagem especializado	-Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010); -Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta	-Realização de acolhimento à utente/convivente significativo no Bloco de Partos; -Informação à utente acerca da presença do convivente significativo à sua escolha e permanência do mesmo durante o trabalho de parto, se for esse o seu desejo; - Promoção de medidas de conforto, antes do início dos procedimentos, em ambiente seguro e tranquilo; - Realização de anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convivente significativo; - Informação de esclarecimentos acerca do internamento e dos procedimentos, sempre que seja necessário; -Avaliação de conhecimentos acerca da existência de plano de parto e quais as decisões que tomou (utente/convivente	- Avaliação do bem-estar materno-fetal (parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiocográfica); -Realização de colheita de sangue para análises e início de soroterapia, segundo prescrição médica e protocolos homologados; -Promoção do aumento de aporte de soros, a suspensão da perfusão acitócica e a administração de oxigénio por máscara, em caso de hipertonía, taquissístolia, hiperssístolia e desacelerações. Comunicar ao médico.	-Avaliação de formas de manter a participação activa da grávida na tomada das decisões no trabalho de parto e parto, para promover o seu auto controlo; -Valorização de todos os progressos e elogiar a sua forma de agir perante o trabalho de parto e parto; -Promoção de apoio	-Atingir os objectivos propostos para este EC (descritos no guia orientador do estágio com relatório)	-Reflexão sobre a prática clínica. -Discussão sobre as experiências vividas. -Realização dos diários de Aprendizagem

<p>s à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto.</p>	<p>qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido (ICM, 2002)</p>	<p>significativo) relativamente ao seu parto e cuidados ao recém-nascido; -Avaliação dos conhecimentos da parturiente, relativos à preparação para o parto, nomeadamente acerca da respiração e posições adequadas e capacitá-la, se necessário; -Redução da luminosidade e o ruído, mantendo música suave, se possível; -Promoção da ingestão de pequenas quantidades de água e líquidos açucarados; -Promoção da participação activa do acompanhante, nos cuidados a prestar à utente (por ex. massagem na região lombar); - Realização esvaziamento vesical, se se verificar globo vesical e se todas as manobras não originarem uma micção espontânea; -Avaliação do estádio e evolução do trabalho de parto; -Vigilância das perdas hemáticas vaginais e líquido amniótico, prestando cuidados de higiene e conforto sempre que necessário; -Registo de todos os parâmetros avaliados no partograma (cervicometria, apresentação, variedade, características do líquido, interpretação do CTG, exames e procedimentos efectuados, soros e medicação administrada, eliminação, sinais vitais, e alterações significativas, que ocorram durante o trabalho de parto, assim como as medidas empreendidas para as colmatar. -Preparação do material para realizar o parto e posicionamento da utente (elevar a cabeceira da marquesa, membros inferiores flectidos e afastados ou colocados em perneiras, mãos a agarrar os joelhos ou os suportes da marquesa, ou noutra posição, se a utente assim o desejar. -Instrução acerca da respiração a utilizar no período expulsivo, incentivando a utente a reter o ar inspirado, iniciando força dirigida para o períneo, puxando simultaneamente os suportes para si e colocando o queixo contra o peito durante toda a contracção.Incentivar a utente a efectuar respirações lentas e controladas no intervalo das contracções; - Preparação do material necessário para a realização de parto eutócico;</p>	<p>-Realização de exame bimanual para avaliação da cervicometria e características do colo, integridade das membranas, existência de prolapso de cordão ou procedência de membros, a estática fetal e a bacia; - Verificação das características do líquido amniótico (cor, cheiro e quantidade), quando ocorre REBA; -Administração de antibioterapia profiláctica, se infecção comprovada analiticamente (estreptococos B positivo) ou se resultados desconhecidos (se início de trabalho de parto) segundo prescrição médica e protocolos homologados; -Administração de terapêutica consoante prescrição médica e protocolos homologados; -Promoção de estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, como deambulação, técnicas respiratórias e de relaxamento na bola de Pilates; - Colaboração na realização de analgesia epidural, se reunidas condições analíticas e evolução do trabalho de parto; - Realização de nova administração de analgesia através do cateter epidural, se reunidas condições (parâmetros vitais e cervicometria), segundo protocolo homologado e prescrição terapêutica; -Realização, no mínimo, 40 partos eutócicos; -Realização de episiotomia, quando necessário, - Realização de colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem do grupo de sangue do recém-nascido quando grupo sanguíneo materno for do grupo 0 ou se for Rh- e para conservação de células estaminais, respeitando indicações do laboratório de conservação; - Realização de episiotrafia, sob efeito de anestesia local, se necessário; - Verificação de formação do globo de segurança de Pinard; -Verificação das características e quantidade das perdas hemáticas; -Verificação da integridade da placenta e membranas amnióticas; -Verificação das características e integridade do cordão umbilical;</p>	<p>psicológico à utente/convivente significativo, se necessário; -Transferência da puérpera para Unidade de Cuidados Intensivos, se houver indicação; -Realização de diários de aprendizagem de forma a reflectir acerca dos cuidados prestados durante o ensino clínico; -Reflexão diária sobre as situações vividas que permitam a melhoria dos cuidados.</p>	<p>-Avaliações formativas e sumativa -Realização do Relatório de Ensino Clínico IV.</p>
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> -Realização de extracção manual da placenta e membranas, se não ocorrer dequitação natural; -Realização de revisão uterina manual, quando for necessário; -Realização da revisão do canal vaginal e sutura das lacerações se se verificar sua existência; -Promoção da amamentação precoce, se for o desejo da utente; - Promover vinculação precoce, através da laqueação do cordão umbilical, pelo convivente significativo, se for esse o seu desejo; -Promoção da vinculação precoce, através do contacto pele-a-pele, entre a díade/tríade; - Proporcionar cuidados no 4º estágio do trabalho de parto, à utente/RN; -Informação e colaboração com a equipa multidisciplinar quando detectadas complicações no puerpério imediato; -Realização de registos de enfermagem relativamente à admissão, parto e puerpério imediato, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados; 			
<p>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na área da saúde materna e obstetria que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido.</p>	<p>-Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, no sentido de otimizar a saúde do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (OE 2010);</p> <p>-Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados abrangentes e compreensivos, essencialmente ao recém-nascido do</p>	<p>-Preparação da mesa de reanimação para recepção do recém-nascido no pós-parto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificação do funcionamento de todo o material necessário para a recepção e reanimação do recém-nascido; - Registo da hora de nascimento; - Secagem da pele do recém-nascido de modo a evitar a perda de calor, através da secagem da pele, estimulação táctil e colocação de lençol aquecido sobre o mesmo (manter o recém-nascido o máximo de tempo possível em contacto pele-a-pele com a mãe); -Avaliação do Índice de Apgar (frequência cardíaca, respiração, coloração da pele, tonicidade muscular e irritabilidade reflexa) ao 1º, 5º e 10º minuto; - Verificação da laqueação do cordão umbilical e existência de 3 vasos no mesmo; - Verificação da existência de eliminações vesical e intestinal; - Realização de pesagem do recém-nascido; -Colocação das pulseiras de identificação e electrónicas, na presença da utente/convivente significativo; -Colocação da 1ª roupa escolhida pela utente/convivente significativo; 	<ul style="list-style-type: none"> -Promoção da vinculação precoce incentivando o contacto pele-a-pele entre a tríade; - Desobstrução das vias aéreas através de aspiração de secreções (apenas nos casos em que é estritamente necessário); - Realização de lavagem gástrica, quando houver presença de mecónio e sempre que se justificar; - Administração de vitamina K, segundo protocolo; -Verificação de existência de malformações anatómicas no RN; - Verificação de sinais de boa pega, -Promoção da amamentação, nos primeiros 30 minutos, se for desejo da utente, e realizar educação para a saúde necessária; Vigilância nas primeiras horas de vida do RN, sinais de dificuldade respiratória, hipotonia ou gemido; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação à equipa médica, se Índice de Apgar desfavorável (inferior a 7 no 1º minuto); -Colaboração na reanimação ao recém-nascido, quando necessário; -Transferência para a Unidade de Neonatologia, se houver indicação; -Informação acerca dos procedimentos efectuados ao recém-nascido e proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo; -Realização de registos de enfermagem, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados; 	<p>-Atingir os objectivos propostos para este EC (descritos no guia orientador do estágio com relatório).</p>	<p>Reflexão sobre a prática clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discussão sobre as experiências vividas. -Realização dos diários de aprendizagem -Avaliações formativas e sumativa -Realização do Relatório de Ensino Clínico IV

	nascimento até aos dois meses de idade (ICM, 2002).			-Transmissão de informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente/RN, para o serviço de internamento de obstetria ou Serviço de Neonatologia (RN); Realização de diário de aprendizagem de forma a reflectir acerca dos cuidados prestados e da experiência vivida, durante a semana de ensino clínico dedicada à Neonatologia;		
Desenvolver estratégias conducentes à promoção da vinculação precoce: -Identificar quais as estratégias conducentes à promoção da vinculação precoce pelo EESMO, nos nascimentos de parto eutócico. -Analisar a relação entre as estratégias utilizadas e o impacto na promoção da vinculação precoce na díade tríade.	-Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados abrangentes e compreensivos de alta qualidade no período pós natal (ICM, 2002).	- Promoção de um ambiente acolhedor, facilitando a expressão emocional da utente/convivente significativo; -Promoção do envolvimento do convivente significativo no trabalho de parto e parto, a fim de promover uma maior sensação de controlo; -Redução da luminosidade e o ruído, mantendo música suave, se possível; -Avaliação dos conhecimentos do casal acerca da vinculação e perspectivas em relação ao nascimento; -Informação acerca da importância da estimulação tátil (tocar, acariciar e segurar o bebé), estimulação visual (olhar frequentemente para o bebé), e estimulação auditiva (conversar meigamente com o bebé), referindo que esta influencia positivamente o desenvolvimento físico, emocional e relacional do mesmo, contribuindo para que o filho estabeleça relações saudáveis com os seus pais e com as restantes pessoas que o rodeiam, quer a curto prazo, quer a longo prazo;	-Promoção da vinculação precoce, através do contacto pele-a-pele, entre a díade/tríade; -Promoção da vinculação precoce, através da laqueação do cordão umbilical, pelo convivente significativo, se for esse o seu desejo; -Promover amamentação, nos primeiros 30 minutos, se for desejo da utente, e realizar educação para a saúde necessária; -Mobilização e revisão dos conhecimentos adquiridos no decurso do enquadramento teórico do CPLEESMO, de forma a prestar cuidados especializados relacionados com a saúde materna e obstetria, actuando com base nas responsabilidades éticas, profissionais e sociais na tomada de decisões; -Realização de revisão sistemática da literatura acerca desta temática; -Consulta de obras de peritos na área, de modo a adquirir conhecimentos (Michel Odent, Bowlby, Brazelton, Klaus, Montagu);	-Promoção de elogios aos pais pela sua conduta durante o trabalho de parto e parto e felicita-los pelo nascimento do recém-nascido; -Promoção de motivação aos pais, para tocar no bebé, olhar para ele e falar-lhe, como forma de promover a relação entre a tríade; -Avaliação dos recursos e grupos de apoio disponíveis no hospital e na comunidade, encaminhando a família quando necessário; -Reflexão sobre a prática desenvolvida ao longo do EC, através da discussão das situações vividas e eventualmente através da realização de um diário de aprendizagem;	-Interpretar os dados obtidos através da pesquisa sistemática da literatura e identificar as implicações do trabalho para a enfermagem e os cuidados de saúde; -Identificar e abordar as questões éticas; -Reflectir sobre a prática desenvolvida ao longo do EC, através da discussão das situações vividas. -Adquirir contributos positivos para o meu desempenho pessoal, com enfermeira dos cuidados de saúde primários, de modo a melhorar o atendimento na vigilância da saúde materna, nomeadamente nas questões relacionadas com a vinculação precoce.	Reflexão sobre a prática clínica. -Discussão sobre as experiências vividas. Realização dos diários de Aprendizagem -Avaliações formativas e sumativa -Realização do Relatório de Ensino Clínico IV

APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO IV

APENDICE II

REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ESTUDOS	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
<p>Daniela Carvalho Cruz et al. (2007). “Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé” Qualitativo Descritores Parto. Recém-nascido Enfermagem, Assistência neonal. “Immediate care given to newborns and promotion of mother-baby bond”</p>	<p>25 Puérperas de uma maternidade pública, que tiveram recém-nascidos de parto eutócico, com índice de apgar 8-10.</p>	<p>Com o objectivo de compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães e de que maneira as ações dos enfermeiros especialistas, contribuíram para facilitar sua aproximação ao recém-nascido, foi realizada uma entrevista semiestruturada, tendo quatro questões abertas, relacionadas com: O significado do momento do parto; Os cuidados prestados ao RN sob a óptica da mãe; A interferência dos cuidados prestados ao RN na aproximação mãe-bebé.</p>	<p>Existe uma relação entre o tipo de cuidado prestado à mulher e RN e a aproximação da díade/tríade, destacando-se a importância da assistência humanizada no parto e nascimento que prioriza o contacto inicial de toque e aconchego entre o RN e a mãe/pais. As mulheres revelaram que o facto de poderem desfrutar imediatamente após o parto do contacto com os seus filhos, faz com que se sintam plenas e realizadas, em condições de proporcionar amor e aconchego, o que favorece a união de ambos. A aproximação (ou não) de ambos no pós-parto imediato fica na dependência da conduta do enfermeiro que assiste a mulher no processo do nascimento. No entanto nem todas as mães percebem este momento como sendo tão importante para a tríade. Além de verbalizarem desconhecer a importância desse contacto inicial para a promoção da vinculação, mostram-se indiferentes às modalidades de assistência ao parto e nascimento. As mães descreveram que os cuidados imediatos prestados ao filho, longe do seu campo visual, provocam medo e sensação de separação. As autoras concluem que os cuidados imediatos interferem negativamente no contacto inicial e no desenvolvimento do vínculo precoce, todavia, as mães aceitam a actuação dos profissionais e justificam que estes cuidados são essenciais para o recém-nascido.</p>
<p>Rosa et al (2008)) “Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação” Qualitativo Descritores Afecto. Relação Mãe Filho. Parto Humanizado. Recém Nascido. Enfermagem “Mother and child: the first ties of closeness</p>	<p>11 Mulheres que vivenciaram partos eutócicos de recém-nascidos de termo, com Índice de Apgar acima de 7 e que estiveram em contacto pele-a-pele com a sua mãe logo após o parto.</p>	<p>Com o objectivo de analisar o vínculo que se estabelece entre a mãe e o filho na sala de parto, sob a perspectiva materna e de que forma os cuidados de enfermagem estão a contribuir para a humanização do parto e nascimento, procedeu-se a uma recolha de dados que envolveu dois procedimentos. A primeira foi a observação participante, seguida de uma entrevista semiestruturada para obter os depoimentos das mulheres acerca de seus sentimentos sobre a aproximação com a criança.</p>	<p>As mães sentem-se aliviadas ao ouvir o choro do recém-nascido, visto que o choro é notado como um indicador de saúde satisfatória da criança. As mães, ao verem seus filhos pela primeira vez, sentem vontade de tocá-lo, e os bebês, ao se sentirem acariciados, acalmam-se. A maioria das mulheres afirmou que o reconhecimento entre mãe e filho se iniciou através da interacção iniciada durante a gravidez. Os estímulos sensoriais que um provoca no outro faz emergir um ciclo, em que a mulher interage com o bebê e ele corresponde a ela, fazendo com que a mãe se sinta mais segura e continue a estimulá-lo ainda com mais vontade. Há uma equipe disposta a esclarecê-las, a apoiá-las e tal apreensão reverte-se em benefício para o estabelecimento do vínculo. Uma maneira de deixar as mulheres mais confortáveis nestes primeiros instantes é permitir que elas escolham como acompanhante uma pessoa de confiança que possa apoiá-la e confortá-la, tornando assim a ocasião do nascimento mais harmoniosa e ajudando a criar condições favoráveis ao estabelecimento do vínculo</p>
<p>Manuela Beatriz Velho et al. (2009) “Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente” Qualitativo (Revisão</p>	<p>Revisão de 5 estudos sobre a actuação da enfermeira especialista no processo do nascimento</p>	<p>Com o objectivo de fornecer estratégias úteis e baseadas na evidência, para o desenvolvimento de estudos sobre cuidados de enfermagem especializados no processo do nascimento, procedeu-se à revisão da literatura cujo processo de análise identificou as estratégias de evidência científica, que reflectem sobre esta temática contribuindo para futuras investigações.</p>	<p>A enfermeira especialista surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres. A descrição do favorecimento para o estabelecimento da interacção mãe/pai/família com o bebê, foi encontrada em 95,21% dos casos. O estímulo ao aleitamento materno precoce, colocando o recém-nascido à mama na primeira hora de vida foi identificado em 92,16% dos atendimentos. A enfermeira especialista estabelece uma relação de confiança com as mulheres; escuta os desejos da mulher, preocupa-se com seu bem-estar e envolve-se numa relação de proximidade e compromisso com a parturiente. As mulheres descrevem esse acompanhamento como atencioso, carinhoso e bastante satisfatório.</p>

Literature)Reflections on nursing assistance provided to the parturient			Um dos estudos refere que as enfermeiras especialistas dedicam grande parte de seu tempo para as actividades administrativas. Destaca também que a falta de pessoal de enfermagem e a grande acumulação de trabalho, se evidenciam como uma dificuldade, pois distanciam as enfermeiras do cuidado, o que acaba revertendo em prejuízo para a assistência prestada à parturiente, recém-nascido e família.
Jan Winberg (2005) "Mother and Newborn Baby: Mutual Regulation of Physiology and Behavior" Qualitativo (Revisão Literature)	Revisão de 9 estudos sobre as interações entre a mãe e o recém-nascido no período após o nascimento	Com o objectivo de demonstrar que as interações entre a mãe e o recém-nascido no período após o nascimento influenciam a fisiologia e o comportamento de ambos, procedeu-se à revisão da literatura cujo processo de análise identificou alguns conceitos relativos a esta temática.	O contacto pele-a-pele, imediatamente após o parto, conserva a energia, ajusta o equilíbrio ácido-base e da respiração, ajuda a mãe a prolongar o período de amamentação e favorece a vinculação entre a mãe e o bebé. O odor materno ajuda o bebé a iniciar o aleitamento materno. Bebés colocados em contacto pele-a-pele com a sua mãe ficaram significativamente mais quentes que os bebés colocados em berço aquecido. As reservas de glicogénio, foram preservadas nos bebés em contacto pele-a-pele. 23 Horas após o parto, a temperatura da pele em locais periféricos, ainda era significativamente inferior em bebés de berço aquecido que nos bebés que tiveram contacto pele-a-pele nas primeiras 2 horas após o nascimento. Os recém-nascidos colocados em berço aquecido choram mais do que os bebés colocados à mama, imediatamente após o parto. Outros estudos sugerem que o contacto mãe-bebé durante a primeira hora deve ser imperturbável, para o sucesso do aleitamento materno.
Márcia R. Gardner, Janet A. Dearrick, (2006). "Understanding interventions and outcomes in mothers of infants Qualitativo (Revisão Literatura)	Revisão de 22 estudos sobre as intervenções de enfermagem que favorecem a interacção mãe/bebé.	Com o objectivo de desenvolver um modelo de prestação de cuidados no atendimento à mãe e RN, procedeu-se à revisão da literatura cujo processo de análise examinou um conjunto de intervenções de enfermagem que produzem um efeito positivo na interacção mãe/bebé, promovem a transição para a parentalidade e melhoram o desenvolvimento e reforço de competências maternas.	Através dos estudos, foram identificadas as seguintes intervenções: Promover a vinculação, mantendo a mãe o bebé em contacto pele-a-pele, no pós-parto imediato. Utilização do Método Canguru. (este tipo de contacto entre mães e RN, melhora a sensibilidade materna aos sinais infantis e a interacção mãe-bebé). Educação para a saúde no período pré-natal e pós natal. Visitas domiciliárias no 1º ano de vida. Criação de grupos de apoio aos pais, mantendo as visitas domiciliárias e/ou contacto telefónico para além dos 12 meses, em famílias cujo este apoio se justifica.
Thaís Alves Matos et al (2009) "Contacto precoce pele-a-pele entre mãe e filho: Significado para mães e contribuições para a enfermagem Qualitativo "Precocious skin-to-skin contact between mother and child: meanings to mothers and contributions for nursing" Descritores Parto; Parto	9 Puérperas de parto eutócico que mantiveram contacto pele-a-pele com seu filho, na primeira hora após o parto	Com o objectivo de compreender o significado do contacto precoce pele-a-pele mãe-filho para as mães, identificar características do estabelecimento desse contacto e contribuições da enfermagem, procedeu-se à entrevista semiestruturada, tendo quatro questões abertas, relacionadas com: a) Orientações acerca do contacto pele-a-pele mãe-filho antes do nascimento; b) Estabelecimento do contacto pele-a-pele mãe-filho; c) Significado do contacto pele-a-pele mãe-filho para o ser-mãe; d) Contribuições da enfermagem no estabelecimento do contacto pele-a-pele mãe-filho.	Apenas duas mães referiram terem sido informadas da possibilidade de ter o bebé colocado em contacto pele-a-pele no momento do nascimento. Uma das mulheres mencionou ter recebido informações através de amigas e familiares que já haviam passado pela experiência do contacto pele-a-pele. Duas mulheres receberam a informação através da participação em grupos de grávidas (preparação para o parto/nascimento). Três mulheres foram informadas no momento do acolhimento, na sala de partos. Os motivos para o término do contacto variam desde o pedido da mãe até a solicitação da equipe multidisciplinar para o início dos cuidados a serem prestados ao bebé. Esta remoção tem como fundamento a ansiedade da equipe e a pressa em realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho. Todas as mulheres consideraram que o momento para início do contacto pele-a-pele foi o mais propício, sendo descrito como ideal. No que diz respeito às contribuições da enfermagem no estabelecimento do contacto pele-a-pele, todas as mulheres consideraram o atendimento eficaz. Ao serem questionadas sobre o que poderia ser feito para a melhoria desta assistência, oito disseram ser suficiente e não souberam expressar como poderia ter sido de melhor maneira. Uma delas justificou não ter informações sobre os seus direitos, a fim de avaliar o atendimento.

<p>humanizado; Aleitamento materno; Enfermagem obstétrica</p>			
<p>Rebecka Dalbye et al. (2011) "Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns" Qualitativo Recém-nascido: Mãe; Interação; Cuidado a pele-a-pele; Experiências</p>	<p>20 Puérperas primíparas e multiparas, em duas maternidades diferentes, (10 na Suécia e 10 na Noruega), e cujos bebês eram de termo e parto eutócico.</p>	<p>Com o objectivo explorar as experiências dos cuidados com contacto pele-a-pele em mulheres saudáveis, mães de recém-nascidos de termo, nos primeiros dias após o nascimento, foram realizadas entrevistas com perguntas abertas a 20 mulheres (2 semanas após o parto) que foram informadas pelos profissionais de saúde sobre a importância do contacto precoce pais/RN e incentivadas a praticar o contacto pele e pele após o parto e em casa, nos dias seguintes.</p>	<p>As mães que praticavam pele-a-pele com seus bebês descrevem uma afinidade mútua que gera um circuito de energia positiva, tanto para mãe como para a criança, expressa por sentimentos de bem-estar. Os bebês foram descritos como sendo satisfeitos, calmos e seguros quando recebem o contacto pele-a-pele. Isso pode ser percebido pelo olhar e expressões faciais. Eles ficaram quietos, acalmam-se e adormecem, quando estão perto da mãe, pele-a-pele. Eles podem chorar, mas depois de ser colocado pele-a-pele, eles se tornaram-se visivelmente mais calmos. Particularmente importante para a prática do contacto pele-a-pele, as mães referem o apoio, incentivo e a informação dada pelos profissionais de saúde (enfermeiras/parteiras) Algumas dificuldades foram identificadas na prática de cuidados de pele-a-pele: Era mais fácil para a prática de cuidados pele-a-pele no hospital do que em casa. Com a alta precoce da maternidade, o apoio dos familiares parece ser muito importante para aumentar a prática deste método em casa. Os obstáculos podem ser, por exemplo, tarefas domésticas, ou cuidar de outras crianças.</p>
<p>Ramona Mercer, Lorraine Walk(2006) "A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother" Qualitativo (Revisão Literatura)</p> <p>Maria Arminda Rodrigues Alves Pereira (2009) "O primeiro contacto pai-bebe: Um olhar sobre as práticas de enfermagem" Quantitativo</p>	<p>Revisão de 9 estudos sobre as intervenções de enfermagem que favorecem a interação vinculação e mãe/bebê</p> <p>32 Pais que assistiram ao nascimento do filho.</p>	<p>Com o objectivo de fornecer estratégias úteis e baseadas na evidência, para o desenvolvimento de estudos sobre cuidados de enfermagem especializados no processo do nascimento, procedeu-se à revisão da literatura cujo processo de análise identificou o estado actual dos conhecimentos das intervenções de enfermagem que favorecem o processo da maternidade e da vinculação.</p> <p>Com o objectivo de conhecer as práticas que os enfermeiros desenvolvem no primeiro contacto pai-bebe e identificar as intervenções de enfermagem que promovem o envolvimento emocional dos pais com o filho, na perspectiva dos pais, procedeu-se a uma colheita de dados através da observação sistemática do primeiro contacto pai-bebe e da aplicação de um questionário dirigido aos pais, cujo contacto foi observado.</p>	<p>As intervenções de enfermagem são as intervenções mais efectivas e as que mais se destacam, na promoção da vinculação, no conhecimento da maternidade e nos cuidados ao bebê. Estas intervenções de acompanhamento, informação, capacitação e treinamento dos pais, são realizadas não só no momento do parto, mas também durante a vigilância da gravidez e nos dois meses seguintes ao parto. As intervenções meramente técnicas, sem uma relação de confiança, não são eficazes. As intervenções de enfermagem desenvolvidas durante a gravidez, dirigidas à mãe e para ao feto, foram associadas a uma maior vinculação pré-natal nas mães adolescentes e a uma maior vinculação pós-natal nas mães adultas.</p> <p>A análise dos dados do questionário sugere que as dimensões da prática de enfermagem mais valorizadas pelos pais como promotoras do envolvimento emocional são: pegar ao colo aproximar-se durante o contacto pele-a-pele e a amamentação, tocar e acariciar, acalmar o choro do bebe, olhar para o bebe e as características do enfermeiro. Apenas 4 dos pais tiveram oportunidade de assistir aos cuidados imediatos prestados ao filho, dependendo exclusivamente do apelo da enfermeira a sua presença na sala, onde são efectuados estes cuidados. A realização das competências técnicas, nomeadamente a aspiração de secreções, o pesar, a colocação da fralda, o vestir, aplicação de colírio e administração de vitamina K, parecem contribuir para a separação do binómio pai-filho imediatamente após o nascimento, uma vez que poucos enfermeiros solicitam a sua participação ou presença. Apenas 28,1% dos pais cortam o cordão umbilical. O facto de os pais não aceitarem cortar o cordão umbilical quando são solicitados para isso pode justificar-se pela falta de informação a este respeito, pois observamos que apenas 28,1% dos pais foram informados em pormenor pelo enfermeiro. No primeiro momento do contacto pai-bebe os enfermeiros tendem a privilegiar o contacto visual pai bebê em relação ao contacto físico, com a preocupação em garantir a termoregulação do recém-nascido e adaptação a vida extra-uterina, tornando as intervenções técnicas prioritárias. Os pais valorizam mais acalmar o bebê, pegar ao colo, tocar e acariciar o filho, cortar o cordão umbilical, aproximarem-se da mãe-bebe durante o contacto pele-a-pele e auxiliar a mãe na amamentação, do que serem informados e incentivados pelos enfermeiros em relação a estas dimensões. Manifestaram a necessidade de melhores recursos físicos que proporcionem privacidade após o</p>

			parto, de modo a que <i>“pai, mãe e bebé, (...) juntos possam disfrutar deste momento único que é o nascimento de um filho.</i>
Janice Lee Tedder, (2008) “Give Them The HUG: An Innovative Approach to Helping Parents Understand the Language of Their Newborn” Qualitativo (Revisão Literatura)	Revisão de 9 estudos sobre as intervenções de enfermagem que favorecem a interacção e vinculação e mãe/bebé	Com o objectivo de desenvolver um programa inovador denominado ‘ABRAÇO A’, procedeu-se à revisão da literatura, cujo processo de análise examinou um conjunto de intervenções que fornecem informações e dá aos educadores peri-natais, novas habilidades e técnicas que ajudam os pais a entender e a apreciar o seu bebé, favorecendo assim o vínculo entre a tríade e melhorando as competências parentais. Este programa visa melhorar a compreensão dos pais, em relação aos seus bebés, capacitando-os na interpretação e resposta às formas especiais de comunicação do bebé. Inclui um programa de formação para profissionais, um blog educacional para os pais, 20 minutos de ensino em DVD e folhetos de esclarecimento, disponíveis em Inglês e Espanhol. As intervenções baseiam-se nos aspectos relacionados com: Compreensão do recém-nascido (suas capacidades e competências); Saber “ler “sinais no recém-nascido (interpretar formas de comunicar) Valorizar as capacidades e competências do recém-nascido (Os bebés são descritos como “talentos” (por T. Berry Brazelton), ‘preciosos” (por Hanus Papoušek),” incríveis” (por Marshall Klaus), ou “extremamente competentes” (por TGR Bower).	Os vários autores chegaram a algumas conclusões: Vínculo mãe-filho e apego , continua a ser a base para o sucesso da parentalidade; Quanto mais cedo o pai está envolvido nos cuidados ao bebé, mais cedo ele desenvolve sentimentos de proximidade e de apego para o seu bebé; Ensinar os pais acerca das competências do recém-nascido e da sua capacidade para se envolver com os pais é uma mais-valia para a vinculação da tríade; Quando as mães respondem ineficazmente aos estímulos do bebé, a resposta infantil também diminui, assim como a inteligência, podendo aparecer sinais de depressão e mais tarde comportamentos de alto risco, na criança; O período neonatal define o “palco” para o desenvolvimento de uma criança nos próximos anos e oferece uma óptima oportunidade de podermos intervir positivamente no futuro dessa criança; As primeiras experiências da infância afectam o desenvolvimento do cérebro e estabelecem as bases para inteligência e saúde emocional. Ajudar a aumentar a confiança dos pais, leva a um aumento da interacção entre a tríade, favorecendo a vinculação. Essa ajuda na promoção da vinculação e capacitação dos pais deve realizar-se não só no momento do parto, mas durante a gravidez e no pós-parto, de acordo com as necessidades de cada família.

<p>Patrícia Carvalho Brás e Vera Jorge Lopes (2010) “Acolhimento do Recém - nascido: Participação dos Pais na Sala de Partos” Qualitativo, seguindo uma abordagem fenomenológica. Descritores Acolhimento do recém-nascido, contacto pele-a-pele, corte do cordão umbilical, cuidar transcultural, vinculação precoce Portugal</p> <p>Anna Bergstrom(2006) “Immediate maternal thermal response to skin-to-skin care of newborn” Qualitativo Descritores Temperatura materna, contacto pele-a-pele Suécia</p>	<p>10 Casais que vivenciaram o contacto pele-a-pele e o corte do cordão umbilical</p> <p>39 Mulheres, em trabalho de parto, e após parto eutócico de recém-nascidos de termo e que realizaram contacto pele-a-pele.</p>	<p>Com o objectivo de analisar a experiência das mães e dos pais que experimentaram o contacto precoce pele-a-pele e corte do cordão umbilical no momento do nascimento do seu filho, e de que forma o papel do enfermeiro especialista contribui para a promoção da vinculação pais-bebé, procedeu-se à realização de entrevista semiestruturada a 10 casais, realizadas no domicílio, após parto eutócico num hospital público em Lisboa.</p> <p>Resultou um quadro estrutural composto por quinze temas que foram agrupados em quatro categorias: vinculação entre mãe e filho através do contacto pele-a-pele; a experiência proporcionada pelo contacto pele-a-pele; significado para os pais, do corte do cordão umbilical; sugestões para que os profissionais de saúde possam favorecer o contacto entre os pais e o bebé na altura do nascimento.</p> <p>Com o objectivo de esclarecer que também há uma resposta térmica imediata da mãe, ao iniciar o contacto pele-a-pele com o recém-nascido, optou-se por monitorizar as mudanças de temperatura materna, antes, durante e após o contacto pele-a-pele, com o recém-nascido. Imediatamente antes de colocar o bebé em contacto pele-a-pele, foi registada a temperatura materna (nos seios e na axila) e foram efectuadas medições de temperatura de 2 em 2 minutos durante um período de 20 minutos e 10 minutos depois da separação do recém-nascido do contacto com a mãe.</p> <p>Em relação ao recém-nascido, foi medida a temperatura imediatamente antes do contacto pele-a-pele e duas vezes após o início do contacto, seguido de uma medição após a separação da mãe.</p>	<p>As puérperas consideram que o primeiro contacto pele-a-pele com o seu bebé é um momento único; Os bebés ficam calmos ao sentir a sua protecção, sendo logo estabelecida uma ligação muito forte e única, entre ambos;</p> <p>A maioria dos pais, considera que o corte do cordão umbilical é um momento simbólico com um significado único nas suas vidas, é a sua participação activa no trabalho de parto.</p> <p>Como sugestões para favorecer o contacto pais-bebé, surgiram: Que a mãe tenha a oportunidade de puxar o bebé no período expulsivo; Que o pai tenha a oportunidade de cortar o cordão umbilical; que os pais sejam sempre acompanhados pela equipa de enfermagem durante todo o trabalho de parto; Que as parturientes sejam sempre assistidas por profissionais de saúde com experiência; Que a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto seja feito mais cedo; Que os pais possam pernoitar com as suas companheiras e o filho durante a primeira noite.</p> <p>Este estudo mostrou que há uma resposta imediata após o nascimento, da temperatura das mamas, quando o recém-nascido é colocado no seu peito.</p> <p>Há pouca informação disponível sobre a resposta térmica da mãe durante o trabalho de parto e imediatamente após este.</p> <p>Um estudo, onde se aborda a questão de se bebés gémeos conseguem obter calor suficiente ao ser mantido um em cada mama, chegou à conclusão de que a resposta ao contacto pele-a-pele é suficiente para apoiar ambos os gémeos e, mais interessante, as duas mamas responderam ao ser expostas apenas a uma criança.</p> <p>É bem sabido que o recém-nascido mantido em contacto pele-a-pele com a mãe terá uma maior temperatura corporal do que se mantido separado da mãe.</p> <p>A resposta materna térmica é muito menos investigada mas uma hipótese é que a mãe poderia reagir de uma forma recíproca, aumentando a sua temperatura cutânea e das mamas, por vasodilatação. Esta vasodilatação e o aumento da oferta de sangue para a pele do tórax e mamas pode ser considerado útil para a promoção de sucesso da lactação.</p> <p>Mesmo a última medição dá alguma força à teoria que há um aumento da vascularização da pele da mãe quando o recém-nascido é colocado em contacto com a pele.</p> <p>Removendo o recém-nascido provoca-se uma diminuição da temperatura da pele, uma descoberta suportada pelos achados neste estudo.</p> <p>A razão para a remoção do recém-nascido após 20 min do contacto pele-a-pele foi principalmente para não interferir com as rotinas normais vigentes na movimentada Sala de Partos onde o estudo foi realizado.</p> <p>Durante o parto e no período pós-parto precoce, várias alterações drásticas ocorrem no organismo materno. A mulher perde calor corporal e sua. O aumento da temperatura pode não ser só local, pois a temperatura axilar também aumenta.</p> <p>Pode-se argumentar que a resposta térmica é devida a um aumento da temperatura corporal em geral e não à vasodilatação local. Isto é uma incerteza, actualmente, mas a evidência indica que há uma resposta materna súbita ao colocar e retirar o recém-nascido.</p> <p>Que o recém-nascido altere só por si a temperatura do corpo da mãe parece improvável, já que o recém-nascido tem uma temperatura mais baixa do que a mãe. A temperatura ambiente média foi de 23°C (intervalo 19°C-27°C) e a temperatura ambiental, presumivelmente, não afectou o resultado.</p> <p>Em conclusão, os nossos resultados indicam que há uma resposta materna térmica imediata quando o recém-nascido é colocado em contacto pele-a-pele no tórax da mãe. O oposto também se verifica quando o recém-nascido é retirado. Estes achados fortalecem ainda mais a importância de manter a mãe como a principal fonte de protecção térmica para o recém-nascido.</p>
---	---	--	---

APÊNDICE III
NOTAS DE CAMPO

NOTA DE CAMPO I

Data de elaboração da nota de campo:

4/4/2011

Hora: 16/23H

Observador: AESMO Ana Rito

Local: HSFx – Bloco de Partos

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Grávida de 28 anos, índice obstétrico 0000, gravidez idade de 39 semanas e 5 dias, entrou no bloco de partos cerca das 12h, por início de trabalho de parto. Ficou internada no quarto 2, tendo ficado acompanhada pelo marido. Os quartos são de alojamento individual, onde decorrerá o trabalho de parto, o parto, os cuidados ao recém-nascido e o puerpério imediato. Após receber o turno, cerca das 16h30mn, foi-me atribuída essa grávida/casal para prestar cuidados. Ao ser abordada por mim acerca da forma como se estava a sentir nesse momento, pela expressão facial da grávida, pareceu-me um pouco assustada. Definiu como **“assustador”** e **“fantástico”** o facto de ir enfrentar a experiência do parto pela primeira vez. Apresentei-me e iniciei com o casal uma relação de ajuda, tentando criar um clima de confiança. Perguntei-lhe o que *é que* a estava a preocupar e usando a expressão dela, disse-lhe que estávamos ali todos para ajuda-la e fazer daquele momento não um momento assustador mas fantástico, porque o nascimento era isso mesmo, um momento feliz. A grávida referiu que estava com muitas dores e como ainda estava no início do trabalho de parto, o receio em relação ao aumento da dor assustava-a.

“Dói-muito, se isto vai ser assim até o bebé nascer, não sei se aguento, é melhor darem-me anestesia. Estou ansiosa por ter o meu bebé comigo, mas isto não é fácil”.

Expliquei-lhe todos os procedimentos a que iria ser sujeita (vigilância do bem-estar materno-fetal, avaliação da cervicometria, das características do colo, das membranas e bacia e técnica de epidural). O trabalho de parto decorreu sem intercorrências; deambulou, usou a bola de Pilates e posteriormente realizou analgesia epidural.

“Agora estou muito bem, vocês são excepcionais, estou muito mais calma.”

Quando me pareceu que o casal estava emocionalmente mais disponível à comunicação (pelo fâcies da grávida sorridente, e já sem referir dores), resolvi questioná-los acerca do contacto pele-a-pele, a vinculação, amamentação e o corte do cordão umbilical. “

Perguntei à grávida se queria colocar o bebé em contacto pele-a-pele logo que nascesse e se o pai queria cortar o cordão umbilical; ambos responderam que sim. Informei-os da importância do toque nesses primeiros momentos, questionando-os acerca da vinculação e como esperavam viver o 1ª contacto com o seu bebé. A grávida respondeu:

“ Nunca pensei com seria este esse momento. Durante a gravidez, ninguém me falou sobre a importância de tocar no bebé, ou de lhe falar... “Não, nunca pensei como gostaria que fosse, só quero que corra tudo bem.”

Perguntei-lhes de sabiam o que é o vínculo afectivo e como se estabelece. O pai respondeu:

“Acho que é o amor entre nós. Eu é que li algumas coisas, é importante que o bebé seja desejado e que os pais se entendam e se ajudem um ao outro”

A grávida sorriu e disse:

“Durante a gravidez, não nos prepararam para este momento, mas esperamos que nos ajudem...”

Espero que me ajudem a ultrapassar o sofrimento e me expliquem tudo o que se está a passar.”

Cerca das 22h, nasceu um recém-nascido de parto eutócico, índice de apgar 9 10 10. O pai cortou o cordão umbilical e foi incentivado a tocar e falar com o bebé, o que fez prontamente. Foi colocado em contacto pele-a-pele com a mãe durante o tempo que decorreu a dequitação e o início da episiorrafia, por um período de 30 minutos. A remoção do recém-nascido, foi da iniciativa do enfermeiro com o objectivo de o pesar e de o observar. Questionei a mãe se ela queria continuar com o contacto pele-a-pele, ou se concordava que levassem o bebé para lhe serem prestados os cuidados. A mãe concordou e incentivei o pai a participar nos cuidados ao recém-nascido e ser ele agora a interagir com o bebé de uma forma mais próxima (tocar-lhe, falar-lhe acarícia-lo) Estabeleceu-se a amamentação na primeira hora de vida, com sucesso.

Realizada visita ao serviço de obstetria, no dia seguinte, onde se verificou que o bebé estava adaptado à mama,

Comentários do Observador

Gravidez seguida em médico particular, sem acompanhamento da enfermeira. A gravidez decorreu sem complicações.

Não tinham plano de parto. Após o período expulsivo, o casal compartilhou momentos de grande emoção, traduzidos por choro, abraços e palavras de agradecimento à equipa de enfermagem.

Quando questionadas acerca da vinculação, mostraram-se interessados pelo tema e envolveram-se com o recém-nascido de uma forma afectuosa.

Ao ser retirado o bebé para ser avaliado e pesado, a mãe não desviou o olhar do local estando sempre atenta aos procedimentos.

a mãe já tinha feito o levante e o períneo não apresentava sinais de edema. Foi reforçada e educação para a saúde efectuada no bloco de partos, nomeadamente, em relação à importância do tocar, falar e acariciar o bebé, especialmente nos primeiros meses de vida. Quando questionada acerca dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista e o que poderia ter sido melhor, a puérpera respondeu:

“Senti que fizeram o que melhor sabiam ...ajudaram-me a controlar os meus nervos e foram-me explicando tudo à medida que as coisas iam acontecendo...sim, acho que não poderia ter corrido melhor...”

Perguntei-lhe como estavam a viver estes primeiros momentos com o bebé e que sentimentos poderiam descrever, acerca da experiência do parto e da experiência de serem pais.

“Muito felizes, às vezes um pouco ansiosa quando ele chora ou não quer mamar. Não sei se tem dores ou se conhece a minha voz e quer colo. Só me apetece beijá-lo e pegar-lhe ao colo, mas não sei como agir ”...São momentos indescritíveis, que ainda estamos a descobrir”. Foi maravilhoso senti-lo logo junto a mim assim que nasceu”

Reflexão

O facto de os pais não saberem como interagir com o recém-nascido, no momento do nascimento, pela falta de conhecimentos e de experiências anteriores, podem constituir – se num *stressor* intrassistémico negativo, ou seja uma força que invade o sistema familiar e que provoca uma reacção, podendo afectar negativamente a vinculação da tríade. Também o medo da dor que a grávida refere pode constituir um *stressor* intersistémico negativo. O choro do recém-nascido é algo que preocupa os pais, pelo que o EESMO, deverá informar acerca dos comportamentos e competências do recém-nascido, de modo a melhorar a qualidade do vínculo. No entanto a vontade que os pais demonstram em aprender, e a motivação para treinarem as competências para fortalecer a vinculação, residem nas suas LFD de modo a protegerem o sistema da entrada de *stressores*. Dai ser essencial intervir junto do mesmo, através da desmistificação de mitos, esclarecimento de dúvidas e fornecimento de conhecimentos, baseados na evidência científica, capacitando os pais nos vários aspectos da vinculação. Isto tudo porque, se os pais tiverem conhecimento da forma como pode potenciar e participar na interacção com o recém-nascido, mais dificilmente irão desenvolver sentimentos negativos face a esta prática, e estarão mais aberto para uma relação de vinculação e cuidado com o seu filho

As minhas acções de enfermagem centraram-se, a um nível de prevenção primária, para a protecção do core do sistema, através do reforço das suas linhas de defesa, com a realização de educação para a saúde acerca do processo da vinculação e competências do recém-nascido, na prevenção secundária, uma vez, que este sistema familiar já tinha sido afectado por *stressores* como o medo do parto e a dor, e também na prevenção terciária, realizando a visita ao serviço de obstetria, validando a educação para a saúde já efectuada, com o objectivo de optimizar as suas capacidades (recursos), reduzindo assim, o surgimento de dificuldades não só no processo da vinculação como nos cuidados ao recém-nascido.

NOTA DE CAMPO II

Data de elaboração da nota de campo: Observador: AESMO Ana Rito

16/04/2011

Local: HSFx – Bloco de Partos

Hora: 20H

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Grávida de 33anos, com o índice obstétrico de 0000, deu entrada no Bloco de Partos no dia 15/05/2011, por rotura de membranas e início do trabalho de parto. Idade gestacional de 40 semanas e 1 dias. Gravidez vigiada, sem intercorrências. Acompanhada pelo marido. Ambos pareciam estar calmos, felizes e unidos, pela expressão facial que aparentavam e pela forma com comunicavam um com o outro, quer verbalmente, quer fisicamente.

Ao entrar no quarto para me apresentar, iniciaram de imediato a comunicação de uma forma espontânea, sorrindo e aparentemente adaptados ao ambiente hospitalar. A grávida estava sem dores, bem-disposta, e disse:

“Agora estou tão bem! A epidural foi a melhor coisa que inventaram..”

Após avaliar a evolução do trabalho de parto, abordei o tema da vinculação, tendo percebido que este casal estava na expectativa dum momento feliz e apesar de não apresentarem um plano de parto formal, tinham alguns desejos que depois de explorados, foram expressos:

“ Estamos ansiosos por ver e tocar no nosso bebé,”

“Não tenho medo, mas sei que vou sofrer um bocadinho”

Expliquei-lhe que como se tinha realizado a analgesia epidural, a dor já nunca iria ser tão intensa como antes e que no período expulsivo a sua colaboração iria ser muito importante, e que o pai também poderia ajudar. Antes que eu terminasse ela respondeu:

“ eu sei , srª enfermeira, na preparação para o parto ensinaram-me ... o meu marido também foi comigo algumas vezes.

“Ainda bem que ele pode estar aqui comigo ...sinto-me mais calma ...”

Perguntei-lhe se de tudo o que tinha aprendido, havia alguma coisa que gostava que que desejava realizar, como por exemplo ser o pai a cortar o cordão umbilical.

“Gostava de colocar o meu bebé assim que ele nascesse em cima de mim, para ele me sentir, posso?”

Disseram-me que isso era bom para o bebé...”e também quero dar-lhe o meu leite”

Respondi-lhe dizendo que o contacto pele-a-pele era bom não só para o bebé, mas também para os pais, referindo-me ao significado do vínculo.

(...) É uma ligação muito forte (...) a continuação do amor que já sentimos por ela desde o início da gravidez”

Realizado contacto pele-a-pele durante 20mn, num momento de partilha de grande emoção entre o casal. O pai cortou o cordão umbilical, tendo referido como **“cortar cordão é um significado único nas nossas”** A separação mãe filho para a prestação dos cuidados ao recém-nascido, foi por iniciativa da enfermeira, com o acordo dos pais, devido ao número de partos que estavam para acontecer noutros quartos.

O pai participou activamente, vestindo o bebé, pegando-lhe ao colo e posteriormente colaborando no estabelecimento da amamentação. **“posso tentar vesti-lo”**

Enquanto amamentava, a mãe acariciava o recém-nascido, e o pai permanecia junto dos dois, interagindo também com o bebé.

Deixei-os a sós por alguns momentos. Quando regresssei ao quarto, perguntei-lhes como se sentiam em relação à experiência do parto e a sensação de serem pais.

Comentários do Observador

Gravidez vigiada no centro de saúde, com acompanhamento da enfermeira especialista, tendo realizado preparação para o parto.

“ (...) É indescritível, ele ficou calmo e quentinho junto a mim (...) Foi maravilhoso, foi o nosso primeiro encontro (...) sinto-me realizada ...”

Dos cuidados de enfermagem considera que foram adequados.

“A enfermeira esteve sempre presente, (...) esteve sempre interessada naquilo que nós pensamos ou queremos (...) transmitiu-nos calma”

?”

No dia seguinte fui visitá-los ao puerpério, Não foi necessário reforçar a importância da interacção entre a tríade, porque observei que a mãe, que estava deitada na sua cama, tinha bebé colocado em cima de si e falava docemente para ele.

“Vê-se que percebe o que o adoro, já não sei viver sem o meu bebé e só esta aqui comigo há um dia”

Elogiei a sua atitude e desempenho e falei-lhe da importância de manter esse contacto de proximidade e intimidade com o bebé nos próximos meses, envolvendo o pai sempre que possível.

“o pai saiu daqui triste(...) queria ficar cá durante a noite. Deviam deixar ficar os pais...”

A cerca da experiência vivida e das sugestões para melhorar os cuidados referiu :

“gostaria que fosse igual, nunca pensei que os enfermeiros fizessem tanta coisa ...um sítio onde nos sentimos seguros é muito bom...gostava que o pai tivesse cá ficado com o bebé...”

Realizado parto eutócico, cerca das 18h20mn, que decorreu sem intercorrências; recém-nascido do sexo feminino, com 3,200g, sem malformações aparentes. O pai cortou o cordão umbilical.

Bebé bem adaptado á mama, com bons reflexos de sucção e de deglutição.

Reflexão

A minha intervenção neste sistema familiar, teve por objectivo avaliar a estabilidade total do sistema, identificar *stressores* ao processo da vinculação, prevenindo a sua entrada no sistema e mobilizar os seus recursos para aumentar as resistências do sistema família. Estes momentos de internamento no bloco de partos são curtos, as emoções vividas são muito intensas e a informação transmitida é muita Assim, uma das estratégias de melhorar os cuidados foi visitar as famílias no serviço de obstetrícia. Mesmo assim muitas vezes queremos instruir e treinar os pais acerca de determinados temas que nem sempre ocorrem no momento certo.

NOTA DE CAMPO III

Data de elaboração da nota de campo: Observador: AESMO Ana Rito

10/04/2001

Local: HSFx – Bloco de Partos

Hora: 16/23h

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Grávida de 26 anos de idade, com o índice obstétrico de 0000, com idade gestacional de 39 semanas e 5 dias, deu entrada no Bloco de partos cerca das 9h da manhã, por início de trabalho de parto, acompanhada pelo marido. Casal de nacionalidade chinesa, residindo em Portugal há mais ou menos 1 ano e meio. Ao entrar no quarto para realizar o acolhimento ao casal, apresentei-me e disse-lhes, que iriam ficar aos meus cuidados. Perguntei como se estavam a sentir naquele momento e se iria chamar o bebé, tentando estabelecer uma relação de confiança com o casal. Informei-os que estava ali uma equipa para os ajudar e apoiar em tudo o que fosse necessário. Não obtive qualquer resposta verbal, além de dois rostos assustados. Fisicamente estavam inquietos (o pai andava de um lado para o outro e a grávida, levantava a cabeça, e olhava em redor), como se demonstrassem que todo aquele ambiente lhes era hostil. Percebi que a comunicação não iria ser fácil, por isso limitei-me a estar presente e a dar tempo para que eles próprios desejassem comunicar, e questionassem as suas dúvidas. Após realizar os procedimentos iniciais, (monitorização cardiotopográfica, colheita de sangue para análises, início da realização do partograma) e depois de observar que o casal estava mais familiarizado com o ambiente hospitalar, pela expressão facial que ambos demonstravam, voltei a fazer as mesmas perguntas, em tom de voz calmo e olhando para eles enquanto comunicava. O pai disse

“ela está com muitas dores ...e medo. É o primeiro filho, não sabemos como é.”

“a minha esposa não fala português e percebe pouco...”

Tentei acalmá-los dizendo-lhes que não fazia mal, porque estava lá o pai e ele iria ser muito importante para ajudar a esposa. Informei-os, acerca dos procedimentos seguintes, das escolhas que poderia realizar para alívio da dor, dirigindo-me sempre aos dois, apesar de ser o pai a transmitir e traduzir a informação.

“a enfermeira é muito simpática,...ajudou, ela está bem agora sem dores”

Aproveitei aquele momento de interacção com o casal e questionei-os acerca do processo da vinculação, do que esperavam desde momento, e se desejavam colocar o bebé em contacto pele-a-pele, após o nascimento. Esclareci-os da importância do contacto nos primeiros momentos com o bebé.

“Queremos muito este bebé, mas pensamos que o momento não iria ser fácil...dói e não sei falar bem a língua “ (mãe, traduzido pelo pai)

“nunca me falaram disso, do contacto pele-a-pele. Às vezes não nos percebem. Não sei se é importante”

“ (...) Não sei se quero pegar logo nele É melhor ser limpo e vestido primeiro (...) (mãe, traduzido pelo pai)

Observei que nos primeiros momentos após o parto, a interacção pais/filho, foi essencialmente visual, e pouco física. O pai não quis cortar o cordão umbilical e a nenhum deles desejou estabelecer o contacto pele-a-pele. Foram prestados os primeiros contactos ao recém-nascido, felicitando os pais pelo nascimento do bebé e encorajando o pai a participar nos cuidados ao bebé.

“não sei como fazer ...não sei se sou capaz”

Expliquei-lhes novamente os benefícios para o desenvolvimento do para o bebé por sentir o toque da pele, ouvir a sua voz dos pais e que eles eram as pessoas mais importantes para efectuar esse contacto Após ser instruído acerca dos cuidados o pai disse:-

“posso tirar uma fotografia e posso tentar vesti-lo”

Comentários do Observador

Gravidez vigiada no centro de saúde, com acompanhamento da enfermeira, não tendo realizado preparação para o parto. A gravidez decorreu sem complicações.

Realizada analgesia epidural, a pedido do casal, que decorreu sem intercorrências.

Realizei o parto cerca das 16h, que decorreu sem intercorrências, tendo nascido recém-nascido do sexo masculino com 3050g, índice apgar 9/10/10, sem malformações aparentes

Realizada episiorrafia

Mamilos proeminentes, pouco com colostro.

Com o apoio da enfermeira que recebeu o bebé e ao ser elogiado, o pai vestiu o bebé e continuou a tirar várias fotografias, com um ar feliz.

“Ele já está com os olhos abertos?”

A mãe esboçava um sorriso, ao mesmo tempo que levantava a cabeça para tentar observar o que ainda se estava a passar com ela.

“Ainda vai doer? “ (mãe, traduzido pelo pai)

Após terminar os procedimentos relativos ao parto, tentei abordar a questão da amamentação. Perguntei à mãe se queria amamentar. Olharam um para o outro e a mãe disse:

“Não srª enfermeira, não quero dar mama... é melhor dar biberão...” (mãe, traduzido pelo pai)

Perguntei-lhes se conheciam as vantagens da amamentação para o recém-nascido e a para a mãe e como não obtive uma resposta afirmativa esclareci-os acerca do tema. Aproveitei a receptividade dos pais e falei um pouco acerca das competências do recém-nascido, do período de inactividade alerta do recém-nascido que dura em média quarenta minutos, e que por isso o bebé estava de olhos abertos, como o pai havia referido, e que este era um momento muito bom para comunicar com o bebé através do toque, do cheiro e era o momento ideal para estabelecer a amamentação. O pai que nesse momento já estava com o bebé ao colo, disse:-

“Vamos conversar os dois depois já decidimos”

Deixei-os a sós. Minutos depois tocaram à campainha e eu dirigi-me ao quarto. Observei que estavam ambos a interagir com o bebé: a mãe sorria e acariciava-lhe a face e o pai falava para ele, com um ar feliz. O pai disse:-

“Enfermeira, não queremos dar mama ao bebé...ele está a chorar ...deve ter fome é melhor dar-lhe o biberão”

Aceitei a sua decisão, e perguntei qual dos dois queria dar o biberão ao bebé. O pai disse

“Não sei se sou capaz.... “

Percebi que tinham algumas dificuldades em relação aos cuidados ao recém-nascido pela forma como evitavam tocar no RN e instruí o casal acerca de alguns aspectos. Reforcei que todos os cuidados que prestarem ao seu bebé, podem ser feitos acariciando-o e falando com ele e que pelo facto de ser alimentado com o biberão, o pai ou mãe podiam igualmente interagir com o bebé e demonstrar que o amam. A mãe sorriu e disse:-

“Obrigada, enfermeira, ajudou muito, obrigada”

Pergunte aos pais como sentiam este momento, agora que estavam mais felizes e com o bebé ao colo e o pai disse

“Muito feliz ...é muito bom...”

No dia seguinte fui visitá-los ao puerpério, Reforcei a importância da interacção pais/filho. Perguntei como estavam viver estes primeiros momentos com o bebé e se sentiam muitas dificuldades.

“As enfermeiras daqui também explicaram... as enfermeiras estão sempre a querer ajudar...obrigada por tudo”.

Falei-lhes da importância de manter a vigilância no centro de saúde após a alta e perguntei o que eles gostariam que tivesse sido diferente, em relação aos cuidados de enfermagem:

“Foi tudo bom... mas não é sempre assim ...não nos entendem. Não perguntam, vão embora”

“queria ficar sempre aqui com ela ...ela não percebe...”

Reflexão

Toda a minha intervenção com estes pais, diferentes de outros pais, me permitiram aceder à sua individualidade, encarando cada sistema familiar, como um sistema único. Esta individualidade está relacionada com a sua cultura, as suas experiências, sentimentos, conhecimentos, crenças, valores e expectativas acerca do nascimento, e especificamente acerca da vinculação, o que implica o desenvolvimento de cuidados de enfermagem específicos e individualizados, de forma a garantir a obtenção, retenção e manutenção da sua estabilidade.

.No caso específico deste sistema familiar, o facto de não saber como interagir durante esses momentos, o medo, a dor da mãe, a inexistência

Não abordei o aspecto da amamentação com o casal, mas após ter contactado com as enfermeiras do serviço de obstetrícia, percebi que mantinham a decisão de não amamentar o bebé.

de preparação para o momento do parto e essencialmente a barreira da comunicação, constituíram-se em *stressores* negativos, ou seja, uma força que invadem o sistema familiar e que provocam uma reacção no mesmo, podendo afectar negativamente o processo da vinculação. Desta forma, ao intervir junto deste subsistema pai, tentei incluí-lo nos cuidados ao recém-nascido, fazendo com que se sentisse importante e insubstituível para cuidar do bebé e ajudar a mãe, que por não conseguir comunicar verbalmente, ainda estava mais afectada pelos *stressores* já referidos, estimulando assim um papel activo, e prevenindo atitudes negativas face à vinculação. As minhas acções de enfermagem centraram-se, sensivelmente, a um nível de prevenção secundária (com manutenção de intervenções de nível primário), uma vez que este sistema familiar já tinha sido afectado por vários *stressores*. Conduzi a minha intervenção de enfermagem para a protecção do core do sistema, através do reforço das suas linhas de defesa, com a realização de educação para a saúde e instrução de competências parentais, com o objectivo de otimizar as suas capacidades (recursos), reduzindo assim, o surgimento de dificuldades não só no processo de vinculação, mas também nos cuidados ao recém-nascido. É objectivo do enfermeiro especialista, reforçar as suas linhas dando-lhe mais recursos, valorizando a sua experiência e reforçando ou aumentando os seus conhecimentos acerca do nascimento e processo da vinculação. É certo, e previsto por Neuman, que os cuidados de enfermagem de prevenção secundária incluem a continuação dos de prevenção primária, através de uma avaliação sistemática do sistema, identificando e reduzindo factores de risco para a penetração de outros *stressores* ainda não existentes (como por exemplo, dificuldades futuras em manter a aproximação e envolvimento emocional com o recém-nascido).

Não pode ser nossa preocupação apenas fazer os pais compreenderem como pode contribuir no estabelecimento do vínculo, e a sua importância, levando-os, a fazê-lo. Importa, reforçar positivamente aquilo que fizeram, as suas conquistas e comportamentos positivos.

A decisão de não amamentar, revelaram o estilo de vida adoptado por o subsistema conjugal, e que é determinado pelas suas crenças e experiências, as quais residem no core, e integram a Linha Normal de Defesa (LND), ou seja, são o padrão de bem-estar para esta família

O facto de não haver uma proximidade dos pais com alguns profissionais de saúde pela barreira da comunicação verbal, torna-os ainda mais vulneráveis à entrada de *stressores* negativos extrasistémicos. É da competência do enfermeiro especialista explorar outras formas de comunicação, que desencadeiem o estabelecimento da relação de confiança necessária para a eficácia dos cuidados. O modo como se expressa fisicamente, como o olhar, pode demonstrar preocupação e disponibilidade, facilitando essa comunicação

Olhar alguém é reconhecer a sua existência. O olhar franco e directo do enfermeiro traduz consideração e interesse pela pessoa que está a ser cuidada e incita-a a exprimir-se, pelo que é considerado uma das características da atitude de escuta (PHANEUF, 2004), também o tom de voz, segundo Potter & Perry (2006), revela as emoções que vivemos no momento e influencia substancialmente o significado das mensagens que transmitimos.

NOTA DE CAMPO IV

Data de elaboração da nota de campo: 5/5/2011 Observador: AESMO Ana Rito

Hora: 16/23h

Local: HSFx – Bloco de Partos

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Cerca das 12h deu entrada no bloco de partos uma grávida de 35anos, com o índice obstétrico de 1001, por rotura de membranas e início do trabalho de parto. Tratava-se de uma gravidez de idade gestacional de 35 semanas e 5 dias, que após consulta de manhã no hospital, desencadeou um quadro de dores tipo contração, saída do rolhão mucoso e perda de líquido amniótico.

Foi efectuado o acolhimento pelas enfermeiras do turno anterior e após ter recebido o turno, esta grávida foi atribuída aos meus cuidados.

Entrei na sala e pareceu-me que a grávida estava triste, pela expressão facial que aparentava. Vi que estava sozinha e depois de me ter apresentado e de ter perguntado como se sentia, perguntei-lhe se queria que chamasse o marido para junto dela, ou outra pessoa da sua preferência.

“ Não quero ninguém aqui, já mandei o meu marido embora ”

Achei estranho aquele comportamento, mas limitei-me a respeitar a sua decisão, apesar de lhe ter dito que ainda ia demorar umas horas até o bebé nascer e que se estivesse ali o marido ou outro acompanhante talvez ela se sentisse mais segura, ao que ela me respondeu

“ Este é um momento meu ”.

O turno estava calmo e eu consegui acompanhar o trabalho de parto desta grávida com calma, tranquilidade, segurança, estabelecendo com ela uma relação de confiança e apoio. No decurso da prestação, de cuidados percebi que ela tinha já sido informada sobre o tema da vinculação no centro de saúde onde tinha feito a preparação para o parto que não tinha chegado a completar, por se tratar duma gravidez pré- termo.

“ Sim, falaram-me do contacto pele-a-pele. Sei que é muito importante para o bebé sentir o meu amor ...mas eu estou com muito receio. Ele não devia nascer já, ainda é muito pequenino. (...) “ se calhar nem vai ficar ao pé de mim ”

Eu falei com ela, dizendo que com aquela idade gestacional, provavelmente o bebé iria ficar junto dela e que iríamos chamar o neonatologista para o avaliar logo que nascesse. Fui buscar as ecografias que a grávida trazia no seu processo e mostrei-lhe a ultima, realizada às 33semanas, cuja estimativa de peso era de 2,100g. Expliquei-lhe que muito provavelmente o bebé teria um peso que lhe permitiria ficar junto dela, se todos os outros parâmetros de avaliação do nascimentos estivessem bem.

Perguntei-lhe novamente se tinha a certeza que não queria a presença do marido ou da mãe, e nessa altura percebi que ela ficou com um fácies ainda mais triste.

“ Não srª enfermeira, não tenho vontade de estar com ninguém, a minha mãe também queria cá estar, mas está gravemente doente com um tumor cerebral,.. e nem sei se estou feliz ... ” ‘ só espero que corra tudo bem ’

Limitei-me a ouvi-la segurando-lhe a mão e mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento.

O trabalho de parto decorreu sem intercorrências e apesar de ser um parto pré termo, a minha orientadora disse-me que poderia ser eu a realizar o parto, sob a sua orientação.

Realizei o parto sem intercorrências, tendo nascido um rapaz de parto eutócico com 2,500g, apgar 8/9/10, tendo sido estabelecido contacto pele-a-pele, após sido observado ser observado pelo neonatologista, o que também já tinha sido explicado à mãe que iria acontecer.

Após o estabelecimento da amamentação, a puérpera agradeceu por eu ter estado sempre presente e disposta apoiá-la,

“ nunca me senti sozinha, a enfermeira foi uma grande ajuda para me acalmar e ter conseguido ter o bebé... pode telefonar agora para o meu marido? ”

No dia seguinte fui visitá-los ao puerpério, Reforcei a importância da interacção que deveria também envolver o pai

Comentários do Observador

Gravidez seguida no centro de saúde, com acompanhamento da enfermeira especialista, tendo realizado preparação para o parto. A gravidez decorreu sem complicações.

Não tinham plano de parto. Na visita à obstetrícia, constatei que o bebé estava adaptado á mama, com bons reflexos e já tinha sido observado novamente pela neonatologia; a mãe já tinha feito o levante e estava autónoma nos cuidados ao recém-nascido. O períneo que tinha sido suturado por mim estava sem alterações.

Obtive a informação que o centro de saúde onde a puérpera tinha realizado a vigilância da gravidez, tinha apoio domiciliar ao puerpério.

“ele esteve cá toda a tarde e está muito feliz por ter corrido tudo bem.”

Falei-lhe da realização do diagnóstico precoce e da hipótese de visita domiciliária das enfermeiras do centro de saúde da sua residência, apoio esse que também se poderia estender à sua mãe, caso isso viesse a ser necessário.

“vou contactar a enfermeira que me seguiu na gravidez no centro de saúde, pois essa seria uma forma de organizar as suas tarefas, uma vez que não vou ter o apoio da minha mãe.”

Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, para favorecer a vinculação entre ela os pais e o bebé.

“fui muito bem tratada”... foi um momento mágico ter o meu filho ali junto a mim, senti que a seguir era capaz de enfrentar tudo... os enfermeiros são “os que mais se importam com as pessoas.”

Reflexão

Toda a intervenção de enfermagem tem por objectivo proporcionar o retorno à estabilidade total do sistema e actuar-se-á, se necessário, aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde é uma finalidade específica das acções de enfermagem, pelo que a educação e mobilização de recursos para reduzir os factores de *stress* ao processo da vinculação e aumentar as resistências do cliente, são prioritários. O enfermeiro, por outro lado, após ter tomado conhecimento da situação também terá a sua percepção, pelo que se torna imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de abertura, na qual é importantíssima a utilização de técnicas de comunicação e negociação.

Neste caso, a enfermeira percebe que esta grávida está emocionalmente instável, devido à insegurança que sente em relação ao parto pré-termo, e também devido ao facto de ter um familiar próximo com uma doença grave, e que em vez de a apoiar, vai necessitar do seu apoio. Por outro lado existe um pai, que não está presente no momento do parto, por opção da mãe e que poderá estar a sentir-se excluído deste processo, ficando assim impedido de partilhar estes momentos, que também são dele

“ Na moderna concepção de companheirismo, o homem não está presente apenas para ajudar mas também para partilhar” (KITZINGER 1995, p. 323)

A enfermeira deverá estabelecer com o cliente objectivos a curto, médio e longo prazo, para resolução de problemas que possam afectar o processo da vinculação. A enfermeira actua na prevenção primária através do reforço da linha flexível, promovendo sempre a estabilidade do sistema e prevenindo a desadaptação. Neste caso, foi importante a promoção de um ambiente acolhedor, facilitando a expressão emocional da grávida, de modo a identificar os *stressores* que podem estar a afectar o sistema e realizando educação para a saúde.,

Ao nível da prevenção secundária, tentar fortalecer as linhas normais de defesa e de resistência promovendo adaptação do sistema, realizando todas as intervenções, inerentes à condução do trabalho de parto e parto, para que ela se sentisse segura e apoiada e para prevenir complicações (avaliação do bem estar fetal, avaliação das características do colo, avaliação de parâmetros vitais, avaliação de resultados analíticos, registo e avaliação do partograma, controle da dor, proporcionar medidas de conforto e liberdade de movimentos, administrar líquidos e explicar todos os procedimentos) e gerir os recursos necessários para minimizar os efeitos do *stressores* negativos que intervêm no processo da vinculação (doença grave dum familiar, a prematuridade do recém nascido e o receio em relação ao parto.

Na prevenção terciária há uma manutenção da adaptação através do fortalecimento das linhas de resistência, há um processo de readaptação, que requer da parte do enfermeiro reforçar as competências maternas, identificando elementos da famílias que possam estar atentos ao sinais de uma depressão pós parto, identificar a dinâmica familiar e reencaminhar a família para os recursos existentes na comunidade para promover a continuidade de cuidados e promover uma vinculação eficaz entre a tríade.

NOTA DE CAMPO V

Data de elaboração da nota de Observador: AESMO Ana Rito
campo:27/05/2011 Local: HSFx – Bloco de Partos

Hora: 16/23H

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Cerca das 18h deu entrada no bloco de partos uma grávida de 36 anos, com o índice obstétrico de 3003, por início do trabalho de parto. Tratava-se de uma gravidez de idade gestacional de 38 semanas e 5 dias, que após consulta de manhã no hospital, desencadeou um quadro de dores tipo contracção, saída do rolhão mucoso.

Foi efectuado o acolhimento e informada de todos os procedimentos, que para ela não *“eram novidade, visto já ter três filhos”*. No entanto os outros partos decorreram noutras instituições e a grávida estava na expectativa de como iria ser a sua experiência ali.

“Espero que corra tudo bem. Vim para aqui porque amigas minhas gostaram da experiência. Disseram que o atendimento foi muito bom.”

“Estou ansiosa para ver o meu bebé. Já é o terceiro, mas a vontade de o ver e de lhe tocar é a mesma “

Abordei-a acerca do contacto pele-a-pele e a importância para o estabelecimento do vínculo.

“Acho que o vínculo é a ligação do bebé com os pais.”

Expliquei-lhe que o estabelecimento do vínculo, e a continuação desses procedimentos (tocar, falar, pegar ao colo, amamentar) nos próximos meses, eram importantes para a formação da personalidade dos bebés; que seriam pessoas mais seguras e mais saudáveis.

“Nunca ninguém me falou de nada disso. Mas sei que isso (o contacto pele-a-pele) é muito importante para o desenvolvimento do bebé”. Falei com as minhas amigas...”

Perguntei-lhe se queria colocar o bebé em contacto pele-a-pele após o nascimento e se ela já tinha escolhido a pessoa que ela queria para ficar a acompanhá-la.

“Gostava de lhe pegar logo assim que ele nasça. Os outros quase nem os vi... levaram-nos para os limpar (...)”

(...) Prefiro ficar com a minha mãe (...)

O trabalho de parto decorreu em pouco tempo, não tendo, por isso abordado outros aspectos, como as competências do recém-nascido e o envolvimento do pai para o fortalecimento dos laços afectivos entre três.

Realizado contacto pele-a-pele, durante mais ou menos 30 minutos, referindo:

“É indescritível, ele ficou calmo junto a mim, parece que até já está a procurar a mama (...)”

Após o estabelecimento da amamentação, que decorreu com sucesso, ela disse:

“os outros também mamaram. Ficamos mais juntinhos assim ...e é melhor para ele.

Obrigada por tudo, as enfermeiras são muito atenciosas.”

No dia seguinte fui visitá-los ao puerpério, Reforcei a importância da interacção que deveria também envolver o pai.

“ele esteve com a bebé ao colo toda a tarde e está muito feliz por ter corrido tudo bem.”

Comentários do Observador

Gravidez seguida por médico particular com acompanhamento da enfermeira, não tendo realizado preparação para o parto. A gravidez decorreu sem complicações.

Realizado parto eutócico, tendo nascido um recém-nascido do

Falei-lhe da importância do contacto pele-a-pele com os pais durante os primeiros meses e perguntei se tinha alguma ajuda para a realização das tarefas domésticas e para ajudar a cuidar dos outros filhos:

“vou ter alguma ajuda da minha mãe...o pai pouco tempo está em casa ..tem de trabalhar...não vou poder aproveitar todos os momentos como eu queria...os outros também são pequenos...”

Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, para favorecer a vinculação entre ela os pais e o bebé.

“fui muito bem tratada” ... foi uma experiência maravilhosa ter o meu filho ali junto a mim, ... os enfermeiros são “os que mais se preocupam connosco.”, ‘...talvez se tivesse tido menos dores ...

Mas isso faz parte do processo.”

sexo feminino, com 3,800g,
apgar9/10/10, sem
malformações aparentes.
Períneo intacto.

Reflexão

Torna-se necessária uma adaptação do subsistema mãe, do subsistema pai, subsistema conjugal, e do sistema família à formação do novo subsistema parental, mesmo que não seja o primeiro filho. As experiências anteriores (que se encontram nas linhas flexíveis de defesa) poderão facilitar ou dificultar a adaptação.

O desempenho do papel parental e consequentemente o processo da vinculação pode ser influenciado, tal como alerta Martins (2008:10) por factores, como as a forma como o casal divide as tarefas (*stressor* intersistémico), recursos de que o casal dispõe (*stressor* intrasistémico), competências e satisfação parental (nas LR), assim como a qualidade de vida e relação conjugal (padrão na LND) É útil que o EEESMO estimule os pais a procurarem ajuda, se considerarem necessário, dentro das suas bases de apoio, para além de incentivar a interacção e a vinculação com o bebé e reforçar a consideração que devem ter relativamente a outros irmãos e aos seus sentimentos.

É importante que o papel do EESMO seja inovador, paciente e compreensivo, sendo os seus grandes objectivos promover a saúde física e psicológica dos pais, favorecer o desenvolvimento da vinculação precoce, assegurar que os cuidados neonatais sejam realizados ao bebé de forma coordenada e certificar-se que os recursos da família são adequados para uma assistência contínua e adequada (FIGUEIREDO, 2001; KENNER, 2001).

NOTA DE CAMPO VI

Data de elaboração da nota de campo: 5/6/2011 Observador: AESMO Ana Rito

Local: HSFx – Bloco de Partos

Hora: 16/23H

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Cerca das 12h deu entrada no bloco de partos uma grávida de 21 anos, de nacionalidade de Leste, com o índice obstétrico de 0000 e idade gestacional de 39 semanas, por início do trabalho de parto. Foi efectuado o acolhimento pelas enfermeiras do turno anterior e após ter recebido o turno, esta grávida foi atribuída aos meus cuidados.

Quando entrei no quarto, observei que estava acompanhada pelo marido, que a acariciava, e abanava com um "leque".

Apresentei-me, elogiando a participação do pai e perguntei como se sentiam, e se podia avaliar a evolução do trabalho de parto, e se era o pai que ia assistir ao parto.

(...) O pai deve estar aqui logo que o bebé nasça, para namorarmos os três (...)

Conforme os informava acerca dos procedimentos a realizar, percebi que aquele casal tinha planeado o parto. Tanto a grávida como o marido, mostraram-se interessados em saber como estava a evoluir a situação, questionando alguns aspectos acerca do tempo previsto para o parto, onde a mãe iria ficar após o nascimento e se ele a poderia acompanhar em todo o percurso. A comunicação fluiu sem dificuldades; e eu fui dando as informações conforme as suas dúvidas, começando a estabelecer com eles uma relação de confiança.

"Sr.ª enfermeira, eu não quero ter o meu bebé Deitada, nem quero que me cortem."

Eu respondi que ela poderia optar pela posição mais confortável para ela e que desde que não fosse prejudicial para ninguém, o seu pedido iria ser aceite. Disse ainda que o momento era deles, e nós estávamos ali para os ajudar a ir ao encontro das suas expectativas.

"Queremos um ambiente o mais calmo possível, pouca luz e pouca gente, e quero cortar o cordão umbilical." É a minha participação" (fala do pai).

Conversei com a minha orientadora, acerca dos planos daquele casal e ela concordou com aquilo que eu havia dito e com os planos do casal. Dirigiu-se ao quarto e reforçou o que eu já tinha feito, no sentido de os apoiar também.

Ao abordar o tema da vinculação percebi que eles estavam sensíveis ao tema e informados também.

"Sim, sei que os mimos e o nosso calor é muito importante para o bebé...quero ter o meu bebé em contacto comigo... sei que é muito bom ...e eu também me vou sentir feliz..."

Elogiei a conduta dos pais, reforçando a importância da envolvimento dos pais para fortalecimento dos laços afectivos entre eles, e que o bebé, nasce preparado para comunicar com os pais (competências do recém-nascido) e precisa que os pais respondam a essa sua capacidade de comunicar, para se sentir amado, desejado e que isso iria fazer do bebé uma pessoa mais segura. Reforcei também a importância do contacto pele-a-pele como a fonte privilegiada para o aquecimento do bebé. A grávida respondeu:

"Sr.ª enfermeira, eu sei que o bebé ouve nossa voz, sente o nosso amor mas isso tudo não sabia...obrigada."

Durante a evolução do trabalho de parto a grávida deambulou, colocou-se nas posições que desejou, sempre com o apoio e colaboração do marido. Realizou os esforços expulsivos na posição de cócoras e pariu em decúbito lateral esquerdo, por sua opção. Não foi realizada episiotomia, tendo-se verificado uma laceração de grau I, que foi suturada.

Realizado contacto pele-a-pele, com grande emoção dos pais, num ambiente com pouca luz, e o pai colaborou nos cuidados ao recém-nascido, por sua iniciativa.

Comentários do Observador

Gravidez seguida no centro de saúde, com acompanhamento da enfermeira, tendo realizado preparação para o parto. A gravidez decorreu sem complicações.

Casal com plano de parto.

Realizada analgesia epidural, a pedido da grávida.

Nasceu um recém-nascido de sexo masculino de parto eutócico com 3150g, apgar 9/10/10, sem malformações aparentes. O pai não cortou o cordão umbilical, porque o bebé apresentava circular cervical apertada.

De referir que durante o momento do parto, uma enfermeira entrou no quarto para comunicar uma ocorrência de outra grávida, e o pai pediu-lhe que saísse porque estava a perturbar o momento.

Foi verbalizado pelas outras enfermeiras que não teriam atendido aos pedidos do

“Foi tudo maravilhoso, colocaram o bebê em cima de mim... ele ficou calmo e a olhar para nós”.

Após o estabelecimento da amamentação, a puérpera agradeceu por e ter estado sempre presente e disposta apoiá-la,

“a enfermeira foi uma grande ajuda para nós...olhe como ele mama bem...ele assim também sente que nos o desejamos...”

No dia seguinte fui visitá-los, com a minha orientadora ao puerpério, Assim que ela nos viu esboçou um grande sorriso e disse:

“que bom vê-las, já tinha saudades...nem todas as enfermeiras nos ajudam...chatearam-se com o meu marido”

Verifiquei que continuava a interagir com o recém-nascido de uma forma calorosa e perguntei-lhe como se estava a sentir no papel de mãe nestes primeiros momentos.

“é uma sensação maravilhosa... a cada momento descubro novas sensações”

Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados e o que poderia ter sido diferente

“Não podia ter sido melhor. Foram muito atenciosas e ajudaram-me a ter confiança em mim próprio...o meu marido queria ficar ao pé de mim, mas não pode”

casal, da forma como a minha orientadora e eu fizemos, criticando até a nossa actuação.

Observei que a puérpera tinha algumas dúvidas em relação aos cuidados ao recém-nascido. Informei-a de que as enfermeiras do serviço a iriam ajudar e posteriormente, no centro de saúde onde tinha vigiado a gravidez, também poderia colocar todas as suas questões e dúvidas.

Reflexão

O nascimento de um filho é um *stressor* que penetra as linhas de defesa do sistema familiar, compostas pelas experiências anteriores que ambos tiveram. Um casal que tem um primeiro filho adaptar-se-á de forma diferente de um casal que já viveu este processo anteriormente. Para além disso, o ambiente onde decorre o parto, as intervenções dos profissionais também serão influentes na forma como reagirão à chegada de um filho.

Uma experiência de parto positiva é uma resposta positiva ao *stressor* do nascimento de um filho. Para além disso, irá constituir uma experiência que passa a integrar a LFD do sistema e que, no futuro, no nascimento de um segundo filho servirá como um recurso a mobilizar. Este casal tinha planos em relação ao nascimento do seu filho, e as suas expectativas, eram que a atitude dos profissionais fosse ao encontro dos seus desejos. No entanto foi constatado que alguns profissionais, apesar de permitirem o envolvimento do casal no seu processo de tratamento e cuidados, a iniciativa terá de partir deles (dos profissionais), e estar de acordo com uma série de procedimentos aparentemente estáticos, mostrando assim que é a conduta dos profissionais que mais poder tem em todo o processo.

A actuação dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, no parto, pode ser gerida de forma a incutir segurança, contribuindo para a participação da mulher e família no trabalho de parto, ou pode pelo contrário, suscitar sentimentos de impotência e medo e desespero, dificultando essa participação (Tereso, 2005).

Também a participação e permanência do pai servirá como um recurso a mobilizar” *o envolvimento dos pais nos cuidados com os bebés facilita as transformações conjugais, trazendo consequências benéficas para os próprios homens e para o desenvolvimento da criança”* (COSTA, 2007:90, citando CARVALHO, 2003). *A sugestão dos pais poderem pernoitar pelo menos na primeira noite com as mães e os bebés, foi referida por outros casais, no entanto na prática verificamos que os nossos serviços não estão actualmente preparados para isso. Segundo O* distanciamento masculino de todos estes processos incluídos no ciclo gravítico-puerperal, é um *stressor* que pode gerar um sentimento de solidão e vazio *“acentuados pela falta de espaço para os homens participarem”* nestes momentos (FREITAS *et al* 2007, p.138).

NOTA DE CAMPO VII

Data de elaboração da nota de campo: Observador: AESMO Ana Rito

22/06/2011

Local: HSFX – Bloco de Partos

Hora: 8/16.30h

PARTE DESCRITIVA

Descrição da Situação

Cerca das 10h deu entrada no bloco de partos uma grávida de 17anos, com o índice obstétrico de 0000, por rotura de membranas e início do trabalho de parto. Gravidez de 38 semanas e 5 dias, que decorreu sem intercorrências. Foi efectuado o acolhimento pelas enfermeiras do turno anterior e após ter recebido o turno, esta grávida foi atribuída aos meus cuidados.

Entrei na sala e apresentei-me à grávida e à sua acompanhante, que era a sua mãe. Pela expressão facial que ambas aparentavam, era notório que se sentiam pouco integradas no ambiente hospitalar. Perguntei à grávida como se sentia em relação ao internamento e ao momento do parto, tentando perceber quais as suas expectativas. A mãe respondeu,

“ela está com muito medo...”ainda é muito nova e não está preparada para isto”

O turno estava calmo e eu consegui acompanhar o trabalho de parto desta grávida com calma, tranquilidade, estabelecendo com ela uma relação de confiança e apoio. Expliquei-lhe todos os procedimentos em relação ao acompanhamento do trabalho de parto, e perguntei-lhe se tinha dúvidas em relação a algum aspecto. No decurso da prestação, de cuidados percebi que ela tinha dificuldade em comunicar comigo e exprimir os seus sentimentos, e era a mãe quem mais falava. Como se tratava de uma adolescente, não insisti na obtenção de respostas e reforcei que estava ali para ajuda-la, para que este momento fosse o mais gratificante possível para ela. A grávida sorriu e disse:

“obrigada Sra. Enfermeira...”

“ela é uma boa menina, muito boa aluna, mas aconteceu isto...disse a mãe “...“O pai não quer saber...sou eu que vou ter de dar mimos e cuidar dele “

Falei-lhes acerca da importância dos “mimos”, do contacto pele-a-pele, das vantagens da vinculação para o bebé, e tentei reforçar a auto estima e a confiança da grávida, dizendo-lhe que ela era capaz de cuidar do seu bebé porque era uma “boa menina”, como a sua mãe dissera, e iria ser uma excelente mãe. Elogiei-a porque tinha decidido ter o seu bebé, por isso ela era a pessoa mais importante para ele. A grávida olhou para a sua mãe e chorou por alguns momentos. Limitei-me a tocar na sua mão, mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento.

Quando me pareceu que estava mais calma, referindo também menos dores, perguntei-lhe se queria colocar o bebé em contacto pele-a-pele, após o nascimento. Ela respondeu:

“nunca ainda não sei..., no centro de saúde falaram-me disso, mas eu não sei bem o que fazer...”

Realizei o parto sem intercorrências, tendo nascido um recém-nascido do sexo feminino com 2,900g, apgar 9/10/10. O momento foi de grande emoção para todos, especialmente para a mãe da adolescente que quis logo envolver-se nos cuidados ao recém-nascido. A adolescente tocou no bebé por poucos minutos, mantendo a mesma expressão assustada, que demonstrou desde o início. A separação do contacto com o bebé foi da iniciativa da adolescente, tendo sido a sua mãe a interagir com o bebé de uma forma mais próxima.

Após terminar, a realização da episiorrafia e os cuidados à puérpera, deixando-as por alguns momentos, a sós.

Quando voltei ao quarto, a puérpera estava com o bebé junto dela, e referiu que desejava amamentar o bebé. Realizei o ensino e treino da técnica da amamentação, reforçando sempre a importância do vínculo, para o desenvolvimento saudável da criança a curto e longo prazo. Elogiei, não só a puérpera pelo seu desempenho, mas também a sua mãe por ser uma preciosa ajuda, em todos os momentos.

Após o estabelecimento da amamentação, a puérpera agradeceu por eu ter estado sempre presente e disposta apoiá-la.

Quando a fui visitar no dia seguinte, ao serviço de obstetrícia, a puérpera estava sozinha, interagindo com o bebé, beijando-o e falando para ele. Perguntei-lhe como se sentia e o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, para favorecer a vinculação entre ela e o bebé.

Comentários do Observador

Gravidez seguida no centro de saúde, com acompanhamento da enfermeira não tendo realizado preparação para o parto.

Na visita à obstetrícia, constatei que o bebé estava adaptado à mama, com bons reflexos. A puérpera, estava mais comunicativa, demonstrando pouca autonomia em relação aos cuidados ao recém-nascido. O períneo que tinha sido suturado por mim estava sem alterações.

fui muito bem tratada”... mas eu estava com muito medo.. e ainda tenho , não sei cuidar dele...

Falei-lhe da realização do diagnóstico precoce e da vigilância da saúde infantil, no centro de saúde da sua residência. Disse-lhe que as enfermeiras iam ajuda-la no que fosse necessário e ela iria conseguir cuidar muito bem do seu filho. Perguntei-lhe ainda se ela necessitava de mais alguma ajuda, sem ser a da sua família.

“a enfermeira que me seguiu na gravidez no centro de saúde, disse-me para eu ir lá logo que o bebé nascesse ...e a minha mãe ajuda-me e apoia-me.

Reforcei a importância do toque e da interacção com o bebé, e que apesar de a avó ser uma ajuda imprescindível, o bebé precisava essencialmente da mãe, motivando-a para a aprendizagem e capacitação das suas competências maternas.

Obrigada, eu sei ... os enfermeiros são “os que mais se preocupam connosco, ensinam e ajudam.

Reflexão

A promoção da saúde é uma finalidade específica das acções de enfermagem, pelo que a educação e mobilização de recursos para reduzir os factores de *stress* ao processo da vinculação e aumentar as resistências do cliente, são prioritários. O enfermeiro, após ter tomado conhecimento da situação terá a sua percepção, pelo que se torna imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de abertura, na qual é importantíssima a utilização de técnicas de comunicação e negociação eficazes e adequadas a cada família.

Neste caso, a enfermeira percebe que esta grávida, sendo adolescente, está emocionalmente instável, devido ao medo que sente em relação ao parto, e também devido à falta de preparação e insegurança para assumir o papel de mãe, agravado pelo facto do namorado a ter abandonado.

A enfermeira actua na prevenção primária através do reforço da linha flexível, promovendo sempre a estabilidade do sistema e prevenindo a desadaptação. Neste caso, foi importante a promoção de um ambiente acolhedor, facilitando a expressão emocional da grávida. Torna-se necessário a identificação do modo como o sistema familiar vivencia a vinculação nos primeiros momentos após o parto sobretudo no que respeita aos seus sentimentos, conhecimentos, experiências anteriores, dinâmica familiar, valores, crenças e expectativas acerca do nascimento. Ao nível da prevenção secundária, actuar-se à tentando fortalecer as linhas normais de defesa e de resistência promovendo adaptação do sistema, realizando todas as intervenções, inerentes à condução do trabalho de parto e parto, identificar os *stressores* e gerir os recursos necessários para minimizar os efeitos negativos que intervêm no processo da vinculação (gravidez na adolescência, relações afectivas instáveis, dificuldade nos cuidados ao recém-nascido).

Na prevenção terciária há uma manutenção da adaptação através do fortalecimento das linhas de resistência, há um processo de readaptação, que requer da parte do enfermeiro reforçar as competências maternas, identificando elementos da famílias que possam estar atentos ao sinais de incompetência materna, dificuldade no estabelecimento do vínculo e nos cuidados ao recém-nascido e depressão pós parto; identificar a dinâmica familiar e reencaminhar a família para os recursos existentes na comunidade para promover a continuidade de cuidados e promover uma vinculação eficaz, quando necessário. A relação de confiança, é imprescindível, sendo por vezes o toque, mais importante que as palavras, como refere Phaneuf (2005). A autora refere que a pessoa tocada vê a sua auto-estima reforçada, interiorizando que se é suficientemente importante para que lhe seja dada aquela atenção individualizada, é porque é merecedora dela.

A UNICEF (2001), refere que os nascimentos em adolescentes com menos de 19 anos trazem à mãe, à sua família, à criança e à sociedade múltiplos problemas. A probabilidade de abandono escolar, de desemprego, de menores qualificações e consequentemente empregos com salários mais baixos, condições habitacionais inadequadas ou dependência de sistemas de segurança social constituem as consequências sócio-económicas. Em termos familiares, refere ainda o risco acrescido de abandono por parte do progenitor masculino e o de ruptura da grávida com a sua família. Para a criança, o risco de vir a sofrer de abusos, de vir a ser dependente de drogas ou álcool, viver em condições sócio-económicas inapropriadas e até de se tornar mãe/pai adolescente são também maiores. Para a mãe, e numa perspectiva de saúde, o risco de desenvolvimento de depressão é também maior.

APÊNDICE IV
QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

FACTORES QUE PROMOVEM A VINCULAÇÃO

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
<p style="text-align: center;">CONTACTO PELE-A-PELE</p>	<p style="text-align: center;">“foi tudo maravilhoso, colocaram o bebé em cima de mim... ele ficou calmo e a olhar para nós”^{nc6}</p> <p style="text-align: center;">“foi maravilhoso senti-lo logo junto a mim assim que nasceu”^{nc1}</p> <p style="text-align: center;">“ (...) É indescritível, ele ficou calmo e quentinho junto a mim (...) Foi maravilhoso, foi o nosso primeiro encontro (...) sinto-me realizada ...”^{nc2}</p> <p style="text-align: center;">”... foi um momento mágico ter o meu filho ali junto a mim, senti que a seguir era capaz de enfrentar tudo”^{nc4}</p> <p style="text-align: center;">“foi uma experiencia maravilhosa ter o meu filho ali junto a mim”^{nc5}</p> <p style="text-align: center;">“Foi tudo maravilhoso, colocaram o bebé em cima de mim... ele ficou calmo e a olhar para nós”^{nc6}</p>	<p>O estudo de Winberg (2005), refere que o contacto pele-a-pele, imediatamente após o parto, melhora a comunicação entre a mãe e o bebé, conserva a energia, preserva as reservas de glicogénio no recém-nascido e ajuda a mãe a prolongar o período de amamentação. Bebés colocados em contacto pele-a-pele com a sua mãe ficaram significativamente mais quentes que os bebés colocados em berço aquecido.</p> <p>Os recém-nascidos colocados em berço aquecido choram mais do que os bebés colocados à mama, imediatamente após o parto.</p> <p>O contacto pele-a-pele, no pós-parto imediato, promove a vinculação da tríade e melhora a sensibilidade materna aos sinais infantis (GARDNER E DEATRICK, 2006).</p> <p>As mães que praticam pele-a-pele com os seus bebés descrevem uma afinidade mútua, tanto para a mãe, como para o bebé, expressa por sentimentos de bem-estar.</p> <p>Os bebés foram descritos como sendo satisfeitos, calmos e seguros quando recebem o contacto pele-a-pele. Isso pode ser percebido pelo olhar e expressões faciais (DALBYEA, et al.,2011).</p> <p>Brás e Lopes (2010), concluíram que os bebés ficam calmos quando colocados em contacto pele-a-pele com as mães, ao sentir a sua protecção, sendo logo estabelecida uma ligação muito forte e única, entre ambos;</p>
<p style="text-align: center;">AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA</p>	<p style="text-align: center;">“os outros também mamaram. Ficamos mais juntinhos assim ...e é melhor para ele”.^{nc5}</p> <p style="text-align: center;">“olhe como ele mama bem...ele assim também sente que nos o desejamos...”</p> <p style="text-align: center;">“Não sr^a enfermeira, não quero dar mama... é melhor dar biberão...”</p>	<p>A qualidade do relacionamento entre os pais e os bebés, o suporte contínuo durante o trabalho de parto, a colocação do bebé sobre o abdómen da mãe e a promoção da amamentação imediatamente a seguir ao parto são vistos como práticas que ajudam na formação do vínculo (OMS/UNICEF, 1990, 2009).</p> <p>Estimular o aleitamento materno precoce na primeira hora de vida promove o estabelecimento de um contacto íntimo e precoce da tríade (OMS, 1996,2009)</p> <p>Existe uma resposta térmica materna, rápida, após o contacto pele a pele com o recém-nascido. O contacto táctil pode provocar uma adaptação materna reforçando o aquecimento do recém-nascido e favorecendo a amamentação, nos primeiros minutos de aproximação entre a díade. (BERGSTROM, 2006).</p>
<p style="text-align: center;">ENVOLVIMENTO DO PAI</p>	<p style="text-align: center;">“cortar cordão é um significado único nas nossas vida”^{nc2}</p> <p style="text-align: center;">“o pai saiu daqui triste(...) queria ficar cá durante a noite. Deviam deixar ficar os pais...” ^{nc2}</p> <p style="text-align: center;">“posso tentar vesti-lo”^{nc2}</p> <p style="text-align: center;">“<i>posso tirar uma fotografia e posso tentar vesti-lo</i>”^{nc3}</p> <p style="text-align: center;">“ele esteve cá toda a tarde”^{nc4}</p> <p style="text-align: center;">“ele esteve com a bebé ao colo toda a tarde”^{nc5}</p> <p style="text-align: center;">“e quero cortar o cordão umbilical.” É a minha participação”^{nc 6}</p>	<p>Tedder, (2008), conclui que quanto mais cedo o pai está envolvido nos cuidados ao bebé, mais cedo ele desenvolve sentimentos de proximidade e de apego para o seu bebé.</p> <p>Promover a colaboração do pai na amamentação, permite que o pai contacte com o filho, para além de influenciar positivamente a competência materna para amamentar e simultaneamente, favorecer a vinculação da tríade (BRAZELTON E CRAMER. 2007).</p> <p>Quanto mais cedo o pai está envolvido nos cuidados ao bebé, mais cedo ele desenvolve sentimentos de proximidade e de apego para o seu bebé; Janice Lee Tedder, (2008)</p> <p>O pai deve ter a oportunidade de cortar o cordão umbilical (Pereira, 2009)</p>

	<p>“o meu marido queria ficar ao pé de mim, mas não pode”</p>	
<p>AMBIENTE FAVORÁVEL</p>	<p>“um sitio onde nos sentimos seguros é muito bom”nc2</p> <p>”queremos um ambiente o mais calmo possível, pouca luz e pouca gente...”nc5</p>	<p>“Desde o nascimento o bebé tem necessidade de ser cuidado num ambiente caloroso e de ter uma relação próxima, estável e afectiva com a mãe, o pai ou substituto Ramos (2004).</p> <p>A maneira como o bebé nasce, seja com suavidade, sofrimento, violência ou tranquilidade, poderá ter implicações directas na efectividade do vínculo com sua mãe (MICHEL ODENT, 2002).</p> <p>Esse contacto íntimo não deverá ser interrompido, mas sim continuado com o envolvimento, pelo contacto pele com pele, o cheiro do corpo e do leite da mãe, a visão da face, a audição dos sons da voz dos pais, num ambiente caloroso, como refere (BRAZELTON e CRAMER, 1989, RAMOS, 2004)</p> <p>O contacto mãe-bebé durante a primeira hora deve ser imperturbável, para o sucesso do aleitamento materno Jan Winberg (2005)</p> <p>Alguns pais manifestaram a necessidade de melhores recursos físicos que proporcionem privacidade após o parto, de modo a que “pai, mãe e bebé, (...) juntos possam disfrutar deste momento único que é o nascimento de um filho. Maria Arminda Rodrigues Alves Pereira (2009),</p> <p>Klaus e Kennell (1993) aconselham que a mãe, o pai e o bebé permaneçam pelo menos um período de quinze a vinte minutos a sós, após a dequitação e a correcção da episiotomia. Porém, a falta de privacidade, as condições físicas e o curto período de tempo em que os pais estão sozinhos com o filho, poderá influenciar a qualidade do primeiro contacto que o pai estabelece com o filho, neste período imediato ao parto</p>
<p>PRESENÇA DO CONVIVENTE SIGNIFICATIVO</p>	<p>“ainda bem que ele pode estar aqui comigo ...sinto-me mais calma ...”nc2</p> <p>(...)prefiro ficar com a minha mãe (...) nc5</p> <p>“gostava que o pai tivesse cá ficado com o bebé...”nc2</p> <p>“não quero ninguém aqui, já mandei o meu marido embora”nc4</p> <p>” este é um momento meu”. Nc4</p> <p>“não srª enfermeira, não tenho vontade de estar com ninguém...”nc4,</p>	<p>Uma maneira de deixar as mulheres mais confortáveis no momento do parto é permitir que elas escolham como acompanhante uma pessoa de confiança que possa apoiá-la e confortá-la, tornando assim a ocasião do nascimento mais harmoniosa e ajudando a criar condições favoráveis ao estabelecimento do vínculo, (ROSA <i>et al.</i> 2008).</p>
<p>APOIO FAMILIAR</p>	<p>“a minha mãe também queria cá estar, mas está gravemente doente com um tumor cerebral,.. e nem sei se estou feliz ...” ‘só espero que corra tudo bem”nc4</p> <p>“vou contactar a enfermeira que me seguiu na gravidez no centro de saúde, pois essa seria uma forma de organizar as minhas tarefas, uma vez que não vou ter o apoio da minha mãe .”nc4</p> <p>“vou ter alguma ajuda da minha mãe...o pai pouco tempo</p>	<p>Com a alta precoce da maternidade, o apoio dos familiares parece ser muito importante para aumentar a prática deste método (contacto pele-apele) em casa. Os obstáculos podem ser, por exemplo, tarefas domésticas, ou cuidar de outras crianças (DALBYE <i>et al.</i> 2011)</p>

	<p>está em casa ..tem de trabalhar...não vou poder aproveitar todos os momentos como eu queria...os outros também são pequenos...”nc5</p>	
<p>EXPERIÊNCIA DE PARTO</p> <p><u>Sub- -categorias</u></p> <p>Expectativa</p> <p>Experiências anteriores</p> <p>Relações afectivas</p>	<p>“dói-muito, se isto vai ser assim até o bebé nascer, não sei se aguento, é melhor darem-me anestesia.</p> <p>“ ela está com muitas dores ...e medo. É o primeiro filho, não sabemos como é.”nc3</p> <p>“a minha esposa não fala português e percebe pouco...”nc3</p> <p>...mas eu estou com muito receio. Ele não devia nascer já, ainda é muito pequenino. (...) “ se calhar nem vai ficar ao pé de mim” nc4</p> <p>“queremos muito este bebé, mas pensamos que o momento não iria ser fácil...dói e não sei falar bem a língua “ (mãe, traduzido pelo pai)</p> <p>“estou ansiosa por ter o meu bebé comigo, mas isto não é fácil”. Nota cn1</p> <p>“agora estou tão bem! A epidural foi a melhor coisa que inventaram.”nc2</p> <p>“estamos ansiosos por ver e tocar no nosso bebé,” nc2</p> <p>“não tenho medo, mas sei que vou sofrer um bocadinho”nc2</p> <p>“Espero que me ajudem a ultrapassar o sofrimento”nc2</p> <p>“queremos muito este bebé, mas pensamos que o momento não iria ser fácil...dói e não sei falar bem a língua “ (mãe, traduzido pelo pai)”nc3</p> <p>“...mas eu estou com muito receio. Ele não devia nascer já, ainda é muito pequenino. (...) “ se calhar nem vai ficar ao pé de mim”nc4”</p> <p>“estou ansiosa para ver o meu bebé. Já é o terceiro, mas a vontade de o ver e de lhe tocar é a mesma”nc5</p> <p>“o pai não quer saber...sou eu que vou ter de dar mimos e cuidar dele “nc7</p>	<p>Uma mãe com uma percepção positiva da sua experiência de parto menciona mais frequentemente sentimentos positivos em relação ao seu bebé e a sua adaptação ao papel materno é mais fácil. Existem diversos factores que parecem estar associados a níveis mais altos de satisfação em relação ao parto: perceber menos dor durante o trabalho de parto, perceber um bom nível de controlo pessoal, que as expectativas em relação ao parto sejam cumpridas e ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade (GOODMAN, <i>et al</i>, 2004).</p> <p>Um sistema casal que está informado acerca dos benefícios do estabelecimento do vínculo logo após o nascimento, uma gravidez desejada, e experiências de relações estáveis ao longo da sua de vida, adaptar-se-á de forma diferente de um casal que não viveu este tipo de experiências, tal como refere BRAZELTON e CRAMER (1989)</p> <p>Uma gravidez desejada, e experiências de relações estáveis ao longo da sua de vida, adaptar-se-á de forma diferente de um casal que não viveu este tipo de experiências, tal como refere BRAZELTON e CRAMER (1989)</p> <p>Se não for o primeiro filho, as experiências anteriores (que se encontram nas linhas flexíveis de defesa) poderão facilitar ou dificultar a adaptação. (BRAZELTON E CRAMER, 2004).</p>
<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>“durante a gravidez, ninguém me falou sobre a importância de tocar no bebé, ou de lhe falar...nc1</p> <p>“durante a gravidez, não nos prepararam para este momento,</p>	<p>Se for proporcionado aos pais o conhecimento sobre as competências interactivas do RN e se estes compreenderem e valorizarem as inúmeras capacidades dos seus filhos, poderão ser estabelecidos entre os mesmos, diálogos mais ricos e, conseqüentemente, o envolvimento afectivo entre ambos pode estar mais facilitado, contribuindo assim para o desenvolvimento sócio emocional e cognitivo da criança (BRAZELTON &</p>

<p>Subcategorias</p> <p>Preparação para o parto/nascimento</p> <p>Vigilância de saúde materna</p> <p>Internet/livros</p>	<p>mas esperamos que nos ajudem...nc1</p> <p>e me expliquem tudo o que se está a passar.”nc2</p> <p>” eu sei , srª enfermeira, na preparação para o parto ensinaram-me ... o meu marido também foi comigo algumas vezes.nc2</p> <p>“ nunca me falaram disso, do contacto pele-a-pele. Às vezes não nos percebem. Não sei se é importante”nc3</p> <p>“sim, falaram-me do contacto pele-a-pele. Sei que é muito importante para o bebé sentir o meu amor”nc4</p> <p>“eu é que li algumas coisas, é importante que o bebé seja desejado e que os pais se entendam e se ajudem um ao outro”nc1</p>	<p>CRAMER, 1993).</p> <p>Nem todas as mães percebem este momento como sendo tão importante para a tríade. Além de verbalizarem desconhecer a importância desse contacto inicial para a promoção da vinculação, mostram-se indiferentes às modalidades de assistência ao parto e nascimento (CRUZ <i>et al</i>, 2007).</p> <p>O esclarecimento, reverte-se em benefício para o estabelecimento do vínculo. Rosa <i>et al</i>(2008)</p> <p>A Educação para a saúde no período pré-natal e pós natal, produzem um efeito positivo na interacção mãe/bebé, promovem a transição para a parentalidade e melhoram o desenvolvimento e reforço de competências maternas. (Márcia R. Gardner, Janet A. Deatrck,2006)</p>
<p>SIGNIFICADO DO VÍNCULO</p>	<p>“acho que é o amor entre nós (...) é importante que o bebé seja desejado e que os pais se entendam e se ajudem um ao outro”nc1</p> <p>acho que o vínculo é a ligação do bebé com os pais.” Nc5</p> <p>“sim, sei que os mimos e o nosso calor é muito importante para o bebé...quero ter o meu bebé em contacto comigo... sei que é muito bom ...e eu também me vou sentir feliz... nc6</p> <p>“expliquei-lhe que o estabelecimento do vínculo, e a continuação desses procedimentos (tocar, falar, pegar ao colo, amamentar) nos próximos meses, eram importantes para a formação da personalidade dos bebés; que seriam pessoas mais seguras e mais saudáveis. enf</p> <p>(...)é uma ligação muito forte (...) a continuação do amor que já sentimos por ela desde o início da gravidez”</p>	<p>A maioria das mulheres afirmou que o reconhecimento entre mãe e filho se iniciou através da interacção iniciada durante a gravidez. Rosa <i>et al</i>. (2008).</p> <p>O termo vínculo pode ser definido como uma relação entre duas pessoas que é específica e que prevalece através do tempo. Segundo RAMOS (2004, p.165) “ O conceito de vinculação é geralmente utilizado para descrever a relação afectiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida.”</p> <p>Klaus e Kennell, defenderam que a vinculação tem início no campo do precoce, anterior ao parto e à concepção; como a ideia de ter um filho e o planejar da gravidez,</p> <p>Segundo a CIPE (Versão 2, 2010), vinculação é: Acção de parentalidade com as características específicas - Ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos.</p>
<p>COMPETÊNCIAS PARENTAIS</p>	<p>“vê-se que percebe o que o adoro...”nc2</p> <p>“não sei se tem dores ou se conhece a minha voz e quer colo. Só me apetece beijá-lo e pegar-lhe ao colo, mas não sei como agir ”nc1</p> <p>“não sei como fazer ...não sei se sou capaz”nc3</p>	<p>Klaus e Kennel (1993) descrevem a existência de um período sensitivo após o parto, durante o qual a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta e em que se verificam interacções complexas entre ambos, que ajudam a uni-los.</p> <p>Klaus, Kennell e Klaus (2000) descrevem uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais que ocorrem após o parto. Caetano (2004) relatou que muitos desses eventos contribuem para a proximidade entre a mãe e o bebé, favorecendo o estabelecimento do vínculo e do apego entre eles.</p> <p>Como refere Brazelton (2007, p.79) “os recém-nascidos reagem e interagem com o meio desde o nascimento”, fase da vida em que o comportamento do recém-nascido e as reacções instintivas dos pais se cruzam favorecendo o desenvolvimento da vinculação.</p>

		Quando as mães respondem ineficazmente aos estímulos do bebé, a resposta infantil também diminui, assim como a inteligência, podendo aparecer sinais de depressão e mais tarde comportamentos de alto risco, na criança (TEDDER, 2008).
<p>COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO</p>	<p>“Ele já está com os olhos abertos?” “ele está a chorar ...deve ter fome” nc3</p> <p>“às vezes fico um pouco ansiosa quando ele chora ou não quer mamar” nc1</p> <p>“parece que até já está a procurar a mama (...)”</p> <p>“o bebé ouve nossa voz, sente o nosso amor”nc6</p>	<p>A primeira hora de vida de um bebé é um período denominado de inactividade alerta do RN que dura em média quarenta minutos. Esses momentos iniciais são uma fase sensível, precursora de apego e a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebé. O contacto próximo nessa ocasião e nos dias seguintes é muito benéfico para o processo de vinculação (KLAUS & KENNEL, 1976).</p> <p>Brazelton e Cramer, 1989 “os bebés recém-nascidos estão magnificamente programados para se adaptarem às fantasias dos pais e para recompensar o trabalho de parto.” (P.59).</p> <p>Os comportamentos do bebé, tais como o sugar, o olhar, o chorar, sorrir vão desencadear nos pais reacções e comportamentos que orientam esta interacção. (MONTAGNER, 1993).</p> <p>Os recém-nascidos são dotados de capacidades de interacção que lhes permitem sobreviver e adaptar-se ao meio extra-uterino, e em simultâneo, favorecem o envolvimento emocional dos pais (BRAZELTON E CRAMER, 2007). A estas capacidades Sá (2004) chamou de competências para a relação ou competências para a vinculação.</p> <p>O comportamento do recém-nascido promove igualmente o envolvimento emocional dos pais, quando estes conseguem satisfazer as necessidades do filho e acalmá-lo (BRAZELTON E CRAMER 2007)</p>
<p>PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO OPORTUNO</p> <p><u>Sub-categorias</u></p> <p>Gestão dos recursos</p> <p>Autonomia dos pais</p>	<p>“a separação do recém-nascido da mãe , foi da iniciativa do enfermeiro com o objectivo de o pesar e de o observar”Enf nc1.</p> <p>“Gostava de lhe pegar logo assim que ele nasça. Os outros quase nem os vi... levaram-nos para os limpar (...)”nc5</p>	<p>Os cuidados imediatos interferem negativamente no contacto inicial e no desenvolvimento do vínculo precoce, todavia, as mães aceitam a actuação dos profissionais e justificam que estes cuidados são essenciais para o recém-nascido (CRUZ <i>et al.</i> 2007),</p> <p>A prestação dos cuidados ao recém-nascido, sem alterações fisiológicas no nascimento não deve interferir no primeiro contacto dos pais com o bebé e estes devem ser inseridos nesses mesmos cuidados com a finalidade de favorecer o seu envolvimento com o filho, capacitando-os para as suas competências parentais (PEREIRA 2004).</p> <p>O estudo desenvolvido por Pereira (2004), foi baseado em experiencias descritas que concluíram que muitas rotinas comuns nas maternidades, podem ser aplicadas com segurança, após a primeira hora de vida do bebé e depois da primeira mamada. A manipulação na pesagem do bebé, na administração intramuscular da vitamina k, provoca desconforto e dor no bebé. De igual forma, a administração de antibiótico ocular, além do desconforto, dificulta também o estabelecimento do contacto visual entre a tríade que é uma das principais formas de comunicação, o que se repercute no processo da vinculação, pelo que actualmente se valoriza o contacto pele-a-pele antes de qualquer intervenção</p> <p>Os colírios que se aplicam ao recém-nascido, por rotina após o parto, interferem negativamente neste primeiro contacto pois causam o edema das pálpebras. (BRAZELTON e CRAMER, 2007).</p> <p>Klaus e Kennell (1993) recomendam que a aplicação do colírio ocorra após o primeiro contacto prolongado com os pais. Os autores afirmam que o contacto olho-a-olho é um importante meio de estimular os cuidados parentais.</p> <p>No primeiro momento do contacto pais-bebe os enfermeiros, por vezes tendem a privilegiar o contacto visual pai bebé em relação ao contacto físico, com a preocupação em garantir a termoregulação do recém-nascido e adaptação a vida extra-uterina, tornando as intervenções técnicas prioritárias (PEREIRA, 2009).</p>

<p>CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM</p>	<p>“Senti que fizeram o que melhor sabiam ...ajudaram-me a controlar os meus nervos e foram-me explicando tudo à medida que as coisas iam acontecendo...sim, acho que não poderia ter corrido melhor...”nc1</p> <p>“nunca pensei que os enfermeiros fizessem tanta coisa”nc2 “A enfermeira esteve sempre presente, (...) esteve sempre interessada naquilo que nós pensamos ou queremos (...) transmitiu-nos calma”nc2</p> <p>as enfermeiras estão sempre a querer ajudar...obrigada por tudo”.nc3</p> <p>“nunca me senti sozinha, a enfermeira foi uma grande ajuda para me acalmar e ter conseguido ter o bebé...nc4</p> <p>“os enfermeiros são “os que mais se importam com as pessoas.”.nc4</p>	<p>Klaus e Kennel (1993) consideram que o comportamento e atitudes dos profissionais, o atendimento e apoio durante o parto, os primeiros dias de vida e a separação dos pais e filho influenciam o comportamento dos pais em relação ao filho e a qualidade do envolvimento emocional</p> <p>As intervenções de enfermagem são as intervenções mais efectivas e as que mais se destacam, na promoção da vinculação, no conhecimento da maternidade e nos cuidados ao bebé (MERCER, WALK, 2006).</p> <p>A enfermeira especialista surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres (VELHO et al, 2009).</p> <p>Estas intervenções de acompanhamento, informação, capacitação e treinamento dos pais, são realizadas não só no momento do parto, mas também durante a vigilância da gravidez e nos dois meses seguintes ao parto. As intervenções meramente técnicas, sem uma relação de confiança, não são eficazes. As intervenções de enfermagem desenvolvidas durante a gravidez, dirigidas à mãe e para ao feto, foram associadas a uma maior vinculação pré-natal nas mães adolescentes e a uma maior vinculação pós-natal nas mães adultas (MERCER, WALK, 2006).</p> <p>O enfermeiro especialista envolvido no nascimento é, supostamente, uma figura facilitadora deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça, como refere Biscaia (2002).</p> <p>A enfermeira especialista surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres (VELHO et al, 2009).</p>
--	--	--

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	<p style="text-align: center;">Relação de Ajuda</p> <p>Promoção de um ambiente acolhedor, facilitando a expressão emocional do sistema casal;</p> <p>Redução da luminosidade e o ruído, mantendo música suave, se for desejo do sistema familiar;</p> <p>Explorar diferentes formas de comunicação, com o sistema casal, utilizando a escuta, o olhar, o tom de voz, o respeito, o humor, e a autenticidade;</p>	<p><i>"Apresentei-me e iniciei com o casal uma relação de ajuda, tentando criar um clima de confiança. Perguntei-lhe o que é que a estava a preocupar e usando a expressão dela, disse-lhe que estávamos ali todos para ajudá-la."</i>Enf nc1</p> <p><i>"Consegui acompanhar o trabalho de parto desta grávida com calma, tranquilidade, segurança, estabelecendo com ela uma relação de confiança e apoio"</i> Enf nc4.</p> <p><i>"Limitei-me a ouvi-la segurando-lhe a mão e mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento."</i>Enf nc4</p> <p><i>"A comunicação fluiu sem dificuldades; e eu fui dando as informações conforme as suas dúvidas, começando a estabelecer com eles uma relação de confiança."</i>Enf nc5</p> <p><i>"Limitei-me a tocar na sua mão, mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento"</i> Enf nc7.</p> <p><i>"Voltei a fazer as mesmas perguntas, em tom de voz calmo e olhando para eles enquanto comunicava."</i>Enf nc3</p>	<p>O cuidar é um compromisso e um envolvimento, de ordem relacional que deve ser inerente à prática de enfermagem (BENNER, 2005)</p> <p>O EESMO deve ser visto pelos pais como um profissional com competências técnico-profissionais, humanas e relacionais, sendo reconhecidos neste âmbito a empatia, a compreensão, o afecto e a disponibilidade do mesmo FIGUEIREDO, 2001; KENNER, 200</p> <p>De acordo com Lazure (1994), escutar é uma habilidade fundamental do enfermeiro</p> <p>Olhar alguém é reconhecer a sua existência. O olhar franco e directo do enfermeiro traduz consideração e interesse pela pessoa que está a ser cuidada e incita-a a exprimir-se, pelo que é considerado uma das características da atitude de escuta (PHANEUF, 2004)</p> <p>O tom de voz revela as emoções que vivemos no momento e influencia substancialmente o significado das mensagens que transmitimos (POTTER & PERRY; 2006).</p> <p>Encorajar é, procurar aumentar a força interior: (CHALIFOUR 2007)</p> <p>Potter & Perry (2006) consideram o humor uma <i>forma de superação</i>, (pag.144) que permite ao enfermeiro e ao doente se adaptarem ao <i>stress</i> e Hyrkas (2005) acrescenta que, quando utilizado de forma apropriada o humor contribui para o desenvolvimento da confiança, da comunicação e da proximidade</p> <p>Manifestar respeito por alguém é "acreditar profundamente que ele é único e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória " (LAZURE, 1994. p. 51). O doente que se sente respeitado, tem maior abertura para confiar e sente-se suficientemente importante para poder expressar seus sentimentos e necessidades</p> <p>Ser congruente é ser autêntico, igual a si mesmo. É ser espontâneo, é viver e exprimir os seus próprios sentimentos sem disfarces e sem se esconder atrás do papel de enfermeiro (LAZURE, 1994)</p> <p>Estar presente, é estar emocionalmente com o outro. É estar lá emocionalmente envolvido no evoluir da situação, conduzindo a uma eficácia</p>

			<p>progressiva, partilhando sentimentos bons e maus; é mostrar disponibilidade, permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atentamente, de modo a que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro" (Coutinho, 2004).</p>
	<p>Educação para a Saúde</p> <p>Avaliação dos conhecimentos do sistema casal acerca da vinculação e perspectivas em relação ao nascimento;</p> <p>Abordagem de temáticas que reflectem o bem-estar do recém-nascido e de técnicas que o sistema casal pode realizar com ele, para promover a vinculação recorrendo à evidência científica;</p> <p>Identificação e validação dos conhecimentos acerca das competências do recém-nascido;</p> <p>Validação e reforço dos conhecimentos do sistema casal em relação ao período sensitivo após o parto, durante o qual a capacidade de envolvimento emocional do sistema-familiar aumenta;</p>	<p><i>"Conforme os informava acerca dos procedimentos a realizar, percebi que aquele casal tinha planeado o parto."Enf nc5</i></p> <p><i>"Aproveitei aquele momento de interacção com o casal e questionei-os acerca do processo da vinculação, do que esperavam desde momento, e se desejavam colocar o bebé em contacto pele-a-pele, após o nascimento. Esclareci-os da importância do contacto nos primeiros momentos com o bebé."Enf nc3</i></p> <p><i>"Perguntei-lhes se conheciam as vantagens da amamentação para o recém-nascido e a para a mãe e como não obtive uma resposta afirmativa esclareci-os acerca do tema"ncnc3.</i></p> <p><i>"Aproveitei a receptividade dos pais e falei um pouco acerca das competências do recém-nascido, do período de inactividade alerta do recém-nascido que dura em média quarenta minutos, e que por isso o bebé estava de olhos abertos, como o pai havia referido, e que este era um momento muito bom para comunicar com o bebé através do toque, do cheiro e era o momento ideal para estabelecer a amamentação" Enf nc3</i></p> <p><i>"Expliquei-lhe que o estabelecimento do vínculo, e a continuação desses procedimentos (tocar, falar, pegar ao colo, amamentar) nos próximos meses, eram importantes para a formação da personalidade dos bebés; que seriam pessoas mais seguras e mais saudáveis" Enf nc5</i></p>	<p>As intervenções de acompanhamento, informação, capacitação e treinamento dos pais, são realizadas não só no momento do parto, mas também durante a vigilância da gravidez e nos dois meses seguintes ao parto. (MERCER E WALK, 2006).</p> <p>Kintzinger (1996) diz-nos que desde muito cedo ambos os progenitores devem-se preparar para o nascimento, ideia reforçada por Couto (2003) ao considerar a preparação para o nascimento a par da vigilância pré-natal fundamentais para a formação e educação dos pais</p> <p>A Educação para a saúde no período pré-natal e pós natal, produzem um efeito positivo na interacção mãe/bebé, promovem a transição para a parentalidade e melhoram o desenvolvimento e reforço de competências maternas (GARDNER, DEATRICK, 2006).</p> <p>Se for proporcionado aos pais o conhecimento sobre as competências interactivas do RN e se estes compreenderem e valorizarem as inúmeras capacidades dos seus filhos, poderão ser estabelecidos entre os mesmos, diálogos mais ricos e, conseqüentemente, o envolvimento afectivo entre ambos pode estar mais facilitado, contribuindo assim para o desenvolvimento sócio emocional e cognitivo da criança (BRAZELTON & CRAMER, 2004).</p>
	<p>Contributos para a tomada de decisão</p> <p>Identificação do potencial do sistema casal na tomada de decisão, em relação aos procedimentos desejados antes e após o parto, facilidades da vinculação e apoiar as suas escolhas, tais como: Colocar o recém-nascido em contacto pele-a-pele após o nascimento, Facilitar o corte do cordão umbilical pelo subsistema pai/acompanhante, Amamentar na primeira hora de vida Incluir o subsistema pai nos cuidados ao recém-nascido, (vestir o bebé, escolha da primeira roupa, pegar ao colo, colaborar na amamentação etc)</p>	<p><i>"Quando me pareceu que o casal estava emocionalmente mais disponível à comunicação (pelo fâcies da grávida sorridente, e já sem referir dores), resolvi questiona-los acerca do contacto pele-a-pele, a vinculação, amamentação e o corte do cordão umbilical "Enf nc1</i></p> <p><i>"Após avaliar a evolução do trabalho de parto, abordei o tema da vinculação, tendo percebido que este casal estava na expectativa dum momento feliz e apesar de não apresentarem um plano de parto formal, tinham alguns desejos que depois de explorados, foram expressos": Enf nc2" Estamos ansiosos por ver e tocar no nosso bebé,"</i></p> <p><i>"Perguntei-lhe se de tudo o que tinha aprendido, havia alguma coisa que gostava que que desejava realizar, como por exemplo ser o pai a cortar o</i></p>	<p>É importante não incutir modelos de actuação aos pais, mas sim compreendê-los, com uma cultura e história própria, adaptando as suas práticas a cada casal, para que cada um se adapte de forma positiva à nova situação de pais, numa perspectiva positiva de saúde (Nascimento, 2003)</p> <p>A humanização dos serviços de saúde passa por dar maior liberdade de escolha à mulher/casal no processo de parto, sendo o desimpegno do EESMO, baseado no respeito pelas decisões das mulheres/casais, dando-lhes toda a informação de forma clara e precisa, responsabilizando-os</p>

	<p>Identificação do modo como o sistema casal vivencia a vinculação nos primeiros momentos após o parto sobretudo no que respeita aos seus sentimentos, conhecimentos, experiências anteriores, dinâmica familiar, valores, crenças e expectativas acerca do processo da vinculação.</p>	<p>cordão umbilical."Enf "Gostava de colocar o meu bebé assim que ele nascesse em cima de mim <i>"Falei-lhe da importância do contacto pele-a-pele com os pais durante os primeiros meses e perguntei se tinha alguma ajuda para a realização das tarefas domésticas e para ajudar a cuidar dos outros filhos" Enf nc5</i></p>	<p>pela manutenção da sua própria saúde e potencializando a sua autonomia. (OMS, 2006)</p>
<p>PREVENÇÃO SECUNDÁRIA</p>	<p>Identificação dos stressores</p> <p>Identificação precoce dos <i>stressores</i> que favoreçam uma experiência de parto negativa, como o medo do parto e a dor, e providenciar medidas de alívio da dor, de acordo com os desejos do sistema casal;</p> <p>Identificação de possíveis situações instabilidade pessoal, conjugal ou familiar/social, que possam perturbar o processo de vinculação poando o sistema casal/família, de forma a minimizar danos ou conflitos gerados pelas mudanças inerentes a esta fase.</p> <p>Identificação de <i>stressores</i> a nível da cultura, adequando as nossas acções a cada sistema casal;</p> <p>Identificação de possíveis riscos materno-fetais, que impeçam uma aproximação da díade/tríade, através da avaliação correcta da condução do trabalho de parto (nomeadamente grávidas com patologia associada á gravidez, idade gestacional abaixo das 37 semanas, ou patologias do recém-nascido);</p> <p>Identificação de incapacidade emocional ou mental do subsistema mãe/subsistema pai para interagir com o recém-nascido, falta de conhecimento em relação à importância da vinculação, decepção quanto às características físicas, ou sexo do recém-nascido nascido, mãe solteira ou adolescente, gravidezes indesejadas e providenciar o apoio de pessoas de referência (familiares, instituições e outros recursos da comunidade).</p>	<p><i>"Pela expressão facial da grávida, pareceu-me um pouco assustada. Definiu como "assustador" e "fantástico" o facto de ir enfrentar a experiencia do parto pela primeira vez."</i>Enf nc1</p> <p>"ela está com muitas dores ...e medo".nc3</p> <p><i>"Expliquei-lhe que como se tinha realizado a analgesia epidural, a dor já nunca iria ser tão intensa como antes "</i>Enf nc2</p> <p>"Não srª enfermeira, não tenho vontade de estar com ninguém, a minha mãe também queria cá estar, mas está gravemente doente com um tumor cerebral,.. e nem sei se estou feliz ..."nc4</p> <p><i>Percebi que a comunicação não iria ser fácil,"Enf nc3 "a minha esposa não fala português e percebe pouco..."</i></p> <p><i>"Pela expressão facial que ambas aparentavam, era notório que se sentiam pouco integradas no ambiente hospitalar."</i>Enf nc</p> <p><i>"Fisicamente estavam inquietos (o pai andava de um lado para o outro e a grávida, levantava a cabeça, e olhava em redor), como se demonstrassem que todo aquele ambiente lhes era hostil "</i>Enf nc3</p> <p><i>"Percebi que tinham algumas dificuldades em relação aos cuidados ao recém-nascido Enf nc3</i></p> <p><i>"Entrei na sala e pareceu-me que a grávida estava triste, pela expressão facial que aparentava "</i>Enf nc 4 ...mas eu estou com muito receio. Ele não devia nascer já, ainda é muito pequenino. (...) " se calhar nem vai ficar ao pé de mim" <i>"Tratava-se de uma gravidez de idade gestacional de 35 semanas e 5 dias "</i>Enf nc4</p> <p><i>"Percebi que a comunicação não iria ser fácil,"Enf nc3 "a minha esposa não fala português e percebe pouco..."</i></p> <p><i>"No decurso da prestação, de cuidados percebi que ela tinha dificuldade em comunicar comigo e exprimir os seus sentimentos, e era a mãe quem mais falava. Como se tratava de uma adolescente, não insisti na obtenção de respostas"</i> Enf nc7</p> <p><i>"A adolescente tocou no bebé por poucos minutos, mantendo a mesma</i></p>	<p>É importante que o enfermeiro avalie os pais de forma calma e directa; conheça as suas experiências como pais e a cultura a que pertencem; avalie a compreensão e os sentimentos que têm face ao RN; quais as suas preocupações; como se encontram em relação à ligação bebé - imaginário e bebé real e quais os preparativos que estão a fazer em casa para a chegada do bebé (KENNER, 2001; JARDIM, 2003)</p>

		<i>expressão assustada, que demonstrou desde o início” Enf nc7</i>	
<p>Intervenções para minimizar/eliminar stressores</p> <p>Motivar o sistema familiar ao contacto pele-a-pele após o nascimento e amamentação na primeira hora de vida,</p> <p>Facilitar o corte do cordão umbilical pelo subsistema pai/acompanhante</p> <p>Promoção da participação do subsistema pai na interacção com o recém-nascido, na amamentação e nos cuidados ao recém-nascido,</p> <p>Providenciar medidas de conforto e alívio da dor, de acordo com os desejos do sistema casal;</p> <p>Elogiar a conduta dos pais e apoiar as suas decisões</p>	<p><i>“Perguntei à grávida se queria colocar o bebé em contacto pele-a-pele logo que nascesse e se o pai queria cortar o cordão umbilical; ambos responderam que sim. Informei-os da importância do toque nesses primeiros momentos, questionando-os acerca da vinculação e como esperavam viver o 1ª contacto com o seu bebé ”Enf nc1</i></p> <p><i>Realizado contacto pele-a-pele durante 20mn, num momento de partilha de grande emoção entre o casal. O pai cortou o cordão umbilical, tendo referido como Enf nc2 “cortar cordão é um significado único nas nossas”</i></p> <p><i>“Informei-os, acerca dos procedimentos seguintes, das escolhas que poderia realizar para alívio da dor ”Enf nc3</i></p> <p><i>“Ao ser elogiado, o pai vestiu o bebé” nc3</i></p> <p><i>“Enfermeira, não queremos dar mama ao bebé...ele está a chorar ...deve ter fome é melhor dar-lhe o biberão”</i></p> <p><i>“Aceitei a sua decisão, e perguntei qual dos dois queria dar o biberão ao bebé ”Enf nc3</i></p> <p><i>“Respondi que ela poderia optar pela posição mais confortável. o momento era deles, e nós estávamos ali para os ajudar a ir ao encontro das suas expectativas.”Enf,nc5</i></p> <p><i>“Elogiei a conduta dos pais, reforçando a importância da envolvimento dos pais para fortalecimento dos laços afectivos entre eles, e que o bebé, nasce preparado para comunicar com os pais (competências do recém-nascido) e precisa que os pais respondam a essa sua capacidade de comunicar, para se sentir amado, ” Enf nc6</i></p> <p><i>“Realizado contacto pele-a-pele, com grande emoção dos pais, num ambiente com pouca luz, e o pai colaborou nos cuidados ao recém-nascido, por sua iniciativa”Enfnc5.</i></p> <p><i>“Elogiei-a porque tinha decidido ter o seu bebé, por isso ela era a pessoa mais importante para ele”Enf nc7</i></p>	<p>O enfermeiro especialista envolvido no nascimento é, supostamente, uma figura facilitadora deste processo, possibilitando a aproximação precoce entre a mãe e seu filho para que o vínculo se estabeleça, como refere Biscaia (2002).</p> <p>Cabe ao enfermeiro especialista adoptar uma postura que apoie o contacto precoce entre os pais e o filho, não descurando o envolvimento do pai nesta interacção. Por exemplo, promovendo a sua colaboração na amamentação, permitindo que o pai contacte com o filho, para além de influenciar positivamente a competência materna para amamentar e simultaneamente, favorecer a vinculação da tríade (BRAZELTON E CRAMER 2007).</p>	
<p>Capacitação do sistema familiar</p> <p>Instrução e treino das competências do sistema casal para a facilitação da vinculação, de acordo com as necessidades identificadas e com a</p>	<p><i>“Expliquei-lhes novamente os benefícios para o desenvolvimento do para o bebé por sentir o toque da pele, ouvir a sua voz dos pais e que eles eram as pessoas mais importantes para efectuar esse contacto Após ser instruído acerca dos cuidados o pai disse” “posso tirar uma fotografia e posso</i></p>	<p>Ajudar a aumentar a confiança dos pais, leva a um aumento da interacção entre a tríade, favorecendo a vinculação. Essa ajuda na promoção da vinculação e capacitação dos pais deve realizar-se não só no momento do parto,</p>	

	<p>evidência científica;</p> <p>Inclusão e apoio ao subsistema pai nos momentos de interacção com o recém-nascido, incentivando a sua presença junto do subsistema-mãe e recém-nascido, reforçando positivamente sua actuação, as suas conquistas e comportamentos positivos,</p> <p>Supervisão da interacção do sistema familiar e técnica da amamentação, validando com o pai a eficácia da mamada;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas e dificuldades sentidas pelos pais, através da relação de confiança, iniciada na prevenção primária:</p>	<p>tentar vesti-lo”nc3</p> <p><i>“Incentivei o pai a participar nos cuidados ao recém-nascido e ser ele agora a interagir com o bebé de uma forma mais próxima (tocar-lhe, falar-lhe acaricia-lo) ”Enf nc1</i></p> <p><i>O pai participou activamente, vestindo o bebé, pegando-lhe ao colo e posteriormente colaborando no estabelecimento da amamentação Enf nc2</i></p> <p><i>Enquanto amamentava, a mãe acariciava o recém-nascido, e o pai permanecia junto dos dois, interagindo também com o bebé. Enf nc1</i></p> <p><i>Instrui o casal acerca de alguns aspectos. Reforcei que todos os cuidados que prestarem ao seu bebé, podem ser feitos acariciando-o e falando com ele e que pelo facto de ser alimentado com o biberão, o pai ou mãe podiam igualmente interagir com o bebé e demonstrar que que o amam.”Enf nc3</i></p> <p><i>“Falei-lhes acerca da importância dos “mimos”, do contacto pele-a-pele, das vantagens da vinculação para o bebé, e tentei reforçar a auto estima e a confiança da grávida, dizendo-lhe que ela era capaz de cuidar do seu bebé “!Enf nc7</i></p> <p><i>“Realizei o ensino e treino da técnica da amamentação, reforçando sempre a importância do vínculo, para o desenvolvimento saudável da criança a curto e longo prazo.”Enf nc7</i></p>	<p>mas durante a gravidez e no pós-parto, de acordo com as necessidades de cada família. (TEDDER, 2008)</p> <p>Ensinar os pais acerca das competências do recém-nascido e da sua capacidade para se envolver com os pais é uma mais-valia para a vinculação da tríade (TEDDER, 2008).</p> <p>Particularmente importante para a prática do contacto pele-a-pele, as mães referem o apoio, incentivo e a informação dada pelos enfermeiros (DALBYEA, et al, 2011).</p> <p>A educação para a saúde, não só a nível da informação, mas também ao nível da capacitação e treino dos pais, ajudando-os a aumentar a sua confiança, levando a um aumento da interacção entre a tríade, favorecendo a vinculação, (TEDDER, 2008).</p>
<p>PREVENÇÃO TERCIÁRIA</p>	<p>Restabelecer os padrões de bem-estar</p> <p>Estabelecimento de uma relação de ajuda com os diferentes sistemas que compõem a tríade, com vista ao desenvolvimento, estabilidade e/ou reconstrução do sistema família;</p> <p>Validar a confiança e os conhecimentos dos pais;</p> <p>Identificação dos cuidados de enfermagem que os pais consideram relevantes para a sua capacitação e autonomia, focando os aspectos relacionados com:</p> <p>Os sentimentos vividos pelo sistema familiar Dificuldades sentidas (interacção com o recém-nascido, cuidados ao recém-nascido, amamentação) Sugestões para a melhoria dos cuidados</p>	<p><i>Realizada visita ao serviço de obstetria, no dia seguinte, onde se verificou que o bebé estava adaptado à mama e a mãe interagiu com o bebé, espontaneamente (...). Foi reforçada e educação para a saúde efectuada no bloco de partos, nomeadamente, em relação à importância do tocar, falar e acariciar o bebé, especialmente nos primeiros meses de vida. Enf nc1</i></p> <p><i>“a enfermeira foi uma grande ajuda para nós...olhe como ele mama bem...ele assim também sente que nos o desejamos...” nc6</i></p> <p><i>“Ajudaram-me a ter confiança em mim própria”nc6</i></p> <p><i>“Não foi necessário reforçar a importância da interacção entre a tríade, porque observei que a mãe, que estava deitada na sua cama, tinha bebé colocado em cima de si e falava docemente para ele. “ Enf</i></p> <p><i>“Vê-se que percebe o que o adoro, já não sei viver sem o meu bebé e só esta aqui comigo há um dia”nc 2</i></p> <p><i>“Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, para favorecer a vinculação entre</i></p>	<p>A Enfermagem é a única profissão que se preocupa com todas as variáveis que afectam o cliente, sendo a sua meta é facilitar o bem-estar, através da retenção, geração ou manutenção da estabilidade do sistema (NEUMAN, 2011)</p> <p>Segundo Neuman (2011), esta reconstrução depende dos recursos que os sistemas têm e da sua mobilização, ajudando a que o sistema se adapte e retome a estabilidade, neste caso, adquire competências parentais no processo da vinculação</p>

	<p>Identificar progressos e elogiar, as suas conquistas e comportamentos positivos.</p> <p>Providenciar a continuidade de cuidados através da articulação entre os serviços (serviço de obstetrícia, centros de saúde, encaminhamento para visita domiciliária).</p>	<p>ela os pais e o bebé."Enf nc5 "fui muito bem tratada"... foi uma experiencia maravilhosa ter o meu filho ali junto a mim, ... os enfermeiros são "os que mais se preocupam connosco."nc5</p> <p>"Verifiquei que continuava a interagir com o recém-nascido de uma forma calorosa".Enf nc6</p> <p>"Quando a fui visitar no dia seguinte, ao serviço de obstetrícia, a puérpera estava sozinha, interagindo com o bebé, beijando-o e falando para ele."Enf nc7</p> <p>"Elogiei a sua atitude e desempenho" Enf nc2</p> <p>"Elogiei, não só a puérpera pelo seu desempenho, mas também a sua mãe por ser uma preciosa ajuda, em todos os momentos."Enf nc7</p> <p>"No dia seguinte fui visitá-los ao puerpério, Reforcei a importância da interacção pais/filho. Perguntei como estavam viver estes primeiros momentos com o bebé e se sentiam muitas dificuldades " Enf nc3</p> <p>"Falei-lhe da realização do diagnóstico precoce e da hipótese de visita domiciliária das enfermeiras do centro de saúde da sua residência "Enf nc4</p> <p>"Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, para favorecer a vinculação entre ela os pais e o bebé". enf nc4 "fui muito bem tratada"... foi um momento mágico ter o meu filho ali junto a mim, senti que a seguir era capaz de enfrentar tudo... "Disse-lhe que as enfermeiras iam ajuda-la no que fosse necessário e ela iria conseguir cuidar muito bem do seu filho. Perguntei-lhe ainda se ela necessitava de mais alguma ajuda, sem ser a da sua família."Enf nc7 "a enfermeira que me seguiu na gravidez no centro de saúde, disse-me para eu ir lá logo que o bebé nascesse ...e a minha mãe ajuda-me e apoia-me.</p>	
--	---	--	--

APÊNDICE V
DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA (5º CPLEESMO)
BLOCO DE PARTOS
DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I



Ensino clínico IV

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

LISBOA
2011

Ana Rito Coelho



*“AINDA QUE EU FALASSE AS LÍNGUAS DOS HOMENS E DOS ANJOS (...),
E AINDA QUE EU CONHECESSE TODOS OS MISTÉRIOS E TODA A
CIÊNCIA, E NÃO TIVESSE AMOR DE NADA VALERIA.”*

Bíblia Sagrada

SUMÁRIO

O-INTRODUÇÃO.....	4
1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	5
1.2- Sentimentos.....	6
1.3-Avaliação	7
1.4-Análise	7
1.5-Conclusão	8
1.6-Panear a acção	9
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

0-INTRODUÇÃO

O Diário de Aprendizagem constitui um instrumento de trabalho dos Ensinos Clínicos, com o formato de registo escrito de situações vividas na prática de cuidados, inscrito no processo de aprendizagem reflexiva.

Segundo Pereira (2001:12) “Constatamos que os diários de aprendizagem motivam o esclarecimento de ideias ou acontecimentos confusamente experienciados, já que a escrita funciona como mediador da reflexão da acção.

“o processo de reflexão é indispensável na caminhada destes estudantes, permitindo-lhes, nos contextos de trabalho, níveis progressivos de desenvolvimento e confrontos, num processo ainda não acabado, conduzindo-os para a autonomia, o desempenho livre e responsável da sua cidadania e actividade profissional”(PEREIRA 2001:17).

A elaboração dos diários de aprendizagem torna-se um espaço de expressão e reflexão sobre si próprio. Ao fazer a reflexão sobre a sua interpretação fundamenta-a, encontrando assim modo de mobilização de conhecimentos, integrando e interligando a teoria e a prática.

No decurso do Ensino Clínico IV, muitos foram as situações que me fizeram reflectir, e aperceber-me de que o facto de sermos profissionais a alguns anos, não nos retira a sensibilidade ou o envolvimento na área do cuidar; antes pelo contrário, somos capazes de “olhar” para os acontecimentos com mais maturidade e avançar para a mudança com mais segurança e menos receios.

Os diários de aprendizagem são excelentes momentos de reflexão, Momentos de avaliação do nosso desempenho e de desenvolvimento de competências para a excelência profissional.

De acordo com o artigo 88, alínea a, do Código Deontológico do Enfermeiro, e de modo a manter a excelência do seu desempenho, o enfermeiro deve analisar o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas, que mereçam mudança de atitude.

Conforme as directrizes para a elaboração dos Diários de Aprendizagem, este será elaborado com base nas várias etapas propostas por Gibbs, no seu ciclo reflexivo. Estas são seis: descrição da situação, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a acção.

1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Uma das situações que me fez reflectir acerca dos nossos cuidados diários e da forma como os conduzimos, foi o caso de uma utente com uma gravidez gemelar de 28 semanas que deu entrada no bloco de partos por perda de líquido amniótico e contractilidade. Era um utente de 27 anos, índice obstétrico 0000, com uma gravidez gemelar bicoriónica e biamniótica que rapidamente entrou em trabalho de parto e após algumas alterações no C.T.G., foi encaminhada para uma cesariana de urgência.

Esta grávida não me tinha sido atribuída para eu cuidar, mas como o restante serviço estava calmo e dado o meu interesse pelos prematuros, a minha orientadora disse-me que fosse assistir à cesariana, para observar como se realizava toda a conduta de receber os bebés prematuros e encaminhá-los para a neonatologia. Fui para o bloco e observei toda a dinâmica. Curiosa com os procedimentos aos recém-nascidos observei toda a técnica. Foi-me explicado pela pediatra e pela enfermeira EESMO, do bloco, todos cuidados que se realizam aos recém-nascidos nestes casos e observei a sua transferência para a neonatologia. Tinham em poucos minutos nascido dois bebés, de 950g e de 1035g respectivamente, sem malformações aparentes, mas que pela sua prematuridade, foi necessário separá-los da sua mãe e assim privados do contacto precoce pele a pele. De repente pensei naquela mãe e da forma como estaria ela a viver este momento.

A mãe tinha sido submetida a uma anestesia loco-regional (raquianestesia), estando portanto acordada e apercebendo-se de toda aquela situação.

Olhei para ela e vi no meio do seu silêncio, as lágrimas que caíam pela sua face. Sem dizer uma única palavra, o seu rosto dizia tudo. Ainda ninguém, inclusive eu, se tinha dirigido naquele momento para a mãe, para lhe mostrar os bebés ou para lhe explicar o que se estava a passar. A prioridade foi assegurar a vida dos recém-nascidos. A mãe estava hemodinamicamente bem.

No entanto era importante estar alguém ao lado dela, apenas para ela, para a ajudar a ultrapassar e compreender estes momentos, certamente tão difíceis e dar continuidade a uma relação de ajuda que certamente já deveria ter sido iniciada. Como diz Lazure (1994. p.97), “a relação de ajuda visa dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher...”.

Assim que me apercebi do seu desespero voltei-me para ela e tentei confortá-la, acalmá-la. Ela agradeceu-me. No entanto senti que tudo aquilo tinha sido insuficiente. Eu não tinha estabelecido com ela uma relação de ajuda anteriormente, suficientemente forte que permitisse a ajuda que ela necessitava naquele momento.

“Além de desenvolver o seu saber e o saber fazer, o enfermeiro deve também desenvolver o seu saber ser, tanto consigo próprio como com o cliente sem o qual a noção de crescimento se tornará inoperante para ambos, (LAZURE, 1994, p. 94).

1.2-SENTIMENTOS

Os nove meses de gravidez permitem aos pais a oportunidade de se prepararem em termos físicos e psicológicos. Se o parto ocorre antes desse tempo, os pais não tiveram tempo de realizar todas as tarefas do desenvolvimento da gravidez, sendo eles próprios pais prematuros, que “nasceram” antes do tempo e vão precisar de alguém que os ajude a encontrar um ponto de equilíbrio e também que os capacite na sua função de pais. O EESMO, é o elemento privilegiado e mais próximo das famílias que tem competências técnicas, relacionais e científicas, para desenvolver estratégias que promovam cuidados de enfermagem de qualidade que permitam ajudar estas famílias a vivenciar a experiência da maternidade da forma mais saudável e feliz possível.

Nesse momento senti que a minha presença ali, não tinha sido útil para ajudar aquela mãe naquele momento tão importante e tão difícil da sua vida. A mãe implorava ajuda com o olhar e eu pouco sabia da sua história de vida, das suas expectativas em relação aquela gravidez. Por outro lado a minha inexperiência nestas situações, também não me fez sentir completamente disponível para esta utente.

A disponibilidade permite demonstrar presença. A verdadeira relação de ajuda exige, para além da presença física, que o enfermeiro se centre na pessoa e mostre atenção constante a tudo que a envolve (PHANEUF, 2005).

Por outro lado toda aquela situação de urgência, constituiu uma barreira ao processo da vinculação precoce e ao contacto pele a pele entre os recém-nascidos e os pais, pelo que os próprios profissionais se sentem por vezes incapazes e limitados na sua actuação, tendo eles próprios de aprender a gerir os seus sentimentos. Foi um pouco isso que eu senti. Toda aquela situação de emergência, não permitiu preparar os pais

para o facto de os bebés terem de ficar separados deles, e tudo aquilo que iriam encontrar, posteriormente no serviço de neonatologia.

A enfermeira deverá pois preparar primeiro os pais descrevendo o ambiente que vão encontrar e como está e é o bebé, valorizando positivamente as suas competências e evolução.

1.3-AVALIAÇÃO

Em resposta à seguinte questão do ciclo, “O que foi bom e mau na experiência?”, podemos começar pelo que foi bom nela. De positivo podemos apontar o facto de ter trazido uma experiência à reflexão, sempre útil para avaliarmos as nossas práticas. Por outro lado, observar todos os procedimentos inerentes a este tipo de cesariana, também me trouxe algum contributo em termos de presenciar o acontecimento e poder desenvolver pesquisas acerca do tema. De menos positiva foi o facto de não conhecer a grávida e de não ter estabelecido com ela uma relação de confiança que me tivesse permitido uma melhor ajuda a esta família e ainda a pouca experiência nestes casos de partos pré termo, que me impede de colaborar com a equipa de uma forma mais próxima.

1.4-ANÁLISE

Segundo autores como Klaus e Kennell, (2000), o processo de vinculação tem início antes do nascimento e está presente em momentos cruciais como: “planeamento da gravidez; confirmação da gravidez; percepção dos primeiros movimentos fetais; aceitação do feto como pessoa; nascimento; percepção do choro e visualização do bebé; contacto físico através do toque e dos cuidados ao bebé”.

Quando a situação do RN implica a transferência imediata para a Neonatologia, a mãe não tem oportunidade de se relacionar logo com o seu bebé, implicando que o processo seja mais longo, muito difícil e trabalhoso, (BRAZELTON 1995). Os pais manifestam muitas vezes sentimentos como ansiedade, angustia e sentimento de culpa, agravadas pelo facto de ser o primeiro filho. A fim de superar estes sentimentos é necessária disponibilidade e dedicação por parte de toda a equipe de saúde, para com os pais, dando hipótese de tocar e sentir algo pelos seus bebés, criando um espaço terapêutico que permita trabalhar as suas ansiedades, dúvidas e receios.

Brazelton (1988) afirma que o luto dos pais, depois do nascimento prematuro, é inevitável. Os pais não somente demonstram esta reacção pela perda do bebé perfeito

que esperavam, mas também lamentam o bebé que produziram, culpando-se consciente ou inconscientemente. Outro factor importante para o estabelecimento da interacção é que os pais sejam capazes de entender o bebé e as capacidades que traz consigo ao nascer para a interacção e conseqüentemente para recuperar-se. Expressar sentimentos, assim como obter informações sobre as capacidades dos recém-nascidos, torna mais fácil a aproximação dos pais com seus bebés. Segundo Brazelton (1988) e Klaus & Kennel (2000), quando um bebé pequeno e prematuro é tocado, embalado e acariciado diariamente ou se conversamos com ele durante o seu internamento, ele poderá apresentar menos dificuldade respiratória, maior ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas do funcionamento cerebral que pode persistir por meses depois da alta hospitalar.

O enfermeiro deve estar presente em todos os momentos da gravidez e parto. Deve valorizar todos os momentos e utilizar estratégias sempre que possível que permitam realizar educação para a saúde, de modo a conhecer as famílias, e capacitá-las, no seu papel de pais e ajuda-las nas situações mais difíceis.

“ estar presente, é estar emocionalmente com o outro. É estar lá emocionalmente envolvido no evoluir da situação, conduzindo a uma eficácia progressiva, partilhando sentimentos bons e maus; é mostrar disponibilidade, permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atentamente, de modo a que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro” (Coutinho, 2004).

1.5-CONCLUSÃO

Nesta etapa do Ciclo devemos procurar responder à questão: “Que mais poderia ter feito?”.

Nesta situação concreta, penso que poderia ter estado mais próxima da mãe, no sentido de a apoiar e lhe dar segurança, no entanto o facto de não me sentir também eu segura neste tipo de situações e de ser difícil para mim lidar com todas estas emoções, tornou essa relação mais distante. Poderia ter acompanhado esta mãe, posteriormente á cesariana, mas isso não aconteceu porque entretanto foi admitida na unidade uma grávida em trabalho de parto activo, tendo ficado aos meus cuidados.

Posteriormente, mais ou menos uma semana depois, dirigi-me ao serviço de neonatologia para saber o estado de saúde dos bebés e de me aperceber como esta família estava a ser acompanhada. Constatei que um dos bebés tinha sido transferido para o hospital Dona Estefânia e submetido a uma intervenção cirúrgica. Embora a

situação de ambos estivesse estabilizada, estes pais estavam a viver momentos de grande instabilidade e cansaço.

1.6. PLANEAR A ACÇÃO

Nesta etapa é-nos solicitado que planeemos o que faremos se e quando voltar a ocorrer a mesma situação. Penso que se me acontecer uma situação idêntica, em primeiro ligar pretendo desenvolver com a família uma relação empática, de maior confiança possível, que me permita agir com ela de modo a ajuda-la a encontrar estratégias para vivenciar esta experiência, o melhor possível, permitindo a expressão dos seus sentimentos e mantendo-a informada de todos os acontecimentos, permitindo assim a sua autonomia.

Espero também, durante a semana no serviço de neonatologia, adquirir alguns contributos, que me levem à reflexão, ao estudo e á pesquisa, permitindo o desenvolvimento de competências nesta área.

Por outro lado considero muito importante acompanhar a família posteriormente, em todo o percurso de internamento na neonatologia, o que por vezes não é possível, devido aos compromissos académicos que temos para cumprir. No entanto dentro do possível numa próxima situação gostaria de não perder o contacto com estas famílias. Como enfermeira dos cuidados de saúde primários, onde o alvo dos nossos cuidados são as famílias, acontece frequentemente situações de partos pré termo, por isso espero com estas situações adquirir competências, não apenas do ponto de vista técnico, mas sobretudo na relação de ajuda, de modo a poder prestar cuidados de enfermagem cada vez mais completos, personalizados e competentes.

Ser prestador de cuidados, implica pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado Exige preocupação e respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade (HESBEEN, 2001).

Importa estarmos conscientes das nossas falhas e limitações, e procurarmos caminhos que nos levem a reflectir e sobretudo, transformar essa reflexão numa mudança de atitudes.

Os ensinamentos clínicos são, sem dúvida, um desses caminhos. É necessário tirar partido destas aprendizagens, como forma excelente de nos tornarmos, não só melhores profissionais, mas essencialmente seres humanos mais coerentes e autênticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBAK, Irene, M.; LOWDERMILK, Deitra, L.; JENSEN, Margaret, D. - **Enfermagem na Maternidade**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 1999. ISBN 978-989-8075-16-1

BRAZELTON, T. Berry. (1988) **O desenvolvimento do apego: Uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN 8585692545.

CANAVARRO, Maria Cristina - **Psicologia da gravidez e da maternidade**, 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-081-9

COUTINHO, Emília de Carvalho – A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Millennium**. [versão electrónica]. Nº 30 (Outubro 2004), p. 29-37. [acedido a 03/02/2011]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf>. ISSN 1647-662X

HESBEEN, W. (2001) – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-20-

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. Hague: ICM, 2002. Acedido a 12/4/2010. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

LAZURE, Hélène (1994). – **Viver a Relação de Ajuda** – Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-9539-5-2

KLAUSS, H. Marshall, KENNEL, J.H., KLAUSS, P. H (2000). **Vínculo Afectivo. Construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos

Enfermeiros, 2005. 456 p.

PEREIRA, Esperança (2001) Diários de Aprendizagem – Promoção da reflexão da prática clínica. **Revista Investigação em Enfermagem**. - ISSN 0874-7695. - Nº 4 (Agosto 2001), p. 12-19

PHANEUF, Margot (2004) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda validação**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 978-972-8383-84-8

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

(5º CPLEESMO)

NEONATOLOGIA

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I I



Ensino Clínico IV

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Ana Rito Coelho

LISBOA

2011

*Há pessoas que transformam o sol numa simples mancha amarela,
porém há também quem faça de uma simples mancha amarela o
próprio sol".*

PICASSO

SUMÁRIO

0-INTRODUÇÃO	4
1-ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS	5
1.1- Descrição da situação	5
1.2- Sentimentos	7
1.3-Avaliação	7
1.4-Análise	8
1.5-Conclusão	10
1.6-Planear a acção	11
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

0. INTRODUÇÃO

O diário de aprendizagem surge como uma actividade a ser desenvolvida pelo estudante, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, Ensino Clínico IV do 4º semestre, a decorrer na unidade de Neonatologia do HSFX. Tem como finalidade, a exposição de uma situação vivenciada durante a minha prática clínica, elaborando um registo escrito, o qual deve reflectir uma crítica pessoal. Esta reflexão é orientada segundo o ciclo reflexivo de Gibbs.

A situação que vou descrever decorreu no período de 21 a 25 de Março de 2011.

A elaboração deste diário tem como objectivos:

- Analisar e reflectir sobre as práticas diárias da estudante e da equipa;
- Aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado;
- Constituir um elemento para a avaliação da estudante.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS

1.2. Descrição da situação

Foi solicitado às três estudantes que efectuem o EC, neste hospital, que escolhessem e acompanhassem a mesma família durante o tempo de permanência na Unidade de Neonatologia. Por sugestão da chefe de serviço, optámos por uma família, cujo recém-nascido, prematuro do sexo feminino, de 30 semanas, peso à nascença de 1280g, índice de Apgar de 8/9, se encontrava na unidade de cuidados intensivos, ventilado, mas hemodinamicamente estabilizado, o que iria permitir o acompanhamento das três estudantes, durante as 3 semanas seguidas.

Na semana em que eu fui para a Unidade de Neonatologia, a bebé já se encontrava na sala de cuidados intermédios, na incubadora, mas já com respiração espontânea. Embora apresentasse períodos de saturações de O₂ baixas, a sua recuperação era favorável. Observei e participei nos seus cuidados e apercebi-me de toda a dinâmica da equipa de enfermagem e da relação que constroem com cada família. A equipa é muito atenciosa com os bebés e as suas famílias, promovem a parceria de cuidados e estão sempre atentas às dificuldades dos pais, para os poder ajudar.

Para meu espanto, os pais daquela bebé, primeira filha e pelo que me apercebi, bastante desejada, quase que não apareciam na unidade. Tentei o turno da tarde no 2º dia, e encontrei os pais já perto das 21h. Durante o pouco tempo que ali estiveram quase não se aproximaram da bebé.

Os pais eram de nacionalidade brasileira, residentes em Oeiras. A mãe de 34 anos, em processo de divórcio. vivia à sete meses com o pai da menina, de 30 anos de idade. A gravidez foi vigiada no centro de saúde de Oeiras, tendo como complicações, hemorragia escassa no 2º trimestre, que resolveu com o repouso.

A unidade coloca à disposição dos pais, um pequeno caderno, a que chamam “O meu diário”, onde todos os dias os pais escrevem o que sentem e o que fizeram, o que aprenderam e onde as enfermeiras também escrevem, se assim o entenderem.

Depois de ter lido o diário da bebé, apercebi-me que os pais expressavam na escrita um grande amor por ela, e um grande desejo de a levar para casa, mas que não se traduzia na prática, com a sua presença ou com os seus cuidados.

Por esse motivo e após ter conversado com as enfermeiras, resolvi no dia seguinte abordar os pais, no sentido de perceber o porquê da sua ausência e identificar o que eles sabiam sobre a importância de estar presente, de tocar na bebé, de lhe falar e de se prepararem para a alta hospitalar.

Para Montagu (1988) os recém-nascidos prematuros têm um desenvolvimento melhor se forem tocados, acariciados e colocados no colo da mãe, que os que não são tocados. O toque das mãos, do colo, as carícias e os cuidados, braços, são experiências essenciais para que o recém-nascido se sinta tranquilo, amado e seguro. Por conseguinte, esses recém-nascidos têm maior probabilidade de receber alta mais rapidamente .

O mesmo autor refere ainda, que é por meio do contacto corporal com a mãe que a criança faz seu primeiro contacto com o mundo; através deste, passa a participar de uma nova dimensão da experiência, a do mundo do outro. É este contacto corporal com o outro, que fornece a fonte essencial de conforto, segurança, calor e crescente aptidão para novas experiências.

Os pais mostraram-se receptivos ao serem abordados por mim; talvez o pai mais comunicativo que a mãe. Apercebi-me que tinham muito receio de tocar na bebé. Falei-lhes da importância do toque e da sua presença, acalmei-os em relação ao receio de prestar cuidados à bebé e elogiei o facto de estarem ali, naquele momento dispostos a aprender e a demonstrar o amor que sentiam pela sua filha.

No dia seguinte, a mãe chegou mais cedo, prestou cuidados à bebé sob a nossa orientação e pegou nela ao colo, o que antes ainda não tinha acontecido.

1.2. Sentimentos

Um bebé desperta sempre em nós sentimentos de ternura e de desejo de lhe tocar. Um bebé em risco de vida pelo seu acréscimo de vulnerabilidade, provoca ainda mais o instinto de protecção na maioria das pessoas, que com ele contactam. Um recém-nascido, prematuro, internado numa Unidade de Neonatologia, que chora sem a presença da sua família, é algo que mexe intensamente com os nossos sentimentos, que são difíceis de colocar em palavras. Leva-nos por vezes a fazer juízos de valor e quando damos por nós estamos a julgar as atitudes dos pais, que muitas vezes estão tanto a precisar de serem cuidados como aquele bebé indefeso.

Verificar que os pais não estão tão presentes como eu julgaria, no momento, deixou-me um pouco desapontada, mas ao mesmo tempo intrigada sobre quais os motivos para esta situação. Por isso, procurei conhecer as causas deste comportamento o que me iria permitir perceber melhor os pais e, talvez, ajudá-los a ultrapassar um dos momentos mais difíceis das suas vidas

1.3. Avaliação

Todas as experiências por que passamos, apesar de por vezes serem de um curto espaço de tempo, têm sempre um lado positivo. Fazem-nos pensar, levam-nos a agir, por vezes a errar, mas sobretudo fazem-nos mover enquanto ser humanos. Muitas vezes estes momentos obrigam-nos a parar e rever a nossa própria maneira de ser, e só esse facto já é positivo. Se pretendermos ir mais longe e fizermos destas experiências uma forma de pesquisar, estudar para melhor compreendermos o outro, tanto melhor. O que inicialmente me pareceu desinteresse por parte dos pais, revelou-se uma experiência que me trouxe a oportunidade de me aperceber da dificuldade que os pais têm em lidar com a ocorrência de um parto pré-termo e dos sentimentos de ambivalência que por vezes vivem.

1.4. Análise

O nascimento de uma criança é um acontecimento sublime que tem em si emoções muito intensas. Durante a gravidez os pais vão-se preparando num processo de desejo de que o seu filho seja perfeito e receio de que possa vir a ter algum problema. Assim surge o bebé idealizado numa imagem composta pelas representações que esta mãe tem de si própria, de outras figuras significativas para si e a imagem que a sua própria mãe lhe transmitiu.

Quando acontece o nascimento surge o confronto entre o bebé que foi idealizado e o bebé agora real. As discrepâncias verificam-se, levando à necessidade de um processo de luto relativamente àquele bebé idealizado e ao enamoramento para com o bebé real (BRAZELTON 1988).

Esta adaptação torna-se mais difícil com o nascimento de um bebé em risco: perde-se o bebé idealizado e surge o bebé que era temido, o que aparece como ameaçador do bem-estar dos pais, conduzindo a sentimentos de elevado sofrimento.

Estamos então perante um processo do luto dos pais relativamente ao bebé idealizado, que pode decorrer passando pelos sentimentos de choque e descrença, que tendem a ser seguidos de sentimentos de tristeza, depressão e angústia, até que aconteça a aceitação da situação (CANAVARRO, 2006).

Assim, torna-se essencial perceber os sentimentos por que passam os pais nestes momentos dolorosos e como podem intervir os profissionais de saúde, para com eles formarem uma equipa coesa de apoio, porque o envolvimento dos pais é, fundamental no processo de desenvolvimento da criança.

O sentimento de dor aqui presente relaciona-se com a brusquidão da perda, a dificuldade na preparação para o acontecido e o significado dado pelos pais ao bebé nascido. Quando o nascimento é de risco, esta adaptação ao bebé real torna-se mais complicada. A preparação feita para receber o bebé idealizado revela-se inútil, diminuindo as capacidades de acção, especialmente na mãe que percebe não ter conseguido realizar o bebé perfeito com que sonhou. Mas como o bebé nasce prematuramente e necessita da mãe (ou dos pais) desde início, esta vê-se obrigada a

lidar de imediato com a realidade desta criança diferente do que foi sonhado e antes de ter tempo para sentir, dentro de si, estar preparada para aceitar este filho.

Neste contexto, a adaptação dos pais pode ocorrer num contínuo entre dois extremos de sentimentos opostos, tais como: num extremo temos o sentimento de culpabilidade que se manifesta numa exclusividade de dedicação ao bebé, podendo conduzir a formas de interacção menos adequadas com o resto da família (por exemplo: dificuldade em dar atenção a outro filho ou ao parceiro); ou então, num outro extremo, temos a rejeição ao bebé, com impulso irresistível de negação da sua relação com a criança ou das necessidades desta (JORGE, 2004).

Lidar com a realidade da existência de um bebé “diferente” e a perda do bebé idealizado é difícil, doloroso e demorado, sendo usual ocorrer uma mistura de sentimentos e mecanismos de defesa individuais que permitem afastar sentimentos de depressão, culpa e falta de valor próprio. Desta forma não se pode apressar o investimento neste bebé real, é necessário tempo para que a mãe (ou pais) pense, sinta e fale do seu desapontamento, sentimentos de falhanço e impotência.

Contudo este processo, a que chamamos de luto, é essencial para ultrapassar a parte incapacitante destes sentimentos, permitindo a reorganização emocional e depois a aceitação do bebé real. Processo que pode ser lento, podendo ocorrer nalguns pais depressão crónica, com aparecimento de sentimentos intermitentes de inadequação, incompetência e ineficácia.

Como tal, reconhecer as dificuldades pelas quais os pais passam nestas situações e a sua importância na vida dos prematuros, conduz ao interesse nas necessidades destes pais durante o internamento do bebé na Unidade de neonatologia e o impacto nas suas actividades enquanto pais no futuro.

É essencial, antes de tocar o recém-nascido, querer tocá-lo. Sentir desejo de tocar, transmitindo amor e segurança. Os pais precisam ser ouvidos quanto a esse desejo de tocar ou não o recém-nascido, e serem ajudados conforme a necessidade de cada um para que se sintam capazes de se aproximar e tocar o corpo do seu recém-nascido com amor.

É necessário que o enfermeiro especialista, compreenda os sentimentos dos pais, não fazendo juízos de valor, respeitando o tempo que cada um precisa para ultrapassar todo este processo e sentir-se confiante no seu papel de pais e cuidadores.

1.5. Conclusão

A forma acolhedora como a equipa de enfermagem, recebe os pais, os orienta e os apoia, na unidade de neonatologia, assim como os cuidados prestados ao recém-nascido, que se revelaram envolventes e zelosos, favorecem a parceria de cuidados com os pais e minimiza a ansiedade dos mesmos.

Klaus e Kennell Klaus (2000) mencionam que o prematuro melhora muito mais rápido, num ambiente em que médicos e enfermeiros trabalham juntos e comprometidos com a família e com o RN, do que em ambientes em que os profissionais simplesmente agem sem envolvimento.

Existe também na unidade, um guia de acolhimento aos pais que pretende ajudar a reduzir os impactos negativos de uma hospitalização. Como a minha experiência nesta área é muito pouca, foi bastante proveitoso para mim observar esta forma de cuidar estas famílias. Devo salientar a abertura da equipa aos alunos da especialidade, que nos deu todo o apoio necessário.

Da minha entrevista com os pais, poderia ainda ter informado da existência de grupos de apoio em Portugal, como a XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro ou o fórum Nascer Prematuro.

1.6. Planear a acção

Como enfermeira que desempenha funções nos cuidados primários, a nível da prevenção, aconselhamento, encaminhamento e vigilância na área da Saúde Materna, necessito de adquirir competências nesta área, não só, relativamente ao parto pré termo, mas em todas as situações que exigem o internamento do recém-nascido e de como podemos contribuir para um acompanhamento adequado destas famílias.

Assim o conhecimento dos cuidados prestados pelos enfermeiros numa Unidade de Neonatologia ajudou-me a articular melhor a prática e os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso. Também me permitiu realizar uma análise reflexiva, acerca do cuidar em enfermagem, numa procura constante da excelência profissional.

Cada experiência, cada dia, devem ser vividos como mais uma oportunidade de crescermos com o outro e de nos tornarmos mais exigentes connosco próprios. Importa não nos acomodarmos àquilo que já sabemos, e ao que já somos, mas fazermos de cada experiência um modo de nos tornarmos mais brilhantes e verdadeiros.

Tudo contribui para o nosso crescimento e riqueza interior, ainda que por vezes com muito esforço e com algum sentimento menos positivo.

E quando uma experiência chega ao fim, o nosso pensamento será sempre: "Para a próxima será melhor."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZELTON, T Berry. (1988) **O desenvolvimento do apego: Uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN 8585692545.

BOWLBY, J. (2001) **Formação e rompimento dos laços afectivos**. São Paulo: Martins Fontes ISBN 8533622643

CANAVARRO, Maria Cristina (2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989-558-081-1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) - **Guia Orientador Do Estágio Com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa Portugal

JORGE, Ana Maria. (2004) – **Família e Hospitalização da Criança**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-79-7

KLAUSS, H. Marshall, KENNEL, J.H., KLAUSS, P. H (2000). **Vínculo Afectivo. construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul

MONTAGU, A. (1988) **tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus ISBN - 85-87691-12-0

SALOMÉ, Jaques (1995) **Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes. ISBN 85-326-1152-4

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA

E OBSTETRÍCIA (5º CPLEESMO)

BLOCO DE PARTOS

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I I I



Ensino clínico IV

HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Ana Rito Coelho

LISBOA
2011

Age como se aquilo que tu fazes, fosse fazer diferença.

William James

INTRODUÇÃO

No decurso do ensino clínico IV, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-nos solicitado a realização três diários de aprendizagem, momentos reflexivos que surgem da observação/ prática do quotidiano da enfermagem. Embora seja o relato de experiência vivida pessoal, como metodologia de aprendizagem, esta deve ser analisada segundo o ciclo reflexivo de Gibbs, promovendo uma sistematização e distanciamento necessário para a percepção global do sucedido, análise e inclusão da aprendizagem. Esta análise concreta e objectiva dos factos levam ao desenvolvimento pessoal do estudante, uma vez que ele ao auto-analisar-se explora o seu mundo interno e o seu comportamento na situação concreta e singular de cuidados, procurando aperfeiçoar constantemente a sua prática.

Este Ensino Clínico teve início no dia 17 de Janeiro de 2011, no Bloco de Partos do Hospital S.F.Xavier, e decorrerá até 1 de Julho de 2011. A docente orientadora é a Professora Teresa Félix e a orientadora do local é a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Lúcia Tinoco.

A elaboração deste diário, tal como o anterior, tem como objectivos

- Analisar e reflectir sobre as práticas diárias da estudante e da equipa
- Aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado
- Adquirir competências específicas sobre o tema abordado
- Constituir um elemento de avaliação.

1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que vou descrever, passou-se no início do mês de Maio, portanto numa fase mais avançada do EC, e poder-se-á dizer que poderá retratar também um pouco da minha maior autonomia e segurança em relação ao domínio das situações relacionadas com o Bloco de partos e com os cuidados prestados.

Considero ter sido uma boa experiência pela positiva, o que, além de nos levar à reflexão, também nos ajuda a motivar neste tão trabalhoso e desafiante percurso que é o EC IV.

Nesse dia, por volta das 12h deu entrada no bloco de partos uma grávida de 35anos, com o índice obstétrico de 1001, por rotura de membranas e início do trabalho de parto. Tratava-se de uma gravidez de idade gestacional de 35 semanas e 5 dias, que após consulta de manhã no hospital, e após um toque vaginal realizado pela médica obstetra nessa consulta, desencadeou um quadro de dores tipo contracção, saída do rolhão mucoso e perda de líquido amniótico.

Foi efectuado o acolhimento pelas enfermeiras do turno anterior e após ter recebido o turno, esta grávida foi atribuída aos meus cuidados.

Entreí na sala e pareceu-me que a grávida estava triste, pelo fâcies que apresentava. Vi que estava sozinha e depois de me ter apresentado e de ter perguntado como se sentia, perguntei-lhe se queria que chamasse o marido para junto dela, ou outra pessoa da sua preferência.

Ela respondeu-me:” não quero aqui ninguém “ (...) já mandei o meu marido embora”.

Achei estranho aquele comportamento, mas limitei-me a respeitar a sua decisão, apesar de lhe ter dito que ainda ia demorar umas horas até o bebé nascer e que se estivesse ali o marido ou outro acompanhante talvez ela se sentisse mais segura, ao que ela me respondeu ”este é um momento meu”.

O turno estava calmo e eu consegui acompanhar o trabalho de parto desta grávida com calma, tranquilidade, segurança, estabelecendo com ela uma relação de confiança e apoio. Como estou a realizar o meu relatório no âmbito da vinculação percebi que ela tinha já sido informada sobre o tema no centro

Diário de Aprendizagem III

de saúde onde tinha feito a preparação para o parto que não tinha chegado a completar, por se tratar duma gravidez pré- termo. Percebi quais as suas perspectivas em relação ao momento do parto, os seus medos e tentei informá-la e acalmá-la em relação à prematuridade do bebé. Ela queria pegar no seu bebé logo após o nascimento, poder tocar-lhe, mas não sabia como ele seria por ser tão pequeno (...) “ se calhar nem vai ficar ao pé de mim”, dizia ela. Eu falei com ela, dizendo que com aquela idade gestacional, provavelmente o bebé iria ficar junto dela e que iríamos chamar o neonatologista para o avaliar logo que nascesse. Fui buscar as ecografias que a grávida trazia no seu processo e mostrei-lhe a última, realizada às 33 semanas, cuja estimativa de peso era de 2,100g. Expliquei-lhe que muito provavelmente o bebé teria um peso que lhe permitiria ficar junto dela, se todos os outros parâmetros de avaliação do nascimentos estivessem bem.

Perguntei-lhe novamente se tinha a certeza que não queria a presença do marido ou da mãe, e nessa altura percebi que ela ficou ainda mais triste. Contou-me que a sua mãe estava gravemente doente, com um tumor cerebral diagnosticado há três anos. Percebi que o momento do parto era para esta mulher uma mistura de sentimentos ambíguos, de alegria, mas também de medo, tristeza e perda. Limitei-me a ouvi-la segurando-lhe a mão e mostrando-me disponível para o que ela necessitasse naquele momento.

O trabalho de parto decorreu sem intercorrências e apesar de ser um parto pré termo, a minha orientadora disse-me que poderia ser eu a realizar o parto, sob a sua orientação.

Realizei o parto sem intercorrências, tendo nascido um rapaz de parto eutócico com 2,500g, apgar 9/10, tendo sido estabelecido contacto pele-a-pele, não durante o tempo que seria o desejado (60mn), para ser observado pelo neonatologista, o que também já tinha sido explicado à mãe que iria acontecer. Após o estabelecimento da amamentação, a puérpera agradeceu por eu ter estado sempre presente e disposta apoiá-la, Disse-me que nunca se sentiu sozinha durante todo aquele tempo e que eu tinha sido uma grande ajuda para acalmá-la e ter conseguido ter o bebé. Pediu-me nessa altura para telefonar para o marido.

Elogiei o seu desempenho durante o trabalho de parto e parto, felicitei-a pelo seu bebé e fui telefonar para o pai, que disse que iria visitá-los ainda naquela

Diário de Aprendizagem III

noite ao bloco de partos. Não vi o pai, pois o turno já tinha terminado, antes de ele chegar.

No dia seguinte fui visitá-los ao puerpério, onde constatei que o bebé estava bem, adaptado á mama, com bons reflexos e já tinha sido observado novamente pela neonatologia, a mãe já tinha feito o levante e estava autónoma nos cuidados ao recém-nascido. O períneo que tinha sido suturado por mim estava sem alterações. Falei-lhe da realização do diagnóstico precoce e da hipótese de visita domiciliária das enfermeiras do centro de saúde da sua residência (o centro de saúde de Domingos de Rana tem apoio domiciliário no puérperio), apoio esse que também se poderia estender à sua mãe, caso isso viesse a ser necessário. Ela ficou entusiasmada com essa ideia, dizendo que iria contactar o centro de saúde, pois essa seria uma forma de organizar as suas tarefas, uma vez que não iria ter o apoio da mãe. Perguntei-lhe pelo pai do bebé, e ela respondeu-me que ele tinha lá estado toda a tarde e que estava muito feliz por ter corrido tudo bem.

Questionei-a sobre o que gostaria que tivesse sido diferente em relação aos cuidados de enfermagem prestados, ao que ela respondeu que “foi muito bem tratada” e que os enfermeiros são “os que mais se importam com as pessoas.”. Posteriormente tive a oportunidade de conversar com a minha orientadora sobre a experiência vivida e ela concordou que as acções planeadas para aquela família tinham sido adequadas.

SENTIMENTOS

Posso dizer que naquele turno senti que o meu esforço, a minha dedicação e o acompanhamento da minha orientadora começavam a dar os seus frutos. Senti-me bastante segura em relação ao desenrolar dos acontecimentos, e com muito maior autonomia em relação aos cuidados. Posso dizer que ainda senti algum receio em relação no momento da adaptação do recém-nascido à vida extra uterina, principalmente por se tratar dum bebé prematuro, e para isso tive o apoio da minha orientadora. Este é aliás um aspecto a melhorar com a experiência.

Diário de Aprendizagem III

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (2001): é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado.

Benner (2001) afirma que nunca se começa como perito e que o indivíduo passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Esta autora traz contribuições valiosas no que respeita ao conhecimento, principalmente ao diferenciar o conhecimento teórico – "saber o quê", do conhecimento prático – "saber como". A experiência na enfermagem, fornecerá a "proficiência" que para a autora é a autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação.

Consciencializei-me mais uma vez da importância do papel do enfermeiro especialista, no acompanhamento das famílias, do quanto é importante estarmos disponíveis e atentos às necessidades de cada um de uma forma única e personalizada, e de não adotarmos comportamentos detentores do poder e ações pré- definidas e iguais para pessoas diferentes. Cada vez mais temos de saber usar a criatividade e a sensibilidade nas nossas intervenções para que elas não só sejam eficazes, mas que sobretudo marquem a diferença, pela positiva. Senti que durante o acompanhamento efectuado à grávida, talvez tenha insistido demasiado para que o pai estivesse presente.

Para aquela grávida era importante estar sem o marido nesse momento, muito provavelmente pela sua fragilidade, optou por ser assim, e contrariamente ao que grande parte dos estudos dizem, aquela foi a sua decisão.

Os cuidados de enfermagem prestados à mulher durante o trabalho de parto, incluem o cuidado físico e o cuidado emocional. O cuidado físico é sem dúvida uma componente essencial do cuidado à mulher em trabalho de parto, mas o cuidado emocional não é menos importante.

AVALIAÇÃO

Todas as experiências por que passamos, sejam elas positivas ou negativamente, fazem-nos constantemente questionar a nossa prática. É assim que crescemos enquanto pessoas e como profissionais.

Cuidar não é apenas um algo que se faz em relação aos outros. Tal como nos diz Colliere (1989)

“ cuidar é um acto de vida (...) um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária, ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

De acordo com o Modelo de Betty Newman, toda a intervenção de enfermagem tem por objectivo proporcionar o retorno à estabilidade total do sistema e actuar-se-á, se necessário, aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde é uma finalidade específica das acções de enfermagem, pelo que a educação e mobilização de recursos para reduzir os factores de stress e aumentar as resistências do cliente, são prioritários. O enfermeiro, por outro lado, após ter tomado conhecimento da situação também terá a sua percepção, pelo que se torna imperativo o estabelecimento de uma relação de confiança e de abertura, na qual é importantíssima a utilização de técnicas de comunicação e negociação.

Neste caso, a enfermeira percebe que esta grávida está emocionalmente instável, devido à insegurança que sente em relação ao parto e também ao facto de ter um familiar próximo com uma doença grave, e que em vez de apoiar, vai necessitar do seu apoio. Por outro lado existe um pai, que não está presente no momento do parto, por opção da mãe e que poderá estar a sentir-se excluído deste processo, ficando assim impedido de partilhar estes momentos, que também são dele.

“ Na moderna concepção de companheirismo, o homem não está presente apenas para ajudar mas também para partilhar” (KITZINGER 1995, p. 323)

A enfermeira deverá estabelecer com o cliente objectivos a curto, médio e longo prazo, para resolução de problemas. É importante clarificar prioridades

Diário de Aprendizagem III

com o cliente e definir a intervenção tendo por base os três níveis de prevenção. A enfermeira actua na prevenção primária através do reforço da linha flexível, promovendo sempre a estabilidade do sistema e prevenindo a desadaptação. Neste caso, foi importante a promoção de um ambiente acolhedor, facilitando a expressão emocional da grávida, de modo a identificar os stressores que podem estar a afectar o sistema (saber o que ela sente em relação ao parto, o porquê de não desejar acompanhante, o que espera dos nossos cuidados), para além de efectuar a colheita de dados para avaliação de como foi vigiada a gravidez e se houve ou não intercorrências.

Ao nível da prevenção secundária tentar fortalecer as linhas normais de defesa e de resistência promovendo adaptação do sistema, realizando todas as intervenções, inerentes à condução do trabalho de parto de modo que ela se sentisse segura e apoiada e para prevenir complicações (avaliação do bem estar fetal, avaliação das características do colo, avaliação de parâmetros vitais, avaliação de resultados analíticos, registo e avaliação do partograma, controle da dor, proporcionar medidas de conforto e liberdade de movimentos, administrar líquidos e explicar todos os procedimentos).

Na prevenção terciária há uma manutenção da adaptação através do fortalecimento das linhas de resistência, há um processo de readaptação, que requer da parte do enfermeiro reforçar as competências maternas, identificando elementos da famílias que possam estar atentos ao sinais de uma depressão pós parto, identificar a dinâmica familiar e reencaminhar a família para os recursos existentes na comunidade e promover a continuidade de cuidados. a visita ao serviço de obstetrícia teve esse objectivo.

ANÁLISE

É fundamental que o EESMO na sala de partos, durante o acompanhamento à grávida/casal, avalie os pais de forma calma e directa; conheça as suas idades, as experiências como pais e a cultura a que pertencem; avalie a compreensão e os sentimentos que têm face ao RN; quais as suas preocupações; como se encontram em relação à ligação bebé - imaginário e bebé real e quais os preparativos que estão a fazer em casa para a chegada do bebé (KENNER, 2001; JARDIM, 2003).

Diário de Aprendizagem III

Após esta colheita de dados, é importante que o enfermeiro planeie e implemente as suas intervenções, tendo em mente o objectivo de ajudar a família a desenvolver conhecimentos, aptidões e segurança para o seu bem-estar psico-emocional e para o estabelecimento de uma relação de vinculação adequada com o filho.

O EESMO deve ser visto pelos pais como um profissional com competências técnico-profissionais, humanas e relacionais, sendo reconhecidos neste âmbito a empatia, a compreensão, o afecto e a disponibilidade do mesmo.

É importante que o papel do EESMO seja flexível e inovador, paciente e compreensivo, sendo os seus grandes objectivos promover a saúde física e psicológica dos pais, favorecer o desenvolvimento da vinculação precoce, assegurar que os cuidados neonatais sejam realizados ao bebé de forma coordenada e certificar-se que os recursos da família são adequados para uma assistência contínua e adequada. O apoio psicológico é fundamental e talvez o mais importante no acompanhamento da grávida/casal, principalmente quando se trata de um primeiro filho, ou de um bebé prematuro (FIGUEIREDO, 2001; KENNER, 2001).

É útil que o EESMO estimule os pais a procurarem ajuda, se considerarem necessário, dentro das suas bases de apoio, para além de incentivar a interacção e a vinculação com o bebé e reforçar a consideração que devem ter relativamente a outros irmãos e aos seus sentimentos.

É fundamental, após alta da sala de partos, promover a continuidade dos cuidados; os enfermeiros dos serviços de Obstetrícia e posteriormente, dos cuidados de saúde primários, preferencialmente o EESMO que vigiou a gravidez, reiniciam as suas actividades no ponto onde a equipe do Bloco de Partos deixou, sendo por isso fundamental uma articulação entre ambos coesa, que aborde a dinâmica familiar, as necessidades de saúde avaliadas em cada elemento e as possíveis formas de promover a saúde, a vinculação e o bem-estar da família.

É importante a realização de actividades que promovam a saúde da puérpera, tais como uma avaliação física da recente mãe, o despiste e prevenção de depressão pós-parto, a avaliação da dinâmica familiar dando especial importância à vinculação da díade/tríade e a preparação dos pais para receber o bebé em casa. Um acompanhamento cuidado reduz a ocorrência de

Diário de Aprendizagem III

depressão pós-parto e aumenta a auto-estima das puérperas/casais (MEYER et al, 1994; NAGATA et al, 2004).

As visitas domiciliárias após a alta hospitalar levam à redução da duração do internamento; ao aumento da amamentação, à redução da necessidade de recorrer aos cuidados de saúde (particularmente instituições de emergência e consultórios de pediatria) e a um aumento da confiança das mães e da sua satisfação com os serviços prestados.

Como futura EESMO, pretendo desenvolver competências durante este Ensino Clínico, de modo a que em experiências futuras, e na unidade onde desempenho funções, poder contribuir para a melhoria dos cuidados à mulher/família, e em particular na visitação domiciliária no puerpério.

CONCLUSÃO

O enfermeiro tem um papel importante na promoção do primeiro contacto entre o pai e o bebé, assim como no desenvolvimento de uma relação precoce de qualidade. E, as suas intervenções devem desenvolver-se durante a gravidez, o trabalho de parto, nascimento e no puerpério, com o objectivo de favorecer o envolvimento emocional da tríade. O enfermeiro deve ser um agente dinamizador da aprendizagem, satisfazendo as necessidades e motivações dos pais, para que possam viver a experiência do nascimento do filho na sua plenitude.

Neste sentido torna-se de extrema importância que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetria conheça o casal grávido, nas suas expectativas e medos, de modo a poder planear cuidados que auxiliem os pais a atingir uma identidade parental (LOPES E FERNANDES, 2005). Muitas vezes na sala de partos, essa relação, esse conhecimento, não se consegue facilmente devido ao tempo que existe para disponibilizar a cada família, e sobretudo quando a afluência é grande e os recursos humanos são escassos. Torna-se importante uma boa gestão dos recursos e adequar metodologias de trabalho correctas, com prioridades definidas que se centrem no interesse das famílias e na preocupação de melhorar e alterar comportamentos e hábitos de trabalho instalados que por vezes levam os cuidados de enfermagem á rotina.

PLANEAR A ACCÇÃO

Neste caso específico, o pai, apesar de manifestar interesse em estar presente no momento do parto, (segundo a parturiente), isso não aconteceu por opção da mesma. O facto de não poder estar presente, assim como não poder interagir durante esses momentos, constitui-se um stressor instrassitémico negativo, ou seja, uma força que invade o sistema familiar e que provoca uma reacção no mesmo, podendo afectar negativamente a promoção da vinculação, do sistema familiar. São vários os estudos que mostram que a inclusão do pai no processo de nascimento pode melhorar o vínculo e potenciar as competências maternas. (BRAZELTON E CRAMER 2007).

Ao intervir junto deste subsistema mãe, as minhas acções de enfermagem centraram-se, a um nível de prevenção secundária (com manutenção de intervenções de nível primário), uma vez que esta mãe já tinha sido afectada por stressores como o nascimento, a doença da mãe e necessidade de prestar cuidados a ambos. Como tal, considero que direcionei a minha intervenção de enfermagem para a protecção do core do sistema, através do reforço das suas linhas de defesa, com a realização de educação para a saúde e instrução de competências maternas, através do fornecimento de informação e de como promover a vinculação de uma forma eficaz.

Ao reflectir sobre a minha intervenção, penso que também actuei a nível da prevenção terciária, encaminhando a utente para os recursos da comunidade, de modo a restaurar o equilíbrio dado sistema família. No entanto numa próxima situação deveria ter explorado melhor a condição do subsistema pai, de modo a avaliar de uma forma mais correcta a dinâmica familiar e identificar a entrada de possíveis stressores negativos. Talvez fazendo uma nova visita ao puérpero, num momento em que o pai se encontrasse lá, ou até poderia ter questionado as colegas do serviço de obstetrícia em relação á postura do pai, perante o nascimento daquele filho. O contacto telefónico posteriormente para a família, também poderia ter sido uma mais-valia. Ou eventualmente um contacto com o centro de saúde para referenciar a situação.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G (2007). – **A relação mais precoce, os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar. ISBN 978-972-710-083-5

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) - **Guia Orientador Do Estágio Com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa Portugal

FIGUEIREDO, Bárbara (2001) – **Mães e bebés**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. 179 p. ISBN 972-31-0920-4.

JARDIM, Ana Maria Costa Jardim de Azevedo: (2003) – **Vivências maternas com crianças prematuras durante o primeiro ano de vida**. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada na Universidade Aberta, orientada por Natália Ramos.

KENNER, Carole (2001) – **Enfermagem neonatal**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, ISBN 85-87148-43-5.

KITZINGER, Sheila – (1995) **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN: 972-8245-25-4.

LOPES, S. FERNANDES, P. G. (2007) – O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. (Novembro, 2005), p. 36-42.

Diário de Aprendizagem III

MEYER, EC [et al.] (1994) Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infant. **Pediatrics**. **Reino Unido: American Academy of Pediatrics**. ISSN 0031-4005. Vol. 93, nº2 (Fevereiro 1994), p.241-246

NAGATA, Masako [et al.] (2004) – **Depression in the early postpartum period and attachment to children: in mothers of NICU infants**. In: **Infant and child development**. S.l: John Wiley & Sons, Inc. ISSN 1522-7227. Vol. 13, nº 2 (Junho 2004), p. 93-110.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2003) – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

APÊNDICE VI
POSTER- VINCULAÇÃO



VINCULAÇÃO

A vinculação pode iniciar-se a partir do momento em que ocorre a concepção e o bebé é desejado

COMO SE ESTABELECE A VINCULAÇÃO?

NA BARRIGA DA MÃE

- Os pais devem falar com o bebé, porque ele ouve e reage às palavras, a partir das 20 semanas de gravidez
- A música suave acalma o bebé
- O bebé sente as emoções da mãe, porque ouve os batimentos do coração dela
- Os pais devem acariciar a barriga, porque o bebé reage a esse toque

NOS PRIMEIROS MINUTOS DE VIDA

- O pai deve estar presente (se possível) no momento do parto, para que a vinculação se estabeleça desde o início, entre os 3.
- Logo após o nascimento, o bebé deve ser colocado em contacto pele-a-pele com a mãe, durante o maior período de tempo possível.
- Deve ser amamentado na primeira hora de vida.
- O contacto pele-a-pele transmite ao bebé tranquilidade, segurança e amor no princípio de vida.
- No primeiro mês também é importante o bebé estabelecer o contacto com o corpo da mãe e do pai.

VANTAGENS DA VINCULAÇÃO

BEBÉS MAIS SEGUROS E FELIZES

BEBÉS MAIS SAUVAEIS EMOCIONAL E FÍSICAMENTE

BEBÉS MAIS DESENVOLVIDOS INTELLECTUALMENTE

APÊNDICE VII
FOLHETO-VINCULAÇÃO



**"Se sou teu bebé,
por favor toca-me
Preciso do teu toque
Não me laves e vistas
e me alimentes apenas
Mas embala-me, beija a minha
cara e acaricia o meu corpo.
O suave toque da tua mão
transmite-me segurança e amor"**

Phyllis K. Davis

O contacto pele-a-pele transmite ao bebé tranquilidade, segurança e amor no princípio de vida.

No primeiro mês também é importante o bebé estabelecer o contacto com o corpo da mãe e do pai.



Elaborado por: Ana Rito Coelho
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstetrícia,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientado por: Enf.º ESMO Lidia Tinoco



VINCULAÇÃO

O QUE É A VINCULAÇÃO?

Ligação que une o bebé às pessoas que o rodeiam (mãe, pai, irmãos) e que satisfazem as suas necessidades físicas, e principalmente as emocionais (necessidade de amor e afecto). Um bebé que se sente protegido terá muito mais hipóteses de se tornar um adulto seguro de si, capaz de amar e de se sentir amado



A vinculação pode iniciar-se a partir do momento em que ocorre a concepção e o bebé é desejado

VANTAGENS DA VINCULAÇÃO



BEBÉS MAIS SEGUROS E FELIZES



BEBÉS MAIS SAUDÁVEIS



BEBÉS MAIS DESENVOLVIDOS INTELECTUALMENTE

COMO SE ESTABELECE A VINCULAÇÃO?



NA BARRIGA DA MÃE

Os pais devem de falar com o bebé, porque ele ouve e reage às palavras a partir das 20 semanas de gravidez

A música suave acalma o bebé

O bebé sente as emoções da mãe, porque ouve os batimentos do seu coração

Os pais devem acariciar a barriga, porque o bebé reage a esse toque

ATTITUDES QUE FAVORECEM A VINCULAÇÃO

Estimular a presença do pai no momento do parto, para que os laços afectivos se fortaleçam desde o início, entre os três.

Logo após o nascimento, colocar o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe/ pai, durante o maior período de tempo possível.


Ser amamentado na primeira hora de vida.

Envolver o pai nos cuidados ao bebé.



APÊNDICE VIII

NORMA – TRIAGEM-AMEAÇA PARTO PRÉ-TERMO

	Norma de Procedimento nº TRIAGEM DE GRÁVIDAS Ameaça de parto pré-termo	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
Aprovado a: Director (a) do Serviço: Director(a) de Enfermagem:	Elaborado por: Ana Rito Coelho Data:15/05/2011 A rever em:	
1-Conceitos: Ameaça de parto pré-termo (APPT) Existência, de contracções uterinas frequentes, regulares, dolorosas com o segmento inferior distendido, com ou sem apagamento do colo e sem dilatação, antes das 37 semanas de gestação. (GRAÇA, 2005). Trabalho de parto pré-termo (TPP) Existência, de contracções uterinas frequentes, regulares, dolorosas, mas com dilatação e extinção do colo, antes das 37 semanas de gestação. (CAMOS <i>et al</i> , 2008).		
2-Objectivos Unificar procedimentos de enfermagem especializados à grávida que recorre à urgência obstétrica e ginecológica, com APPT. Facilitar a integração de novos elementos.		
3- Informações gerais: 1.Etiologia Em 20 a 30% dos casos, não é possível identificar uma causa concreta, para o início precoce da contractilidade uterina e dilatação do colo. As causas conhecidas são: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotura prematura das membranas, ✓ Corioamnionite, ✓ Infecções extra uterinas, ✓ Anomalias da placenta, ✓ Anomalias uterinas, ✓ Patologias do feto, ✓ Hiperdistensão uterina, ✓ Outras causas (trabalho excessivo, muitas horas de pé, etc.). 		

2.Epidemiologia

Factores Maternos (hábitos tabágicos, profissões de maior desgaste físico, idade materna nos extremos da idade reprodutiva),

Factores Obstétricos (antecedentes de um ou mais partos pré termo, gravidezes obtidas através de técnicas de reprodução assistida, gestações múltiplas).

Factores socioeconómicos e étnicos (por ex.: baixo nível socioeconómico, maior incidência na raça negra).

3.Diagnóstico

É feito pela clínica, pela ultrassonografia, pela cardiotocografia e a idade gestacional deverá estar entre as 24 e 37 semanas. Deverá ser realizado um registo cardiotocográfico durante pelo menos 40 minutos. É importante verificar a ausência de rotura prematura de membranas ou de parto pré-termo através do exame bi-manual.

4.Sinaia e sintomas

- ✓ Algias pélvicas e/ou lombares,
- ✓ Desconforto abdominal, contractilidade uterina,
- ✓ Pressão pélvica,
- ✓ Expulsão do rolhão mucoso,
- ✓ Perda de líquido amniótico,

5.Quem executa:

Enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica.

6.Horário:

Nas 24 horas.

7-Responsabilidades:

Enfermeiras especialistas e generalistas

Actuação de acordo com a norma aprovada.

Médicos obstetras

Actuação de acordo com a norma aprovada.

Enfermeira chefe e coordenadora

Monitorização e avaliação de procedimentos.

Revisão e actualização de procedimentos.

8-Procedimentos

Acções de Enfermagem	Justificação
<ul style="list-style-type: none">▶ Acolhimento/Informação/Aconselhamento à grávida/família, de acordo com a Norma de Procedimentos “Acolhimento da grávida/família”.▶ Informar a equipe médica (obstetras e neonatologista).▶ Informar a equipa de enfermagem responsável do bloco de partos para providenciar quarto e incubadora disponível.▶ Realização de colheita de dados:<ul style="list-style-type: none">✓ Gravidez actual/serologias,✓ Intercorrências na gravidez,✓ Identificação da história familiar,✓ Antecedentes pessoais (médicos e cirúrgicos),✓ História ginecológica e obstétrica,✓ Identificação e registo das queixas da utente.▶ Avaliação e registo dos parâmetros vitais.▶ Avaliação física geral.▶ Colher sangue para análises (hemograma, estudo da coagulação, PCR), e/ou outras, de acordo com a situação clínica.▶ Colocação de acesso venoso.▶ Monitorização cardiotocográfica contínua, se possível.	<ul style="list-style-type: none">▶ Socialização da utente/família no serviço de urgência obstétrica e bloco de partos.▶ Gestão de recursos de forma a permitir uma actuação atempada e eficaz.▶ Estabelecer planeamento de cuidados adequado.▶ Permitir a continuidade dos cuidados.▶ Avaliação hemodinâmica▶ Identificar outros factores de risco▶ Hidratação e veículo terapêutico (terapêutica tocolítica e antibioterapia), para redução da contractilidade.▶ Avaliação do bem-estar materno-fetal e da dinâmica uterina. Prevenir complicações.

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Posicionamento da grávida em decúbito lateral esquerdo. ▶ Avaliação dos conhecimentos da grávida acerca da evolução da gravidez e os sinais de APPT/PPT. ▶ Informação acerca dos procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Internamento no bloco de partos, ✓ Exames complementares de diagnóstico, ✓ Informação acerca da equipa multidisciplinar, ✓ Procedimentos a efectuar. ▶ Em caso de alta clínica, alertar a grávida acerca dos sinais/sintomas de parto pré termo e quando recorrer à urgência obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrações uterinas dolorosas, ✓ Hemorragia vaginal, ✓ Perda de líquido amniótico, ✓ Diminuição dos movimentos fetais (menos de 10 movimentos, em 12 horas), ✓ Algias pélvicas persistentes, ✓ Dores lombares persistentes. ▶ Realizar educação para a saúde: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter a vigilância da gravidez, ✓ Necessidade de manter o absentismo laboral, ✓ Evitar viagens, ✓ Evitar transporte de pesos (crianças ao colo, compras, etc.), ✓ Abstinência das relações sexuais /evitar massajar o abdómen, ✓ Manter apenas as actividades de vida diária fundamentais, ✓ Aconselhar o repouso no leito, durante longos períodos ao longo do dia, ✓ Aumentar a ingestão de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Melhora a perfusão da placenta e aliviar a pressão sobre o colo. ▶ Capacitar a grávida de modo a ser interveniente activa no seu processo de saúde. ▶ Manter a grávida/família informada, de modo a proporcionar-lhe autonomia, envolvimento nos cuidados e minimizar a ansiedade inerente à situação. ▶ Prevenir complicações. ▶ Manter a grávida/família informada, de modo a proporcionar-lhe autonomia e envolvimento nos cuidados ▶ Estimula a contracção uterina
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verificar a entrega de documentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Marcação de consulta/ próximos exames, ✓ Boletim de saúde da grávida, ✓ Prescrições/exames realizados antes do internamento. ▶ Efectuar registos no sistema informático sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Queixas da grávida, ✓ Alterações observada, ✓ Procedimentos efectuados, ✓ Hora, ✓ Encaminhamento realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Permitir a continuidade de cuidados ▶ Permitir a continuidade de cuidados
<p>V – Referências Bibliográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> 📖 CAMPOS, D.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. – Protocolos de Medicina Materno-Fetal (2008). 2ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-467-4 📖 INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8 📖 GRAÇA, Luís Mendes – Medicina Materno-Fetal (2005). 3ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-325-8 📖 LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – Enfermagem na Maternidade (2008). 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. 2008. ISBN 978-989-8075-16-1 📖 Protocolos existentes no serviço de Medicina Materno Fetal 	

ANEXO I

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ANEXO I

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE

MATERNA E OBSTETRÍCIA

(5º CPLESMO)

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO H. S. Francisco Xavier

DATAS: INÍCIO 19-1-2011 FIM 1 de julho de 2011

ESTUDANTE Ana Mª Rodrigues Rita Coelho

ENFERMEIRO ORIENTADOR Lidia Mª Cabuna Tranco

DOCENTE ORIENTADOR Mª Tereze Santos Félix

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data <u>19-1-2011</u>	Data <u>16-11-2011</u>	Data	Data <u>30-6-2011</u>
Estudante	<u>Ava Rto</u>	<u>Ava Rto</u>		<u>Ava Rto</u>
Enfermeiro Orientador	<u>Tranco</u>	<u>Tranco</u>		<u>Tranco</u>
Docente Orientador	<u>Tereze Félix</u>	<u>Tereze Félix</u>		<u>Tereze Félix</u>

CLASSIFICAÇÃO FINAL Muito Bom 16,7 valores

Estudante: Ana Pa Rodrigues Rita Coelho

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X		
Elabora projecto pertinente e adequado				X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 			X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X	
Analisa e discute as situações vividas				X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 			X	X	X

O DOCENTE: Teresa S Felicia

Data: 11 / 4 / 2011

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Ina M^a Rodrigues Rita Coelho

DATA: 11/4/2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X					X		
Elabora projecto pertinente e adequado				X				X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X					X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X					X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 			X					X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e			X					X		

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE
Senti-me bastante apoiado na fase de in-
teracção por todo o grupo, que me tem
proporcionado várias oportunidades de
aprendizagem. Ensino Clínico muito exigente
e desafiante por ser uma área nova
para mim e por estar afastada do ritmo
da urgência hospitalar há algum tempo.
Relembro das competências técnicas, cien-
tíficas e relacionais ao longo do E.C.
Preciso desenvolver ainda aspectos relacio-
nados com a autonomia e capacidade de
negociação com a equipa multidiscipli-
nar.

ENFERMEIRO ORIENTADOR
Fizemos os encontros teóricos com facilidade na
sua parte diária.
- Efectua análise crítica conjunta.
- Triagem diminuída.
- Dificuldade na adaptação da RN à vida extra
uturna.
- Condição variável do grupo em dificuldades.
- Realização da espiral de aprendizagem (identifique os conteúdos,
mas não se esqueça de efectuar os pontos).
- Decidir e actuar concomitantemente, o grupo
reflecte na eficácia de algumas actividades
(ex: educação para a saúde, educação do T.P)

Estudante: Ana Maria Rodrigues Reis Coelho

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X →		
Elabora projecto pertinente e adequado			X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X X X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 			X X X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X	
Analisa e discute as situações vividas				X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 			X X X X X X		

O DOCENTE: Teresa Félix

Data: 16 / 5 / 2022

AValiação DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Ana Pa Rodrigues Ribeiro Coelho

DATA: 16/5/2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X					X		
Elabora projecto pertinente e adequado				X				X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X				X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X				X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 				X				X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X				X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e				X					X	

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE Melhorou progressiva a nível das competências relacionadas com a autonomia, segurança e negociação com a equipa multidisciplinar e também em relação à realização do papel de epizootia.

Razavelmente, ao aumento do autoconhecimento, melhorou todos os processos de educação em Saúde, a mulher/fofoqueira. Necessário ainda de desenvolver aspectos relacionados com a fadiga dos ombros e na adaptação do RN à vida extra-uterina e na interação com as mães durante o período expulsivo.

ENFERMEIRO ORIENTADOR

- Mais autónoma nas intervenções.
- Apesar ainda de dificuldades em identificar o "limiar" de colocação do RN em função do exulso e na condução subcl/arterial da RN durante o parto.
- Alguma dificuldade ainda na adaptação do RN à vida extra-uterina.
- Mais eficiente na negociação com a equipa multidisciplinar.
- Melhorar nos termos de comunicação com RN/família.
- Mais habilidade na identificação de exulso e em caso de juvenis.

tomada de decisão face às necessidades de cuidados			*				*
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X				X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X				X
Analisa e discute as situações vividas			X				X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados							
• Assiduidade e pontualidade			X				X
• Assertividade			X				X
• Assunção do seu processo formativo			X				X
• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde			X			X	X
• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional			X				X
• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica			X				X
• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão			X				X
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico							

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

A Ana sente maior segurança, mostrou na autonomia e iniciativa. Sente-se mais enfiante quanto aos momentos de agir, no entanto necessita ter a percepção exacta quando não é tão evidente e promover a participação e estímulo da utente.

Tem processo fundamental na tomada de decisão na evidência científica e mobiliza os resultados de pesquisa na prática de cuidados especializados.

Investiu no acompanhamento de diade, no período precoce.

Necessita continuar o desenvolvimento de competências o nível de acção/intervenção de enfermagem especializada, na adaptação do RN à vida extra-utero.

Evoluiu significativamente nos procedimentos instrucionais, nomeadamente na realização correcta de mesmas.

Revela autonomia na tomada de decisão, em situações novas e complexas, durante a fase activa do TP.

Estabeleceu uma relação de confiança com a mulher/família, explorando as expectativas quanto ao parto, privilegiando a educação para a saúde.

Terese Félix

Estudante: Ane Pa Rodrigues R. To Coelho

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X	X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados				X	
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas					X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.					X
Análisa e discute as situações vividas					X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 			X		

O DOCENTE: Terese Félix

Data: 30/06/2011

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Ana M. Rodrigues Rita Coelho

DATA: 30/6/2010

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X					X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X					X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X					X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 				X	X				X	X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X	X				X	X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e										

Aua Maria Rita Coelho

Bloco Prático
HS Práxiz

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE Ensino clínico muito enriquecedor em experiências novas e desafiantes. Geralmente as competências não só a nível da prestação de cuidados especializados, mas também de gestão dos recursos e dos cuidados. A orientadora demonstrou sempre preocupação e empenho em explorar todas as experiências vividas de modo a ter várias etapas de aprendizagem. As competências de autonomia dos cuidados ao longo do EC não só a nível do planeamento, mas da concretização das actividades propostas inicialmente no projecto. Acredito que atingi os objectivos e competências preconizadas para este ensino clínico.

ENFERMEIRO ORIENTADOR
Enfermeira preocupada em fazer crescer de enfermagem que na parte técnica, fazer educar e na educação que também, com qualidade.
Exatidão muito positiva e de acordo com os conhecimentos técnicos fundamentando a prática.
Capacidade de autoavaliação e análise das situações vividas muito excelente.

ANEXO II

LEI 9/2009 DE 4 DE MARÇO

5 — Parteira

5.1 — Programa de estudos para as parteiras
(vias de formação i e ii)

O programa de estudos para obtenção do título de parteira inclui as duas vertentes seguintes:

A—Ensino teórico e técnico

Disciplinas de base:

- Noções fundamentais de anatomia e de fisiologia;
- Noções fundamentais de patologia;
- Noções fundamentais de bacteriologia, virologia e parasitologia;
- Noções fundamentais de biofísica, bioquímica e radiologia;
- Pediatria, nomeadamente no que respeita ao recém-nascido;
- Higiene, educação sanitária, prevenção das doenças, rastreio precoce;
- Nutrição e dietética, nomeadamente no que respeita à alimentação da mulher, do recém-nascido e do lactente;
- Noções fundamentais de sociologia e problemas da medicina social;
- Noções fundamentais de farmacologia;
- Psicologia;
- Pedagogia;
- Legislação sanitária e social e organização sanitária;
- Deontologia e legislação profissional;
- Educação sexual e planeamento familiar;
- Protecção jurídica da mãe e da criança.

Disciplinas específicas das actividades de parteira:

- Anatomia e fisiologia;
- Embriologia e desenvolvimento do feto;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Patologia ginecológica e obstétrica;
- Preparação para o parto e para a maternidade e paternidade, incluindo os aspectos psicológicos;
- Preparação do parto (incluindo o conhecimento e a utilização do material obstétrico);
- Analgesia, anestesia e reanimação;
- Fisiologia e patologia do recém-nascido;
- Cuidados e vigilância do recém-nascido;
- Factores psicológicos e sociais;

B—Ensino prático e ensino clínico

Este ensino é ministrado sob orientação apropriada:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação activa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgos simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetria;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

O ensino teórico e técnico deve ser ponderado e coordenado com o ensino clínico (parte B do programa), de tal modo que os conhecimentos e experiências previstos neste anexo possam ser adquiridos de forma adequada.

O ensino clínico deve ser efectuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes — Durante essa formação, os formandos participarão nas actividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as actividades de parteira implicam.

5.2 — Títulos de formação de parteira

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Alemanha	Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger	Staatlicher Prüfungsausschuss	- Hebamme - Entbindungspfleger	23 de Janeiro de 1983.
Áustria	Hebammen-Diplom	- Hebammenakademie - Bundeshebammenlehranstalt	Hebamme	1 de Janeiro de 1994.
Bélgica	Diploma van vroedvrouw/Diplôme d'accoucheuse	- De erkende opleidingsinstututen/Les établissements d'enseignement - De bevoegde Examen-commissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française	Vroedvrouw/ Accoucheuse	23 de Janeiro de 1983.
Bulgária	Диплома за висше образование на образователно-квалификационна степен «Бакалър» с професионална квалификация «Акушерка»	Университет	Акушерка	1 de Janeiro de 2007.

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Chipre	Διπλώμα στο μεταβασικό πρόγραμμα Μαιευτικής	Νοσηλευτική Σχολή	Εγγεγραμμένη Μαία	1 de Maio de 2004.
Dinamarca	Bevis for bestået jordemoderk-samen	Danmarks jordemoderakole	Jordemoder	23 de Janeiro de 1983.
Eslováquia	1 — Vysokáškolský diplom o udelení akademického titulu «bakalár z pôrodnej asistencie» («Bc.»). 2 — Absolventský diplom v šitujnom odbore diplomovaná pôrodná asistentka.	1 — Vysoká škola 2 — Stredná zdravotnícka škola	Pôrodná asistentka	
Eslovénia	Diploma, s katero se podaja strokovni naslov »diplomirana babica« /diplomirani babičars.	1 — Univerza 2 — Visoka strokovna šola	Diplomirana babica/diplomirani babičar.	
Espanha	- Título de Matrona - Título de Asistente obstétrico (matrona). - Título de Enfermería obstétrica-ginecológica.	Ministerio de Educación y Cultura	- Matrona - Asistente obstétrico	1 de Janeiro de 1986.
Estónia	Diplom ämmaemandaerialal	1 — Tallinna Meditsiinikool 2 — Tartu Meditsiinikool	Ämmaemand	1 de Maio de 2004.
Finlândia	1 — Kättilön tutkinto/barmnorskeksamen. 2 — Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, kättilö (AMK)/yrkeshögskoleexamen inom hälsovård och det sociala området, barmnorska (YH).	1 — Terveystieteiden oppi-laitokset/hälsövrds läroanstalter 2 — Ammatikorkeakoulu/Yrkeshögskolor	Kättilö/Barmnorska	
França	Diplôme de sage-femme	L'Etat	Sage-femme	23 de Janeiro de 1983.
Grécia	1 — Πτυχίο Τμήματος Μαιευτικής Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.). 2 — Πτυχίο του Τμήματος Μαιών της Ανωτέρας Σχολής Σπουδών Υγείας και Κοινωνίας — Πρόνοιας (Κ.Α.Τ.Ε.Ε.). 3 — Πτυχίο Μαιών Ανωτέρας Σχολής Μαιών.	1 — Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.). 2 — Κ.Α.Τ.Ε.Ε Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. 3 — Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας	- Μαία - Μαιευτής	23 de Janeiro de 1983.
Hungria	Szülészeti bizonyítvány	Iskola/főiskola	Szülésző	1 de Maio de 2004.
Irlanda	Certificate in Midwifery	An Board Altarnais	Midwife	23 de Janeiro de 1983.
Itália	Diploma d'ostetrica	Scuole riconosciute dallo Stato	Ostetrica	23 de Janeiro de 1983.
Letónia	Diploma par vecmītes kvalifikācijas iegāšanu	Māsu skolas	Vecmīte	1 de Maio de 2004.
Lituânia	1 — Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymėjimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją. — Pažymėjimas, liudijantis profesinę praktinį akušerį. 2 — Aukštojo mokslo diplomas (universitetinės studijos), nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymėjimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją. — Pažymėjimas, liudijantis profesinę praktinį akušerį. 3 — Aukštojo mokslo diplomas (universitetinės studijos), nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją.	1 — Universitetas 2 — Kolegija 3 — Kolegija	Akušėris	1 de Maio de 2004.

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Luxemburgo	Diplôme de sage-femme	Ministère de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et des sports	Sage-femme	23 de Janeiro de 1983.
Malta	Lawrja jew diploma fl- Istudji tal-Qwebel	Universita' ta' Malta	Qabla	1 de Maio de 2004.
Países Baixos	Diploma van verloskundige	Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkende opleidingsinstellingen	Verloskundige	23 de Janeiro de 1983.
Polónia	- Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku położnictwo z tytułem magister położnictwa. - Dyplom ukończenia studiów wyższych zawodowych na kierunku/ specjalności położnictwo z tytułem «licencjat położnictwa».	Institucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze (Instituição de ensino superior reconhecida pelas autoridades competentes).	- Polozna - Polegnarka	1 de Maio de 2004.
Portugal	1 — Diploma de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 2 — Diploma/carta de curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 3 — Diploma (do curso de pós-licenciatura) de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	1 — Escolas de Enfermagem. 2 — Escolas Superiores de Enfermagem. 3 — Escolas Superiores de Enfermagem. - Escolas Superiores de Saúde	Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	1 de Janeiro de 1986.
Reino Unido	Statement of registration as a Midwife on part 10 of the register kept by the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting	Various	Midwife	
República Checa	1 — Diplom o ukončení studia ve studijním programu ošetřovatelské studijním oboru porodní asistentka (bakalář, Bc.). - Vysvědčení o státní závěrečné zkoušce. 2 — Diplom o ukončení studia ve studijním oboru diplomovaná porodní asistentka (diplomovaný specialista, DS). - Vysvědčení o absolutoriu.	1 — Vysoká škola zřízená n d o uznán státem. 2 — Vyšší odborná škola zřízená n d o uznán státem.	Porodní asistentka/porodní asistent.	1 de Maio de 2004.
Roménia	Diplomă de licență de moașă	Universități	Moașă	
Suécia	Barnmorskeexamen	Universitet eller högskola	Barnmorska	
Islândia	1 — Embættispróf í ljósmóðurfraði 2 — Próf í ljósmæðrafraðum	1 — Háskóli Íslands 2 — Ljósmeðraskóli Íslands	Ljósmóðir	1 de Janeiro de 1994.
Listenstaina	Os diplomas, certificados e outros títulos obtidos noutro Estado ao qual se aplica a presente directiva e enumerados no presente anexo.	Autoridades competentes	Hebamme	1 de Maio de 1995.
Noruega	Vitnemål for bestilt jordmorutdanning	Høgskole	Jordmor	1 de Janeiro de 1994.

6 — Farmacéutico

6.1 — Programa de estudos para os farmacéuticos

- Biologia vegetal e animal.
- Física.
- Química geral e inorgânica.
- Química orgânica.

- Química analítica.
- Química farmacêutica, incluindo análise dos medicamentos.
- Bioquímica geral e aplicada (médica).
- Anatomia e fisiologia; terminologia médica.
- Microbiologia.
- Farmacologia e farmacoterapia.

ANEXO III

**REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS
DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

Ficam notificados todos os interessados, de que o processo supra identificado, foi encerrado.

A decisão de encerramento do processo foi determinada por: Insuficiência de bens para satisfação das custas do processo e das restantes dívidas da massa insolvente (art.º 230 al. d) e artigo 232.º n.º 1, 2 e 7 do CIRE).

Efeitos do encerramento: Os previstos no disposto no art.º 233.º do CIRE.

09/02/2011. — O Juiz de Direito, *Dr.ª Cristina Rebelo*. — O Oficial de Justiça, *Lurdes Lemos*.

304332911

CONSELHO SUPERIOR DOS TRIBUNAIS ADMINISTRATIVOS E FISCAIS

Deliberação (extracto) n.º 485/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. António Manuel de Macedo de Almeida, juiz conselheiro da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer, em comissão de serviço, as funções de consultor da Casa Civil do Presidente da República e de secretário do Conselho de Estado — desligado do serviço para efeitos de aposentação/jubilamento.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339854

Deliberação (extracto) n.º 486/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Abel Ferreira Atanásio, juiz conselheiro, da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer o mandato de presidente do Tribunal Administrativo de Circuito de Lisboa e do Tribunal Tributário de Lisboa e, em acumulação, do Tribunal Administrativo e Fiscal de Almada — nomeado para, em regime de

acumulação, exercer as funções de presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339943

Deliberação (extracto) n.º 487/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011, foi reformulada a delegação de poderes operada por deliberação de 25 de Janeiro de 2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 25, de 4 de Fevereiro de 2011 [Deliberação (extracto) n.º 349/2011], e foram delegados na Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Loulé, Juíza Conselheira Fernanda Martins Xavier e Nunes, e no Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra, Juiz Conselheiro Abel Ferreira Atanásio, os poderes para a organização e aprovação conjunta dos mapas de férias dos juizes em exercício de funções nos Tribunais Administrativos e Fiscais de Loulé, Beja e Sintra, mantendo-se quanto ao mais a delegação de poderes operada pela referida deliberação de 25 de Janeiro de 2011.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204340039

Deliberação (extracto) n.º 488/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Benjamim Magalhães Barbosa, juiz de direito, em comissão permanentemente de serviço como juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, e actualmente em comissão de serviço como Coordenador do Departamento de Formação do Centro de Estudos Judiciários — provido, a título definitivo, no lugar de juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, mantendo a comissão de serviço no Centro de Estudos Judiciários.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339992



PARTE E

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 122/2011

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim:

Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea *d)* do artigo 30.º, da alínea *o)* do artigo 20.º e da alínea *i)* do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

3 — As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.

4 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabeleçam as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competências acrescidas”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.

d) “Domínio de competência”, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

e) “Norma ou descritivo de competência”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

f) “Unidade de competência”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

g) “Critérios de avaliação”, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Descritivo

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.	A1.1.1 — As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2 — O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão. A1.1.3 — A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica. A1.1.4 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.5 — As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.
A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	A1.2.1 — As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. A1.2.2 — As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	A1.2.3 — Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.2.4 — Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.
A1.3 — Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.	A1.3.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.3.2 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.3 — Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão. A1.3.4 — Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.
A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.4.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.4.2 — Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

Competência

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade. A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.4 — Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.5 — Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.6 — Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido. A2.1.7 — Reconhece e aceita os direitos dos outros. A2.1.8 — Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.
A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco. A2.2.2 — Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. A2.2.3 — Tem uma conduta preventiva, antecipatória. A2.2.4 — Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5 — Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6 — Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria da Qualidade

Competência

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.	B1.1.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2 — Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3 — Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4 — Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	B1.2.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Competência

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Descritivo

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	B2.1.1 — Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4 — Realiza auditorias clínicas. B2.1.5 — Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Elabora guias orientadores de boa prática.
B2.3 — Lidera programas de melhoria.	B2.3.1 — Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo. B3.1.3 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4 — Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5 — Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6 — Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7 — Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8 — Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência.

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Descritivo

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3 — Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Descritivo

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional escrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

Descritivo

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto socio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Approvado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

Regulamento n.º 123/2011**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem****Preâmbulo**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde

assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (Kelly et al, 2007).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE®1.0.

ANEXO IV

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

Regulamento n.º 127/2011**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica****Preâmbulo**

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusic; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º**Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2.º**Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º**Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**

1 — As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I**Competência**

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

Competência

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

ANEXO V

**ESSENTIAL COMPETENCIES FOR
BASIC MIDWIFERY PRACTICE**



INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE 2002

INTRODUCTION

The International Confederation of Midwives (ICM) is a federation of midwifery associations representing midwives in 72 nations of the world. The ICM works closely with all UN agencies in support of Safe Motherhood, primary health care strategies for the world's families, and the definition and preparation of the midwife. In keeping with the aims of the ICM, the ICM/WHO/FIGO international *Definition of the Midwife* (1992), the ICM *International Code of Ethics for Midwives* (1993), the ICM *Global Vision for Women and Their Health* (1996) and requests from member associations, the ICM has taken the lead in defining these essential competencies for midwives.

Throughout this document, the term "competencies" is used to refer to both the broad statement heading each section as well as the basic knowledge, skills and behaviours required of the midwife for safe practice in any setting. They answer the question: "What does a midwife do?" *and are evidence-based.* (See Appendix 1)

It is fully understood that these competencies may be considered maximum in some areas of the world, and minimum in other areas. Some knowledge and skills have been separated into a category, "additional". This allows for variation in the preparation and practice of midwives throughout the world, depending on the needs of their local community and/or nation.

Likewise, in recognition that midwives receive their knowledge and skills from several different educational pathways, these competencies are written for generic use by midwives and midwifery associations responsible for the education and practice of midwifery in their country or region. The essential competencies are guidelines for those interested in developing midwifery education, and information for those in government and other policy arenas who need to understand who a midwife is, what a midwife does, and how the midwife learned to be a midwife.

It is expected that the document will undergo continual evaluation as it is used world-wide and as the health care needs of childbearing women and families change.

KEY MIDWIFERY CONCEPTS

The key midwifery concepts that define the unique role of midwives in promoting the health of women and childbearing families include: partnership with women to promote self-care and the health of mothers, infants and families; respect for human dignity and for women as persons with full human rights; advocacy for women so that their voices are heard; cultural sensitivity, including working with women and health care providers to overcome those cultural practices that harm women and babies;

a focus on health promotion and disease prevention which views pregnancy as a normal life event. Midwives recognise that equity of status for women will bring the greatest impact on global maternal-child health by ensuring adequate nutrition, clean water and sanitation; so they are committed to the improvement of basic living conditions as well as providing competent midwifery services.

SCOPE OF MIDWIFERY PRACTICE

The scope of midwifery practice used throughout this document is built upon the ICM/WHO/FIGO international *Definition of the Midwife* (1992). Midwifery practice includes the autonomous care of the girl-child, the adolescent and the adult woman prior to, during and following pregnancy. This means that the midwife gives necessary supervision, care and advice for women during pregnancy, labour and the postpartum period. The midwife conducts deliveries on her own responsibility and cares for the newborn infant. This care includes primary health care supervision within the community (preventive measures); health counselling and education for women, the family and the community including preparation for parenthood; the provision of family planning; the detection of abnormal conditions in the mother and child; the procurement of specialised assistance as necessary (consultation or referral); and the execution of primary and secondary emergency measures in the absence of medical help. Midwifery practice is ideally conducted within a community-based health care system that may include traditional birth attendants, traditional healers, other community-based health workers, doctors, nurses and specialists in referral centres.

THE MIDWIFERY MODEL OF CARE

The Midwifery Model of Care is based on the premise that pregnancy and birth are normal life events. The Midwifery Model of Care includes: monitoring the physical, psychological, spiritual and social well-being of the woman and family throughout the childbearing cycle; providing the woman with individualised education, counselling and antenatal care; continuous attendance during labour, birth and the immediate postpartum period; ongoing support during the postnatal period; minimising technological interventions; and identifying and referring women who require obstetric or other specialist attention. This model of care is woman-centred and therein lies its accountability.

THE FRAMEWORK FOR DECISION-MAKING IN MIDWIFERY CARE

Midwives assume responsibility and accountability for their practice, applying up-to-date knowledge and skills in caring for each woman and family. The safety and overall well-being of the woman is of foremost concern to the midwife. The midwife strives to support a woman's informed choices in the context of a safe experience. The midwife's decision-making process utilises a variety of sources of knowledge and is dynamic, responding to the changing health status of each woman. Midwives involve women and their families in all parts of the decision-making process and in developing a plan of care for a healthy pregnancy and birth experience.

- STEP 1:** Collect information from the woman, from the woman's and the infant's records, and from any laboratory tests in a systematic way for a complete assessment.
- STEP 2:** Identify actual or potential problems based on the correct interpretation of the information gathered in Step 1.
- STEP 3:** Develop a comprehensive plan of care with the woman and her family based on the woman's or infant's needs and supported by the data collected.
- STEP 4:** Carry out and continually update the plan of care within an appropriate time frame.
- STEP 5:** Evaluate the effectiveness of care given with the woman and her family, consider alternatives if unsuccessful, returning to STEP 1 to collect more data and/or develop a new plan.

GUIDING STATEMENT TO MEMBER ASSOCIATIONS

The essential competencies for basic midwifery practice that follow are based on the values, vision, strategies and actions used by those who attend to the health needs of women and childbearing families. Member associations are encouraged to use this ICM statement of competencies, as needed in their countries, in the education, regulation and development of standards of practice for midwives as well as in policies needed to strengthen midwifery.

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE

MAY 2002

GENERIC KNOWLEDGE, SKILLS AND BEHAVIOURS FROM THE SOCIAL SCIENCES, PUBLIC HEALTH AND THE HEALTH PROFESSIONS

Competency #1: Midwives have the requisite knowledge and skills from the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborn and childbearing families.

Basic Knowledge and Skills:

1. Respect for local culture (customs).
2. Traditional and modern routine health practices (beneficial and harmful).
3. Resources for alarm and transport (emergency care).
4. Direct and indirect causes of maternal and neonatal mortality and morbidity in the local community.
5. Advocacy and empowerment strategies for women.
6. Understanding human rights and their effect on health.
7. Benefits and risks of available birth settings.
8. Strategies for advocating with women for a variety of safe birth settings.
9. Knowledge of the community - its state of health including water supply, housing, environmental hazards, food, common threats to health.
10. Indications and procedures for adult and newborn/infant cardiopulmonary resuscitation.
11. Ability to assemble, use and maintain equipment and supplies appropriate to setting of practice.

Additional Knowledge and Skills

12. Principles of epidemiology, sanitation, community diagnosis and vital statistics or records
13. National and local health infrastructures; how to access needed resources for midwifery care.
14. Principles of community-based primary care using health promotion and disease prevention strategies.
15. National immunisation programs (provision of same or knowledge of how to assist community members to access to immunisation services)

Professional Behaviours - The midwife:

1. Is responsible and accountable for clinical decisions.
2. Maintains knowledge and skills in order to remain current in practice.
3. Uses universal/standard precautions, infection control strategies and clean technique.
4. Uses appropriate consultation and referral during care.
5. Is non-judgmental and culturally respectful.
6. Works in partnership with women and supports them in making informed choices about their health.
7. Uses appropriate communication skills.
8. Works collaboratively with other health workers to improve the delivery of services to

women and families.

PRE-PREGNANCY CARE AND FAMILY PLANNING METHODS

Competency #2: Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting.

Basic Knowledge of:

1. Growth and development related to sexuality, sexual development and sexual activity.
2. Female and male anatomy and physiology related to conception and reproduction.
3. Cultural norms and practices surrounding sexuality, sexual practices and childbearing.
4. Components of a health history, family history and relevant genetic history.
5. Physical examination content and investigative laboratory studies that evaluate potential for a healthy pregnancy.
6. Health education content targeted to reproductive health, sexually transmitted infections (STIs), HIV/AIDS and child survival.
7. Natural methods for child spacing and other locally available and culturally acceptable methods of family planning.
8. Barrier, steroidal, mechanical, chemical and surgical methods of contraception and indications for use.
9. Counselling methods for women needing to make decisions about methods of family planning.
10. Signs and symptoms of urinary tract infection and common sexually transmitted infections in the area.

Additional Knowledge of:

11. Factors involved in decisions relating to unplanned or unwanted pregnancies.
12. Indicators of common acute and chronic disease conditions specific to a geographic area of the world, and referral process for further testing/ treatment.
13. Indicators of and methods of counselling/referral for dysfunctional interpersonal relationships including sexual problems, domestic violence, emotional abuse and physical neglect.

Basic Skills:

1. Take a comprehensive history.
2. Perform a physical examination focused on the presenting condition of the woman.
3. Order and/or perform and interpret common laboratory studies such as haematocrit, urinalysis or microscopy.
4. Use health education and basic counselling skills appropriately.
5. Provide locally available and culturally acceptable methods of family planning.
6. Record findings, including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

7. Use the microscope.
8. Provide all available methods of barrier, steroidal, mechanical, and chemical methods of contraception.
9. Take or order cervical cytology smear (Pap test)

CARE AND COUNSELLING DURING PREGNANCY**Competency #3: Midwives provide high quality antenatal care to maximise the health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications.****Basic Knowledge of:**

1. Anatomy and physiology of the human body.
2. Menstrual cycle and process of conception.
3. Signs and symptoms of pregnancy.
4. How to confirm a pregnancy.
5. Diagnosis of an ectopic pregnancy and multiple fetuses.
6. Dating pregnancy by menstrual history, size of uterus and/or fundal growth patterns.
7. Components of a health history.
8. Components of a focused physical examination for antenatal visits.
9. Normal findings [results] of basic screening laboratory studies defined by need of area of the world; eg. iron levels, urine test for sugar, protein, acetone, bacteria.
10. Normal progression of pregnancy: body changes, common discomforts, expected fundal growth patterns.
11. Normal psychological changes in pregnancy and impact of pregnancy on the family.
12. Safe, locally available herbal/non-pharmacological preparations for the relief of common discomforts of pregnancy.
13. How to determine fetal well-being during pregnancy including fetal heart rate and activity patterns.
14. Nutritional requirements of the pregnant woman and fetus.
15. Basic fetal growth and development.
16. Education needs regarding normal body changes during pregnancy, relief of common discomforts, hygiene, sexuality, nutrition, work inside and outside the home.
17. Preparation for labour, birth and parenting.
18. Preparation of the home/family for the newborn.
19. Indicators of the onset of labour.
20. How to explain and support breastfeeding.
21. Techniques for increasing relaxation and pain relief measures available for labour.
22. Effects of prescribed medications, street drugs, traditional medicines and over-the-counter drugs on pregnancy and the fetus.
23. Effects of smoking, alcohol use and illicit drug use on the pregnant woman and fetus.
24. Signs and symptoms of conditions that are life-threatening to the pregnant woman; eg. pre-eclampsia, vaginal bleeding, premature labour, severe anaemia.

Additional Knowledge of:

25. Signs, symptoms and indications for referral of selected complications and conditions of pregnancy: eg. asthma, HIV infection, diabetes, cardiac conditions, post-dates pregnancy.
26. Effects of above named chronic and acute conditions on pregnancy and the fetus.

Basic Skills:

1. Take an initial and ongoing history each antenatal visit.
2. Perform a physical examination and explain findings to woman.
3. Take and assess maternal vital signs including temperature, blood pressure, pulse.
4. Assess maternal nutrition and its relationship to fetal growth.
5. Perform a complete abdominal assessment including measuring fundal height, position, lie and descent of fetus.
6. Assess fetal growth.
7. Listen to the fetal heart rate and palpate uterus for fetal activity pattern.
8. Perform a pelvic examination, including sizing the uterus and determining the adequacy of the bony structures.
9. Calculate the estimated date of delivery.
10. Educate women and families about danger signs and when/how to contact the midwife.
11. Teach and/or demonstrate measures to decrease common discomforts of pregnancy.
12. Provide guidance and basic preparation for labour, birth and parenting.
13. Identify variations from normal during the course of the pregnancy and institute appropriate interventions for:
 - a. low and/or inadequate maternal nutrition
 - b. inadequate fetal growth
 - c. elevated blood pressure, proteinuria, presence of significant oedema, severe headaches, visual changes, epigastric pain associated with elevated blood pressure
 - d. vaginal bleeding
 - e. multiple gestation, abnormal lie at term
 - f. intrauterine fetal death
 - g. rupture of membranes prior to term
14. Perform basic life saving skills competently.
15. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

16. Counsel women about health habits; eg. nutrition, exercise, safety, stopping smoking.
17. Perform clinical pelvimetry [evaluation of bony pelvis].
18. Monitor fetal heart rate with doppler.
19. Identify and refer variations from normal during the course of the pregnancy, such as:
 - a. small for dates [light]/large for dates [heavy] fetus
 - b. suspected polyhydramnios, diabetes, fetal anomaly (eg. oliguria)

- c. abnormal laboratory results
 - d. infections such as sexually transmitted infections (STIs), vaginitis, urinary tract, upper respiratory
 - e. fetal assessment in the post-term pregnancy
20. Treat and/or collaboratively manage above variations from normal based upon local standards and available resources.
 21. Perform external version of breech presentation.

CARE DURING LABOUR AND BIRTH

Competency #4: Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe delivery, and handle selected emergency situations to maximise the health of women and their newborn.

Basic Knowledge of:

1. Physiology of labour.
2. Anatomy of fetal skull, critical diameters and landmarks.
3. Psychological and cultural aspects of labour and birth.
4. Indicators that labour is beginning.
5. Normal progression of labour and how to use the partograph or similar tool.
6. Measures to assess fetal well-being in labour.
7. Measures to assess maternal well-being in labour.
8. Process of fetal passage [descent] through the pelvis during labour and birth.
9. Comfort measures in labour: eg. family presence/assistance, positioning, hydration, emotional support, non-pharmacological methods of pain relief.
10. Transition of newborn to extra-uterine life.
11. Physical care of the newborn - breathing, warmth, feeding.
12. Promotion of skin-to-skin contact of the newborn with mother when appropriate.
13. Ways to support and promote uninterrupted [exclusive] breastfeeding.
14. Physiological management of the 3rd stage of labour.
15. Indications for emergency measures: eg. retained placenta, shoulder dystocia, atonic uterine bleeding, neonatal asphyxia.
16. Indications for operative delivery: eg. fetal distress, cephalo-pelvic disproportion.
17. Indicators of complications in labour: bleeding, labour arrest, malpresentation, eclampsia, maternal distress, fetal distress, infection, prolapsed cord.
18. Principles of active management of 3rd stage of labour.

Basic Skills:

1. Take a specific history and maternal vital signs in labour.
2. Perform a screening physical examination.
3. Do a complete abdominal assessment for fetal position and descent.
4. Time and assess the effectiveness of uterine contractions.
5. Perform a complete and accurate pelvic examination for dilation, descent, presenting part, position, status of membranes, and adequacy of pelvis for baby.
6. Follow progress of labour using the partograph or similar tool for recording.
7. Provide psychological support for woman and family.
8. Provide adequate hydration, nutrition and comfort measures during labour.

9. Provide for bladder care.
10. Promptly identify abnormal labour patterns with appropriate and timely intervention and/or referral.
11. Perform appropriate hand manoeuvres for a vertex delivery.
12. Manage a cord around the baby's neck at delivery.
13. Cut an episiotomy if needed.
14. Repair an episiotomy if needed.
15. Support physiological management of the 3rd stage of labour.
16. Conduct active management of the 3rd stage of labour including:
 - a. Administration of uterotonic agents
 - b. Controlled cord traction
 - c. Uterine massage after delivery of the placenta, as appropriate
17. Guard the uterus from inversion during 3rd stage of labour.
18. Inspect the placenta and membranes for completeness.
19. Estimate maternal blood loss.
20. Inspect the vagina and cervix for lacerations.
21. Repair vaginal/perineal lacerations and episiotomy.
22. Manage postpartum haemorrhage.
23. Provide a safe environment for mother and infant to promote attachment.
24. Initiate breastfeeding as soon as possible after birth and support exclusive breastfeeding.
25. Perform a screening physical examination of the newborn.
26. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

27. Perform appropriate hand manoeuvres for face and breech deliveries.
28. Inject local anaesthesia.
29. Apply vacuum extraction or forceps.
30. Manage malpresentation, shoulder dystocia, fetal distress initially.
31. Identify and manage a prolapsed cord.
32. Perform manual removal of placenta.
33. Identify and repair cervical lacerations.
34. Perform internal bimanual compression of the uterus to control bleeding.
35. Insert intravenous line, draw bloods, perform haematocrit and haemoglobin testing.
36. Prescribe and/or administer pharmacological methods of pain relief when needed.
37. Administer oxytocics appropriately for labour induction or augmentation and treatment of postpartum bleeding.
38. Transfer woman for additional/emergency care in a timely manner.

POSTNATAL CARE OF WOMEN

Competency #5: Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postnatal care for women.

Basic Knowledge of:

1. Normal process of involution and healing following delivery [including after an abortion].

2. Process of lactation and common variations including engorgement, lack of milk supply, etc.
3. Maternal nutrition, rest, activity and physiological needs (eg. bladder).
4. Infant nutritional needs.
5. Parent-infant bonding and attachment; eg. how to promote positive relationships.
6. Indicators of sub-involution eg. persistent uterine bleeding, infection.
7. Indications of breastfeeding problems.
8. Signs and symptoms of life threatening conditions; eg. persistent vaginal bleeding, urinary retention, incontinence of faeces, postpartum pre-eclampsia.

Additional Knowledge of:

9. Indicators of selected complications in the postnatal period: eg. persistent anaemia, haematoma, embolism, mastitis, depression, thrombophlebitis.
10. Care and counselling needs during and after abortion.
11. Signs and symptoms of abortion complications.

Basic Skills:

1. Take a selective history, including details of pregnancy, labour and birth.
2. Perform a focused physical examination of the mother.
3. Assess for uterine involution and healing of lacerations/repairs.
4. Initiate and support uninterrupted [exclusive] breastfeeding.
5. Educate mother on care of self and infant after delivery including rest and nutrition.
6. Identify haematoma and refer for care as appropriate.
7. Identify maternal infection, treat or refer for treatment as appropriate.
8. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

9. Counsel woman/family on sexuality and family planning post delivery.
10. Counsel and support woman who is post-abortion.
11. Evacuate a haematoma.
12. Provide appropriate antibiotic treatment for infection.
13. Refer for selected complications.

NEWBORN CARE (up to 2 months of age)

Competency #6: Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.

Basic Knowledge of:

1. Newborn adaptation to extra-uterine life.
2. Basic needs of newborn: airway, warmth, nutrition, bonding.
3. Elements of assessment of the immediate condition of newborn; eg. APGAR scoring system for breathing, heart rate, reflexes, muscle tone and colour.
4. Basic newborn appearance and behaviours.

5. Normal newborn and infant growth and development.
6. Selected variations in the normal newborn; eg. caput, moulding, mongolian spots, haemangiomas, hypoglycaemia, hypothermia, dehydration, infection.
7. Elements of health promotion and prevention of disease in newborn and infants.
8. Immunisation needs, risks and benefits for the infant up to 2 months of age.

Additional Knowledge of:

9. Selected newborn complications, eg. jaundice, haematoma, adverse moulding of the fetal skull, cerebral irritation, non-accidental injuries, causes of sudden infant death.
10. Normal growth and development of the preterm infant up to 2 months of age.

Basic Skills:

1. Clear airway to maintain respirations.
2. Maintain warmth but avoid overheating.
3. Assess the immediate condition of the newborn; eg. APGAR scoring or other assessment method.
4. Perform a screening physical examination of the newborn for conditions incompatible with life.
5. Position the infant for breastfeeding.
6. Educate parents about danger signs and when to bring the infant for care.
7. Begin emergency measures for respiratory distress (newborn resuscitation), hypothermia, hypoglycaemia, cardiac arrest.
8. Transfer newborn to emergency care facility when available.
9. Record findings, including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

10. Perform a gestational age assessment
11. Educate parents about normal growth and development, child care.
12. Assist parents to access community resources available to the family.
13. Support parents during grieving process for congenital birth defects, loss of pregnancy, or neonatal death.
14. Support parents during transport/transfer of newborn.
15. Support parents with multiple births.

Appendix 1. Background to the evidence-base of the competencies

Between 1995 and 1999 a modified Delphi Technique was carried out for seven rounds to establish the Provisional Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. As agreed by the International Council (the Confederation's governing body) in 1999, the competencies were field-tested by 17 ICM member associations throughout 2001. The extensive field testing was undertaken by 1,271 practising midwives, 77 educator groups (total of 312 educators), and 79 senior level midwifery student groups (total of 333 individuals) from 22 countries; and 25 regulators from 20 countries. A total of 214 individual competency statements within six domains were presented for consideration

and comment. Almost all of the competencies were supported by a great majority of the persons/groups involved in the testing, with many receiving universal support. In April 2002 the ICM International Council discussed and adopted the Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, therewith establishing it as an official ICM document.