

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

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DO CONTATO PRECOCE PELE A  
PELE MÃE/RECÉM-NASCIDO APÓS O  
NASCIMENTO**

**Sandra Maria dos Santos Simões**

**Lisboa**

**2017**



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

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DO CONTATO PRECOCE PELE A  
PELE MÃE/RECÉM-NASCIDO APÓS O  
NASCIMENTO**


**Sandra Maria dos Santos Simões**

Professora Orientadora: Esmeralda Afonso

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Independentemente da idade e fase do ciclo vital em que a pessoa se encontra a necessidade de contacto humano é uma constante. Pelo fato de sermos seres sensíveis o contato humano assume o poder de união sendo um dos meios vitais de comunicação, de dar e receber”.*

*Odent, 2010*

## **AGRADECIMENTOS**

À docente Professora Esmeralda Afonso pela orientação, exigência, disponibilidade,  
empenho e amizade...

Às Enfermeiras Orientadoras, que participaram no meu processo de aprendizagem,  
pela partilha de saberes, oportunidades de aprendizagem e incentivo...

Ao meu marido pelo amor, companheirismo, amizade, confiança e compreensão que  
manifestou ao longo desta caminhada...

Aos meus filhos, que são o meu maior tesouro, pelo amor e compreensão. Sem o  
vosso abraço e sorriso não seria igual...

Aos meus pais, pela confiança, amor e apoio incondicional...

Às minhas colegas e amigas, Carla, Helena e Telma, que embarcaram nesta viagem  
comigo, por partilharem os momentos de alegria e tristeza e, por estarem sempre  
lá...

Aos amigos e colegas de trabalho, que de algum modo contribuíram com a sua  
amizade...

**A todos, o mais sincero obrigada!**

## ***LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS***

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

CPPP – Contato precoce pele-a-pele

CPP - Contato pele-a-pele

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

CTG - Cardiotocografia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EC – Ensino Clínico

ER – Estágio com Relatório

ICM – International Confederations of Midwives

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UNICEF – United Nations Children’s Fund (Fundo das Nações Unidas para as Crianças)

WHO - World Health Organization

## RESUMO

Nos últimos anos tem sido notória a franca evolução da Enfermagem, acompanhando a crescente exigência na qualidade dos cuidados de saúde imposta pelas diversas organizações e pelos clientes dos cuidados de saúde.

No âmbito da prática clínica em obstetrícia, salientam-se de entre as práticas promotoras do parto normal o fomentar de práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, incluindo: ***“(...) possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação”*** (Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2012, p.23, 24).

Este relatório pretende espelhar uma análise crítica sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, decorrentes do meu percurso formativo, mais especificamente no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório inserida no 6º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL.

Foi adotado como referencial teórico a Teoria de Kristen Swanson (1991).

Como estratégia para a identificação e mobilização da evidência científica referente à temática, foi realizada uma revisão da literatura tendo como ponto de partida uma questão elaborada segundo a mnemónica PICo (JBI, 2014): *“Quais as experiências das mulheres relativamente ao contato precoce pele-a-pele com o recém-nascido após o nascimento?”*

Através da análise de observação e registo de dados percebi que, apesar das recomendações para a promoção do contato precoce pele a pele, subsiste desconhecimento por parte das mulheres sobre o tema, existindo espaço para a intervenção do EEESMO como impulsionador de mudanças neste grupo alvo, aproximando a prática à evidência. Após a realização do contato precoce pele a pele as mães manifestaram sentimentos de satisfação e prazer. Acredito que para promover o CPPP é fundamental incentivar, informar e apoiar, junto da mulher/casal/família, a sua realização desde o período pré-natal até ao momento da alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Contato precoce pele-a-pele, Relações mãe-filho, Parto, Tocologia.

## **ABSTRACT**

In recent years there has been a clear evolution of Nursing in line with the increasing demands on the quality of health care, arising from organizations and clients of health care systems.

In the context of clinical practices in obstetrics, many are described to promote normal childbirth, that can be beneficial to the physiological process of labor, birth, and postpartum, including “(...) **to enable immediate and prolonged skin-to-skin contact, promoting the processes of attachment and breastfeeding**” (Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2012, p.23, 24).

The report I presente is a critical analysis on the acquisition and development of competences arising from my learning process, during the curricular unit of “Internship with Report” on ESEL 6th Mastr’s Cours in Mathernal Health and Obstetrics.

Kristen Swanson's Theory of Care (1991), was the theoretical frame adopted.

My strategy was to identify and collect scientific evidence through a literature review based on a question per the PICo mnemonic (JBI, 2014): "What are the experiences of women regarding early skin-to-skin contact with the newborn, after birth?"

Through the analysis of observations and data recording, I could understand that, in spite of recommendations to promote early skin-to-skin contact, many women are not aware of those practices. So there is scope for intervention from the Obstetrical Nurse, to approach practice to evidence. After early skin-to-skin contact mothers manifested feelings of satisfaction and pleasure. I believe that in order to promote early skin to skin contact, it is fundamental to encourage, inform and support the woman/couple/family to accomplish it, since the prenatal period up to the moment of hospital discharge.

**Keywords:** Kangaroo Mother-Care Method, Mother-Child Relations, Parturition, Midwifery.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
1.1 O Cuidar de enfermagem especializado à mulher/recém-nascido ..	15
1.2 Contato precoce pele a pele mãe/recém-nascido.....	18
<b>2 METODOLOGIA DE TRABALHO</b> .....	<b>25</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA</b> .....	<b>29</b>
3.1 Caracterização dos contextos de estágio .....	31
3.2 O cuidado especializado à mulher que ocorre ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica.....	32
3.3 O cuidado especializado à parturiente/casal durante o trabalho de parto .....	37
3.4 O cuidado ao recém-nascido, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina .....	48
3.4.1 Promoção do contato precoce pele a pele mãe/recém-nascido após o nascimento .....	50
3.5 Cuidar enquanto enfermeira obstetra .....	57
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>65</b>

## **APÊNCIDES**

**Apêndice I:** Quadro de análise dos artigos selecionados na Revisão da Literatura

**Apêndice II:** Guião orientador de colheita e registo de dados



## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1 – Elementos da pergunta PICO .....</b>	<b>26</b>
<b>Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos .....</b>	<b>27</b>

## **ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS**

<b>Fluxograma nº 1 – Representação da seleção dos artigos para a revisão da literatura .....</b>	<b>28</b>
--	-----------

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Fig. 1 – O Cuidar enquanto enfermeira obstetra.....</b>	<b>61</b>
--	-----------

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do ensino clínico (EC) Estágio com Relatório (ER), integrado no plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este foi solicitado como instrumento formativo e avaliativo sendo minha intenção, que seja submetido a discussão pública, para a obtenção do grau académico de mestre.

Inicialmente foram traçados objetivos a desenvolver ao longo deste EC seguindo as linhas orientadoras das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento número 127/2011, publicado em Diário da República, as competências descritas pela *International Confederations of Midwives* (ICM), os objetivos traçados no Guia Orientador da unidade curricular (UC) e ainda as minhas necessidades e interesses pessoais/profissionais.

Assim, este estágio teve como objetivos:

- desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), necessárias à prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido (RN)/família, no decurso dos diferentes estádios do trabalho de parto (TP), promovendo a transição para a parentalidade e a adaptação do RN à vida extrauterina;
- desenvolver competências no âmbito da intervenção do EEESMO perante situações de urgência obstétrica e/ou ginecológica.

No âmbito do meu projeto específico, e relacionado com a adaptação do RN à vida extrauterina e com a promoção da transição para a parentalidade, defini também como objetivo desenvolver competências, enquanto EEESMO, na promoção do contato precoce pele a pele (CPPP) imediatamente após o nascimento. Nesse sentido, aprofundei os conhecimentos técnico-científicos, sobre o CPPP mãe/RN, após o nascimento, de modo a:

- prestar cuidados à grávida/parturiente/casal que promovam esta prática;
- envolver a equipa de saúde prestadora de cuidados, analisando o papel do EEESMO no empoderamento da mulher/casal relativamente à temática.

Relativamente a este último objetivo ele esteve presente, não só no ER como também noutros EC do Curso, nomeadamente no EC III (estágio desenvolvido nos

cuidados de saúde primários), EC II (internamento de puerpério) e EC IV internamento de grávidas de alto risco).

Este relatório segue uma metodologia descritiva e reflexiva do meu percurso de aprendizagem e diz respeito fundamentalmente ao ER, no entanto refere também competências desenvolvidas noutros EC. Salienta a aquisição, a mobilização, e o desenvolvimento das competências fundamentais à prática de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade dirigidos à mulher/RN/família, baseando-se nos objetivos traçados.

Depois de considerar um leque de temáticas, o foco de incidência do projeto que esteve subjacente a este relatório foi a promoção do CPPP entre a díade mãe/RN, saudáveis, imediatamente após o nascimento. A motivação e interesse para aprofundar e desenvolver a temática do CPPP vem do confronto da minha experiência profissional com a experiência académica no âmbito do CMESMO. Ao longo dos dois anos de atividade académica tive a oportunidade de ler, refletir e analisar acerca da importância e dos benefícios do CPPP. Atualmente exerço funções, enquanto, enfermeira na Urgência de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital da região do Algarve, onde presto cuidados gerais à mulher/casal/RN/família. No meu contexto de trabalho existem ainda alguns constrangimentos para a implementação do CPPP, quer por sentimentos de insegurança dos profissionais, quer por desconhecimento por parte da mulher/casal acerca dos seus benefícios para a díade mãe/RN e/ou pai/RN.

O EC supramencionado decorreu num período de 18 semanas entre 29 de fevereiro e 8 de julho do ano transato, nos serviços de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia e Bloco de Partos de duas unidades hospitalares geograficamente distantes. As primeiras 9 semanas de EC decorreram num hospital da região do sul do país (campo de estágio I) e as outras 9 semanas noutra da Região de Lisboa e Vale do Tejo (campo de estágio II).

Nos últimos anos tem sido notória a franca evolução da Enfermagem, seja a nível académica ou profissional, alargando o seu corpo de conhecimentos como disciplina científica e afirmando-se mais convictamente enquanto profissão autónoma. Esta evolução tem escoltado a crescente exigência na qualidade dos cuidados de saúde imposta quer pelas diversas organizações e entidades internacionais, quer pelos clientes dos cuidados de saúde.

A qualidade em saúde apresenta-se como uma tarefa multiprofissional sendo importante os enfermeiros definirem padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. A luta maior passa por abandonar e/ou substituir métodos e técnicas que mostraram não beneficiar a pessoa cuidada. Assim a qualidade exige uma reflexão sobre a prática, definindo objetivos face aos cuidados a prestar, delineando estratégias para os atingir, procedendo a uma avaliação e eventual reformulação dos cuidados prestados. Atualmente, existem projetos de qualidade aprovados, nomeadamente pela Ordem dos Enfermeiros, sendo importante que as instituições e serviços de saúde se responsabilizem e criem um ambiente propício à sua implementação e consolidação (OE, 2001).

O EEESMO é dotado de um conjunto de competências específicas, de capacidade de inovação e conhecimentos, possuindo as ferramentas necessárias para que a qualidade dos cuidados sejam uma realidade, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão (OE, 2011b). Considerando as competências comuns do Enfermeiro Especialista estas são aplicáveis em cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, abarcando as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança incluindo a responsabilidade de realizar investigação pertinente que possibilite o avanço e melhoria da prática da enfermagem (Regulamento nº. 122/2011 de 18 de fevereiro).

A OE, considerando o interesse de uma mudança de paradigma no cuidado às mães e seus filhos e na tentativa de cumprir os objetivos do Plano de Atividades e Orçamento de 2013, desenvolveu o Projeto “Maternidade com Qualidade” que contempla vários indicadores de evidência e medida. Um destes indicadores de evidência é a *“realização precoce de contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, de acordo com indicações da OMS”* (OE, 2013, p.1).

Tendo tido origem na Colômbia, em 1978, onde foi aplicado como parte integrante do Método Mãe Canguru, também denominado como Cuidado Mãe Canguru, o “contato pele-a-pele” emergiu como alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebés de baixo peso ao nascer, fazendo face à superlotação das unidades neonatais que era traduzida pela falta de incubadoras, pelo elevado número de infeções nosocomiais e pelo abandono dos neonatos nos hospitais. O componente

mais significativo deste método é o contato pele a pele entre a díade, enquanto tolerado por ambos. Outros dois componentes são a amamentação frequente e/ou exclusiva e a alta precoce (World Health Organization, 2003). Nas décadas seguintes diversos autores continuaram a produzir e ampliar evidência científica que validava os ganhos em saúde proporcionados pela implementação do CPPP.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) elaborou um guia com recomendações dirigidas aos profissionais de saúde que cuidam e prestam cuidados à parturiente e RN de termo. Aqui é mencionado que perante um RN de termo saudável e uma mãe sem complicações, é expectável que o contato pele-a-pele entre esta díade seja um dos cuidados incluídos nos cuidados imediatos ao RN (OMS, 1996). Também, em 2009, duas organizações internacionais, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que imediatamente após o parto, todas as mães e os seus bebés, ambos saudáveis, iniciem contato pele a pele, sendo este prolongado até uma hora após o nascimento e continuado no tempo (WHO & UNICEF, 2009).

Adotei como referencial teórico a Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson. Swanson (1991), define cuidar como uma forma de carinho relativa a outra pessoa, valorizando-a com um sentimento de compromisso e responsabilidade. De acordo com Swanson (1991), um componente fundamental e universal de boas práticas de enfermagem consiste no cuidar biopsicossocial e espiritual. Esta teoria compreende um conjunto de processos sequenciais: manutenção da crença (maintaining belief), conhecimento (knowing), estar com (being with), fazendo por (doing for) e permitindo (enabling) sendo o resultado esperado o bem-estar do cliente Segundo esta teoria o EEESMO deverá usar o conhecimento da melhor forma funcionando como um catalisador para o outro crescer, acompanhando-o, compreendendo e avaliando os seus sentimentos (Allgood, 2014).

Delinee e estruturei este documento em quatro pontos. No primeiro apresento o enquadramento teórico onde me refiro ao cuidar especializado em saúde materna e obstétrica e depois faço uma abordagem relativamente ao CPPP mãe/RN. No segundo ponto abordo a metodologia de trabalho subjacente ao desenvolvimento do meu projeto. No terceiro ponto faço uma descrição do meu percurso de aprendizagem, analisando e refletindo o modo como este contribuiu para a aquisição

e desenvolvimento de competências no cuidar especializado em enfermagem obstétrica e ginecológica. Finalmente apresento as considerações finais cimentadas em todo o percurso realizado.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Habitualmente, o momento do nascimento de um filho, é vivido de forma única por cada mulher/casal. É previsível que todos os casais tenham expectativas singulares sobre o modo como irão viver um acontecimento tão esperado. Esta experiência é influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente, a(s) experiência(s) anterior(es), a cultura, os valores, as crenças e também pelos contextos da prática de cuidados e políticas de saúde vigentes.

Entidades internacionais, governos e sociedade civil têm vindo a caminhar conjuntamente para a divulgação e implementação de práticas de cuidados promotoras do parto normal. No decurso da gravidez, TP e parto torna-se imperativa a necessidade de autonomia da mulher/casal, estando esta aliada à sua participação nas decisões relativas a atitudes e cuidados prestados pela equipa de saúde. É essencial que estas decisões se ancorem à mais recente evidência científica disponível para que deste modo a conduta a seguir seja adequada à sua situação específica (APEO & FAME, 2009).

Têm surgido, um pouco por todo o mundo, movimentos que apelam à mudança das práticas na assistência ao parto. Grupos profissionais de Parteiras como *Royal College of Midwives* (RCM, 2004), *New Zealand College of Midwives* (NZCM, 2006), *International Confederation of Midwives* (ICM, 2008), *Canadian Association of Midwives* (CAM, 2008), *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (APEO & FAME, 2009), *Australian College of Midwives* (ACM, 2010), *American College of Nurse-Midwives/ Midwives Alliance of North America/ Nacional Association of Certified Professional Midwives* (ACNM, MANA e NACPM, 2012), entre outros, têm tido um papel ativo na criação de consensos orientadores para promover o parto normal. Em Portugal, e em linha com estas recomendações, entidades como a OE e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) têm vindo a divulgar estratégias promotoras do parto de baixa intervenção com cuidados qualificados e humanizados.

Humanizar o nascimento é adequá-lo às expectativas de cada mulher/casal e/ou família. O respeito, a solidariedade, o apoio, a orientação e o incentivo são fatores que revelam a importância do cuidar humanizado do enfermeiro obstetra (Almeida, Gama & Bahiana, 2015).

## 1.1 O Cuidar de enfermagem especializado à mulher/RN

Prestar cuidados, ou cuidar, significa uma atenção especial que se dá à pessoa que vive uma situação singular com o objetivo de a ajudar, contribuindo para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde. A singularidade do contexto no qual o prestador de cuidados cuida da pessoa é única, à semelhança do cuidado (Hesbeen, 2000).

O cuidado não é apenas caracterizado pelas atividades de ajuda às pessoas em dificuldade, não se limita aos períodos críticos da vida, mas a todo o percurso da existência. Ao “cuidar” de alguém aplicamos o cuidado que descobrimos em nós (Honoré, 2013). Designamos este cuidar de autêntico e “consiste essencialmente em agir em qualquer circunstância na precaução, no respeito e no suporte da vida propriamente humana que deve ser mantida na realização de uma existência” (Honoré, 2013, p. 177). Honoré refere também que o cuidado à pessoa, numa perspetiva mais avançada, é dirigido a ela na globalidade, considerando todas as suas dimensões, “corporais, psíquicas (intelectuais, emocionais e afectivas), e também culturais e espirituais” (Honoré, 2013, p. 186).

O nascimento de um filho marca, sem dúvida, uma nova etapa na vida da mulher/casal. Sendo o TP um processo dinâmico e imprevisível implica um determinado estado de dependência parcial, facto que associado a cada vivência poderá condicionar a experiência da díade (Coutinho, 2006).

Para desenvolver competências específicas, enquanto EEESMO, é imperioso caminhar sobre uma linha orientadora de pensamento que suporte a prática de cuidados de enfermagem especializados e baseados na evidência científica atual. Como referi inicialmente, e fundamentando as minhas intervenções num cuidado humanizado, o modelo teórico que norteou a minha prática de cuidados foi a Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson.

Segundo Méndez & Garzón (2016), para Swanson, o objetivo da Enfermagem consiste em promover o bem-estar do outro, mantendo uma visão holística do cliente. Swanson, define o Cuidado de Enfermagem como um **Cuidar** informado, para o bem-estar do outro. O enfermeiro cuida do cliente que vivência uma atual ou potencial transformação do seu bem-estar, até que este restabeleça a sua autonomia e tenha um papel ativo, capacidade de decidir sobre o seu percurso de



cuidados.

**Cuidar** é descrito por Swanson através de cinco processos, que se interligam e interagem constantemente entre si. Estes processos são manter a crença, conhecer, estar com, fazer por e possibilitar (Swanson, 1991; Alligood, 2014; Méndez & Garzón, 2016).

Assim, na base do Cuidar encontra-se **manter a crença** na capacidade que o outro tem para ultrapassar um acontecimento ou transição, encarando o futuro com um significado. Seja em processos de transição saúde/doença ou de transição desenvolvimental, o EEESMO, agindo em conformidade e respeitando os valores e crenças da mulher/casal, transmite-lhes segurança, ajudando-os a acreditar que conseguem ultrapassar as dificuldades, atingindo os objetivos (OE, 2015). Quando o enfermeiro demonstra ter uma atitude de compaixão, humana, de respeito e profissionalismo fornece ferramentas à mulher/casal para viver aquele momento de transição de forma segura. Acreditar com confiança nas capacidades do outro, manifestando estima e oferecendo um otimismo realista face à situação (Swanson, 1991, 1993; Kalfoss & Owe, 2015).

**Conhecer** o outro acarreta um esforço por compreender um acontecimento com o significado que ele tem na sua vida. O enfermeiro presta cuidados evitando juízos de valor e suposições, centrando-se na pessoa cuidada, procurando avaliar o impacto da experiência vivida. Conhecer o outro significa que ambos, cuidador e pessoa cuidada, ficam envolvidos no mesmo processo (Swanson, 1991, 1993; Kalfoss & Owe, 2015).

A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica baseia-se no cuidado centrado na Mulher. Na busca constante da qualidade de cuidados o EEESMO demonstra respeito pelas expectativas, relacionadas com o trabalho de parto e com o projeto de maternidade/paternidade (OE, 2011b) adequando os cuidados às necessidades específicas da mulher/casal (OE, 2009). O enfermeiro obstetra ouve e apoia a Mulher nas suas preferências, abstendo-se de juízos de valor, compreendendo que as suas escolhas são condicionadas pelas normas culturais e sociais do contexto onde estão inseridas. Assim, o cuidado que é prestado pelo EEESMO compreende a Mulher como um todo, nas suas dimensões social, cultural, emocional, espiritual, psicológica e bio fisiológica, oferecendo um modelo assistencial holístico (OE, 2015a)

**Estar com** significa estar emocionalmente presente para o outro, demonstrando disponibilidade e partilhando sentimentos, sejam eles agradáveis ou não. Estar com, vai além da compreensão da situação do outro, é estar emocionalmente presente para a sua realidade, desenvolvendo uma escuta ativa, apoiando a cliente e pessoas significativas (Swanson, 1991, 1993; Alligood, 2014; Kalfoss & Owe, 2015). É importante que o EEESMO esteja com a mulher transmitindo-lhe segurança, calma e informação clarificada, promovendo um ambiente estável e uma relação terapêutica (OE, 2015a). “A essência da assistência da parteira, a arte de que se fala (...), é o estar com a Mulher. A Mulher tem que estar suportada e apoiada” (OE, 2015a, p.41).

**Fazer por** implica fazer pelo outro o que o outro faria de forma autônoma, se tal fosse viável. O enfermeiro, através da sua competência e habilidade, presta cuidados reconfortantes e protetores das necessidades da pessoa cuidada, preservando a sua dignidade e promovendo o seu bem-estar (Swanson, 1991, 1993; Kalfoss & Owe, 2015). Ao longo do ciclo vital da Mulher, são várias as situações em que o EEESMO intervém no sentido de promover o conforto e bem-estar, prestando cuidados no sentido de fazer por ela o que ela faria se tal fosse possível (OE, 2015a).

**Possibilitar** consiste em facilitar a passagem do outro por transições que ocorrem ao longo do ciclo vital e/ou acontecimentos inesperados. Através do conhecimento, ambiciona-se proporcionar ao outro a capacidade de crescimento, atualizando-se, promovendo a sua independência. Envolve ter como foco o acontecimento, informar, explicar, dar suporte, permitindo e validando sentimentos (Swanson, 1991, 1993; Kalfoss & Owe, 2015). No âmbito da enfermagem obstétrica e ginecológica o empoderamento/capacitação da Mulher, reforçando as suas competências individuais (OE, 2015a), possibilita-lhes a acessibilidade a um determinado cuidado, vivenciando algo que era desconhecido (Swanson, 1993). Caminhando para a excelência de cuidados, o EEESMO possibilita a cada Mulher a sua readaptação, ao longo das várias fases da sua vida sexual e reprodutiva (OE, 2015a).

Kristen Swanson considera a pessoa como um ser único que atravessa um processo de crescimento dinâmico e espiritual refletindo sobre o seu comportamento, com capacidade de decidir como agir em diferentes situações,

exercendo um livre arbítrio face às possibilidades ao seu alcance. (Swanson, 1993; Rodriguez & Valenzuela, 2012).

Ancorando a prestação de cuidados especializados do EEESMO na Teoria do Cuidar de Swanson, os cuidados baseiam-se na manutenção de uma crença básica no ser humano (tríade), apoiada pelo conhecimento da realidade da mulher/casal/família, manifestada por estar emocional e fisicamente presente e representada por “fazer por” e “possibilitar” à tríade (Swanson, 1993; Méndez & Garzón, 2016).

## 1.2 O Contato Precoce Pele a Pele Mãe/Recém-Nascido

De acordo com OE e APEO (2012, p. 23), no âmbito da prática clínica, salientam-se de entre as práticas promotoras do parto normal o fomentar de práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, incluindo: “(...) **possibilitar o contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação.**” Em parturientes de baixo risco, é desaconselhada a utilização, por rotina, de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja evidenciado, incluindo: “ (...) **separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último**” (OE & APEO, 2012, p. 24).

A pele é o maior órgão do corpo humano, funcionando como o primeiro instrumento e lugar de troca no primeiro contato entre mãe e filho após o nascimento. O contato corporal na díade é essencial para o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do bebê (Moura, Guimarães & Luz, 2013).

A ligação mãe-filho inicia-se muito antes do parto. Desde a concepção, e ao longo da gravidez, são transmitidos sentimentos, sensações e informações que, futuramente, poderão influenciar a relação afetiva entre ambos. Um dos momentos marcantes da gravidez é aquele em a mãe sente o primeiro movimento, o primeiro pontapé do seu filho. Outro é o nascimento. São momentos únicos, experiências marcantes, que cada mulher revê mentalmente e partilha ao longo dos anos (Colman & Colman, 1994).

Com a hospitalização da mulher durante o TP, este deixou de ser vivido como um processo natural, privativo e familiar para ser vivenciado em contexto público, em

instituições de saúde onde existem vários atores que intervêm no decurso deste acontecimento. Procurou-se a “segurança” em detrimento da privacidade e autonomia, sendo a mulher e família submetidas a normas institucionais e práticas intervencionistas (Lamaze, 2003; Moore et al, 2016).

Até à década de 90, após o nascimento, mãe e filho eram separados: a mãe era levada para uma enfermaria enquanto o seu filho permanecia junto de outros recém-nascidos, num berçário. Os profissionais de saúde acreditavam que assim as mães estariam mais repousadas e despreocupadas, e os bebês mais seguros. A visita da mãe ao berçário normalmente coincidia com o horário da mamada, esperando longas horas para estar com o seu filho (Lamaze, 2003). Atualmente considera-se que o melhor para ambos é permanecerem juntos, potenciando a transição do RN para a vida extrauterina, o relacionamento mãe/bebê e o sucesso da amamentação. Constata-se que, nestas situações, os recém-nascidos mantêm a sua temperatura corporal, choram menos e iniciam precocemente a amamentação (Lamaze, 2003).

Por ação da oxitocina ocorre vasodilatação com aumento da temperatura da mama e região torácica adjacente que proporciona, ao bebê, proteção natural contra o frio, permitindo deste modo um aumento do tempo de CPPP entre o RN e a sua mãe, e o estabelecimento dos afetos e da vinculação (Buckley, 2015). Esta hormona, também conhecida como hormona do amor, da confiança, da calma e da ligação, está envolvida no processo de trabalho de parto de todos os mamíferos, relacionando-se com a sobrevivência da mãe e do RN, com a vinculação precoce e com o sucesso da amamentação, após o parto, encontrando-se a fisiologia de ambos interligada, coordenada e mutuamente regulada. São exemplos desta parceria a prontidão (readiness) sincrónica para o início fisiológico do TP, com a criação das condições mais favoráveis para o nascimento e para as transições materno-fetais. De um modo similar, após o parto, o CPPP regula a ação da oxitocina no organismo materno e no RN (Buckley, 2015).

Durante as primeiras 6 a 8 horas após o nascimento, os recém-nascidos vivem fases de instabilidade. O período em que decorrem estas fases denomina-se *período de transição* da vida intrauterina à vida extrauterina. Logo após o nascimento decorre a primeira que tem a duração de aproximadamente 30 minutos e é designada de *primeiro período de reatividade*. Depois, entre os 30 minutos e as 2 horas após o parto, o RN entra num período de quebra de atividade que se

caracteriza por uma diminuição acentuada da atividade motora podendo mesmo adormecer. Entre a segunda e oitava hora após o nascimento ocorre o segundo período de reatividade. Independentemente do tipo de parto ou da idade gestacional, todos os recém-nascidos saudáveis transpõem estas fases e a sua duração dependerá da qualidade e quantidade de stress vivido antes e após o nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008).

Considerando os benefícios, para a díade, que são alcançados pelo CPPP entre a mãe e o RN, imediatamente após o parto, este é um cuidado que deve ser promovido em todos os nascimentos saudáveis de forma contínua e prolongada. A ligação afetiva mãe-bebé estabelece-se gradualmente nos momentos iniciais após o nascimento, pelo que as trocas resultantes deste contato corporal influenciam a longo prazo o envolvimento materno, a qualidade dos seus cuidados e, conseqüentemente, o desenvolvimento e bem-estar infantil.

Através do toque, odor e temperatura, o CPPP constitui um forte estimulador dos sentidos que também desperta o aumento da produção de oxitocina, à qual estão coligadas propriedades estimulantes do vínculo afetivo. Após o parto o RN encontra-se apto a identificar o odor materno motivo pelo qual o CPPP lhe oferece conforto permanecendo mais calmo e com menos espaços de choro. O CPPP será idealmente iniciado no período de reatividade do RN de baixo risco constatando-se ser uma intervenção benéfica para a díade por:

- Possibilitar o reconhecimento e exploração do corpo materno, pelo bebé;
- Proporcionar uma adaptação saudável à vida extrauterina, com o mínimo de procedimentos de rotina;
- Promover a estabilização cardíaca, respiratória e da temperatura do recém-nascido, reduzindo igualmente o choro, o stress, e a dor minimizando desta forma a perda de energia, mantendo a glicemia.
- Fortalecer a vinculação e aumentar o sucesso e a duração do aleitamento materno;
- Reforçar a confiança e diminuir a ansiedade da díade;
- Facilitar a colonização do recém-nascido pela flora bacteriana da pele materna previamente ao contato com as bactérias hospitalares, ajudando a prevenir infeções.

(Ordem dos Enfermeiros, 2014)

As mulheres que, após o nascimento, experienciaram o contato precoce com o RN emitiram sensações mais positivas relativas ao parto. As progenitoras mencionam que a variável mais importante da experiência do parto é o suporte emocional prestado pelo companheiro, sendo a segunda variável o contato precoce e a interação com o RN (Mercer, Hackley & Bostrom, 1983).

É importante manter a temperatura do corpo do bebê após o nascimento pois quando exposto ao frio da sala de partos pode experimentar quedas acentuadas na temperatura do corpo levando a problemas metabólicos. Por isso, imediatamente após o nascimento do bebê, este é seco com toalhas quentes e deve ser colocado sobre o abdômen da mãe pois o CPPP entre o bebê e a mãe ajuda a manter a temperatura. O CPPP mãe/bebê é importante por várias outras razões. A nível psicológico estimula o processo de familiarização e vinculação entre a díade sendo igualmente benéfica a colonização do bebê pelas bactérias maternas. A realização do CPPP estimula os reflexos do RN, incorporando a procura e reptação, pelo que deverá ser encorajada a sucção precoce e o aleitamento materno, na primeira hora de vida, estando comprovado que esta atitude favorece o aleitamento materno ao longo do tempo e promove a involução uterina e vinculação precoce (WHO, 1996).

Em 1992, na sequência da *Declaração de Inocenti*, a UNICEF em parceria com a OMS, geraram um programa mundial de promoção do aleitamento materno designado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês. Esta constitui um esforço global para a implementação de práticas que protejam, promovam e apoiem a amamentação, mobilizando os profissionais de saúde das maternidades para mudanças necessárias nas condutas e/ou rotinas, que visem o cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno (WHO & UNICEF, 2009)

O documento conjunto da WHO & UNICEF (2009), refere na sua medida 4 que será proporcionado a todas as mães o CPPP com o seu bebê durante pelo menos uma hora ou até após a primeira mamada, o que se verificar primeiro. Desde que a mãe e bebê estejam confortáveis e em segurança, não é necessária a presença contínua de um enfermeiro, o que significa que a mãe é capaz de permanecer juntamente com o RN em posição facilitadora e de segurança. Uma vez em CPPP com a mãe, esta deve ser encorajada a reconhecer no RN os sinais de prontidão para o início da amamentação, solicitando ajuda se necessário. O descritivo da medida 4 refere também que todos os serviços que prestam cuidados

às mães e recém-nascidos devem ajudar, as que escolheram amamentar, a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento (WHO & UNICEF, 2009).

Após o nascimento o CPPP é um ato simples que qualquer mãe pode proporcionar ao seu filho, quando ambos se encontram clinicamente estáveis. De facto, o TP e o nascimento são momentos muito extenuantes para a mãe e para o bebé, podendo o CPPP constituir uma ajuda preciosa na transição para a vida extrauterina, ajudando a acalmar o bebé, a estabilizar a frequência cardíaca e a frequência respiratória, auxiliando na vinculação precoce da díade e o início precoce da amamentação. O leque de evidência sobre os benefícios do CPPP é grande. É conhecido que os bebés que permaneceram uma hora em CPPP com a mãe apresentam sinais de stress significativamente menores após o nascimento com frequência respiratória e cardíaca mais estáveis e menor tempo de choro. A área do tórax materno apresenta uma temperatura mais elevada do que o resto do corpo impedindo assim o arrefecimento do bebé (UNICEF, 2011; Moore et al, 2012).

Em tempos os profissionais de saúde julgavam que os recém-nascidos se encontravam mais seguros alojados nos berçários estando menos expostos a bactérias. Nos dias de hoje é conhecido que o CPPP também é importante para a colonização do RN por bactérias da mãe, ajudando a protegê-lo contra infeções (Lamaze, 2003; WHO & UNICEF, 2009).

Após o nascimento e durante as semanas seguintes, a mulher agora puérpera, enfrenta uma fase de transição psicológica, espiritual, hormonal, comportamental, cultural e social. Esta fase de transição é vivida pela mulher/casal/RN e é transversal a toda a família com a adaptação a novos papéis familiares e sociais. Nas primeiras duas horas após o parto, período denominado 4º. estágio do TP ou puerpério imediato, o organismo materno passa por um processo de reajuste à condição não gravídica. O puerpério é definido como o espaço de, aproximadamente, 6 semanas, que decorre desde a expulsão da placenta até o organismo materno retomar as características anteriores à gravidez. Neste espaço temporal as mães estão a adaptar-se ao seu novo papel e ao ritmo e rotina do seu bebé, podendo ser uma tarefa emocionalmente exigente (Lowdermilk & Perry, 2006; Graça, 2010). Existem ajustes neste processo que podem culminar em relatos de sintomas de depressão pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2006; Bigelow, et al. 2012).

Bigelow, et al. (2012), investigaram a relação entre o CPPP e o CPP prolongado ao longo do tempo entre mães e bebês com o relato de sintomas depressivos até 3 meses após o parto. Concluíram, pela análise da presença de cortisol na saliva materna e pela aplicação da escala de depressão pós-parto de Edimburgo, que as mães que realizaram CPPP e que continuaram a estabelecer este contato com seus filhos diminuíram o stress psicológico e os relatos de sintomas depressivos. Referem que as razões desta relação são complexas. Se vivenciarem o CPPP, verifica-se uma melhor adaptação do RN à vida extrauterina, bem como um ajuste psicológico estável no período pós-parto. Esta estabilidade psicológica do bebê, manifestada por diminuição dos períodos de choro e alargamento dos períodos de sono traduz-se em estabilidade psicológica materna. Outra razão apontada para a diminuição de sentimentos depressivos pós-parto reside no fato de o CPPP estimular a libertação de oxitocina, resultando numa melhor consecução do papel maternal.

Resumindo, a evidência diz-nos que o contato próximo entre e corpo do bebê e o da sua mãe durante o pós parto imediato influencia a fisiologia e o comportamento de ambos, ocorrendo como resultado de uma série de mecanismos que incluem a programação comportamental, a secreção de substâncias neuroendócrinas e ativação de sinais sensoriais. O contato pele a pele deve ser encorajado logo após o nascimento e se possível também em outras ocasiões, sendo considerado como a melhor maneira de conhecer o bebê, independentemente do método de alimentação. Melhora a interação mãe-bebê, mantém a temperatura corporal e o toque extra da superfície corporal juntamente com pistas olfativas e térmicas pode favorecer o início da amamentação com maior sucesso (Royal College of Midwives, 2012).

Cabe aos profissionais de saúde, particularmente aos EEESMO, proporcionar o CPPP mãe/RN, atribuindo importância e unicidade a este momento tão especial. A equipa de enfermagem EEESMO exerce um papel de destaque na promoção, proteção e apoio no estabelecimento deste primeiro contato mãe/filho e o sucesso desta intervenção vai, também, depender dos conhecimentos, práticas e atitudes destes profissionais. Sendo o profissional especializado de referência, promove e protege, simultaneamente, o bem-estar da Mulher, bem como da tríade/família, difundindo o parto normal. Oferecendo uma assistência individualizada à



mulher/casal/família/RN, o EEESMO informa, possibilitando uma tomada de decisão assertiva, assente numa relação de parceria onde ambas as partes manifestam sentimentos de respeito mútuo permitindo à mulher relaxar e abraçar de forma favorável as admiráveis forças do trabalho de parto (OE, 2015a).

Para que o Enfermeiro possa manter o rigor técnico-científico na implementação de cuidados especializados e de qualidade é necessária uma atualização constante de conhecimentos e um aperfeiçoamento sistemático de competências (OE, 2012). O processo de tomada de decisão do EEESMO que norteia o seu exercício profissional autónomo, inclui os resultados da mais recente evidência científica associados ao respeito pela individualidade de cada entidade (OE, 2015a).

## 2 - METODOLOGIA DE TRABALHO

De acordo com a Canadian Nurses Association (2008), “prática avançada de enfermagem” é um termo geral que engloba um nível avançado de enfermagem clínica, em que é maximizada a utilização dos conhecimentos básicos de enfermagem, adquiridos a nível académico, dos conhecimentos aprofundados da enfermagem e da capacidade de resposta às necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações. Compreende a análise e síntese do conhecimento, a compreensão, interpretação e aplicação da teoria de enfermagem e de investigação, desenvolvendo e avançando o conhecimento de enfermagem e da profissão, como um todo.

No âmbito da UC de Opção do CMESMO onde nos foi pedido para delinear um projeto numa área específica do nosso interessa, propus-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências relativas à promoção do CPPP, mãe/RN. Este projeto teve um papel importante facilitando uma antevisão e uma orientação das atividades a realizar no decorrer dos diferentes EC do CMESMO, com maior destaque no ER.

A pesquisa bibliográfica foi uma constante, transversal a todos os EC. Inicialmente uma revisão narrativa da literatura permitiu-me conhecer o atual “estado da arte”, relativo à promoção do CPPP mãe/RN após o nascimento, legitimando a escolha da temática bem como a fundamentação teórica do presente relatório. Em busca de contributos para a contextualização da temática a estudar, tive como ponto de partida uma pesquisa em periódicos e livros científicos disponíveis no centro de documentação da ESEL consultei também *sites* de entidades/organizações nacionais e internacionais de referencia para o referido tema (OMS, UNICEF, OE e DGS).

Para que o enfermeiro tome decisões em parceria com o cliente e baseadas na mais recente evidência disponível deverá proceder a uma constante revisão e questionamento da prática de cuidados. Para tal é exigido o desenvolvimento e utilização de competências para rever a evidência aplicando-a posteriormente à sua prática (Craig & Smyth, 2004).

A revisão da literatura trata-se de uma parte fundamental do processo de investigação sendo indispensável à correta definição do problema. Permite obter

uma noção concreta sobre o atual estado dos conhecimentos relativos a uma temática, as lacunas existentes e o contributo da investigação para o progresso do conhecimento (Bento, 2012).

Uma questão de pesquisa, consiste numa pergunta clara relativamente a um tema que se deseja estudar visando o conhecimento já existente. Constitui um enunciado claro que define os conceitos analisados, particulariza a população alvo e propõe uma investigação empírica (Fortin, 2009). A pesquisa será tanto mais eficaz quanto maior a objetividade da questão delineada (JBI, 2014).

A referida revisão da literatura teve como questão de pesquisa:

**“Quais as experiências das mulheres relativamente ao contato precoce pele a pele com o recém-nascido após o nascimento?”**

A formulação da pergunta tem por base a mnemónica PICO: *Population, the phenomena of Interest, and the Context* (JBI, 2014), conforme descrito na tabela 1.

**Tabela 1 – Elementos da Pergunta PICO**

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS	
<b>P</b>	População	Mulheres que tenham feito CPPP com o filho após o nascimento
<b>I</b>	Fenómeno de interesse	Experiência das mulheres relativamente ao CPPP com o RN
<b>Co</b>	Contexto	Hospitalar

Para responder à questão de pesquisa realizei uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHAL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health*) Plus with Full Text e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System OnLine*) with full text, privilegiando a utilização de descritores indexados mas também usei termos em linguagem natural. Efetuei ainda uma consulta nas bases de dados b-On e ScienceDirect recorrendo a descritores em linguagem natural.

A seleção dos artigos foi restringida no tempo entre o ano de 2006 e 2016. Apesar da temática ter sido mais desenvolvida nos últimos 5 anos, deparei-me com artigos pertinentes que datam do ano de 2006 facto que justifica a minha limitação temporal. Com a finalidade de direcionar a pesquisa foi efetuada a conjugação dos operadores booleanos AND e Or formulando as seguintes expressões de pesquisa:

- Linguagem indexada na base CINAHL

(Kangaroo care **OR** Skin to skin) **AND** Mothers **OR** Mother infant relations **OR** Women) **AND** (Experience **OR** Life experiences **OR** Perception)

- Linguagem indexada na base MEDLINE

(Kangaroo mother care method **OR** Skin to skin **OR** Mother-Child relations) **AND** (Mother **OR** Women **OR** Peripartum Period) **AND** (Perception **OR** Experience)

- Linguagem natural na base b-On

(Mother **OR** Women) **AND** (Experience **OR** Perception) **AND** (Kangaroo mother care **OR** Skin to skin contact **OR** Early skin to skin contact)

- Linguagem natural na base ScienceDirect

(Mother **OR** Mother experience) **AND** (Skin to skin contact **OR** Kangaroo mother care) **AND** (Perception **OR** Experience)

Conseguí obter um total de 136 artigos potencialmente relevantes.

Posteriormente aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 2) definidos, procedendo à seleção dos artigos para a revisão da literatura.

### **Tabela 2 – Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos**

---

<b>Critérios de inclusão</b>	- artigos completos disponíveis para consulta; - artigos escritos em inglês ou em português; - artigos enquadrados no âmbito da temática.
------------------------------	---

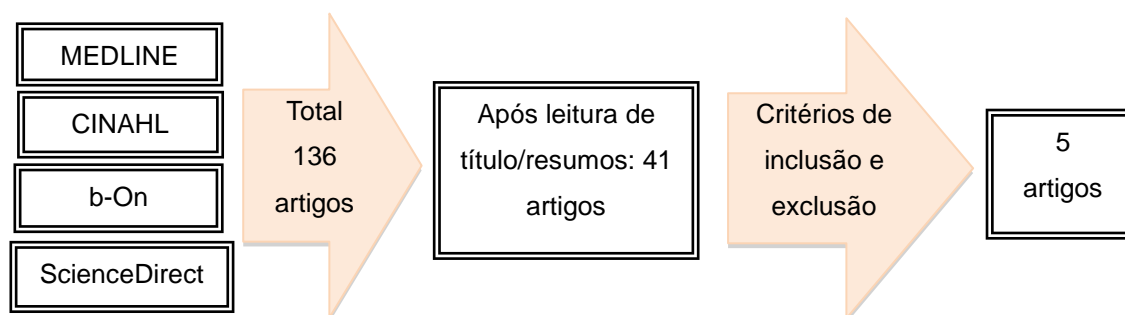
<b>Critérios de exclusão</b>	- artigos em duplicado nas diferentes bases de dados; - artigos escritos noutra língua que não o português ou o inglês.
------------------------------	--

---

Após a leitura do título, seguida da leitura do resumo/*abstract* e posterior leitura integral dos artigos selecionados, excluí aqueles que não estavam abrangidos pelos critérios de inclusão, selecionando assim 5 artigos para análise (Fluxograma nº1).

Tendo em conta a questão de pesquisa os 5 artigos foram analisados, extraíndo informação relativa à experiência materna na realização de CPPP com o RN e intervenções de enfermagem promotoras deste cuidado, bem como alguns obstáculos identificados (Apêndice I).

**Fluxograma nº 1** – Representação da seleção dos artigos para a revisão da literatura



Nos dois locais de estágio onde decorreu o meu ER confrontei-me com a multiculturalidade da população a quem prestei cuidados. Sendo esta detentora de um leque de comportamentos, conhecimentos e exigências bastante distintos ao longo do TP, exigiu da minha parte uma constante adaptação no que respeita à abordagem e intervenções delineadas previamente, culminando na aquisição e desenvolvimento de competências na área da saúde materna em geral e relativamente ao CPPP em particular.

Com base na pesquisa bibliográfica, na minha experiência profissional enquanto enfermeira a trabalhar na sala de partos e após validação com as orientadoras clínicas e docente orientadora, recorri à elaboração de um guião (Apêndice II). Este foi elaborado com o objetivo de me orientar na observação e registo de dados, ao longo do ER, relacionados com a experiência de cuidar no bloco de partos, para posteriormente os organizar e analisar. Efetuei registos de todas as parturientes codificando-as com a letra P, iniciando no 1 e terminando no 108, segundo a ordem coincidente com a prestação de cuidados.

No subponto 3.4.1 faço uma análise dos artigos selecionados, referentes à experiência das mulheres relativamente ao CPPP com o RN, confrontando com a minha experiência no EC e com os dados que recolhi, tendo por base o referido guião.

Saliento ainda que no decorrer do estágio e também na redação do presente relatório respeitei todos os direitos, deveres, valores humanos e responsabilidades descritos no Código Deontológico do Enfermeiro. Foi também mantido o anonimato de todos os indivíduos e instituições, intervenientes no meu processo de desenvolvimento de competências (OE, 2009).

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

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; é simultaneamente o enfermeiro que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica refere que este, no âmbito do seu exercício profissional, assume intervenções autónomas em todas as situações de **baixo risco**, ou seja, em processos fisiológicos e de vida normais, no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento nº. 127/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

As competências científicas, técnicas e humanas atribuídas ao EEESMO possibilitam-lhe a realização da vigilância da saúde da mulher, inserida na família e comunidade, ao longo do seu ciclo de vida, que vivência processos de saúde/doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal, bem como no que respeita à educação sexual, planeamento familiar, ginecologia e climatério tendo igualmente competências para a vigilância do RN até aos 28 dias de vida (OE, 2011).

Para o ICM Parteira é,

um profissional (...) que trabalha em conjunto com as mulheres para lhes dar apoio necessário e os conselhos e cuidados essenciais durante a gravidez, parto e período pós-parto. A parteira deve ser capaz de assumir toda a responsabilidade no momento do parto e de fornecer os cuidados necessários ao recém-nascido e ao bebé (OE, 2015a, p.11)

Todo o percurso académico, em particular o ER foi determinante para o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da enfermagem obstétrica e ginecológica. Ao longo do ER foi também possível mobilizar e articular conhecimentos, bem como implementar, desenvolver e consolidar competências transversais a outras áreas da enfermagem.

O propósito deste ponto é descrever, de forma sucinta, as experiências e

atividades concretizadas, sobretudo no âmbito do ER, que contribuíram para dar resposta aos objetivos do meu projeto de estágio, ou seja, para o desenvolvimento de competências específicas, no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica. Simultaneamente, analiso criticamente o meu percurso formativo, refletindo sobre o contributo para o meu desenvolvimento enquanto EEESMO. No decurso deste estágio houve uma constante necessidade de questionar a prática, fomentando momentos de reflexão e discussão, fundamentando-me no conhecimento, na evidência científica e na experiência dos enfermeiros especialistas com quem contatei.

Considero relevante salientar que, previamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados, ou de qualquer outra intervenção necessária, era sempre solicitado o consentimento informado por parte da parturiente e/ou pessoa significativa. O consentimento informado consiste na “(...) autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado, e a pessoa ter compreendido, o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem” (OE, 2007, p.1). Com enfoque na autodeterminação do cliente o enfermeiro assume o dever de o informar, no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado, respondendo com responsabilidade e cuidado a toda a informação e explicação solicitada (Lei 111/2009 de 16 de setembro).

De forma a garantir a continuidade de cuidados individualizados, elaborei sempre os registos de enfermagem adequados e pertinentes nos suportes informáticos necessários e no boletim de saúde da grávida.

Em ambos os contextos de estágio, a partilha de conhecimentos e experiências com as minhas orientadoras clínicas e os momentos de aprendizagem fomentaram a análise e reflexão sobre as práticas, o aprofundar de conhecimentos técnico-científicos e o crescimento pessoal e profissional, favorecendo o desenvolvimento de um pensamento crítico.

Subdividi este ponto fazendo, no subponto 3.1 uma caracterização geral e sucinta dos dois contextos de estágio onde tive o privilégio de integrar as equipas de enfermagem enquanto estudante do mestrado de saúde materna. No subponto 3.2, faço uma abordagem sobre o cuidado de enfermagem especializado à mulher/casal/família que ocorre ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica

(SUOG). Depois, no subponto 3.3, percorro e analiso a minha experiência no cuidado especializado ao à mulher/casal/família durante o TP. No subponto 3.4 abordo o cuidado de enfermagem ao RN promovendo a sua adaptação à vida extrauterina desenvolvendo depois a promoção do CPPP mãe/RN após o nascimento. Concluo, no subponto 3.5, com uma síntese do cuidar enquanto enfermeira obstetra tendo subjacente a teoria de Kristen Swanson (1991).

### **3.1 Caracterização dos contextos de estágio**

Como é mencionado no Código Deontológico especificamente no que refere ao dever de sigilo,

o enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: (...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (Lei 111/2009 de 16 de setembro, p. 6548).

Neste sentido, e de modo a preservar a confidencialidade das instituições, onde desenvolvi o estágio, vou referir apenas o que considero relevante para facilitar o enquadramento do conteúdo deste relatório.

O meu ER, decorreu em duas unidades hospitalares públicas, situadas em áreas geográficas distintas. Iniciei esta caminhada numa instituição hospitalar da zona sul do país, em cujo serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia ocorrem aproximadamente 2500 parto por ano. Este abarca a unidade materno-fetal, o SUOG e o bloco de partos, composto por 4 salas de parto, uma sala operatória e uma sala de recobro. A equipa de enfermagem era constituída pelo enfermeiro chefe (enfermeiro obstetra), 27 enfermeiros obstetras e 16 enfermeiros de cuidados gerais. Os cuidados imediatos ao RN eram prestados na sala onde tinha ocorrido o parto, junto dos pais, sendo encaminhado para a sala de reanimação neonatal apenas se necessário. Na presença de um nascimento por cesariana, os cuidados imediatos ao RN eram prestados na referida sala de reanimação, contigua à sala operatória, e na qual estava um neonatologista e um enfermeiro para acolher o bebé. No mesmo piso situavam-se também os seguintes serviços: unidade de cuidados intensivos pediátricos e neonatais, obstetrícia e ginecologia.

A segunda parte do ER foi realizada numa Instituição de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo em cuja maternidade ocorrem cerca de 3000 partos por ano. Nesta maternidade estão englobados o SUOG e o bloco de partos. Este último é



composto por uma sala de observação, 5 salas de parto, 1 sala de recobro e duas salas operatórias. A equipa de enfermagem era composta pelo enfermeiro chefe (enfermeiro obstetra), por 36 EEESMO e 8 enfermeiros de cuidados gerais. Os cuidados imediatos ao RN poderiam ser prestados na sala de partos junto aos pais ou no berçário. Às parturientes de baixo risco eram proporcionadas várias condições e equipamentos estimuladores de um parto normal das quais destaco a telemetria, a liberdade de movimentos no 1º e 2º estádios do TP, a ingestão de líquidos cristalinos e/ou gelatina ao longo do TP e a possibilidade de recurso ao rebozo. Integram, nos cuidados prestados e nos registos realizados, os indicadores de evidência do Projeto Maternidade com qualidade, da OE.

Em ambas as instituições eram prestados cuidados gerais e especializados a parturientes em todos os estádios do TP, incluindo situações de indução do TP e a parturientes ou puérperas com patologia grave associada, induzida ou não pela gravidez. No que concerne aos espaços físicos e recursos naturais, ambos os serviços ofereciam um ambiente acolhedor, a possibilidade de controlo da intensidade da luz, música, bolas de parto e permitiam a presença de uma pessoa significativa junto da parturiente.

### **3.2 O cuidado especializado à mulher que acorre ao SUOG**

Um dos objetivos definidos para este ER foi o desenvolvimento de competências no âmbito da intervenção do EEESMO, perante a mulher/casal/família em situação de urgência obstétrica e/ou ginecológica. Assim, prestei cuidados de enfermagem especializados, procedendo ao planeamento, implementação e avaliação de intervenções individualizadas, em articulação com a equipa multidisciplinar.

O que motiva a deslocação da mulher ao SUOG pode compreender todo o seu ciclo vital, abrangendo situações ginecológicas desde a menarca à menopausa, e também situações do âmbito obstétrico, traduzindo-se em diagnósticos distintos. Inicialmente vou relatar as situações de cuidados às mulheres que recorreram ao serviço de urgência com problemas do foro ginecológico, e seguidamente abordarei as situações de mulheres que recorreram por questões obstétricas.

De acordo com o Regulamento 122/2011, cabe ao enfermeiro obstetra a promoção da saúde ginecológica e o cuidado à mulher que vive processos de

doença do foro ginecológico, prevenindo e/ou diagnosticando precocemente complicações, potenciando a sua saúde.

Durante o ER, foram diversas as situações do foro **ginecológico** que levaram a mulher a recorrer ao SUOG. As mais frequentes, foram as que traduziram diagnósticos de miomas, infeções urinárias/vaginais, abortos retidos ou espontâneos ou questões relacionadas com patologia da mama, entre outros.

No contexto obstétrico podemos deparar-nos com situações de insucesso. Durante a minha permanência no SUOG pude acompanhar 2 mulheres, primigestas, em situação de abortamento, que permaneceram em observação. Perante esta situação prestei os cuidados de enfermagem e adotei estratégias que possibilitassem à mulher/casal/família, uma adaptação a esta situação, de perda e luto, menos dolorosa. Segundo Camarneiro, Maciel e Silveira (2015), o EEESMO é o profissional que se encontra na primeira linha de cuidados à mulher que sofreu uma perda gestacional, podendo monitorizar o seu processo de luto. Ainda os mesmos autores, referem que estas situações podem causar um leque de perturbações na mulher/casal/família, merecendo a especial atenção dos profissionais de saúde. É uma situação de muita fragilidade, sendo a demonstração de disponibilidade, a presença física e emocional e o respeito pela dignidade da mulher/casal/família atitudes que se revestem de grande significado para eles. Em especial nestas situações, e à luz do cuidar de Swanson (1993), considero que é essencial ajudar a manter a crença para que os clientes acreditem na sua capacidade de ultrapassar aquele acontecimento difícil, encarando o futuro com um significado.

O conceito de promoção de saúde tem evoluído ao longo das últimas décadas, tendo sido tema de várias conferências internacionais, conseqüentemente, as atividades promotoras da saúde passaram a ser amplamente incentivadas com o objetivo da melhoria da qualidade de vida das populações (Ministério da Saúde, 2015). Por vezes achei oportuno, mesmo em contexto de urgência, abordar temáticas como a importância da adesão a rastreios ginecológicos, o planeamento familiar, os recursos existentes na comunidade e a importância da vigilância da saúde, promovendo “(...) a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional” (Regulamento nº 127/2011, p. 8662). O Código Deontológico do Enfermeiro, (2009) menciona que, no que concerne à comunidade, o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde e pela resposta adequada às necessidades de enfermagem, assumindo assim o dever

de conhecer as necessidades da população, participar na orientação da comunidade na procura de soluções para os seus problemas de saúde e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às referidas necessidades.

Para além de ter constituído um desafio, o estágio no SUOG ofereceu-me uma diversidade e riqueza de experiências de aprendizagem, exigindo uma ampla mobilização de conhecimentos técnico-científicos e relacionais, visando sempre a excelência dos cuidados prestados. Garantir a cada mulher o respeito, a dignidade e a autonomia foi uma preocupação constante ao longo do meu percurso de desenvolvimento de competências.

De seguida passo a descrever e analisar brevemente experiências e atividades desenvolvidas no contexto do SUOG, do âmbito específico da **obstetrícia**.

Um procedimento realizado constantemente, em colaboração com a equipa multidisciplinar, foi o diagnóstico e/ou monitorização da gravidez. Outras situações com as quais me deparei, foram: situações de ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, perdas hemáticas vaginais, contractilidade uterina, diminuição dos movimentos fetais e hipertensão arterial induzida pela gravidez.

Na prestação de cuidados à grávida desenvolvi competências no sentido de potenciar a saúde e bem-estar pré-natal, materno e fetal, detetando e tratando precocemente complicações (Regulamento nº 127/2011; ICM 2013).

O EEESMO é indicado pela OMS (1996) e pela OE e APEO (2012), como sendo o profissional mais recomendado para prestar cuidados à mulher durante a gravidez e parto, por apresentar na sua prática clínica uma atitude menos intervencionista (OE, 2015a)

No exame inicial o EEESMO deverá incluir a entrevista com revisão e atualização da história clínica, a avaliação psicossocial da mulher e do seu contexto, a observação física e obstétrica, mantendo presente que estas pressupõem, sempre, o consentimento da grávida (OE, 2015a).

Sendo o Boletim de Saúde da Grávida um instrumento fundamental que contém dados relativos à sua saúde e do feto, recorri a ele sempre que necessário e relevante, uma vez que assegura a circulação da informação clínica relevante, havendo deste modo articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (DGS, 2001). Fomentando uma visão holística realço, de igual modo, a importância da realização de uma avaliação inicial alargada e

pormenorizada, que incluía a história de saúde da grávida, os antecedentes obstétricos e a história da gestação atual, determinantes para a intervenção do EEESMO.

Não menos importante é o cumprimento de um exame físico minucioso, valorizando as queixas da grávida, despistando complicações da gravidez, patologias induzidas pela gravidez, o agravamento de patologia prévia ou a presença de potenciais riscos, avaliando o bem-estar materno e fetal. A este nível pude realizar as manobras de Leopold (avaliar a estática fetal), identificando a apresentação, posição e situação fetal, percebendo a dimensão do feto, podendo despistar situação de restrição de crescimento ou macrossomia fetal) e percebendo a relação entre a bacia materna e a apresentação fetal. Também consegui determinar a melhor posição para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e cardiotocografia, procedendo à sua monitorização e vigilância, sempre que necessário.

A monitorização cardiotocográfica fetal externa tem uma duração mínima de 20 minutos, podendo prolongar-se consoante a avaliação da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Neste período de tempo, e sempre que oportuno, transmiti informações objetivas relativamente ao CPPP mãe/RN, promovendo futuras decisões esclarecidas, acerca do assunto, aquando do nascimento do filho. Demonstrei disponibilidade, procurando estabelecer uma relação de proximidade, tencionando conhecer algumas das expectativas da grávida, relativamente ao TP, nomeadamente no que concerne ao CPPP após o nascimento. Das 14 grávidas que abordei neste contexto, 9 já tinham ouvido falar sobre o CPPP mas não possuíam conhecimento relativo a esta prática nem aos benefícios a ela associados. As restantes 5 desconheciam totalmente este cuidado prestado após o nascimento do filho. Neste sentido, e sempre que foi oportuno, promovi o CPPP mãe/RN, transmitindo informações objetivas relativamente à temática, de forma a promover decisões esclarecidas acerca do assunto.

É da competência do enfermeiro obstetra diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher grávida, providenciando-lhe cuidados que facilitem a sua adaptação ao longo deste período, informando, monitorizando, planeando, intervindo e avaliando, procedendo também à orientação e referenciação de situações que estão para além da sua esfera de atuação (Regulamento nº 127/2011).

Como é referido no documento “Cidadania e Saúde” (2010), na Carta de Ottawa antecipava-se uma emancipação do cidadão no sentido da sua capacitação e responsabilização pelos aspetos da sua vida, visando um pleno estado de saúde e bem-estar. O mesmo documento ressalva também a educação e a informação como importantes alicerces no *empowerment* do cidadão, quer pelo facto de predispor a práticas participativas quer pelo facto de que “o conhecimento dá poder” (Gonçalves & Ramos, 2010). Neste sentido, e sempre que oportuno, promovi educação para a saúde, adaptada à grávida/casal e à situação que os tinha levado a recorrer ao SUOG. Revelou-se importante capacitar a mulher para que conseguisse compreender e valorizar as situações que são desvios do padrão normal da gravidez pois, deste modo em parceria com o EEESMO poderia “*detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fatal*” (Regulamento nº 127/2011, p.8663).

Nesta ocasião relembra os sinais e sintomas de alarme aos quais a grávida deveria estar atenta, realçando que estes vêm descritos no seu boletim de saúde. Incentivava a adoção de estilos de vida saudáveis, estratégias de promoção do autocuidado e do bem-estar. Enfatizava a importância do aporte hídrico adequado e sugeria medidas de alívio de desconfortos. Fornecia informação à grávida de modo a capacitá-la relativamente a sinais e sintomas de alerta que poderiam estar associados à repetição de uma patologia, fomentando assim a prevenção ou deteção precoce de complicações.

Uma grande preocupação e desafio, era conseguir assegurar um ambiente acolhedor e privado, de modo a escutar e apoiar a grávida/casal naquele momento gerador de ansiedade, como a ida ao SUOG, demonstrando empatia e disponibilidade.

Na presença de contractilidade uterina dolorosa e regular, com suspeita de início de trabalho de parto, e sempre que fundamentado, realizava o exame vaginal, nunca esquecendo que se trata de um procedimento invasivo e desconfortável (OE, 2015a). Através do toque vaginal avaliava as características do colo uterino (apagamento, consistência, posição e dilatação), a integridade das membranas amnióticas, a proporção feto-pélvica e a variedade e apresentação fetal, colaborando ativamente com a equipa médica e com a grávida/casal na tomada de decisão sobre o seu internamento. Dependendo da fase de TP o internamento poderia ser na unidade materno-fetal (fase latente) ou no bloco de partos (fase

ativa). A grávida em fase latente do TP, com contractilidade uterina dolorosa e irregular, beneficiava com a orientação e suporte por parte do EEESMO, com a hidratação oral, com a adoção de posições de conforto e com o incentivo à prática de medidas não farmacológicas de alívio da dor, tais como a massagem ou o duche, que podiam paralelamente favorecer a evolução do mesmo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017).

### **3.3 O cuidado especializado à parturiente/casal durante o trabalho de parto**

O EEESMO deve assumir, de forma ativa, o seu papel autónomo, como profissional especializado que é, no cuidado à mulher em idade reprodutiva, durante e após a gravidez, parto e puerpério (APEO & FAME, 2009). As competências do EEESMO não se revelam somente nos procedimentos técnicos, sejam simples ou complexos, rotineiros ou especializados mas também na interação com a parturiente e a família. O nascimento de um filho é um momento único, imprevisível, por vezes percebido pela grávida e família como uma ameaça. Ao dar entrada num hospital, mais especificamente na maternidade, a mulher procura uma assistência que lhe proporcione confiança e segurança, e nesse sentido, a participação da equipa de enfermagem no processo de nascimento requer competência, não somente técnica como humana. Desta forma, o EEESMO deve estar atento ao estado psico-emocional da parturiente e priorizar a assistência humanizada durante o TP, competências que são imprescindíveis no que concerne à “arte” do cuidar em Obstetrícia (Rarabelo, 2006).

Devo salientar que o facto de exercer funções, enquanto enfermeira de cuidados gerais, num bloco de partos, desde há cerca de 9 anos, facilitou a minha integração enquanto discente, em ambos os locais de estágio. As minhas expectativas pessoais respeitantes a este estágio, e ao desempenho enquanto estudante do CMESMO eram bastantes, mas considero que foram atingidas culminando no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Os cuidados de enfermagem por mim prestados visaram desenvolver competências especializadas no cuidado à “(...) *mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina*” (Regulamento nº 127/2011, p.8664).

O TP é definido por um conjunto de fenômenos fisiológicos que conduzem ao apagamento e dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à expulsão dos produtos da concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) da cavidade uterina pelo canal vaginal até ao exterior (Graça, 2010; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014).

O uso rotineiro e desnecessário de intervenções técnicas durante o TP altera o seu curso fisiológico e pode desencadear uma cascata de intervenções sucessivas com o aumento do risco iatrogénico (Lothian, 2007; Renfrew et al., 2014). Também o stress experienciado pela mulher perante um ambiente demasiado interventivo e desumanizado pode condicionar o decurso do TP implicando por si só novas intervenções (APEO & FAME, 2009). Duarte (2008), constatou que o turno e a hora a que ocorreu o parto, a rotatividade dos profissionais de saúde, a presença de muitas parturientes, o ruído e a luminosidade são fatores que influenciam negativamente a experiência do parto.

Segundo a OMS deve existir uma razão válida para interferir no processo natural do parto. A assistência à grávida/feto saudáveis (de baixo risco) deve ser feita com o menor número de intervenções compatíveis com a sua segurança. Entretanto, como o trabalho de parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal, também estas devem beneficiar de cuidados em que as intervenções sejam restritas apenas às necessárias para um parto com segurança (WHO, 1996).

O **1º estágio do TP** ocorre até à dilatação completa do colo do útero (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014).

O momento da admissão no hospital em fase ativa de TP é muitas vezes o primeiro contato que a mulher tem, na vida, com o ambiente hospitalar. Esse ambiente está habitualmente associado a doenças e/ou a tratamentos complexos, o que constitui um fator adicional de stress a juntar à panóplia de emoções (medo, ansiedade, excitação, dor, insegurança) que a mulher/casal geralmente experimentam associadas ao iminente nascimento do seu filho (APEO & FAME, 2009).

Aquando da admissão da parturiente/casal na sala de parto efetuei o acolhimento, procurando proporcionar um ambiente calmo, garantindo privacidade e conforto, privilegiando uma relação empática, de confiança e respeito. Identificava-me sempre, revelando o meu papel de discente. Realizava uma avaliação inicial completa, indagando quanto à existência de um plano de nascimento.

Com o intuito de proporcionar um cuidado humanizado, procurava conhecer

as expectativas e necessidades da mulher/casal, assegurando intervenções de qualidade e risco controlado, procurando compreender o significado daquele acontecimento nas suas vidas, sem emitir juízos de valor. Deste modo, em parceria, planeávamos cuidados congruentes e significantes, que poderiam ter um impacto positivo na vivência do TP e no processo de transição para a parentalidade.

No Regulamento de Competências Específicas do EEESMO vem referido que, durante o período pré-natal, o EEESMO *“promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão”* (Regulamento nº 127/2011, p.8663), no entanto, durante o meu estágio no bloco de partos, apenas duas parturientes, apresentaram plano de nascimento, por escrito, embora quando interpeladas, a maioria delas pronunciava-se quanto ao que tinha idealizado para o seu parto. O plano de nascimento redigido pela grávida/casal, onde se encontram expressos os seus desejos para o TP, afigura-se como um valioso instrumento não só para os próprios, mas também para o enfermeiro obstetra. Tal acontece, sobretudo, quando não existiu contato prévio entre o enfermeiro e a parturiente/casal de quem está a cuidar, visto que nele estão esboçadas as intenções e expectativas da mulher/casal face à conduta do profissional de saúde no decorrer do TP. Na falta de um plano de nascimento, escrito, a mulher deve ser encorajada a verbalizar as suas preferências e expectativas, sentindo que serão respeitadas e valorizadas, estabelecendo assim o referido plano, numa parceria EEESMO/parturiente. Neste processo importa ressaltar que o plano de nascimento poderá ser condicionado pela condição clínica materna ou fetal, logo podem acontecer ajustes, se a evolução do parto o exigir (APEO & FAME, 2009; OE, 2015).

É preconizado que toda a mulher, durante o TP, possa ter a presença e apoio permanente, do companheiro ou outra pessoa significativa, complementando o suporte prestado pelo enfermeiro obstetra. Este apoio minora as consequências danosas do stress e medo associado ao TP em local desconhecido, potenciando a sensação de confiança materna (APEO & FAME, 2009), trazendo benefícios para a mulher, tais como uma menor utilização de analgesia farmacológica e diminuição do risco de parto vaginal instrumentado e cesariana e, conseqüentemente, aumentando a satisfação da mulher relativamente à sua experiência de parto.

O direito ao acompanhamento da mulher grávida no decurso do TP encontra-se legislado desde 1985. Este, confere à parturiente o direito a ser acompanhada, a qualquer hora do dia ou da noite, por uma pessoa por si escolhida. O mesmo, pode



não se verificar, em situações clínicas graves (Lei 15/2014, de 21 de março). Relativamente ao acompanhamento da parturiente, por parte de uma pessoa significativa, constateei realidades muito semelhantes em ambos os campos de estágio. Nos dois era permitida a presença permanente da pessoa significativa na sala de partos, exceto nas situações em que as mulheres eram submetidas a cesariana. É também recomendado pela OMS (1996), que se respeite a escolha da mulher relativamente à pessoa significativa presente no decurso do TP. Durante o meu estágio observei que as parturientes solicitavam a presença da pessoa significativa imediatamente após a chegada à sala de parto, “já pode chamar o meu/a minha (...)” era das frases mais ouvidas. Das 108 parturientes às quais prestei cuidados ao longo do 1º estágio do TP, 4 não solicitaram a presença de pessoa significativa, 11 solicitaram a companhia da mãe, 6 pediram a companhia da irmã, 5 escolheram a sogra, e para 82 mulheres a pessoa significativa era o marido/companheiro. O marido/companheiro é quem facilmente consegue oferecer medidas de conforto e alívio da dor, e o toque que a mulher precisa, revelando competência para perceber as suas necessidades e anseios transmitindo-os à equipa de saúde. Ele fornece apoio físico e emocional integrando a equipa que cuida a mulher, ajudando-a durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Ouvi parturientes dizerem: “Ajuda-me! Dá-me a tua mão.” Durante e após as contrações o pai assume o papel de orientador da mulher (Lowdermilk & Perry, 2008). Por exemplo, o marido da P5 lembrava-a “(...) não te esqueças de respirar (...)”.

A presença e o apoio do enfermeiro obstetra durante o TP possibilita à parturiente/casal uma experiência positiva do nascimento. Uma parte essencial do Cuidar é construir uma relação terapêutica com a parturiente baseada na confiança mútua, relativamente à competência de ambas as partes. Ao longo da gravidez e durante a progressão do TP, o enfermeiro obstetra opera como parceiro e orientador daquela parturiente, expressando uma forte crença nas suas capacidades. Este informa e encoraja a parturiente, fornecendo-lhe ferramentas que lhe permitam superar o desafio do nascimento. O companheiro será estimulado a ter um papel ativo, integrando a equipa que cuida, para o melhor interesse da mulher e do bebé (Karlstrom et al., 2015).

Ainda durante o 1º estágio do TP procedi à realização das Manobras de Leopold e à monitorização/interpretação da cardiocotografia (CTG) avaliando o bem-estar fetal. Segundo a APEO e FAME (2009), a avaliação cervical é o método mais

aceite para avaliar a progressão do TP. Assim, realizei o exame obstétrico com avaliação cervical através do toque vaginal, apenas quando necessário e considerando as queixas da mulher, tendo consciência de que para ela a avaliação cervical constitui um momento de ansiedade. Pelo exposto, e por estar associado ao risco de infecção, procurei sempre respeitar o preconizado pela OMS (1996), reduzindo o número de observações ao estritamente necessário. Considero que não tive grandes dificuldades em avaliar a dilatação cervical e identificar em que plano se encontrava o polo fetal. O maior desafio foi identificar a variedade do polo fetal e a (in)compatibilidade feto-pélvica. No entanto, penso que se verificou uma significativa evolução e que, com a prática futura, as dificuldades remanescentes serão ultrapassadas.

Um fator que também permite a avaliação do bem-estar fetal e da evolução do TP é o estado da bolsa amniótica (APEO & FAME, 2009; OE, 2015a). Em mulheres que apresentam uma normal progressão do TP, e sem evidência de compromisso fetal, a amniotomia por rotina não é recomendada, a não ser para facilitar a monitorização fetal (ACOG, 2017). Tive oportunidade de distinguir a bolsa amniótica íntegra em oposição à rotura de membranas, procedendo à observação e caracterização do líquido amniótico quanto à cor, quantidade e odor, efetuando os respetivos registos no partograma. Promovendo o parto normal, limitei as intervenções técnicas ao estritamente necessário e realizei amniotomia exclusivamente quando se justificava a necessidade de abreviar a duração do TP ou quando a interpretação/avaliação do CTG sugeria esta intervenção, despistando sinais de sofrimento fetal.

O partograma constitui um registo gráfico do TP, que possibilita correlacionar no tempo a dilatação cervical e a descida da apresentação, resumindo visualmente a progressão do TP e permitindo a identificação de alterações aos padrões esperados de evolução do TP (Posner, Dy, Black, & Jones, 2014). Tal como é estabelecido pela OMS (1996) e pela OE (2015a), recorri-me dele como ferramenta de monitorização, diagnóstico e avaliação da evolução/progressão do TP.

Em paralelo com todos os aspetos mencionados anteriormente, também a vigilância do estado geral e dos sinais vitais, os fluídos administrados, a eliminação vesical, a hidratação oral e o comportamento constituem parâmetros que compõem a avaliação do bem-estar materno (OE, 2015a), tendo sido parte integrante da minha prestação de cuidados.

Ao longo do TP normal o enfermeiro obstetra deverá defender a ingesta, quando a parturiente o desejar, sendo esta essencial para o seu bem-estar. Pode oferecer-se água, chá açucarado, sumos sem resíduos e gelatina (APEO & FAME, 2009; OE, 2015a). Fazendo referência à minha experiência neste EC, em parturientes de baixo risco, no campo de estágio I, institucionalmente, não era permitida qualquer ingesta, mas constatei que esta conduta estava em renovação pois já se permitiam pequenas porções de água, que segundo a parturiente funcionavam como “fonte de energia”. No campo de estágio II estava institucionalizada a ingesta em situações de baixo risco e segundo as parturientes proporcionava-lhes bem-estar pois segundo elas ter a sensação de sede e fome é bastante desagradável, indo ao encontro do referido pela evidência científica atual.

Relativamente à dor durante o TP, o seu controlo deve ser centrado na mulher, sendo fundamental que o EEESMO, conheça a sua fisiologia, de modo a recrutar todos os meios fisiológicos da mulher para lidar com ela (OE, 2015a), aumentando o bem-estar físico e emocional da parturiente (APEO & FAME, 2009). A mulher deve ser informada quanto à existência e funcionalidade dos métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor, pelo que foi minha preocupação desenvolver competências neste âmbito, colaborando com ela de modo a possibilitar o alívio e controlo da dor. Em relação aos métodos não farmacológicos, no 1º estágio do TP promovi, junto da mulher/casal a utilização da musicoterapia, da hidroterapia, da liberdade de movimentos, da contrapressão e de técnicas respiratórias contribuindo para o relaxamento e melhoria das sensações físicas da parturiente. De entre estas técnicas, as que resultaram em relatos de maior satisfação foram a contrapressão, que pela aplicação de pressão constante na região sagrada ajuda na tolerância da sensação de pressão interna e de dor nessa região. Também as técnicas respiratórias, que aumentam o tamanho da cavidade abdominal e promovem o relaxamento dos músculos abdominais, ajudaram a mulher a manter o controlo durante as contrações, diminuindo a sua percepção relativamente à dor (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010). As parturientes relatavam que o facto de serem orientadas nas técnicas respiratórias as ajudava a concentrar, referindo menor sensação de dor. Relativamente à contrapressão eu promovia ativamente este cuidado e com frequência resultava no comentário “Por favor, não pare. Que alívio!” Tentei sempre envolver o companheiro na promoção do alívio da dor da mulher, capacitando-o para a ajudar nas técnicas respiratórias e

aplicar contrapressão. De entre as parturientes que prestei cuidados, 28 levaram a cabo o seu parto com recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Proporcionei informação relativa à progressão do TP normal e incentivei à participação da parturiente através da realização de movimentos respiratórios e relaxamento adequados, promovendo um otimismo realista nas ocasiões em que a parturiente evidenciava maior desânimo.

Constatei que a grande maioria das parturientes pretende adotar medidas farmacológicas para o alívio da dor, mais especificamente a analgesia epidural, solicitando-a assim que chegam à sala de partos. Colaborei com o médico anestesista na realização de 79 analgesias epidurais e/ou sequenciais. Cooperei, preparando o material necessário, ajudando e apoiando a parturiente durante o posicionamento, avaliando sinais vitais e realizando os respetivos registos de enfermagem. Também tive oportunidade de utilizar analgesia endovenosa como método farmacológico para alívio da dor, segundo prescrição médica e Livopam de acordo com protocolo existente no serviço.

Pude verificar que, ao longo do trabalho de parto, a parturiente pôde recorrer à combinação de métodos não farmacológicos de alívio da dor com métodos farmacológicos. Esta combinação devia-se à parceria do EEESMO com a parturiente e da sua percepção sobre o seu comportamento.

O método mais usado para conhecer o estado de oxigenação do feto, traduzindo a avaliação do seu bem-estar é a interpretação do traçado cardiotocográfico (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009; Graça, 2010; Lothian, 2014). Para parturientes consideradas de baixo risco, a evidência científica recomenda a auscultação intermitente, mas uma realidade ainda muito visível consiste na monitorização contínua em TP (WHO, 1996; American Academy of Pediatrics & ACOG, 2012; Lothian, 2014). Assim, considerando as recomendações institucionais de cada campo de estágio e as condições técnicas existentes em cada um, proporcionei a parturientes de baixo risco e perante um CTG tranquilizador momentos de monitorização intermitente para deslocação aos sanitários ou para hidroterapia.

A utilização de telemetria, no segundo campo de estágio, permitiu uma maior liberdade de movimentos com a possibilidade de deambular, utilizar a bola de parto, e ter acesso a medidas de conforto através da utilização dos sanitários, simultaneamente com o CTG.

Dado que a interpretação e avaliação do traçado cardiotocográfico requer conhecimento minucioso e treino contínuo, senti uma necessidade constante de promover momentos de reflexão com as orientadoras clínicas clarificando algumas questões. Deste modo, no decurso do estágio consegui identificar situações de “perda de sinal”, de bradicardia ou taquicardia fetal e de desacelerações tardias ou precoces constituindo alterações ao padrão normal. Perante estas alterações, implementei intervenções apropriadas à situação, referenciando a outros profissionais de saúde as que ultrapassavam a minha esfera de atuação, promovendo o bem-estar materno-fetal.

No decorrer do ER tive oportunidade de prestar cuidados especializados a parturientes com diferentes patologias associadas e/ou concomitantes à gravidez. As patologias mais frequentes foram Hipertensão Arterial, Diabetes Gestacional, Oligoamnios e HIV. Identifiquei os sinais e sintomas de alerta, procedendo ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da parturiente e feto/RN, intervindo de forma adequada de acordo com a evidência científica e respeitando os protocolos instituídos nas respetivas instituições. Referenciei as situações que estavam para além da minha área de intervenção, colaborando com a equipa multidisciplinar.

O período expulsivo, que corresponde ao **2º estágio do TP**, tem início com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, caracterizando-se por contractilidade uterina regular, esforços expulsivos adequados e evidência de bem-estar materno-fetal (Graça, 2010; DGS, 001/2015). Reconhecido o período expulsivo incentivei a parturiente a urinar espontaneamente, evitando a cateterização vesical, pelos riscos inerentes, proporcionando assim conforto à grávida e facilitando a descida da apresentação (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009). Em situações de período expulsivo arrastado a mulher atinge um estado de exaustão podendo, ou não, ocorrer em simultâneo o sofrimento fetal. Na presença de CTG não tranquilizador referenciei a situação à equipa médica. Quando esta decidia a realização de parto assistido, cooperei ativamente. Assim, apoiei a mulher durante a realização de parto distócico (6 ventosas e 3 fórceps), promovendo um ambiente de suporte e capacitação, e prestando os cuidados imediatos ao RN, em parceria com o pediatra. Encorajei a mulher a permanecer ativa durante todo o processo, fazendo esforços expulsivos durante a contração e sincronizada com a aplicação da sucção, avaliando frequentemente a frequência cardíaca fetal.

No período expulsivo deve-se imprimir à mulher o apoio e confiança necessária para que siga os seus próprios instintos. Estão recomendados os “puxos” espontâneos, que permitem a parturiente “puxar” livremente quando sente esse estímulo. Estes “puxos” fisiológicos, embora associados a um 2º estágio mais longo, favorecem a oxigenação fetal e melhoram a satisfação materna relativamente à experiência do parto, tendo sido a prática por mim adotada, em concordância com as orientadoras clínicas (APEO & FAME 2009; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014). Não existe uma só posição correta para o parto, logo a parturiente deve eleger a posição mais confortável e que melhore os seus esforços expulsivos (WHO, 1996; APEO & FAME 2009; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014). A minha conduta foi a de incentivar a parturiente a ouvir e sentir o seu corpo, adotando a posição que fosse mais confortável para ela. Segundo a APEO e FAME, (2009), o enfermeiro obstetra deve adquirir experiência em assistir partos nas diferentes posições. No campo de estágio II assisti os partos maioritariamente na posição sentada, adotada voluntariamente pela parturiente. No campo de estágio I, a parturiente era orientada no sentido de adotar a posição mais confortável, mas no momento do nascimento do feto sugeria-se a litotomia.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade e o privilégio de prestar cuidados a 108 parturientes no 1º estágio de TP. Apoiei a realização do parto em apresentação cefálica de 73 destas mulheres e cooperei na realização de 10 partos distócicos. Colaborei com outros profissionais de saúde, nomeadamente pediatras, na prestação de cuidados imediatos do RN.

Segundo a OE (2015a), a promoção da integridade do períneo pode alcançar-se pela não manipulação do períneo no 2º estágio, pela verticalidade no parto e por esforços expulsivos fisiológicos e não dirigidos e episiotomia seletiva. A OMS (1996), promovendo o parto normal, recomenda a episiotomia seletiva, ou seja a episiotomia deverá ser realizada apenas nos casos de sofrimento fetal, laceração perineal grave eminente, parto instrumental ou complicado (distócia de ombros, apresentação pélvica, macrossomia fetal).

No campo de estágio I constatei que, nas mulheres múltíparas se promovia a integridade do períneo. No entanto, na maioria mulheres sem partos vaginais prévios, era praticada a episiotomia. No campo de estágio II realizava-se episiotomia seletiva, sendo efetuadas as técnicas de promoção da integridade do períneo incluído o “irrigar” do mesmo com água quente. Assim, promovendo o parto normal,

tentei realizar episiotomia seletiva, médio lateral direita, resultando em 13 períneos íntegros, 13 lacerações de 1º grau, 14 lacerações de 2º grau, 1 laceração de 3º grau (situação de macrossomia e procedência da mão) e 32 episiotomias. Ao longo do estágio também desenvolvi competências de proteção do períneo realizando a manobra de Ritgen modificada, exercendo uma pressão suave na cabeça fetal prevenindo a sua expulsão rápida (Lowdermilk & Perry, 2008; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014).

Relativamente às técnicas de reparação do períneo, episiorrafia ou sutura de laceração, no percurso de desenvolvimento de competências subjacentes a estas técnicas, deparei-me inicialmente com algumas dificuldades, que ao longo do tempo e sob orientação clínica consegui colmatar, resultando no desenvolvimento de competências na identificação dos tecidos e na realização da reparação do períneo.

Sempre que a condição clínica do RN e da mãe permitiu, realizei a clampagem tardia do cordão umbilical, 1 a 3 minutos após o nascimento, indo de encontro ao preconizado por entidades nacionais e internacionais. Em bebês de termo esta conduta beneficia o aumento dos níveis de hemoglobina no nascimento, melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode ter um efeito favorável no desenvolvimento futuro (WHO, 2013; ACOG, 2017). Dei oportunidade à parturiente/companheiro para seccionarem o cordão umbilical tendo-me confrontado com duas situações de circulares apertadas, procedendo à clampagem imediata do cordão e sua secção.

O **3º estágio do TP**, corresponde à dequitação. Inicialmente ocorre o descolamento da placenta da parede uterina e a sua descida até ao segmento inferior e/ou vagina sendo depois expulsa para fora do canal de parto (Graça, 2010; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014). Pude observar, durante o estágio, os dois mecanismos de descolamento da placenta: Duncan (quando se exterioriza pela parte materna) e Schultz (quando se exterioriza pela parte fetal). Pude-me aperceber de que a dequitação estava a decorrer através da identificação da mudança da forma do útero provocada pela descida da placenta para o segmento inferior, pela saída repentina de sangue através do canal de parto, pela observação de membranas a nível do introito vaginal, pelo alongamento da porção de cordão umbilical visível à vulva e pelo aumento do volume notado na vagina (Lowdermilk & Perry, 2008; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014). Existem duas abordagens face à condução da dequitação, uma expectante, na qual se espera pela separação e

expulsão natural da placenta e uma ativa com a administração de uterônicos após o nascimento, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina após a expulsão da placenta (APEO & FAME, 2009; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014; OMS, 2014; NICE, 2014; OE, 2015a). O enfermeiro obstetra deve ser detentor de conhecimentos, técnicas e juízo crítico para levar a cabo o manuseamento ativo deste estágio do parto, podendo praticar o processo de dequitação ativo e/ou fisiológico (APEO & FAME 2009;OE, 2015).

Imediatamente após a saída da placenta era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard e avaliadas as perdas hemáticas, prevenindo hemorragia. Posteriormente inspecionava a placenta identificando as respectivas características e integridade das membranas amnióticas. Com o decorrer do estágio desenvolvi competências na identificação dos sinais de dequitação bem como no exame da placenta identificando todas as estruturas e sua integridade.

Considerando que “os cuidados prestados pelo EEESMO devem incluir a capacitação da cliente para posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida” (OE, 2015a, p.24) promovi momentos de educação para a saúde de modo a empoderar a parturiente e convivente significativo, sensibilizando-os para a realização do CPPP. Concomitantemente, implementei um ambiente promotor do CPPP, proporcionando um ambiente calmo, acolhedor, com baixa luminosidade e uma temperatura adequada. Muitas das mulheres que acompanhei durante o TP e às quais prestei cuidados para a realização do seu parto, optaram por realizar CPPP durante duas horas. O mesmo aconteceu a mulheres que, após o acompanhamento durante o TP, tiveram que ser assistidas por um obstetra para realização de parto instrumentado e nos quais eu estava presente para colaborar nos cuidados imediatos ao RN. Irei abordar esta temática e experiência no subponto 3.4.1.

No **4º estágio do TP**, providenciei cuidados de enfermagem especializados direcionados à vigilância quer da puérpera quer do RN, enquanto permaneceram na sala de partos ou no “recobro”, monitorizando alterações fisiológicas e prevenindo e identificando complicações pós-parto, promovendo assim a saúde da mulher/RN. Verifiquei que existem ainda muitas dúvidas em relação à temática da amamentação, tendo realizado educação para a saúde e esclarecido dúvidas sempre que solicitado pela puérpera/casal. Fiz observação da mamada e promovi a interação mãe/RN através do CPPP, observando igualmente as competências de reptação, busca e adaptação à mama por parte do RN. Intervi ativamente apenas na



presença de dificuldades ou quando solicitado pela mãe/casal, promovendo, protegendo e apoiando o aleitamento materno. Neste período, avaliava novamente os sinais vitais, o tônus uterino, a quantidade de perda hemática, o períneo, o estado geral, retirava o cateter epidural, se tivesse essa indicação, e proporcionava alimentação procedendo depois à transferência da díade para o serviço de obstetrícia, assegurando a continuidade de cuidados através dos registos de enfermagem adequados e da passagem de informação oral aos enfermeiros do respetivo serviço (Lowdermilk & Perry, 2008; APEO & FAME, 2009; Posner, Dy, Black, & Jones, 2014).

### **3.4 O cuidado ao RN, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina**

Neste subponto abordo o desenvolvimento de competências relacionadas com a prestação de cuidados imediatos ao RN/casal/família promovendo a sua adaptação à vida extrauterina, sendo posteriormente mais incisiva sobre a promoção do CPPP mãe/RN, após o nascimento.

Na sala de partos, durante o terceiro e quarto estádios do TP proporcionei um ambiente tranquilo e seguro para o RN. Quando era eu a prestar os cuidados inerentes à realização do parto, tornava-se necessária a colaboração de outro enfermeiro para que a atenção e cuidados à díade mãe/RN ocorressem simultaneamente. Imediatamente após a expulsão, centrava-me na observação e estabilização do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

O enfermeiro obstetra é detentor de competências que possibilitam “(...) a avaliação imediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina” efetuando, sempre que necessário, manobras de reanimação e referenciando as situações que se encontram para além da sua área de intervenção (Regulamento nº 127/2011, p.8664).

Imediatamente após o nascimento, o RN era observado, avaliando-se o seu bem-estar, era seco e colocado em CPPP com a mãe, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina assim como o aleitamento materno e a vinculação precoce. A avaliação inicial do RN era efetuada imediatamente após o nascimento através da aplicação do Índice de Apgar e de uma breve observação física (Lowdermilk & Perry, 2008) no sentido de detetar precocemente possíveis complicações. Para um estabelecimento eficaz da respiração era assegurada a permeabilidade das vias

aéreas, aspirando as secreções apenas quando necessário. De acordo com o protocolado em cada instituição hospitalar e na presença da mãe (APEO & FAME, 2009), o RN era identificado com pulseira de identificação e/ou eletrônica. Era também avaliado o peso do bebê, podendo ser eventualmente necessário, de acordo com protocolos do serviço ou prescrição médica, a realização de pesquisa de glicemia capilar. Procedi à administração de vitamina K, nas primeiras 2 a 4 horas de vida, de acordo com protocolo ou prescrição médica, tal como é recomendado, para a prevenção de doença hemorrágica neonatal (APEO & FAME, 2009).

As situações que ultrapassaram a área de intervenção do EEESMO foram sempre referenciadas. Certo turno deparei-me com um caso de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida. Tal como é referido pelo European Resuscitation Council (2015), para o êxito da reanimação neonatal são fundamentais a antecipação, a preparação adequada, uma avaliação correta bem como, o início atempado das manobras de suporte de vida. Este RN, que teve um APGAR de 4 ao 1º minuto, necessitou de manobras de reanimação nas quais eu colaborei “assegurando a reanimação do recém-nascido em situação de emergência” (Regulamento nº 127/2011, p.8664). Após manobras, ao 5º minuto o RN apresentou um Apgar de 7 e ao 10º minuto de 8. Para vigilância, e por existir a possibilidade de Síndrome de Depressão Respiratória, o pediatra decidiu que o RN seria internado na unidade de cuidados intensivos neonatais, tendo falado posteriormente com os pais. Após questionar se poderia levar o RN, à sala operatória, coloquei-o por breves instantes junto da mãe para que esta controlasse o estado de ansiedade, olhando e sentindo o seu filho. Posteriormente assegurei a transferência do RN para a unidade de cuidados intensivos neonatais.

Para planejar e prestar cuidados ao RN, após o nascimento, detetando precocemente alterações na adaptação à vida extrauterina é importante conhecer a história da gestação e do TP, tais como a existência de patologia materna associada, os rastreios bioquímico e biofísico, as ecografias dos 3 trimestres, as características do CTG ao longo do TP e do líquido amniótico.

Mais uma vez a minha experiência profissional, facilitou muito a aquisição e desenvolvimento de competências específicas no cuidado ao RN e família, no entanto, tentei usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram de modo a adquirir e/ou consolidar novos conhecimentos. Consegui estabelecer, com relativa facilidade, uma relação empática com os pais, identificando facilmente as

necessidades do RN.

### 3.4.1 Promoção do CPPP mãe/RN após o nascimento

Fundamentando a prestação de cuidados numa prática baseada na evidência, o EEESMO, procura a melhor evidência científica disponível aplicando-a à sua prática quotidiana. Uma prática baseada na evidência, de acordo com Craig e Smyth (2004), significa fazer algo de uma forma eficaz e igualmente com os mais elevados padrões de qualidade possíveis, garantindo que é feito bem para que se obtenham resultados benéficos. Partilhando as linhas orientadoras da OE (2006), considera-se uma “prática baseada na evidência” como sendo o recrutamento da melhor evidência científica disponível, reunida com a experiência e opinião de peritos assim como os valores e preferências dos clientes considerando os recursos disponíveis.

Desde o período pré-natal ao pós-natal, o EEESMO, apoiando-se na evidência científica disponível, tem um papel importante e encontra-se em posição privilegiada para intervir, numa lógica de parceria, perante a grávida/casal/família, capacitando-a, no que concerne aos benefícios decorrentes da realização do CPPP, promovendo esta prática, imediatamente após o nascimento.

Para promover uma reflexão dirigida à prestação de cuidados de qualidade, indo ao encontro da satisfação dos clientes, tentei compreender, através da análise dos 5 artigos seleccionados na revisão da literatura, as experiências das mulheres relativamente ao CPPP e as contribuições para a enfermagem de saúde materna.

Apesar dos benefícios já conhecidos e das recomendações emanadas por entidades internacionais, Byaruhang, Bergstrom, Tibemanya, Nakitto e Okong (2008), verificaram que existe um distanciamento entre o que são as recomendações e as práticas, facto corroborado também por Matos et al. (2010). Ambos identificaram uma carência de conhecimentos por parte da equipa de saúde e da mulher. Reconheceram que cabe à equipa multidisciplinar defender e implementar o CPPP imediatamente após o nascimento. A capacitação precoce da mulher/casal, munindo-os da informação necessária, para que o CPPP seja entendido e valorizado, poderá aproximar as práticas da evidência. Quando abordadas sobre as suas experiências certas mulheres manifestam preocupação com o coto umbilical pois pensavam que o RN, quando em CPPP com elas, poderia sentir dor. Outras indicaram inquietação pelo contato direto com os fluidos, vestígios

de sangue e vérnix caseoso, associando-os a sujidade e infeções. Mas, quando ambos os corpos se tocavam as emoções abarcavam um afeto natural e dominador que ultrapassava qualquer medo ou preconceito (Byaruhanga et al, 2008; Matos et al, 2010).

Anderzén-Carlsson, Lamy e Eriksson (2014), referem que mães e pais que passaram pela experiência de viver, na primeira pessoa, o CPPP com o seu filho, ainda na sala de partos, sentiram-no como um momento repleto de libertação de uma energia reparadora e renovadora. Expressam um sentimento único e muito especial de satisfação e bem-estar. As mães, em particular, referem-se a este primeiro contato e troca de olhares com o RN, como a experiência de um amor imediato e dominador.

No estudo de Finigan e Long (2014), foi referido que, contrariamente ao esperado pelos enfermeiros, as puérperas incluíram sentimentos de prazer e satisfação nos relatos das suas experiências. Constataram que existia uma resistência, por parte dos enfermeiros, para a efetivação do CPPP alegando sobrecarga de trabalho e a ideia preconcebida de que a mulher o considera abominável. Os estereótipos culturais podem condicionar as condutas dos profissionais. Quando eliminados estes chavões, as mulheres usufruem com satisfação do contato com o bebé sendo o estigma cultural cilindrado. O verdadeiro cuidado especializado do EEESMO, será culturalmente sensível, individualizado e sem suposições de respostas universais de um grupo específico, apoiando a mulher na tomada de decisão informada.

Considerando a humanização do nascimento, em especial o CPPP, Matos et al. (2010), concluíram que é de extrema importância mãe e filho vivenciarem esta experiência de forma plena, ainda na sala de partos. Para estes autores, no momento do parto podiam observar-se duas abordagens por parte dos profissionais de saúde envolvidos: profissionais com formação especializada que visavam uma prestação de cuidados distinta e de qualidade, ou profissionais mais intervencionistas que dificultavam o CPPP entre díade subvalorizando a grandeza deste cuidado. Da formação contínua e renovação de saberes dos profissionais de saúde pode emergir uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à díade/tríade/família e também o reconhecimento da profissão e competências dos mesmos. As mães atribuem um significado positivo ao contato imediato que estabelecem com o filho e o contributo da equipa de enfermagem é considerável.

Com momentos de reflexão entre os profissionais de saúde, sobre os cuidados prestados imediatamente após o nascimento, resultaram alterações dos mesmos, proporcionando uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Como é abordado por Santos, Silva, Carvalho, Carneiro, Santana e Fonseca, (2014), para um grupo de mulheres o nascimento do filho é vivenciado como um ato mecânico, isto é, não possuem autonomia suficiente para exercerem um papel ativo neste momento único. No pós-parto imediato mãe e filho são separados para que sejam prestados cuidados imediatos de rotina ao RN, sendo este momento ignorado como um espaço necessário de intimidade entre ambos. Os mesmos autores ressaltam a necessidade de uma reflexão e debate contínuo, entre os profissionais de saúde, sobre crenças e valores que possam influenciar as suas práticas quanto ao incentivo do quarto passo da Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê. Os resultados deste estudo pretendem estimular a reflexão destes profissionais, sobre a necessidade de prestar cuidados imediatos ao RN, imediatamente após o nascimento, estimulando deste modo a implementação do CPPP.

Durante o ER recorri a momentos de partilha com a mulher/casal para, de entre outros ensinamentos pertinentes ou por eles solicitados, abordar a temática do CPPP e perceber o que conheciam acerca da mesma. Constatei um desconhecimento total ou conhecimento limitado relativamente ao CPPP. Das 108 parturientes às quais prestei cuidados durante o 1º estágio do TP, 49 referiram nunca ter ouvido falar do CPPP, enquanto 59 já tinham ouvido falar. No entanto só 5 destas mulheres conheciam a prática e alguns dos seus benefícios. Assim, ao longo do ER fui sensibilizando a mulher/casal ou pessoa significativa para a temática do CPPP, capacitando-os através de educação para a saúde e promovendo uma tomada de decisão informada acerca da sua utilização, ou não, após o nascimento do bebé.

No EC III (cuidados de saúde primários), desenvolvi competências participando ativamente na conceção, planeamento, implementação e avaliação de programas de “preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Regulamento nº 127/2011, p.8664). Tendo identificado desconhecimento por parte da mulher/casal, durante o exercício da minha atividade profissional no bloco de partos, considerei que desenvolver uma atividade promotora do CPPP no contexto do estágio em cuidados de saúde primários seria uma mais valia para a tomada de decisão informada na sala de partos. Então, baseando-me na evidência científica, realizei uma apresentação, onde transmitia informação relativa ao CPPP, que foi

posteriormente integrada no programa de preparação para o parto e parentalidade do centro de saúde onde realizei o EC. Curiosamente, do conjunto de mulheres/casais que frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade, em que eu participei, prestei cuidados a 3 delas, durante o TP. Todas elas expressaram contentamento quando me viram “Ainda bem que está cá.; Que bom vê-la!” foram algumas das frases que me disseram. Tendo integrado a equipa de saúde que lhes prestou cuidados no período pré-natal, percebi que havia criado uma relação de empatia e confiança, inerente ao desenvolvimento de competências relacionais e conseqüentemente competências técnicas. As 3 eram detentoras de conhecimento relativo ao CPPP e realizaram-no, durante duas horas, com manifestações de felicidade, emoção e conforto. Relataram:

- “É tão bom senti-lo e cheirá-lo.” (P6); “Que sensação tão boa, tê-lo junto a mim.” (P24); “Este momento é inesquecível. Olhe enfermeira, está à procura da maminha”(P36).

A O.E. (2001), refere que os princípios humanistas que contemplam o respeito pelos valores, costumes, religião e outros previstos no código deontológico, caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros e dirige a boa prática de enfermagem. Sendo que “bons cuidados” pode ter um significado diferente de sujeito para sujeito, o exercício profissional do enfermeiro exige sensibilidade para lidar com essas diferenças tendo como objetivo a satisfação do cliente.

Com o presente e constante movimento das populações, observado através da emigração e imigração, em busca de novas oportunidades e melhores condições de vida, a prestação de cuidados culturalmente sensíveis tornou-se um requisito das práticas atuais.

Ao longo do TP prestei cuidados a 5 mulheres/famílias de etnia cigana, das quais 3 estavam acompanhadas pela sogra e 2 pela mãe. Todas desconheciam o CPPP, pelo que ao longo da evolução do TP, abordei a temática explicando em que consistia e os benefícios associados. Apenas uma consentiu realizar CPPP com o RN, tendo este sido vestido 60 minutos após o nascimento e após a primeira mamada, a pedido da avó. As restantes assentiram ao pedido das avós do RN para que ele fosse limpo e vestido, com receio que tivesse frio, por se sentirem incomodadas pelos líquidos associados ao parto e por questões culturais. Demonstrando respeito pela sua individualidade, tentei colmatar as dúvidas e gerar aprendizagem e novas capacidades a estas mulheres/convivente significativo,

fornecendo informação pertinente. Então diziam:

- “Sr<sup>a</sup> enfermeira o menino vai ter frio. Vamos vesti-lo.” (P5); “Então, agora tem que se vestir a criança, não tem jeito ficar assim.” (P57)

Então, reconhecendo os valores e costumes dos clientes, indo ao encontro da sua satisfação, promovi a integração do convivente significativo na prestação de cuidados, incentivando as avós a vestir os bebês.

As funções parentais têm vindo a transformar-se significativamente ao longo do tempo, trazendo consigo outras transformações, quer a nível individual (valores e modos de vida) quer no contexto e dinâmica familiar. Consequentemente surgiram transformações quer a nível individual (valores e modos de vida) quer no contexto e dinâmica familiar. Verificam-se transformações nas rotinas de mulheres e homens afetando os papéis familiares e sociais de ambos. A função paterna, outrora rígida, em que o homem era o único responsável pelo sustento da família, tem sofrido mudanças (Arruda & Lima, 2013).

Quando, por motivos clínicos, a mãe não se encontra disponível para realizar CPPP com o RN, o mesmo poderá ser realizado entre pai e filho, favorecendo a interação entre ambos. Um exemplo desta situação poderá ser um parto intervencionado por cesariana ou uma situação de cansaço materno extremo.

Uma cesariana pode tornar-se numa forma mais gentil de parir sendo encorajado o CPPP entre mãe/pai e o seu filho. Existe potencial para aumentar o número de pais e/ou mães que, o mais precocemente possível e durante o tempo que desejarem, estabeleçam CPPP, imediatamente após a cesariana. O RN reconhece a voz de ambos de modo natural e instintivo, sendo de realçar a necessidade de um ambiente de suporte proporcionado pelos profissionais de saúde que têm conhecimento sobre o processo de familiarização/vinculação que ocorre durante as primeiras horas após o nascimento. Para as mães a colocação do RN em contato com o peito paterno constitui uma intervenção importante para a nova família, refletindo-se num aumento da autoestima e responsabilidade paterna pela oportunidade de estabelecer laços afetivos com o RN (Ayala *et al.*, 2015).

Em Portugal, o Ministério da Saúde através do Despacho nº 5344-A/2016, de 19 de abril, esclareceu do direito de acompanhamento da grávida pela pessoa significativa, não só durante todas as fases do TP como também nos partos por cesariana à exceção de situações clínicas que o impossibilitem, sendo estas explicadas aos clientes e devidamente registadas no processo clínico. Era

expectável que, no prazo de 3 meses a partir da data de publicação deste despacho, as instituições com bloco de partos adotassem medidas para cumprimento do mesmo. Nas instituições onde realizei o ER ainda não estavam reunidas condições para o cumprimento do referido despacho.

Perante uma situação de cesariana eletiva, promovi o CPPP proporcionando tempo e um ambiente calmo. Conversei com o casal sobre o CPPP percebendo que já tinham ouvido falar mas que não conheciam bem os seus benefícios, informação que lhes facultei. Decidiram que o pai pretendia realizar CPPP com o RN após o nascimento. Tendo sido eu a prestadora de cuidados imediatos ao RN, após observação pelo pediatra, ajudei o pai a realizar CPPP, proporcionando-lhe o apoio necessário para o seu conforto e bem-estar. Observei que tanto o pai como o RN estavam a desfrutar do momento na sua plenitude, corroborando o que referem os autores Erlandsson, Dsilna, Fagerberg e Christensson, (2007). Estes, realizaram um estudo na Suécia onde relacionavam o CPPP do pai com o RN, durante e imediatamente após cesariana, com o choro e os comportamentos de busca da mama. Concluíram que os bebés que realizavam CPPP ao fim de 15 minutos já transmitiam uma resposta àquele cuidado que lhes era prestado. Apresentavam-se mais calmos e paravam de chorar, atingindo um estado de sonolência quando comparados com os que não realizavam CPPP. Apesar do pai não ser possuidor da capacidade de amamentar conseguiram observar que o CPPP com o pai era um fator potenciador e facilitador do desenvolvimento de comportamentos de busca por parte do neonato. Pode ler-se neste estudo que perante os fatos analisados e os benefícios demonstrados, numa cesariana, durante o período de separação entre a mãe e seu filho, o pai deveria ser visto como o seu principal cuidador.

O RN, adaptado à vida extrauterina, ao fim de 30 minutos começou a demonstrar os sinais reptação e procura/busca da mama. Quando a mãe chegou ao recobro, emocionou-se e, a pedido de ambos os pais, procedi à transferência do RN para junto da mãe, em CPPP, tendo-se adaptado de imediato à mama, com sinais de boa pega. Relativamente à experiência do CPPP com o RN a mãe descreveu-a assim: “É tão bom senti-la junto a mim. Sentir o seu cheiro, a sua respiração. Estou muito feliz, sem a sua ajuda esta experiência não teria sido possível!” (P15) Para Matos et al. (2010), as mães atribuem um significado positivo à vivência do CPPP, sendo o contributo da equipa de enfermagem essencial, e referido como significativo, para as mães.



Alguns autores referem a urgência em capacitar a mulher/casal, desde o período pré-natal, para que possam viver a maternidade com segurança e consciência (Byaruhanga et al.,2008; Santos et al.,2014). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica um elemento importante integrante da promoção da saúde é “o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (OE, 2011b, p.6). Durante o EC realizei um jornal de aprendizagem no qual refleti sobre a prestação de cuidados a um casal que tinha um completo conhecimento relativamente ao CPPP. Eles tinham frequentado um programa de preparação para o parto e parentalidade e quando abordados sobre a temática do CPPP manifestaram o desejo de, imediatamente após o nascimento, o RN realizar inicialmente o CPPP com o pai e posteriormente com a mãe. Esta decisão prendia-se com o fato de que o pai teria de ir para casa no período da noite, que se aproximava. Estes pais tiveram várias demonstrações de afeto e emoção ao ver e tocar o seu bebé, relatando: “sentimos uma explosão de alegria. Sentir o corpo dela a tocar no meu é mesmo um momento único.” (P31, mãe); Este momento do contato com ela é ainda mais mágico do que eu imaginava.” (P31, pai)

Após o nascimento, um grande número de RN de termo respira espontaneamente, mantendo a respiração dentro dos padrões considerados normais para a idade gestacional. Contudo, poderão observar-se sinais de dificuldade respiratória, como o gemido expiratório (Lowdermilk & Perry, 2008). De entre outros parâmetros, foi investigado por Moore et al. (2016) a relação entre a realização de CPPP mãe/RN e a estabilização cardiorrespiratória do RN, após o nascimento. Concluíram que existe uma melhor estabilização cardiorrespiratória do RN quando lhe é proporcionado o CPPP, após o nascimento. Observei e prestei cuidados imediatos a três RN, em colaboração com o pediatra que, após realização de parto instrumentado, apresentavam gemido e cujos pais, ainda durante o 1º estágio do TP tinham demonstrado interesse em experienciar o CPPP com o RN. Relativamente a estes bebés foi proporcionado o CPPP. Após 50 minutos de CPPP verificou-se que os RN já não apresentavam gemido, estavam rosados e à procura da mama. Uma mãe verbalizou: “Sinto-me tão feliz! Já não ouço o som que ele fazia e está tão quentinho.” (P6) Nas três situações verificou-se uma boa adaptação à mama e um 4º estágio de TP sem intercorrências, tendo posteriormente procedido à transferência das díades para o internamento de puerpério.

Acredito que para promover o CPPP é fundamental incentivar, informar e apoiar, junto da mulher/casal/família, a sua realização desde o período pré-natal até ao momento da alta hospitalar.

### 3.5 Cuidar enquanto enfermeira obstetra

Como referi inicialmente, e fundamentando as minhas intervenções num cuidado humanizado, o modelo teórico que norteou a minha prática de cuidados, nomeadamente para a promoção do CPPP, foi a Teoria de Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson (1991). Neste subponto pretendo sintetizar o que foi a minha experiência do cuidar obstétrico, enquadrando a definição de cuidar que tem subjacente esta Teoria. Na figura 1 sintetizo esta minha experiência.

Para desenvolver as competências inerentes ao meu processo formativo, com base numa prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência, revelou ser de extrema importância conhecer a Mulher como a entidade beneficiária dos mesmos, enquanto ser único, sociável e agente intencional de comportamentos, com dignidade própria e direito a auto determinar-se (OE, 2010).

Swanson (1993), reforça que a pessoa é um ser único, em constante transformação, que se exprime através de pensamentos, sentimentos e comportamentos. Alude também que a experiência de vida é influenciada pela herança genética, compromisso espiritual e pela capacidade de praticar livre arbítrio. A pessoa na sua totalidade não está estagnada, mas sim em constante mutação.

Para Swanson (1991), **cuidar** consiste num modo nutritivo de se relacionar com o outro, valorizando-o, e com o qual tem um sentimento de compromisso e responsabilidade. Ao estudar a perceção do enfermeiro sobre a prestação dos cuidados de enfermagem, Swanson (1991), definiu 5 componentes do processo de cuidar, que se interligam e interagem continuamente entre si: manter a crença, conhecer, estar com, fazer por e possibilitar.

Na minha perspetiva, esta definição ilustra o que foi a minha experiência de cuidar a Mulher nos contextos de SUOG e de Bloco de Partos.

Em ambos os contextos, tal como Swanson enuncia, estabeleci *manter a crença* como base para a prestação de cuidados. Tendo em consideração os valores da mulher, mantive a fé e a esperança, e acreditei na sua capacidade de ultrapassar

o acontecimento que estava a vivenciar (seja do foro ginecológico ou obstétrico), promovendo uma visão do futuro, realista e com um significado.

### **Serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia**

De acordo com o pensamento de Swanson (1991), reportando-me às situações do foro ginecológico, em especial às situações de abortamento, para além de manter a crença importa conhecer a mulher/casal, como um todo, e o significado que aquele acontecimento tem nas suas vidas. Para tal, é necessário estabelecer uma relação terapêutica centrada na pessoa cuidada, evitando suposições e juízos de valor. Desenvolvi competências prestando cuidados de enfermagem promotores deste conhecimento, centrando-me nas necessidades da mulher/casal e tendo em vista o seu bem-estar. Salvaguardando os princípios éticos e deontológicos, proporcionei um ambiente calmo, oferecendo privacidade e demonstrando disponibilidade para ouvir e estar com eles, naquele momento de fragilidade. Nesta situação estar com a mulher/casal significa estar emocionalmente presente, partilhar os seus sentimentos numa caminhada conjunta, facultando informação clara para que possam participar no seu plano de cuidados. Sempre que necessário, de modo a promover o conforto e bem-estar, fiz pela mulher o que ela faria, de forma autónoma, se tal fosse possível. Assim, com uma atitude humana de respeito, através do conhecimento, foi possível identificar e planejar estratégias, com vista ao crescimento do outro, permitindo-lhe exercer livre arbítrio, possibilitando-lhe a vivência de algo inesperado.

De forma similar estes componentes do processo de cuidar adaptavam-se à grávida/casal que recorria à urgência. Foi preponderante conhecer e estar com a grávida/casal para poder prestar cuidados individualizados e adaptados às suas necessidades. Considerei importante envolver-me empaticamente na sua situação, demonstrando disponibilidade para exporem sentimentos e preocupações, escutando-os atentamente. Pude fazer pela grávida o que ela estava impossibilitada de fazer de forma autónoma, principalmente no âmbito da promoção do conforto e bem-estar. Ao esclarecer dúvidas e anseios e ao proporcionar informação pertinente, capacitei a grávida possibilitando-lhe deste modo ultrapassar de forma positiva um acontecimento inesperado e/ou desconhecido.

## **Bloco de partos**

Acredito também que na base da prestação de cuidados à parturiente/casal, se encontra manter a crença. O enfermeiro obstetra acredita que, durante o TP, a parturiente/casal irão superar os momentos mais difíceis e angustiantes, por forma a atingir os seus objetivos e expectativas.

Deste modo, à luz do Cuidar de Swanson (1991), com uma atitude humana de respeito, apoiei a parturiente/casal, com otimismo realista face à situação, sem alimentar falsas expectativas, para que este momento fosse por eles considerado como um passo para um futuro com significado. Procurei, conhecer o casal, compreendendo o significado do acontecimento para as suas vidas e estar presente demonstrando disponibilidade para a sua realidade (Swanson, 1993). Respeitando a dignidade e expectativas da parturiente apoiei o seu plano de parto, mesmo que somente verbalizado, proporcionando-lhe um papel ativo e a tomada de decisão esclarecida, promovendo intervenções de qualidade num ambiente seguro.

Procurei oferecer à parturiente/casal um modelo assistencial holístico, compreendendo que as suas decisões poderiam estar condicionadas por normas culturais e sociais, dependendo do contexto onde estão inseridas.

Para construir uma relação terapêutica baseada na confiança mútua mostrei disponibilidade para estar com a parturiente/casal na especificidade da sua situação, permitindo-lhes explicar os seus sentimentos, facultando-lhes tempo e escutando-os ativamente e atentamente. Mobilizando os processos do cuidar de Swanson, estar com, implica estar emocionalmente presente e envolvido no desenrolar da situação, partilhando sentimentos bons e menos bons, de forma a que a mulher receba a compreensão, preocupação e atenção por parte do EEESMO (Swanson, 1993; Coutinho, 2006).

Ao longo do TP, com o objetivo de promover o conforto e o bem-estar, fiz pela parturiente o que ela não conseguiu fazer de forma independente. Por exemplo, prestei cuidados de higiene perineal quando era necessário e ela não o conseguia fazer, e apliquei contrapressão para alívio da dor, envolvendo posteriormente o marido/companheiro na prestação deste último cuidado.

Durante a minha prestação de cuidados nos diferentes estádios do TP, utilizei o conhecimento adquirido e as competências desenvolvidas de modo a possibilitar à parturiente/casal a tomada de decisão consciente e informada, potenciando a

vivência positiva desta experiência.

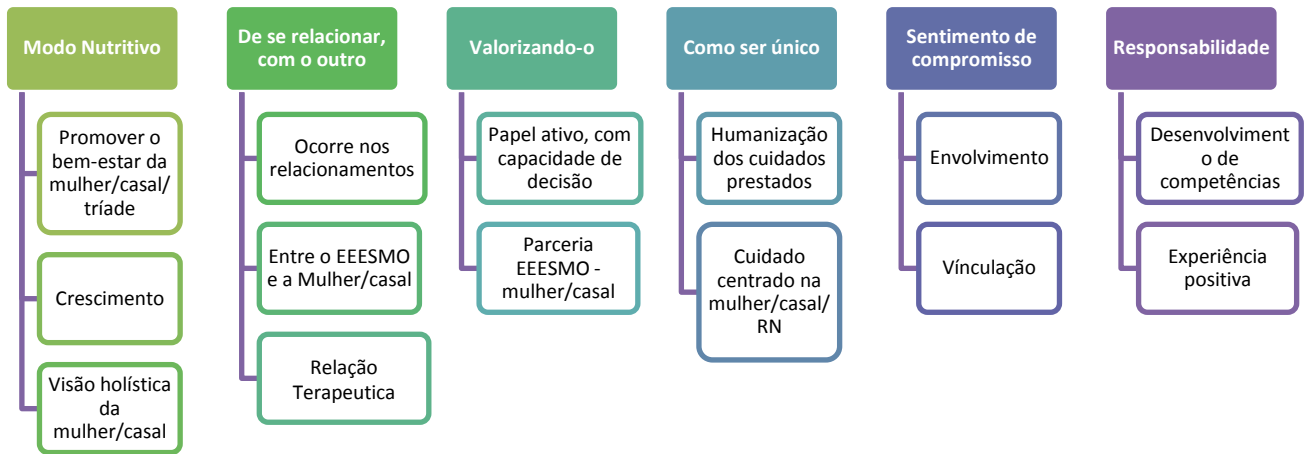
Apoiando-me na definição de cuidar de Swanson, prestei cuidados de enfermagem especializados, articulando-me com a equipa multidisciplinar, em parceria com a mulher/casal, planeando, implementando e avaliando as intervenções centrando-me no conhecimento das suas necessidades, sempre com uma visão holística da pessoa e com o objetivo de promover o seu bem-estar (Swanson, 1993).

### **Promover o CPPP mãe/RN**

Indo ao encontro dos componentes do processo de cuidar de Swanson (1993), respeitei as crenças e valores da parturiente/casal acreditando que poderiam experienciar o CPPP, com o RN, caso fosse esse o seu desejo. A promoção e realização do CPPP, implicou conhecer a parturiente/casal/pessoa significativa, procurando estabelecer com elas uma relação terapêutica, percebendo se existiam expectativas, e quais eram, relativamente ao CPPP. Enquanto estive com a parturiente/casal durante o TP, promovi a sua realização com recurso à educação para a saúde, abordando os seus benefícios. Procurei gerar crescimento que potenciasse um papel ativo por parte da mulher/casal/convivente significativo, capacitando-os para a tomada de decisão. A implementação deste cuidado significa estar com a mulher/casal/convivente significativo não só durante o TP, mas também nas primeiras horas de vida do RN. Imediatamente após o nascimento, é importante que o enfermeiro preste apoio para a realização do CPPP, procurando fazer pela mulher/casal o que seja sua intenção, podendo passar por colocar o RN sobre o abdómen materno ou paterno. É essencial que o EEESMO demonstre envolvimento com a situação e disponibilidade para estar com a díade/tríade possibilitando não só a realização do CPPP mas que este momento se constitua como uma experiência positiva.

O enfermeiro obstetra desenvolve um compromisso e sentido de responsabilidade com a mulher/casal, oferecendo cuidados de enfermagem especializados, humanizados, eficientes e oportunos ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

**Fig.1 – O Cuidar enquanto enfermeira obstetra**



#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo formativo do enfermeiro constitui um imperativo na procura da excelência na sua prestação de cuidados, possibilitando o aprofundar e/ou complementar de saberes, habilidades e atitudes, utilizados na prática clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

As necessidades e exigências da população ao nível dos cuidados de saúde são cada vez maiores pelo que, para lhes dar resposta cabal a disciplina de Enfermagem deverá desenvolver-se tendencialmente para um nível de prestação de cuidados de Enfermagem Avançada. Um enfermeiro de enfermagem avançada é aquele que, prestando cuidados é co-produtor de conhecimentos e transmissor desses conhecimentos. Possuir o melhor argumento teórico-científico é contagiante no contexto da prática de cuidados. Como nos refere o Professor Doutor Abel Silva, enfermeiro, a análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções, e portanto melhora a qualidade dos cuidados de saúde (Silva, 2007).

Com o presente relatório pretendi espelhar o percurso de aprendizagem desenvolvido, incidindo particularmente sobre a UC Estágio com Relatório e o seu contributo para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira obstetra. Este percurso convergiu para o desenvolvimento de competências no âmbito da saúde materna e ginecológica.

Durante este percurso mobilizei e aprofundei os conhecimentos teórico-científicos para a prática de cuidados, de modo a fundamentar a minha intervenção, desenvolvendo um olhar holístico face à Mulher inserida na família e comunidade.

Ao longo desta caminhada, deparei-me com uma diversidade de oportunidades de aprendizagem, tendo cada uma delas contribuído, de forma única, para a consecução dos objetivos a que me propus no início do estágio. Enquanto futura enfermeira obstetra, ao prestar cuidados no SUOG desenvolvi competências, perante situações de urgência obstétrica e/ou ginecológica. Tendo em consideração o papel que o enfermeiro obstetra assume neste contexto, a multiplicidade de diagnósticos com que se depara exige a competência para uma diversidade de cuidados a prestar, face às necessidades identificadas.

Também o desenvolvimento desta experiência no bloco de partos me permitiu

atingir o objetivo de desenvolver as competências necessárias à prestação de cuidados especializados à mulher/casal/RN nos diferentes estádios do trabalho de parto. Reconhecendo este acontecimento como especial na vida da mulher/casal, percebi que no futuro, enquanto enfermeira obstetra, poderei contribuir para que a experiência do parto seja ainda mais significativa, envolvendo-os no planejamento e execução do seu parto. Neste sentido, quando intervi junto da mulher/casal/RN, procurei prestar cuidados significativos estabelecendo uma relação empática, de confiança, respeitando as suas crenças e valores, indo ao encontro das suas expectativas.

A humanização dos cuidados impõe um processo reflexivo sobre os valores e princípios que norteiam a prática profissional, cujo foco principal é a salvaguarda da dignidade da mulher/casal, com respeito pelas suas necessidades, valores éticos e princípios morais, o alívio da dor e do sofrimento através dos recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis.

Na prestação de cuidados de enfermagem ao longo do decurso do ER e durante a redação do presente relatório respeitei sempre os valores humanos, direitos, deveres e responsabilidades que regem a profissão e que se encontram descritos no Código Deontológico do Enfermeiro, revelando capacidade de tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2011b), das quais realço a defesa e respeito pela intimidade das parturientes e pelo sigilo profissional (Artigos 106º e 107º do Código Deontológico do Enfermeiro).

No que respeita ao desenvolvimento de competências relativamente à promoção do CPPP mãe/RN, baseei a procura para a melhor prática de cuidados na evidência científica, através da realização de uma revisão da literatura. Considerei importante conhecer o significado atribuído pelas mães à realização do CPPP, de modo a adequar os cuidados prestados às suas expectativas, fomentando a satisfação por parte da mulher/casal. Da análise da evidência selecionada ressalta que, apesar das recomendações atuais, existe ainda um afastamento entre estas e a prática de cuidados. Seja no âmbito da revisão da literatura ou da análise dos dados por mim colhidos, as mães referem-se a esta experiência como positiva e importante e salientam a importância do apoio prestado pelo enfermeiro. O enfermeiro obstetra tem um papel fundamental na promoção do CPPP junto da mulher/casal/família, desde o período pré-natal, capacitando-os com informação pertinente e prestando o apoio necessário à sua realização, ou não, após o nascimento. É importante



salientar que a realização de CPPP pressupõe consentimento informado por parte da mãe ou do pai, dependendo de quem vai, ou não, proporcionar esse cuidado ao RN.

Cabe a todos os profissionais de saúde a procura da excelência dos cuidados oferecidos à população. Enquanto futura enfermeira obstetra irei continuar a investir na minha formação relativamente ao CPPP após o parto normal e, também após cesariana. Procurarei continuar a envolver e incentivar a equipa de saúde do meu local de trabalho na promoção e capacitação da mulher/casal/família para a realização do CPPP, contribuindo para o bem-estar da díade, assegurando a adaptação do RN à vida extrauterina e promovendo a transição para a parentalidade. Pretendo ainda elaborar e submeter para publicação um artigo no âmbito desta temática, dando-lhe assim maior visibilidade e procurando sensibilizar outros profissionais de saúde.

Durante o desenvolvimento do meu percurso de aprendizagem, onde se inclui a realização do presente relatório fui confrontada com certas limitações. Apesar de ter constituído uma experiência enriquecedora, o fato de um dos contextos de estágio se encontrar significativamente longe da minha área de residência e da família e simultaneamente estar a desenvolver a minha atividade profissional, constituiu um obstáculo significativo. O surgimento inesperado de circunstâncias pessoais e familiares de doença vieram também acrescentar dificuldades a este percurso. No entanto e citando o poeta:

“(...) Valeu a pena? Tudo vale a pena  
Se a alma não é pequena.  
Quem quer passar além do Bojador  
Tem que passar além da dor.  
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,  
Mas nele é que espelhou o céu.”

Fernando Pessoa, in Mensagem (1934)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, R.M. (2014). *Nursing theorists and their work*. (8ª. Ed), Riverport Lane: Elsevier.
- Almeida, O., Gama, E., Bahiana, P. (2015). Humanização do Parto – a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 4(1). 79-90.  
**DOI:** 10.17267/2317-3378REC.V4il.456
- American College of Nurse-Midwives: ACNM, Midwives Alliance of North America: MANA & Nacional Association of Certified Professional Midwives: NACPM (2012). Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement By ACNM, MANA and NACPM. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 14-17. Acedido a 20/07/2016. Disponível em:  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647729/http://australiancollegeofmidwiveswabranch.blogspot.pt/2010/11/21\\_strategies-to-help-](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647729/http://australiancollegeofmidwiveswabranch.blogspot.pt/2010/11/21_strategies-to-help-)
- American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Guidelines for Perinatal Care - seventh edition. *Washington: American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists*. Acedido a 21-09-2016. Disponível em:  
[http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Guidelines\\_for\\_Perinatal\\_Care.pdf](http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Guidelines_for_Perinatal_Care.pdf)
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Women's Health Care Physicians. *Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. Committee Opinion on Obstetric Practice, Nº 687, 02/2017. Acedido a 05/03/2017. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co687.pdf?dmc=1&ts=20170622T2209467349>
- Anderzén-Carlsson, A.; Lamy,Z.; Eriksson M. (2014). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 9(24906). **DOI:** 10.3402/qhw.v9.24906
- Arruda, S. & Lima, M. (2013). O Novo Lugar do Pai como Cuidador da Criança. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 4(2), 201-2016.  
**DOI:** 10.5433/2236-6407.2013v4n2p201.
- Australian College of Midwives: ACM (2010). *Keeping Birth Normal*. Acedido a 08-12-

2016. Disponível em: [keep-birth-normal.html](http://keep-birth-normal.html)

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras: APEO e Federación de Asociaciones de Matronas de España: FAME (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Loures: Lusociências. (tradução do original espanhol Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso, 2008, Barcelona: FAME.

Ayala, A., Chistensson, K., Velandia, M., Erlandsson, K. (2015) Mother's Experiences and Perceptions of a Continuous Caring Model with Fathers after Caesarean Section: A Qualitative Study. *Women's Health Open Journal*. 1(3). 63-71.

**DOI:** 10.17140/WHOJ-1-110

Bento, A. (2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*. (65). 42-44.

Bigelow, A., Power, M., McLellan-Peters, J., Alex, M. & McDonald, C. (2012). Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *JOGNN*. 41 (3). 369-382.

**DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x

BUCKLEY, Sarah J. (2015). Hormonal physiology and childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *Childbirth Connection Programs, National Partnership for Woman & Families*. Acedido a 21/02/21017. Disponível em <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>

Byaruhang, N., Bergstrom, A., Tibemanya J., Nakitto, C., Okong P. (2006) Perceptions among post-delivery mothers of skin to skin contact and newborn baby care in periurban hospitalin Uganda. *Midwifery*, (24), 183-189.

**DOI:** 10.1016/j.midw.2006.09.002

Camarneiro, A., Maciel, J. & Silveira, R. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(4ª Série), 109-117. Acedido a 21/02/2017. Disponível em

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn5/serlVn5a13.pdf>

Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Acedido a 21/06/2016. Disponível em [https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp\\_national\\_framework\\_e.pdf](https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf)

- Canadian Association of Midwives/Association Canadienne des Sages-Femmes: CAM/ACSF (2010). Position statement: Midwifery Care and Normal Birth. Acedido 20/11/2017. Disponível em: <http://www.canadianmidwives.org/position-statements.html>
- Craig, J. V. & Smyth R. L. (2004). *Prática baseada na evidência – Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Colman, L., Colman, A. (1994). *Gravidez A Experiência Psicológica* (I. Belchior). Lisboa: Edições Colibri. ( Pregnancy-The Psychological Experience 1991, New York: The Noonday Press, Rev. And expanded ed.)
- Coutinho, E. (2006). *A experiência de ser cuidada na sala de partos*. *Rev. Sinais Vitais*, 68, 61-66 Acedido a 02/09/16 Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf>
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, série I-A*, nº 205 (04/09/1996). 2959 a 2962
- Despacho nº 5344-A/2016 de 9 de abril (2016). *Diário da República, 2ª série*, nº 76 (19/04/2016) 12560.
- Direção-Geral de Saúde (2015). Orientação nº 1/2015 de 19/01/2015 - *Trabalho de Parto Estacionário*. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2001). Circular informativa nº 16/DSMIA de 07/09/01 – *Boletim de saúde da grávida*. Acedido em: 9/09/2016. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/-boletim-de-saude-da-gravida.aspx>
- DUARTE (2008). Da expectativa à experiência ser cuidado pelos EESMO na sala de partos. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. N.º 9, p. 34-40.
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007). Skin-to-Skin Care With Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*, 34 (2), 105-114. Acedido a 27/05/16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17542814>
- Finigan, V., Long T. (2014). Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth “dirt”. *International Nursing Review*, (61), 270-277.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8383-10-X.

GRAÇA, L. M. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed.). Lisboa:Lidel.

Gonçalves, C., Ramos, V. (outubro, 2010). Cidadania e Saúde um caminho a percorrer. *Alto Comissariado da Saúde e Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido a 12/07/2017. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpenqine.netdna-cdn.com/files/2010/07/CS2.pdf>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2013). *O Cuidar em Perspectiva*. Loures.

ICM (2008). *Position Statement 6.1.d: Keeping Birth Normal*. Acedido em 20/11/2017. Disponível em [http://www.apeobstetras.org/docs/Position\\_statements\\_61d%20Keeping%20Birth%20Normal\\_ICM2008.pdf](http://www.apeobstetras.org/docs/Position_statements_61d%20Keeping%20Birth%20Normal_ICM2008.pdf)

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido em 10/04/2016. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Joanna Briggs Institute (2014). *Reviewer's Manual: 2014 edition*. Adelaide: The Joana Brigs Institute

Kalfoss, M. & Owe, J. (2015). Empirical verification of Swanson's caring processes found in nursing actions: Sistematic Review. Scientific. *Open Journal of Nursing*, 5, 9976-986. **DOI:** 10.4236/ojn.2015.511104 Acedido a 21/09/2016 Disponível em [http://file.scirp.org/pdf/OJN\\_2015111115445216.pdf](http://file.scirp.org/pdf/OJN_2015111115445216.pdf)

Karlstrom, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. Biomed Central, Pregnancy and Childbirth. **DOI:** 10.1186/s12884-015-0683-0 Acedido a 21/09/2016 Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600272/pdf/12884\\_2015\\_Article\\_683.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600272/pdf/12884_2015_Article_683.pdf)

- Lamaze International (2003). *Práticas de atenção e cuidados que promovem o Parto Natural. Não separar a mãe do bebê depois do parto, com benefícios ilimitados para a amamentação*. Acedido em 21/04
- Lei nº 111/2009, de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo *Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril. Diário da República I Série, Nº 180 (16-08-2009) 6528-6550*;
- Lei nº 15/2014, de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, 1ª série, Nº. 57 (21-03-14) 2127-2131*.
- Lothian, J. A. (2014). Healthy Birth Practice nº 4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198-206.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.) Lusodidata <https://www.google.pt/#q=aplicacion+de+la+teoria+de+kristen+swanson+en+el+cuidado+de+pacientes+con+enfermidad+coronaria>
- Matos, T., Souza, M., Santos, E., Velho, M., Seibert, E., Martins, N. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 63(6): 998-1004.
- Méndez, J. & Garzón, J. (2016). Aplicación de la teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia. Acedido a 10/05/2016. Disponível em: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/998>
- Mercer, R., Hackley, K & Bostrom, A (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research*, 32(4), 2002-2007 Acedido em 20/04/2017 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6553242>
- Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão 2020 – *Direção-Geral da Saúde*. Acedido a 08/05/2017. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N. & Dowswell, T. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, Issue 11, 1-163. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, Issue 5, 1-107. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Moura, M., Guimarães, M. & Luz, M. (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface*. 17(35), 393-404. Acedido em 19/04/2017 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop11113.pdf>;
- New Zealand College of Midwives: NZCM (2006). *Consensus statement – Normal Birth*. Acedido a 24/05/2017. Disponível em <http://www.midwife.org.nz/quality-practice/nzcom-consensus-statements>
- NICE. (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *NICE clinical guideline 190*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Acedido a 21/09/2016. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- OE & APEO. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 26-06-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro\\_parto\\_normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, *enunciados descritivos/ Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Acedido a 02/06/17. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Consentimento informado para intervenções de enfermagem: *Enunciado de posição*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 02/10/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código deontológico do Enfermeiro. Estatuto da OE*. Lisboa, Portugal. OE



- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico electrónico externo em consulta de vigilância pré-natal. *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Parecer nº 16/2011*. Acedido a 21/09/2016. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer16\\_MCEESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer16_MCEESMO.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido a 19/05/2017. Disponível em  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido a 19/05/17. Disponível em  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PelePeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PelePeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Livro de Bolso - Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Código Deontológico*. Acedido em: 23/01/2017. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Acedido a 21/09/2016. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf)
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote*. 6ª ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill e Artmed.
- Rarabelo, L. R. (2006). *A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar*. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação do curso de Mestrado. Porto Alegre.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das*



*Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653.

Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666.

Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, A., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N. (...) & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384, 1129-1145

**Doi:** dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3

Rodríguez , V., Valenzuela, S. (2012). Teoria de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoria de mediano rango para la enfermeira profesional en Chile. *Enfermaria Global*. (28),316-322. ISSN: 1695-6141. Acedido a 11/06/17. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>

Santos, L., Silva, J., Carvalho, E., Carneiro, A., Santana, R., Fonseca, M. (2014). Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enfermagem*. 67(2), 202-207.

Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 11-20

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

Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of nursing scholarship*, 25(4), p. 352-357.

The Royal College of Midwives: RCM (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-lead care in labour*. Acedido a 14/05/17. Disponível em <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Introduction.pdf>

UNICEF. *Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Acedido em 10/09/2016. Disponível em:

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

UNICEF. *Skin-to-skin contact*. Acedido em 02/09/2016. Disponível em:

<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly->

[research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/](#)

World Health Organization & UNICEF (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: a 20-Hour Course for Maternity Staff.* Acedido a 10/09/2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf)

World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide. Reproductive Health and Research* – WHO: Geneva. Acedido a 20/10/2016. Disponível em [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241590351/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/)

WHO. (2012). *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage: Evidence Base.* Geneva. WHO

WHO (2013). O Clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. Acedido em: 09/09/2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf?locale=es&null](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf?locale=es&null)

**APÊNDICES**

**Apêndice I:** Quadro de análise dos artigos selecionados na Revisão da Literatura

## **Apresentação dos artigos selecionados para a revisão da literatura**

A revisão da literatura teve por base a questão de pesquisa: “***Quais as experiências das mulheres relativamente ao contato precoce pele-a-pele com o recém-nascido após o nascimento?***”

A pesquisa bibliográfica foi efetuada na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) Plus with Full Text e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) with Full Text, nas quais utilizei descritores indexados. Foram consultadas também, as bases de dados b-On e ScienceDirect utilizando descritores em linguagem natural.

A seleção dos artigos teve como critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis para consulta; artigos escritos em inglês ou em português e artigos enquadrados no âmbito da temática.

Os quadros apresentados correspondem aos 5 artigos selecionados. O título de cada quadro corresponde ao título do respetivo artigo. Em cada quadro é apresentado o título, os autores, a revista onde foi publicado e o ano de publicação. Apresento também o tipo de estudo apresentado e o seu objetivo. Finalizo com as conclusões, dos autores, pertinentes para a questão de pesquisa.

---

**Quadro 1** “Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda.”

**Autor(es)/Ano/Revista/nº** Byaruhanga, R., et al. /2006/Midwifery

**Tipo de Estudo** Qualitativo

**Objetivo do Estudo**

- Explorar as percepções de um grupo de puérperas relativamente ao contato precoce pele-a-pele e cuidados ao recém-nascido de modo a compreender os fatores que podem influenciar a aceitabilidade desta prática.

**Conclusões pertinentes para a Questão de Pesquisa**

- As mulheres demonstraram receio de que a colocação do RN em contato precoce pele-a-pele os magoasse. No entanto, quando sentiam o bebé diretamente no seu tórax tinham um sentimento natural de afeto.
- Os vestígios de sangue e fluidos causavam inquietação às mulheres, sendo seu desejo que dessem banho ao RN antes de os colocarem em CPPP.
- Existem lacunas entre a evidência e a prática desta simples intervenção no pós parto, quer por parte da equipa de saúde quer por parte das puérperas.
- Há necessidade de aproximar a prática da evidência sendo que os profissionais de saúde deverão defender e implementar esta intervenção regularmente, dotando a população da informação necessária para que a mesma seja compreendida e valorizada.

---

---

**Quadro 2** “Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem.”

**Autor(es)/Ano/Revista/nº.** Matos *et al.*/2010/*Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*/nov-dez

**Tipo de Estudo** Estudo descritivo, de natureza qualitativa.

**Objetivo do Estudo**

- Compreender o significado do contato precoce pele-a-pele mãe-filho para o ser-mãe.
- Identificar características do estabelecimento do contato pele a pele da díade mãe-filho (tempo para início, duração e motivos para o término do contato).
- Explorar quais as contribuições da enfermagem para a realização deste procedimento na primeira hora após o nascimento.

**Conclusões pertinentes para a Questão de Pesquisa**

- Demonstrou a importância de mãe-filho vivenciarem, de forma plena, o contato pele-a-pele ainda na sala de parto.
- O significado do contato precoce pele a pele mãe-filho atribuído pelas mães é positivo e o contributo da equipa de enfermagem para o estabelecimento desse contato é considerável. O suporte profissional, oferecido à díade para a realização do contato precoce mãe-filho, que inclui a atenção com o ambiente envolvente e a interação com a díade efetuando o mínimo de intervenções e ajudando no reconhecimento mãe-filho, vai no encalce do recomendado atualmente e que tem igualmente importância para a mãe.
- Revelou um distanciamento entre as recomendações e as práticas exercidas no quotidiano dos profissionais de saúde, sendo que esta distância não afetou a avaliação da atuação dos profissionais por parte das mulheres.
- As reflexões da equipa de saúde sobre os cuidados especializados prestados à díade, no momento do nascimento, resultaram em alterações das mesmas, proporcionando

---

---

uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- Da formação contínua e renovação de saberes, dos profissionais de saúde, pode emergir uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde especializados prestados à díade/tríade/família e também o reconhecimento da profissão de enfermagem.
-



---

**Quadro 3** “Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico.”

<b>Autor(es)/Ano/Revista/nº.</b>	Santos, L. et al/ 2014/Revista brasileira de enfermagem REBEn/março-abril
<b>Tipo de Estudo</b>	Exploratório, descritivo, qualitativo.
<b>Objetivo do Estudo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compreender a vivência da puérpera durante o primeiro contato pele-a-pele com o recém-nascido no pós-parto imediato.</li></ul>
<b>Conclusões pertinentes para a Questão de Pesquisa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• As mães sentem que o primeiro contato com seu filho é realizado de forma mecanizada, no qual a mulher não possui autonomia suficiente para ter um papel ativo e vivenciar este momento único.</li><li>• No pós parto imediato, mãe e filho, são separados para que sejam prestados cuidados de rotina ao recém-nascido, não sendo este momento considerado como um espaço necessário de intimidade entre os dois.</li><li>• É fundamental um debate contínuo entre os profissionais de saúde sobre crenças e valores que possam influenciar a sua prática quanto ao incentivo do quarto passo da iniciativa hospital amigo dos bebês.</li><li>• Foi demonstrada a necessidade de capacitar a grávida/casal/família desde o período pré-natal para que possam exercer a maternidade com segurança e consciência.</li><li>• Pretende-se que os resultados deste estudo contribuam para a reflexão dos profissionais de saúde relativamente aos cuidados imediatos à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato para que desenvolvam práticas baseadas na evidências, possibilitando o estímulo à implementação do quarto passo da iniciativa hospitais amigos do bebê.</li></ul>

---

---

**Quadro 4** “Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review.”

**Autor(es)/Ano/Revista/nº.** Anderzén-Carlsson, A. *et al.*/2014/International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being/nº.9 (24906).

**Tipo de Estudo** Revisão Sistemática da Literatura.

**Objetivo do Estudo**

- Descrever a experiência dos pais que estabeleceram contato precoce pele a pele com os seus recém-nascidos.

**Conclusões pertinentes para a Questão de Pesquisa**

- As mães e os pais que experienciaram o contato precoce pele a pele com os seus recém-nascidos sentiram-no como um momento repleto de libertação e de uma energia renovadora e reparadora.
- As mães e os pais exprimem um sentimento único e muito especial de satisfação e bem-estar, sendo o contato precoce pele a pele vivido como uma experiência maravilhosa.
- No instante do primeiro contato com os recém-nascidos as mães relatam um amor imediato e dominador.

---

---

**Quadro 5** “Skinto skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birt “dirth”.”

**Autor(es)/Ano/Revista/nº.** Finigan, V. & Long, T./2014/International Nursing Review/nº.61

**Tipo de Estudo** Fenomenológico

**Objetivo do Estudo** • Conhecer a experiência das mulheres, de diversos grupos populacionais, relativamente ao contato precoce pele a pele com o recém-nascido.

**Conclusões pertinentes para a Questão de Pesquisa**

- As mulheres referem que os fluidos do parto em contato com o seu tórax, neste contexto, não lhes causava repulsa, pois o importante era estarem com o filho.
- Independentemente da cultura, as mulheres usufruem com satisfação do contato precoce pele-a-pele quando os estereótipos deixam de condicionar as práticas do enfermeiro. O contato com os fluidos do parto passam a ter um papel secundário em prol do prazer proporcionado pelo contato precoce pele-a-pele sendo o estigma cultural cilindrado.
- As puérperas referem sentimentos de prazer e satisfação e não abominam o contato direto com o recém-nascido coberto de fluídos.
- O estudo demonstra que os enfermeiros não devem ter uma abordagem de julgamento ou ideias preconcebidas para que possam compreender a escolha da mulher, como ser único, principalmente quando colide com as políticas ou protocolos institucionais.
- Constata-se uma resistência por parte dos enfermeiros para a realização do contato precoce pele-a-pele alegando sobrecarga de trabalho e a ideia preconcebida de que a mulher o considera abominável.

---

- 
- O verdadeiro cuidado do enfermeiro, culturalmente sensível, deverá ser individualizado sem suposições de uma resposta universal, de um grupo específico. Os estereótipos culturais condicionam as condutas profissionais.
-

**Apêndice II:** Guião orientador de colheita e registo de dados

**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**  
**Guião Orientador de Colheita e Registo de Dados**

<b>Identificação da cliente</b>	
Código de Identificação:	Idade:
Escolaridade/Profissão:	Pessoa Significativa:

<b>História Obstétrica</b>		
Índice Obstétrico:	Gesta:	Para:
Parto(s) Anterior(es):		
Experienciou CPPP:		
Comentário:		

<b>Vigilância Pré-Natal</b>		
Publico:	Privado:	Nº de Consultas:
Antecedentes Pessoais/Concomitantes:		
Preparação para o Nascimento e Parentalidade:		
Outros dados relevantes:		

<b>Trabalho de Parto e Parto Atual</b>		
Tem plano de parto?	Revelou conhecimento prévio sobre o CPPP?	
Data do Parto:	Hora do Nascimento:	Tipo de parto:
Início do CPPP:	Fim do CPPP:	Tempo em CPPP:
Foi interrompido?	Motivo:	
Observações Realizadas:		
Relatos Maternos:		

