



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

***O contacto pele com pele e o processo de  
vinculação mãe - filho, logo após o nascimento***

Aida Isabel Teles Nunes Lopes Rufino

LISBOA

Outubro de 2011

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

***O contacto pele com pele e o processo de  
vinculação mãe - filho, logo após o nascimento***

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sob a orientação da Professora Helena Bértolo.

Aida Isabel Teles Nunes Lopes Rufino

LISBOA

Outubro de 2011

*“Qualquer sentimento é um nascimento”*

Paul Claudel

## **AGRADECIMENTOS**

Ao chegar ao fim desta etapa tão marcante da minha vida, expresso toda a minha gratidão a todas as pessoas que me apoiaram.

À Prof. Helena Bértolo pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação.

À Enfermeira Especialista Célia Dayves, pelo incentivo e dedicação na transmissão de conhecimentos, essenciais para o meu sucesso e desenvolvimento profissional.

Aos meus colegas do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria pelos momentos de partilha e disponibilidade, dando-me alento para seguir em frente.

Ao meu marido Aníbal, pela compreensão e paciência demonstrada ao longo deste difícil percurso, a quem devo este final.

Às minhas filhas Daniela e Marta, pelo sorriso partilhado após longos períodos de ausência

Aos meus pais, sogros, irmão e avó por cuidarem da minha vida quando mais precisava, dando-me força e alegria para continuar.

Com todo o respeito que merecem, o meu OBRIGADA!

## RESUMO

Este relatório, realizado em contexto de estágio, remeteu à análise de competências previamente propostas e apresentadas no projecto.

Com o objectivo de desenvolver competências no âmbito do contacto pele com pele entre a mãe e o filho, logo após o nascimento, face ao processo de vinculação, foram desenvolvidas actividades na prática de prestação de cuidados e na área científica, através da realização de uma revisão sistemática da literatura, na qual foram identificados cinco artigos, publicados nos últimos cinco anos, e de um estudo de abordagem qualitativa, com cinco participantes alvo de cuidados de enfermagem no bloco de partos, mulheres primíparas com contacto pele com pele demorado com recém-nascido saudável.

As conclusões revelaram vivências harmoniosas e positivas, aquando do contacto pele com pele entre mãe e filho, consolidando-se com a maioria dos dados revelados nos estudos primários utilizados na revisão sistemática da literatura.

De acordo com os dados revelados pela literatura consultada, o processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interacção entre a mãe e o filho, no qual é enaltecida a satisfação mútua durante o seu primeiro contacto.

O nascimento, no qual decorre o primeiro contacto entre a mãe e o filho, caracteriza-se pela sua complexidade e singularidade, a que o enfermeiro deve de estar desperto.

**Palavras-chave:** mãe; recém-nascido; processo de vinculação; pós-parto; pele com pele.

## **ABSTRACT**

This report has been done during nurse internship and refers the skills presented in the project before.

The main goal was during the practice improve skills with mothers and newborns' linger, promoting the first bounds between them. Therefore, has been done an article review in which five articles of the last five years were selected and also one qualitative study. There were five women participants who were mothers for the first time and spent time after the birth with their newborn in the delivery room.

The outcomes showed harmonious and positive experiences at the time of skin to skin contact between mother and son. The same outcomes were found in others primary studies used in the article review.

According to the literature, the linking process is developed and is maintained by the proximity and interaction between mother and child, which is enhanced mutual satisfaction during the first contact.

The birth, which results in the first contact between mother and child, is characterized by complexity and singular experience for the family, so it's important to nurses be aware of that.

**Key words:** *mother; newborn; bonding process; post-partum e skin-to-skin*

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Questão sob o método de PICOD.....	57
<b>Quadro 2</b> – Categorias e unidades de registo.....	61
<b>Quadro 3</b> – Dados da revisão sistemática da literatura.....	63

## LISTA DE SIGLAS

EESMO Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

IMC *International Confederation of Midwives*

RN Recém-nascido

APEO Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstétricas

OMS Organização Mundial de Saúde

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

SIECE Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

VIH Vírus da imunodeficiência humana

APED Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 - QUADRO DE REFERENCIA.....</b>	<b>13</b>
2.1 – Enfermagem e o cuidar.....	13
2.2 – Formação em contexto clínico.....	20
2.3 – Transição para a maternidade.....	23
2.4 – Vivências da mulher durante o parto.....	26
2.5 - Contacto pele com pele entre a mãe e o filho, logo após o nascimento, como estimulador do processo de vinculação.....	29
<b>3 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>38</b>
3.1 – Análise das competências propostas para esta unidade curricular.	40
3.2 - Análise da competência individual desenvolvida no âmbito do contacto pele com pele, logo após o nascimento.....	51
3.2.1 – Metodologia.....	55
3.2.1.1 – Revisão sistemática da literatura.....	58
3.2.1.2 – Estudo exploratório-descritivo no âmbito da experiência da puérpera, que vivenciou o contacto pele com pele com o filho na primeira hora após o nascimento.....	60
3.2.2 – Análise e discussão dos resultados.....	62
3.2.3 – Considerações éticas.....	75
3.2.4 – Conclusões.....	76
<b>4 - REFLEXÃO FINAL.....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>81</b>

### APÊNDICES

Apêndice I – Projecto do Ensino Clínico IV

Apêndice II – Diários de aprendizagem

Apêndice III – Notas de Campo

### ANEXOS

Anexos I – Folha de avaliação da unidade curricular estágio com relatório

# 1 - INTRODUÇÃO

Ao longo História, sob diversos contextos sociais, foram vários os mentores que impulsionaram e dignificaram a enfermagem. Imanada por diversos paradigmas em constante evolução, a qualidade do cuidar remete ao trabalho em equipa inserida na formação e aprendizagem, cujo eixo central culmina na pessoa como um todo, entendida pela Ordem dos Enfermeiros (2009) como:

(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...) influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve (...) qualquer que seja o modelo, as necessidades da pessoa, sujeito de cuidados, no seu ciclo de vida e integrada no seu grupo ou família é o eixo estruturante fundamental e nuclear (p.4).

Na base da sua essência o exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal do enfermeiro e uma pessoa ou do enfermeiro e um grupo de pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Através do processo de cuidar, segundo Watson (2002) a Enfermagem procura responder:

(...) ao mundo interior da pessoa de tal forma que o enfermeiro ajuda os indivíduos a encontrar o significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde / doença (p.87).

Perante uma sociedade em constante readaptação, é exigido ao enfermeiro a excelência do cuidar que irá emergir de um processo de aprendizagem épico, conseguido pela formação contínua fundamentada no contexto clínico, tal como refere Abreu (2007) “desde o século X que se passou a considerar definitivamente a importância da formação clínica para os profissionais de saúde (...) a aprendizagem em contexto clínico é actualmente uma dimensão estruturante da socialização e da formação dos profissionais de saúde” (p.11).

Este relatório de estágio reflecte o desenvolvimento do projecto de estágio inserido no 1º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa referente à unidade curricular “Estágio com relatório”, que decorreu no Hospital Santa Maria em Lisboa, de 17 de Janeiro a

30 de Junho de 2011, sob orientação da Docente Helena Bértolo e da Enfermeira Obstetra Célia Dayves.

O desafio central com que me confrontei a nível da formação consistiu em saber explorar a relação entre a teoria e a prática, reconhecido como um processo complexo que solicita trabalhar a complementaridade entre as fontes de conhecimento, a relação com os tutores e a forma de traduzir no discurso todo o processo de decisão em enfermagem.

A oportunidade de observar e reflectir sobre o cuidar emerge de numerosas situações clínicas, caracterizadas pela sua individualidade e complexidade.

Neste sentido a elaboração deste relatório de estágio teve como objectivos:

- Apresentar as fases de desenvolvimento de competências nesta unidade curricular.
- Desenvolver e partilhar a capacidade de análise e reflexão das vivências contextualizadas neste estágio.

A complexidade dos cuidados no âmbito da saúde materna e obstetrícia é estruturada e apresentada pela Ordem dos Enfermeiros (2010) com o objectivo de dar suporte ao exercício de enfermagem e às competências especializadas.

Neste contexto formativo as competências desenvolvidas estão enquadradas nas competências propostas e apresentadas pela regente desta unidade curricular, devidamente fundamentadas nas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), publicadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), mais precisamente na competência H2<sup>1</sup>; H3<sup>2</sup> e H4<sup>3</sup>, assim como nas competências 1<sup>4</sup>; 4<sup>5</sup>; 5<sup>6</sup> e 6<sup>7</sup> apresentadas pela *International Confederation of Midwives* (ICM). Contudo perante a possibilidade de desenvolver uma competência individual centrada numa problemática identificada em contexto clínico, integrei no

---

<sup>1</sup> H2. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

<sup>2</sup> H3. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

<sup>3</sup> H4. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

<sup>4</sup> Competência 1. As (os) Parteiras (os) Profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.

<sup>5</sup> Competência 4. As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, e culturalmente sensível. Conduzem um parto asséptico e seguro e cuidam em situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

<sup>6</sup> Competência 5. As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

<sup>7</sup> Competência 6. As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.

meu projecto o objectivo de conhecer a experiência da puérpera que vivenciou o contacto pele com pele com o filho, na primeira hora após o nascimento, como estimulador do processo de vinculação.

Este tema surgiu perante a dificuldade de praticar, no contexto do ensino clínico, o contacto pele com pele demorado entre a mãe e o filho, verificando-se uma valorização do cuidar mais interventivo. Facto este relacionado com diversos factores, que se relacionam com práticas realizadas por rotina, sobrevalorização do acto técnico/instrumentalização nos cuidados ao recém-nascido (RN) em relação à importância dos processos vinculativos, nomeadamente com a interacção pele com pele entre a mãe e o filho.

No âmbito da saúde materna e mais especificamente em contexto de salas de parto podemos observar a atitude mais intervencionista na assistência ao nascimento com a possibilidade de se perder todo o simbolismo inerente ao nascimento, protagonismo que deve ser dado à mulher/casal e recém-nascido. Tal como refere Silva e Clapis (2004) alguns dos procedimentos da assistência neonatal, por serem agressivos, podem interferir no processo de interacção entre a mãe e o recém-nascido.

Como é defendido por Lowdermilk (2008) o conhecimento dos pais, ao usarem o contacto visual, o toque, a fala e a exploração atenta para conhecer o filho, durante o pós-parto imediato, é um factor importante para todo o processo de vinculação, o qual posteriormente se irá repercutir no desenvolvimento do próprio recém-nascido.

Na sociedade actual cada vez mais despersonalizada cujo «síndrome da cura» prolifera, o cuidar ao nível do indivíduo e do grupo tem recebido cada vez menos ênfase do sistema (Watson, 2002). No sentido de refutar este sistema Watson (2002) considera a enfermagem “como uma ciência humana e o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade” (p.54).

A apresentação deste relatório tem por base um quadro de referência que permite oferecer um contexto para a interpretação dos resultados, tal com defende Fortin (2009). Seguido da análise de competências desenvolvidas no estágio, que segundo Benner (2001) “práticas bem relatadas e observadas claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria” (p.31). Culminando numa reflexão

final, onde é apresentado a minha percepção deste processo de aprendizagem, limitações e questão emergente.

Neste contexto clínico, no sentido de melhorar a prática dos cuidados, que assentou no desenvolver de competências, aqui apresentadas, emergiu a necessidade de ter como referência os modelos teóricos de enfermagem de Patrícia Benner e de Jean Watson. Tal como refere Abreu (2007) os modelos teóricos de enfermagem surgem, com a proposta de fazer face à mudança na medida que se tornam guias da prática, do ensino e da investigação em enfermagem.

Numa breve análise, a submissão da minha prática ao modelo teórico de Patrícia Benner, deve-se ao facto desta premiar a interligação entre a prática e a teoria, clarificando o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro, o que me permitiu uma melhor consciencialização de todo o processo de aprendizagem. Tendo a contemplar, o modelo teórico de Jean Watson, que apela à arte do cuidar transpessoal, com a humanização dos cuidados, validando a manifestação de sentimentos entre o enfermeiro e utente.

Toda esta prática de cuidados e teoria foram analisadas neste relatório de estágio, requerendo momentos de reflexão e análise compartilhada com todos os intervenientes deste processo de aprendizagem.

## 2 – QUADRO DE REFERÊNCIA

Na elaboração de um trabalho científico a necessidade de construirmos uma base teórica permite o consenso na linguagem que por sua vez transmite os pensamentos, as ideias e as noções abstractas.

O quadro de referência é definido por Fortin (2009) como “uma estrutura abstracta formada de uma ou várias teorias ou de conceitos reunidos em conjunto, devido às relações que eles têm com o problema de investigação a definir” (p.114).

Com o intuito de enumerar os diversos elementos de um estudo e fornecer um contexto para a interpretação dos resultados, irão ser apresentados algumas das teorias e conceitos.

Tal como refere Fortin (2009) “os estudos pressupõem, de forma explícita ou implícita, a existência de um quadro conceptual ou teórico que serviu para elaborar as questões de investigação (...) é portanto essencial dar conta deste quadro na revisão da literatura” (p.104).

Para Benner (2001) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado (...) guia as enfermeiras a permite-lhes colocar as questões certas” (p.61).

### 2.1 - Enfermagem e o cuidar

A enfermagem surge na actualidade como uma ciência humana não podendo estar limitada à utilização de conhecimento relativo às ciências naturais. A enfermagem lida com seres humanos, que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objectivados e tão pouco considerados como elementos separados (Watson, 2002).

Para a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2005), a enfermagem é a:

(...) profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível<sup>8</sup>(p.17).

---

<sup>8</sup> Ponto 1 do Artigo 4º do Decreto-Lei nº161/96, de 04 de Setembro, com a nova redacção dada pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

No entanto, a profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. Estes remetem-se, numa primeira fase da evolução da civilização, às acções que garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, assinalado pela prática do cuidar nos grupos nómadas primitivos, levando em linha de conta a espiritualidade de cada um, relacionada com a do grupo em que vivia. As práticas da saúde passam ainda por uma abordagem mágico-sacerdotal com uma relação mística, onde os procedimentos resultavam da sequência de tentativa e erro sem nenhum fundamento científico, identificada como a fase empírica. É no início do século V a.c. até à Era Cristã que Hipócrates propõe uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspecção e da observação, categorizado no período hipocrático. Será com as relações destas práticas de saúde com o cristianismo que, durante o período medieval assistimos ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos.

No entanto, no mundo moderno são analisadas as acções de saúde e, em especial, as de Enfermagem, sob a óptica do sistema político-económico da sociedade capitalista, pelo que esta surge como actividade profissional institucionalizada.

Um dos grandes marcos do percurso da Enfermagem surge quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra de Inglaterra a trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Crimeia, na qual contrai uma doença levando-a a uma vida com determinadas limitações, pelo que se dedica a trabalhos intelectuais. Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que serviu de modelo a muitas outras escolas de enfermagem.

No decorrer destes feitos históricos o conceito mais importante no domínio de enfermagem remete-se ao utente, ou beneficiário dos cuidados de enfermagem, que por sua vez representa um ser humano individual ou colectivo, com necessidades humanas básicas, que se encontra em permanente interacção com o meio mas que, devido à doença ou a outros factores de vulnerabilidade, pode entrar em desequilíbrio com esse meio (Abreu, 2007).

Assim, o papel dos enfermeiros consiste em ajudar o utente a otimizar a sua relação biunívoca e de dupla influência com o meio. Tal como referia Nightingale,

caberia à enfermagem interceder no sentido de colocar o utente nas melhores condições para a acção da natureza (Abreu, 2007).

O processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver. Sendo este um processo interactivo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de uma forma continua ou em determinado momento. Pelo que não nos podemos esquecer que é contextual, relacional e, dessa forma, é construído entre o ser que cuida e o ser que é cuidado (Silva & Batoca, 2003).

Ao que se refere ao processo de maternidade, este foi, no decorrer da História, cercado de uma especial atenção. Até final do século XIX a assistência à mulher e recém-nascido foi exercida praticamente por mulheres. No trabalho de parto a mulher detinha o poder sobre o seu corpo, eram assistidas no domicílio e cercadas do apoio da família. As mulheres que davam assistência ao trabalho de parto e pós-parto, designadas por parteiras ou comadres, eram pessoas de confiança da mulher ou tinham experiência reconhecida pela comunidade, dedicando-se por vocação e solidariedade. Eram cuidadosas tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos, zelando pelos costumes femininos, que se agrupavam em torno da ideia de protecção da mãe e da criança.

O trabalho de parto era visto como um processo natural que não exigia a intervenção médica.

Com a evolução tecnológica, desenvolvimento do conhecimento científico e sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, predominou o parto em meio hospitalar, em nome da redução da mortalidade materno-infantil.

Nesta sequência de acontecimentos históricos, é exigido aos enfermeiros o desenvolvimento da sua capacidade em dar respostas competentes a todas estas necessidades.

Actualmente, segundo o parecer nº 12/2011 do Conselho de Enfermagem (2011), ao EESMO, são reconhecidas

(...) competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem fazer a vigilância da saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde/doença nos períodos pré concepcional, pré, intra e pós natal e ao recém-nascido até ao 28º dia de vida, assim como no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública” (p. 3).

Nos últimos 150 anos verificaram-se enormes progressos nos cuidados às mães e crianças, mas muito há por fazer. As alterações no campo dos cuidados de saúde estão a influenciar a forma como os profissionais de saúde podem cuidar dos utentes. As despesas em saúde variam consideravelmente entre as nações.

No mesmo país e devido à globalização para dar respostas adequadas às necessidades de cuidados de saúde de uma sociedade multicultural, as equipas de enfermagem devem reflectir sobre a diversidade da cultura da sua população de utentes (Lowdermilk, 2008).

No entanto, a prática, a educação, a investigação e a gestão em enfermagem necessitam de pontos-chave para demonstrar as relações entre as várias questões em enfermagem, permitindo clarificar a identidade do ser enfermeira, pelo que Watson (2002) desenvolveu a sua teoria na esperança de ajudar os “outros a ver, a visualizarem os fenómenos numa nova ou diferente perspectiva, talvez a desenvolver ou também um novo ponto de partida, a usarem novas lentes quando focarem a atenção no fenómeno do comportamento humano na saúde e na doença” (p.7-8). Perante tal, pretende que a enfermagem se mova para além do objectivável e das operações rígidas, dedicando-se mais ao significado, às inter-acções e aos contextos, que por sua vez permitem o desenvolvimento de novos conhecimentos no âmbito do comportamento humano na saúde e na doença.

Ao ver o Homem como pessoa de valor para ser apreciada, respeitada e compreendida, contextualizada no seu ambiente e enriquecido pelas relações humanas, apela ao facto dos enfermeiros estarem envolvidos na homogeneidade de pensamento, remetendo a enfermagem a uma ciência tradicionalmente associada ao modelo médico.

No entanto não rejeita a ciência, mas menospreza o impessoal e o objectivo da ciência tradicional, defendendo que a ciência de enfermagem deve permitir que os fenómenos humanos surjam e sejam investigados, no sentido que não seja diminuída ou perdida a relação entre dois seres.

A enfermagem ao avançar continuamente como uma ciência humana através da teoria e da investigação, deve reforçar a sua atenção científica nos fenómenos humanos, que estão em consonância com a natureza da enfermagem e conduzem a uma compreensão crescente, contribuindo com novos conhecimentos do cuidar.

Ao reconhecer a sociedade cada vez mais despersonalizada, cujos sistemas de saúde das instituições e comunidade se focalizam no “Síndrome da cura”, requerendo satisfazer as demandas tecnológicas e burocráticas, Watson (2002) refere que a função de enfermagem na ciência, assim como na sociedade combina no “cuidar da totalidade da personalidade humana. É deste modo que eu considero a enfermagem como uma ciência humana e o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade” (p.54).

Sendo que para esta teórica, o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros.

Watson (2002) sublinha que o cuidar “é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (p.55). Sendo reconhecido como um processo humano interdependente e inter-subjectivo que pode moldar condições necessárias para manter o bem-estar da pessoa e cuidar em momentos onde a sociedade mais precisa.

O sistema de valores de Watson (2002) assenta no pressuposto que o “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionadas com a autonomia humana e liberdade de escolha” (p.65). Confinando a um maior realce à ajuda dada à pessoa no adquirir de maior conhecimento, auto-controle e preparação para o auto-cuidado, independentemente da condição externa de saúde. Neste processo o enfermeiro é visto como um co-participante, valorizando-se o relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo, onde a mente e as emoções são o ponto de partida para as transacções do cuidar e para o contacto pessoal humano inter-subjectivo com o mundo vivido da pessoa que experiencia.

Numa visão alternativa a enfermagem encaixa num contexto metafísico que remete a um processo de cuidar de humano-para-humano com dimensão espiritual. Watson (2002) entende metafísico como o que vai para além do físico, engloba tanto a matéria como o espírito, interessando-se pelo pensamento abstracto, pela existência e pela fisiologia.

Subjacente á visão da vida humana, cada um de nós é um ser espiritual que frequentemente tem sido reduzido a um ser físico e materialista, pelo que se deve

olhar com respeito, dignidade, mistério e adoptar a crença de que uma pessoa possui uma alma. A alma é entendida por Watson como o espírito, o eu interior ou essência da pessoa, uma força interior que pode expandir capacidades humanas. No entanto, uma alma perturbada pode levar ao mal-estar, que por sua vez pode produzir doença. Pelo que a saúde confere-se á harmonia na mente, no corpo e na alma, focalizando-se na totalidade da natureza do indivíduo.

Ao reconhecer que o enfermeiro pode ter acesso indirecto á mente de uma pessoa, às emoções e ao interior, propõe para seu objectivo, ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma, confinando-se ao seu crescimento.

A pessoa ao ser vista como um ser no mundo, a totalidade da experiência humana, constitui um campo fenomenológico, entendido por Watson (2002) como “um quadro de referência que pode ser conhecido apenas pela pessoa ao qual o enfermeiro pode ter acesso através do cuidar transpessoal” (p. 98).

O cuidar transpessoal e as transacções do cuidar são entendidas por Watson (2002) como “as ciências profissionais, éticas e ainda estéticas, criativas e comportamentos personalizados de dar-receber e respostas entre duas pessoas (enfermeiro e o outro) que permitem o contacto entre o mundo subjectivo da pessoa que experiencia” (p.103). Identificado com um processo complexo do cuidar, confina-se ao ponto de partida para a relação transpessoal, que segundo Watson (2002) vai depender:

1. Um compromisso moral para proteger e promover a dignidade humana.
2. A vontade do enfermeiro em afirmar a significância subjectiva da pessoa.
3. A capacidade do enfermeiro compreender e correctamente detectar sentimentos e a condição íntima do outro.
4. A capacidade do enfermeiro avaliar e verificar a forma dos outros estarem no mundo e para sentir uma união com o outro. A subjectividade do utente é tida como um todo e é tão válida como a do enfermeiro.
5. A própria história de vida do enfermeiro, suas experiências e oportunidades de ter vivido ou experienciado os seus próprios sentimentos. Relacionando-se com um crescimento pessoal, maturidade e desenvolvimento do ser enfermeiro, uma sensibilidade do próprio e dos outros e um sistema de valores humanos.

O enfermeiro e a pessoa partilham um campo fenomenológico que se torna parte da história de vida de ambos e são co-participantes. O enfermeiro influencia e é influenciado pela outra, residindo no existir com e não no existir sem o outro.

O momento de cuidar torna-se parte da história de vida passada de ambas as pessoas e dá a ambos novas oportunidades. Ressaltando a premissa de que aprendemos uns com os outros, como ser humano permitindo o nosso auto-conhecimento evitando assim a sua redução a um objecto (Watson, 2002) reconhece que o cuidar num momento presente tem o potencial de influenciar no futuro, tanto ao enfermeiro como ao utente, tornando-se co-participantes no agora e no futuro.

No entanto a participação do enfermeiro numa relação transpessoal com o utente, pode gerar conflitos com a imagem tradicional do profissional, o seu envolvimento pessoal tem sido considerado como pouco profissional.

Para poder explicar estas transacções do cuidar, desenvolvidas nesta teoria, Watson vai buscar Sally Gadow, que salienta que mesmo respondendo de pessoa para pessoa, haverá diferenças importantes entre o enfermeiro e o utente.

Sendo que estas diferenças segundo Sally Gadow, citado por Watson (2002), se centram em termos de:

*Enfoque* – o envolvimento pessoal de um utente, numa relação profissional, é dirigido para o problema e para o seu efeito na vida desse mesmo utente. Enquanto os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados e sentidos, não como uma forma de obter ajuda dos utentes, mas como parte de ser. O enfermeiro não depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento, mesmo que possa ser beneficiado e influenciado pelo outro.

*Intensidade* – esta intensidade de sentimentos envolvidos, pode ser sentida pelo enfermeiro, mas irá servir para produzir o processo reflexivo, necessária para que a ajuda seja dada.

*Perspectiva* – o enfermeiro está envolvido exteriormente, ao passo que o utente sente a angústia de dentro e sabe que é o seu corpo, a mente e a alma que são afectados.

Tal como refere Watson (2002) “È nesta capacidade de um ser humano receber outras expressões de sentimentos de outro ser humano, e de experimentar que a actividade artística da enfermagem e do cuidar, é baseada” (p.118).

Os cuidados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, abrangem cada vez mais abrangem um maior número de questões. À medida que os enfermeiros assumiram maior responsabilidade pelos cuidados prestados aos utentes aumentam as suas necessidades de formação.

## **2.2 - Formação em contexto clínico**

No final de um século tão marcado, quer pela agitação e pela violência, quer pelos progressos económicos e científicos, no alvorecer de um novo século, desponta a angústia e a esperança, impõe-se que todos os responsáveis prestem atenção às finalidades e aos meios da educação. Consideram-se as políticas educativas, um processo permanente de enriquecimento dos conhecimentos, do saber-fazer, mas também e talvez em primeiro lugar, como uma via privilegiada de construção da própria pessoa, das relações entre indivíduos, grupos e nações.

Estamos, na verdade, diante de uma sociedade que não só tem de aprender mais e melhor, mas que tem de o fazer a um ritmo de aceleração estonteante e, sobretudo, é necessário que o façamos de uma maneira diferente que esteja à altura dos novos destinos. Será que nos encontramos preparados para esta mudança?

A qualidade do desenvolvimento e das aprendizagens do ser humano e de toda a acção pedagógica e educativa passa de uma maneira capital pela qualidade das relações pessoais e interpessoais que se entrelaçam. Esta é toda a acção de ensino-aprendizagem.

Segundo Fernando Savater (2006), a verdade da educação não consiste apenas em ensinar a pensar, mas também em aprender a pensar sobre o que se pensa, e neste momento reflexivo, que assinala com a máxima nitidez o nosso salto evolutivo por comparação com outras espécies, exige que constatemos a nossa pertença a uma comunidade de criaturas pensantes.

Para Tavares (2006) “esta nova sociedade que emerge, que está aí, uma sociedade cognitiva, que quer pensar, dar valor ao conhecimento em todas as suas vertentes (...) restituindo ao Homem o seu caminhar” (p.25).

A necessidade de aquisição de novos conhecimentos constitui indubitavelmente, preocupação premente que caracteriza a natureza humana desde os primórdios da sua vida. E, é nesta incessante necessidade de questionar os

factos, de tentar perceber e explicar os fenómenos que se inicia um longo processo de aprendizagem que de certa forma é indissociável ao ensino da aprendizagem.

Aprender “adquirir conhecimentos (...) instruir-se; ficar sabendo”, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2011, p. 134).

Aprender é um termo cujo significado complexo envolve processos de maturidade, pensamento, comportamento e mudança. O crescimento, o desenvolvimento e a maturidade estimulam a aprendizagem e influenciam o desempenho das nossas competências.

Pode, assim, considerar-se a aprendizagem como resultado do processo de aprender, que levando à modificação do comportamento, pode abranger alterações no modo de pensar, sentir ou de agir.

Aprender envolve pesquisa, como refere Salgueiro (2001), o nosso modelo de aprendizagem realiza-se através da pesquisa, por parte do professor e do aluno, inseridos num processo essencialmente social e na troca mútua de experiências.

Assim, aprender é adquirir novos conhecimentos e experiências e interpretá-los à luz do saber já possuído no quadro de um processo activo e dinâmico e que, só aprende quem quer e quando quer e que pressupõe a existência da motivação.

Estar capacitado para um bom desempenho implica uma actualização permanente ao longo da vida profissional, pois a formação inicial, não atribui ao enfermeiro saberes suficientes e estáveis para o resto da vida profissional.

A apropriação de alguns saberes e a interiorização de um conjunto de valores, bem como o domínio de uma série de técnicas durante o período inicial de formação, não constitui garantia da transmissibilidade que conduza a um adequado desempenho profissional, até porque, a realidade pedagógica é diferente da situação de trabalho, verificando-se por vezes, um desajustamento entre o que foi ensinado durante o período de formação e as práticas profissionais.

As constantes alterações que se vêm produzindo no mundo do trabalho levam rapidamente à obsolescência dos saberes e das competências.

A capacidade de os enfermeiros se formarem pode ser a base da sua sobrevivência.

Contudo, a formação não se adquire só pela acumulação de cursos e diplomas, mas também pela reflexão crítica do trabalho do dia-a-dia e junto do utente.

O enfermeiro deverá ser então o profissional capaz de uma ampla liberdade intelectual e de uma autonomia compatível com as exigências de mudança, resultantes dos achados com que se depara. É imprescindível que se questione e investigue os problemas com que se defronta, buscando sempre a resolução dos mesmos.

Na profissão de enfermagem, a formação permanente é um meio que permite aos enfermeiros, desenvolverem as suas capacidades de acção e adaptação, para que possam desenvolver competências para melhor compreender os fenómenos e agir sobre eles.

Abreu (2007) relembra que as práticas dos profissionais de saúde constituem “realidades complexas, onde se cruzam três contextos dinâmicos: o utente, que usufrui dos cuidados; o do profissional de saúde; que vivenciou experiências e transições relevantes para a decisão clínica; por último, o que decorre da interacção entre ambos” (p.53-54).

Será neste contexto clínico que o enfermeiro para ter sucesso, deverá ser preparado para mobilizar e gerir um volume significativo de informação, no sentido de desenvolver as suas competências com eficiência e promover cuidados seguros e de qualidade. Implicando construir uma prática mais racional, estruturada, integrada e funcional, baseada na melhoria dos processos, aprofundamento das estratégias e reforço da relação entre a comunidade educativa e a organização (Abreu, 2007).

Ao partilhar os seus saberes Watson (2002) refere que “assim como a mente é inseparável do corpo, as actividades escolares de enfermagem não devem ser divorciadas da sua prática clínica. O novo modelo de enfermagem para a formação, pesquisa e prática é o de estudante-clínico” (p.51-52).

Actualmente é reconhecida a importância da formação em contexto clínico facultando ao formando uma oportunidade para crescer e desenvolver-se como pessoa e profissional de saúde. Segundo Naphthine (1996) citado por Abreu (2007) a formação em contexto clínico e as aprendizagens formais e periféricas que aí decorrem:

- (...) i) facilitam o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, numa óptica de transição para o primeiro emprego; ii) permitem equacionar as diversas dimensões e contornos dos problemas de saúde, com recurso ao pensamento reflexivo; iii) facultam aos

estudantes as bases para a definição de uma “consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional (p. 17).

Tal como refere Benner (2001) também a teoria é um excelente instrumento para explicar e predizer, dando forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos, mas a perícia só se desenvolve quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real.

## **2.3 – Transição para a maternidade**

Desde há muito tempo que a Mulher está intimamente ligada à gravidez e maternidade. Em diversos locais do mundo surgem pinturas e esculturas de mulheres grávidas, de grandes seios a amamentar e a “dar à luz”.

Embora os factores sociais e culturais estejam na base da representação da mulher na sociedade, verificam-se alterações mais ou menos significativas de acordo com o nível de desenvolvimento científico e democratização em que esta se encontra inserida.

No entanto, tais factores incentivaram à separação entre a sexualidade e a reprodução. A possibilidade da mulher ingressar em carreiras profissionais torna-se num dos factores mais marcantes na alteração do papel da mulher na sociedade. Esta é agora multifacetada, comportando e valorizando características e papéis intelectuais, profissionais, físicos, relacionais, sociais e maternos (Canavarro, 2001).

Embora a importância da maternidade e as vivências da gravidez e maternidade tenham variado de acordo com o tempo e contextos sociais e culturais, estas continuam a ter um peso importante na preservação da espécie e na continuidade de uma cultura específica.

Ainda que a gravidez e maternidade se caracterizem como processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento, estes representam realidades distintas. Tal como refere Canavarro (2001) “o facto de uma mulher estar grávida, infelizmente, não assegura a posterior realização adaptativa das tarefas maternas” (p.19). Da mesma forma Lowdermilk (2008) refere que “uma mulher pode não gostar de estar grávida, mas sentir amor pela criança que vai nascer” (p.247).

Importa esclarecer os conceitos de gravidez e maternidade, para uma melhor contextualização. Assim Canavarro (2001) define a gravidez como um “processo que

corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas” (p.19). Considerada uma época que permite a preparação para ser mãe, o que inclui o ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade aceitando-o como pessoa única, com vida própria (Canavarro, 2001).

Enquanto a maternidade é entendida como um processo que ultrapassa a gravidez. Para Canavarro (2001) a maternidade “é um projecto a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projecto para toda a vida” (p.19).

Os meses de gravidez são utilizados para a mulher se adaptar ao papel maternal, sendo este um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social. Ao estar inserida no contexto familiar, todos os membros passam por um processo de adaptação onde identificam o seu papel, ao ter em vista as suas necessidades (Lowdermilk, 2008).

Embora a experiência de maternidade seja infinitamente variável, esta depende do significado que é atribuído por cada mulher são vários os factores que interferem nesta experiência, muitos deles em constante mudança. Canavarro (2001) agrupa-os em factores genéticos, que dizem respeito a potenciais abstractos, capacidades cognitivas, aspectos fisiológicos, características físicas e traços de personalidade; factores históricos e sócio-culturais, onde cada mulher específica se encontra inserida; factores de desenvolvimento, que por sua vez dizem respeito à história do indivíduo, aos marcadores das suas experiências e aprendizagens ao longo do ciclo de vida.

A transição para a maternidade implica um desequilíbrio/equilíbrio entre o estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia. Envolve estabilização de tarefas e reorganização, a partir das quais os pais/família demonstram desenvolvimento de competências nas actividades relacionais e funcionais.

Tanto na gravidez como na maternidade existe a necessidade de resolver tarefas de desenvolvimento, específicas e adaptadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e puerpério. Para uma melhor percepção Canavarro (2001) tenta esclarecer o significado de cada uma das seguintes tarefas de desenvolvimento:

### Tarefa 1: Aceitar a gravidez

Caracterizada pelo facto de aceitar a realidade da gravidez e independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, a mulher sente ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez. Nesta fase a grávida procura referências nos modelos maternos conhecidos, com o objectivo de se comportar e de se preparar, a si própria e à família, para a chegada do novo elemento.

### Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto

Esta fase é marcada por uma importante viragem no processo psicológico da gravidez, caracterizado pela aceitação do feto como entidade separada. As grávidas intensificam as fantasias relacionais com o bebé, sendo mesmo capazes de fantasiar o seu aspecto físico, temperamento e nome.

### Tarefa 3: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

Esta tarefa relaciona-se por um processo de reavaliação do relacionamento entre a grávida e os seus pais, sobretudo com a mãe. Integra as experiências positivas e negativas que teve como filha e considera o ter sido um bom desempenho dos pais e as suas falhas e fracassos. Desta forma constitui uma identidade materna própria.

### Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro

O casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação. Surge a necessidade de reajustar a sua relação, no plano afectivo, de rotina diária e de relacionamento sexual.

### Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada

Período caracterizado por aumento da ansiedade devido à antecipação do parto. A vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez, coexiste com o desejo de a prolongar, sentimentos de ambivalência marcam esta fase.

No entanto, a principal tarefa consiste assim, em aceitar que, embora a existência do bebé possa ser gratificante para a mãe, ele existe para além dela e que deve ser aceite com características e necessidades próprias.

### Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade

Implica integrar na sua identidade o papel, função e significado de ser mãe. Existe uma reavaliação das perdas e ganhos que a maternidade introduziu e uma

aceitação das mudanças implicadas por este novo estágio, adaptando-se de acordo com a sua identidade prévia.

Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)

No caso das mulheres com outros filhos é acrescentada esta tarefa.

A mulher terá que integrar a ideia de mais um filho, como outra pessoa separada, não o assimilando à identidade de outros filhos e ajuda os outros filhos a prepararem-se para a chegada do irmão.

No final desta apresentação, acho importante referir Canavarro (2001) ao sublinhar que “a noção da maternidade como “natural” e instintiva não ajuda as mulheres a conceptualizar a maternidade como um processo de decisão que, independentemente da opção tomada, deve implicar desenvolvimento pessoal e auto-conhecimento” (p.23).

## **2.4 – Vivências da mulher durante o parto**

Em nome da redução das taxas de mortalidade materna e infantil, na Segunda Guerra Mundial, o parto que outrora ocorria no domicílio em ambiente familiar, passa alguns anos mais tarde a ser realizado no hospital. Esta institucionalização irá interferir no processo de nascimento, no modo como a mulher/família vivencia o parto, agora distante do ambiente familiar. Segundo Tomeleri, et al. (2007):

(...) pais e mães sentem-se cada vez mais incompetentes e despreparados para o parto, o que é reforçado pela atitude de muitos profissionais da área obstétrica, que se apropriam do protagonismo do parto, tirando da mulher a confiança na sua capacidade de dar à luz e do homem o direito de participar no nascimento do seu filho (p.498).

Sublinha-se aqui o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que se encontra numa posição privilegiada para um maior contacto com o casal, a partir do qual consegue identificar as suas necessidades e expectativas e assim intervir adequadamente.

Embora o parto seja historicamente um evento natural e marcante na vida de uma mulher, este é interpretado e vivenciado de acordo com aspectos culturais que sofreram e sofrem alterações ao longo das gerações. Tal como refere Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstétricas (APEO) (2009) “a experiência do parto

difere amplamente de cultura para cultura e é influenciada pelos valores, crenças e contextos de prática de cuidados” (p.13).

A mulher/RN/família deverão ser entendidos como o centro da assistência, os cuidados serão adequados às circunstâncias e necessidades pessoais, pelo respeito das suas opiniões.

Embora Graça (2005) descreva o trabalho de parto como um “conjunto de fenômenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (p.271), este representa uma transição importante na vida da mulher/família ao acarretar sentimentos e alterações multidimensionais, lembrados ao longo da sua vida. Para Tomeleri, et al. (2007) o parto é interpretado como “um processo psicossomático, no qual o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, de seu nível de informação, de sua história pessoal, contexto econômico, personalidade e simbolismo” (p.498).

Lopes, et al. (2005) ao enumerar as razões pelas quais considera o parto um processo de transição para a maternidade, refere que a mãe e bebê vão, finalmente, poder-se encontrar frente a frente, com a possibilidade deste bebê real ser diferente do bebê imaginário; mostrará ao mundo a sua capacidade ou incapacidade feminina em conceber uma criança, colocando à prova a sua competência feminina de gerar, a sua competência materna de cuidar, e a sua competência física de suportar as dores; pelo que deverá estar apta a nutrir seu filho através da amamentação.

Por fim, para estas autoras a mãe inaugura definitiva e concretamente a maternidade, e esse fato vem acompanhado de todo o status e toda a pressão social do papel de mãe. A mulher vê-se obrigada a abandonar o seu papel de filha e assumir o de mãe.

Entende-se que toda a complexidade que envolve este momento transcende a sua dimensão física e apresenta repercussões a nível psíquico, social e cultural.

O pediatra Berry Brazelton (2007) também refere que as quarenta semanas de gravidez podem ser entendidas como um período de preparação, durante o qual a mulher terá oportunidade de renovar antigas relações e confrontar a realização de desejos e a consciência da realidade.

No momento do parto Brazelton (2007) defende que:

(...) a mãe tem de estar pronta para criar novos laços e também mostrar-se tremendamente disponível para entrar naquele estado a que Winnicott chamou de «doença normal», um estado de envolvimento total, no qual as mães conseguem «andar pelos pés do bebé»(p.44).

Todos estes aspectos, referidos até então, implicam um esforço psicológico bastante grande. O resultado de tudo isto depende da capacidade da «jovem» mãe em se identificar na sua entidade materna, na concentração dos seus afectos, e na capacidade para se aperceber e ajustar a uma realidade nova e inescapável (Brazelton, 2007).

Para Lopes et al. (2005) os acontecimentos que cercam o trabalho de parto e o nascimento do bebé parecem afectar as primeiras relações da mãe com seu filho, assim importa saber quais experiências no parto, para uma melhor desempenho do EESMO.

Num trabalho de investigação realizado por Lopes et al., em 2005, com abordagem qualitativa, cujos participantes são vinte e oito mulheres saudáveis, primíparas, com recém-nascidos saudáveis, são identificadas algumas das suas experiências no parto, colhidas em dois tempos, no momento do parto e 3 meses após o nascimento do bebé. De uma forma sucinta verificou-se que os sentimentos negativos expressos no momento do parto diminuíram 3 meses após, embora se tivesse verificado a intensidade das suas repercussões, ainda nesta fase, que provavelmente se estenderá ao longo da vida da mulher, tal como relata a literatura. Assim, os sentimentos negativos relacionam-se com a dor; realização de técnicas invasivas, necessárias para a indução; duração do trabalho de parto; medo da anestesia; sentimentos de incapacidade e com o atendimento médico e/ou enfermeiro. No que respeita aos sentimentos positivos, estes centram-se no facto do nascimento ser identificado como um momento emocionante; maravilhoso; emoção no primeiro contacto com o filho e na relação positiva com os profissionais de saúde.

O Enfermeiro Obstetra está numa posição que apoia e assiste no momento mais marcante da vida da mulher/família. O modo como comunica com ela definirá as suas vivências, que se repercutirão ao longo da sua vida. Cabe a cada um de nós proporcionar vivências positivas enquadradas nas necessidades e expectativas da mulher/RN/família.

Para Benner (2001), “sem envolvimento do cuidar, os cuidados de enfermagem não terão poder e serão arrasadores” (p.236). O cuidar genuíno implica compromisso e um envolvimento que se encontra inerente à prática de enfermagem.

Para tal o factor humano não pode ser nem controlado, nem constringido, só pode ser compreendido e facilitado. Sendo impregnado de significações e de um envolvimento pessoal e cultural (Benner, 2001).

Tal como para Watson (2002) “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionadas com a autonomia humana e liberdade de escolha (...) colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o cliente” (p.65-66).

## **2.5 – Contacto pele com pele entre a mãe e o filho, logo após o nascimento, como estimulador do processo de vinculação**

Na tentativa de compreender o processo pelo qual a criança se torna num adulto com personalidade própria emergiram, no início do século XX, diversas posturas teóricas e conseqüentes divergências.

A corrente psicanalítica mais sustentada, nessa época, vem de Freud e seus colaboradores, ao defender que a vida emocional infantil fornecia as bases para a vida emocional adulta. No que concerne à natureza e origem do vínculo infantil. Freud apoia a ideia de que a criança possui um certo número de necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, sobretudo de alimento e conforto. A criança ao descobrir que a fonte, ou o meio de satisfação dos instintos é a mãe será estabelecida a relação entre ambos.

Nesse contexto, John Bowlby surge como um dos primeiros psiquiatras a trabalhar na área de estudo e orientação infantil desafiando os princípios fundamentais da psicanálise ortodoxa, de forma directa e clara. O seu saber tem origem da sua experiência clínica vivida numa instituição onde trabalhava com crianças consideradas desadaptadas, passando-se a interessar pela influência familiar no desenvolvimento humano (Paixão, 2009).

Verifica-se assim, que desde algum tempo que o vínculo entre mãe e filho é alvo de estudo. No entanto, foi na segunda guerra mundial, com o envolvimento da população civil, onde não foram poupadas crianças e mulheres, que fomos confrontados com a perda e separação da criança pequena da família.

Reconhecendo os efeitos destas perdas e os seus posteriores efeitos no desenvolvimento da criança a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, encomenda a Bowlby, um relatório sobre as crianças sem família, um problema

considerável na Europa. Nele são apresentados factos que provam os efeitos da carência de cuidados maternos, que dá lugar posteriormente a relações afectivas superficiais, à ausência de concentração intelectual, a uma insensibilidade ao outro, ao roubo sem objectivo e à ausência de relação emocional (Guedeney, 2004).

Com o aflorar do tema os debates e estudos despontam na tentativa de explicar uma sequência de factos que alteiam a relação entre a mãe e o filho.

Tal como refere Guedeney (2004) "Bowlby, surge assim como um dos espíritos mais fecundos da psicopatologia do século XX. Poucos clínicos após Freud terão deixado uma marca tão significativa e tanta influência no pensamento e atitudes em relação à primeira infância, à separação, ao luto e aos laços inter-individuais" (p.30).

Bowlby (2002) apresenta a hipótese baseada na teoria do comportamento instintivo, ao propor que "o vínculo da criança com sua mãe é um produto da actividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível" (p.221). Afirmando que o apego é uma motivação primária, independente da alimentação e da sexualidade.

Em suma, o modelo de Freud difere em três aspectos da teoria de Bowlby: enquanto para Freud o apego era secundário em relação às gratificações orais e libidinais, para Bowlby era primário e com estatuto próprio; Freud acreditava que a criança se encontra em estado de narcisismo primário fechada aos estímulos do mundo externo, enquanto Bowlby concebia o indivíduo activamente comprometido desde o início, a um contexto intersubjectivo; em Freud, a conduta pulsional era activada por uma carga de energia que, uma vez incrementada até certo nível, necessitava de descarga, enquanto na visão de Bowlby a conduta pulsional era activada tanto por condições internas como externas (Paixão, 2009).

Todo este processo é único e complexo, o seu ritmo de desenvolvimento difere de criança para criança (Bowlby, 2002).

No que se refere aos sistemas comportamentais que se desenvolvem no bebé, segundo Bowlby (2002), estes surgem como "resultado de sua interacção com o meio ambiente de adaptabilidade evolutiva e, em especial, da sua interacção com a principal figura nesse meio ambiente, ou seja, a mãe" (p.222), desta forma o bebé é compreendido como um conjunto de comportamentos de vinculação (chorar, seguir, sorrir e vocalizar). A criança usa-os num determinado contexto para atingir uma meta, manter a proximidade com a mãe. Os comportamentos usados são aqueles

que a criança considera mais úteis num determinado contexto. No entanto, com o desenvolvimento, a criança tem acesso a novas formas de manter a proximidade com a mãe (Salvaterra, 2007).

Na busca do rigor científico e da veracidade do conhecimento Ainsworth, colaboradora de Bowlby, leva a cabo um estudo no Uganda na sequência do seu interesse pelos comportamentos que julga representativos da vinculação mãe e filho. Desta investigação resultaram dados fundamentais para o estudo das diferenças individuais na qualidade da interacção entre a mãe e filho e ainda para a avaliação da sensibilidade materna aos sinais da criança, feita através de entrevistas (Salvaterra, 2007).

Segundo Salvaterra (2007), Ainsworth caracterizou três padrões de vinculação da criança:

(...) *vinculação segura*, quando a criança chorava pouco e parecia feliz na actividade de exploração na presença da mãe; *vinculação insegura*, quando a criança chorava com frequência, mesmo ao colo da mãe e tinha uma actividade de exploração pobre; *não vinculados*, quando não manifestavam um comportamento diferencial com a mãe (p.93).

Guedeney (2004) menciona que Ainsworth mostra, por outro lado “que a qualidade da vinculação está correlacionada de forma significativa com a sensibilidade materna (...) a segurança da criança parece estar igualmente correlacionada com o prazer materno sentido no decurso da amamentação” (p.64).

Também Lorenz, por volta dos anos 60, contribui para a evolução da teoria da vinculação ao defender que o bebé nasce com capacidades que o permitem responder aos estímulos sociais e entrar em interacção social, sendo esta sua pré-disposição o alicerce necessário que lhe permite vincular-se (Salvaterra, 2007).

Nesta perspectiva, Bowlby considera que a selecção genética favoreceu os comportamentos de vinculação porque eles aumentavam a probabilidade da proximidade mãe-bebé, o que por sua vez aumentava a probabilidade de protecção e, conseqüentemente, de sobrevivência.

Assim, a proximidade aos pais vai permitir à criança, não só receber alimento, mas também a aprendizagem sobre o meio e a interacção social e ainda a protecção do perigo, que assume uma importância crucial quando falamos de sobrevivência. A proximidade à figura materna assume assim uma função biológica, e por esta razão

Bowlby considerou que as crianças estavam predispostas a procurar a mãe em situações de angústia (Salvaterra, 2007).

Na sequência Bowlby (2002), define vínculo como “um produto da actividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível (...) a ontogenese desses sistemas é lenta e complexa” (p.221). A vinculação dá lugar a sentimentos de amor, de segurança e de contentamento, enquanto a sua ruptura dá lugar a ansiedade, a inquietação e a depressão.

Esta relação de vinculação é discernida por Ainsworth, citada por Guedeney (2004), por quatro características que se resumem na procura de proximidade, na noção de base de segurança, na noção de comportamento de refúgio e finalmente nas reacções marcadas perante a separação.

Neste sentido importa saber que numa criança os sistemas comportamentais, mediadores do apego, deverão evoluir e desenvolver de uma forma estável, no sentido de fomentar as bases para o desenvolvimento saudável das capacidades do adulto.

Para Winnicott, citado por Moura (2008):

(...) a criança nasce indefesa. É um ser desintegrado, que percebe de maneira desorganizada os diferentes estímulos provenientes do exterior. O bebé nasce também com uma tendência para o desenvolvimento. A tarefa da mãe é oferecer um suporte adequado para que as condições inatas alcancem um desenvolvimento óptimo” (p.1).

As experiências iniciais são estruturantes do psiquismo, participando na organização da personalidade.

Sabe-se que quando um bebé nasce a sua subjectividade e individualidade comportamental rege todo o contexto do parto. Tal como refere Bowlby (2002) “ele está equipado com um certo número de sistemas comportamentais prontos para serem activados (...) por estímulos que se enquadram em uma vasta gama” (p.329).

Com o objectivo de realizar uma análise mais minuciosa, Bowlby (2002) dividiu o desenvolvimento da vinculação em quatro fases, embora reconheça que não existam fronteiras nítidas entre elas.

Nos parágrafos que se seguem descrevo sucintamente as quatro fases.

*Fase 1: Orientação e sinais com discriminação limitada de figura*

Esta fase dura do nascimento até cerca das doze semanas, dependendo das eventuais condições desfavoráveis. O modo como se comporta para qualquer pessoa inclui os movimentos oculares de acompanhamento, o estender dos braços e agarrar, sorrir e balbuciar. Verifica-se frequentemente que um bebé deixa de chorar ao ouvir uma voz ou ver um rosto.

*Fase 2: Orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada (ou mais de uma)*

A fase dura até cerca dos seis meses de acordo com os contextos envolventes. O bebé continua a orientar-se face aos seres humanos, mas fá-lo de forma mais marcada relativamente à figura materna.

*Fase 3: Manutenção da proximidade com uma figura discriminada por meio de locomoção ou de sinais.*

Esta fase geralmente inicia-se entre os seis e sete meses de idade, podendo chegar a começar aos doze meses, se o contacto entre a figura principal e o bebé for menor.

Nesta fase a criança começa a discriminar a forma como interage com as pessoas, restringindo cada vez mais o seu comportamento para figuras conhecidas. O seu sistema comportamental já integra respostas como seguir a mãe que se afasta, cumprimentá-la quando regressa e utilizá-la como base segura para exploração.

*Fase 4: Formação de uma parceria corrigida para a meta*

Inicia-se habitualmente a partir dos 2 ou 3 anos de idade. Nesta fase a criança é capaz de inferir os sentimentos e os objectivos da mãe, podendo desta forma condicionar os comportamentos e os objectivos desta. O que implica um determinado nível de desenvolvimento cognitivo e de experiências vividas com uma figura de vinculação.

Ao focarmo-nos no momento que envolve o trabalho de parto, reconhece-se a interacção mãe, pai e filho, concebido como um processo ao longo do qual a mãe comunica com o bebé, enviando-lhe mensagens enquanto este responde com os seus próprios meios, o que nos permite entendê-lo como um processo bidireccional.

Sendo que Brazelton e Cramer (2007) defendem que “os recém-nascidos reagem e interagem com o meio desde o nascimento” (p.79).

Em resultado de várias pesquisas sabe-se que ao nascer ou logo após o nascimento, o sistema sensorial do recém-nascido se encontra em funcionamento. Devido à sensibilidade com que nasce, diferentes tipos de comportamentos são aliciados por diferentes tipos de estímulos (Bowlby, 2002).

Esta interacção surge, tal como refere Figueiredo (2003), porque “tais condutas transmitem à mãe a ideia de que o bebé lhe está a responder, atraindo a sua atenção e fazendo com que mantenha o seu interesse e investimento, o que por sua vez estimula o envolvimento do bebé” (p.525).

As capacidades sensoriais do recém-nascido estão bem estruturadas para captar e processar estímulos provenientes do ambiente que o envolve.

Brazelton e Cramer (2007) descrevem sucintamente cinco sentidos patenteados pelo recém-nascido, sendo a visão “uma forte componente de adaptação, no sentido de unir a mãe ao filho (...) as mães querem pegar nos seus bebés, na posição *en face* (...) permite ao bebé um conhecimento muito precoce das pessoas que cuidam dele e do universo humano que o rodeia”; com a evidente capacidade de audição “os recém-nascidos sincronizam os movimentos com o ritmo da voz da mãe (...) os pais captam depressa a altura do som que desperta a atenção dos seus bebés”; com o sentido do olfacto fortemente apurado os recém-nascidos “são atraídos pelos odores doces, como o do leite e das soluções açucaradas (...) com sete dias conseguem distinguir inteiramente o cheiro do leite da mãe do de outras mulheres (...) a mãe reconhece essa preferência, a sua vinculação ao bebé tende a aprofundar-se”. Referente ao paladar os bebés “sabem distinguir diferenças subtis de paladar”. No que diz respeito ao tacto “é a mais importante zona de comunicação entre uma mãe e o seu novo filho (...) sistema mediático entre a criança e a pessoa que cuida dela, e que funciona simultaneamente para acalmar, alertar e despertar” (p.70-78).

Na actualidade considera-se o recém-nascido, um ser suficiente em termos neurológicos, segundo Brazelton e Cramer (2007) “quando se recorre a estímulos mais positivos do que negativos, o recém-nascido revela uma capacidade espontânea de alerta e de atenção e, através de reacções reflexas, tende a suprimir qualquer interferência de modo a poder estar atento” (p.79).

O parto é considerado, por muitos, um momento marcante na vida de uma mulher, assim caracterizado por rápidas e grandes transformações físicas, psíquicas e sociais.

Este delicado momento, que autentica a transição do ser do meio intra-uterino para o extra-uterino é marcado por inúmeras mudanças para o recém-nascido. O meio intra-uterino proporciona um ambiente propício para o desenvolvimento harmonioso do feto, onde não necessita de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento o recém-nascido passa por um processo de adaptação gradual ao meio extra-uterino, no qual vai superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento.

A primeira hora de vida do recém-nascido é assinalada pela sua inactividade alerta que dura em média quarenta minutos. Esse momento inicial tende a ser uma fase sensível, precursora de apego e proporciona a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu filho, nesse contexto destaca-se a importância dos procedimentos desenvolvidos assumidos na sala de parto. Entende-se que os cuidados imediatos podem ser efectivados de diferentes formas, de acordo com o tipo de assistência adoptado (Cruz et al., 2007).

Os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” são a base da Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés, da OMS/UNICEF, que resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades, para o apoio ao aleitamento materno. Nestas práticas, encontramos no quarto passo (OMS, 2010) “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento” (p.32); a qual é interpretada na actualidade pela OMS/UNICEF (2010) como colocar os bebés em contacto pele com pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebés estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário.

Cada vez mais, perante as necessidades da sociedade, é necessário que se assista ao ajustar do conhecimento científico aos cuidados prestados na assistência à mulher/RN/família.

Perante uma atitude humanista, a assistência ao nascimento de um recém-nascido saudável e de termo, propõe a diminuição do excesso dos cuidados técnicos e invasivos a praticar, de forma a não prejudicar a vinculação precoce da família. Sendo que esta atitude assenta na eficaz capacidade de observação,

avaliação e despiste de complicações anatómicas e fisiológicas do recém-nascido e mãe, assim como na análise dos factores que possam desencadear vivências negativas para a mulher/família, naquele momento (Luna et al., 2009).

O momento do parto, sendo um momento íntimo, solicita um ambiente que favoreça a confiança e o conforto da mulher. Luna et al. (2009) recomenda que na relação com a mulher/RN durante o trabalho de parto o ambiente deverá ser silencioso, com pouca luz, com portas fechadas, com o número de profissionais estritamente necessário e com o acompanhante da mulher.

Nos procedimentos realizados no parto desponta como muito importante o contacto pele com pele entre a mãe e o filho. Em resultado de vários estudos realizados pode-se enumerar os seus benefícios, assim sendo Luna et al. (2009) refere: uma maior duração da amamentação, induzindo ao seu posterior sucesso; promove o processo de vinculação; menor tempo de choro do recém-nascido; melhor estabilidade cardio-respiratória. Em relação às mães têm menos dor por ingurgitamento mamário e têm menor nível de ansiedade.

O tempo preconizado para o contacto pele com pele, sem interrupção, pode ir de 50 minutos até ao máximo de 110 minutos, havendo estudos que propõem os 120 minutos.

Contudo entende-se que é necessária a colaboração e o interesse da equipa multidisciplinar que acompanha a mulher/RN/família, assim como a elaboração de protocolos. Desta forma Luna et al. (2009) propõe os seguintes passos para a prática do contacto pele com pele: o recém-nascido ainda nu, deverá ser colocado no abdómen ou no peito materno; ainda sobre a mãe deve-se secá-lo e aquecê-lo; dever-se-á colocar um gorro e colocar um pano seco sobre o corpo do recém-nascido; atribuir o Índice de Apgar ao primeiro minuto e aos cinco minutos após; realizar o corte do cordão umbilical; identificar o RN sem o separar da mãe; pesar o recém-nascido entre outras manobras preventivas, bem como, efectuar um exame objectivo completo, podem ser adiados.

Observar e avaliar o recém-nascido, que se encontra sobre o peito da mãe requer um desenvolvimento no conhecimento teórico-prático, por parte do enfermeiro.

Neste contexto de múltiplas interações, muitos autores sustentam a ideia de que a aquisição de certas competências por parte do recém-nascido condiciona a

sua forma de comunicar, que reciprocamente irão influenciar o investimento afectivo da mãe e do pai. Mas não só os comportamentos do recém-nascido vão influenciar o processo de vinculação, também aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais do âmbito materno o influenciam directa ou indirectamente, tal como refere Figueiredo (2003).

Assim para Figueiredo (2003) o mais evidente, a nível biológico, relaciona-se com as alterações hormonais, que ocorrem durante a gravidez, parto e pós-parto que se irão repercutir em perturbações breves e moderadas de humor, traduzindo-se num aumento da reactividade da mulher aos estímulos que garantiria a sua aproximação ao bebé. Outro aspecto é relativo ao contexto em que se desenvolve o parto, dado que um maior nível de envolvimento e de participação nas decisões relativas ao parto e aos cuidados a prestar ao recém-nascido, conduzirão à maior satisfação da mãe e ao seu envolvimento emocional com o recém-nascido que levam à vivência de sentimentos de competência e auto-confiança. Também o tipo de parto é um dos aspectos que pode interferir no processo de vinculação, quando nos deparamos com os diferentes níveis de stresse e de dor associados ao trabalho de parto, depreendemos que a disponibilidade interactiva do recém-nascido e da mãe estão condicionados. Nesta mesma linha as medidas analgésicas adoptadas no trabalho de parto podem comprometer o tipo de parto e subsequentemente a interacção entre a mãe e o recém-nascido, para além de terem sido assinaladas algumas dificuldades no comportamento neonatal (Figueiredo, 2003).

Em toda esta complexidade o desempenho do enfermeiro tende a ser frutuoso quando em constante interacção com a mulher/RN/família.

### 3 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Tal como é mencionado no Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) em 2009, as competências clínicas a desenvolver pelos enfermeiros surgem no sentido de dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas. Neste sentido Watson (2002) define a pessoa como um “ser-no-mundo” em crescimento, possuindo três esferas do ser – mente, corpo e alma. A mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e à alma.

Na perspectiva de aumentar e padronizar as boas práticas que configuram a qualidade na prestação de cuidados, o exercício profissional centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas.

Da relação entre seres humanos, exigido pelo cuidar, convergem direitos e deveres, sendo a dignidade da pessoa humana a sua matriz. Cristalizados no cuidar, os princípios éticos estão intrínsecos em cada intervenção do enfermeiro, assumindo desta forma deveres na área dos valores humanos, enunciados no Artigo 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro.

Com base nestes princípios éticos e no exercício de enfermagem a competência é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2009) como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo «ajuizar» (...) exige saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta” (p.11).

Em 2007 a Ordem dos Enfermeiros afirmou que o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundar das competências do enfermeiro de cuidados gerais, que por sua vez, assegura que o enfermeiro especialista, mencionado por SIECE (2009):

(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (p.10).

Ao longo da História são vários os modelos teóricos de enfermagem, que permitem estruturar e fundamentar os cuidados de enfermagem e suas

competências. Dado o contexto de desenvolvimento de competências profissionais em que o enfermeiro em formação se encontra parece oportuno eleger o modelo teórico anunciado por Patrícia Benner<sup>9</sup>.

Com a realização deste trabalho Benner pretendeu estudar a aprendizagem experimental na prática de enfermagem, examinar a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. Tornando visíveis as práticas de cuidar, considerando-as como uma parte integrante e de excelência na prática de enfermagem.

Para Benner (2001) a prática “é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (p.14).

A sua pesquisa decorreu na prestação de cuidados, através da observação e das entrevistas realizadas das práticas das enfermeiras, sob forma de narração tão detalhadas quanto possível. Da análise destas narrações emergiram trinta e uma competências, que foram classificadas em sete domínios<sup>10</sup>. Benner (2001) defende que “a força deste método reside na identificação das competências a partir de casos reais, e não a partir dos modelos ou das situações hipotéticas elaboradas por especialistas” (p.71).

Como referido anteriormente, no decurso deste trabalho, nesta análise das competências desenvolvidas, irei debruçar-me nos domínios dos cuidados de enfermagem defendidos por esta autora, fundido no cuidar transpessoal defendido por Jean Watson, onde a humanidade das relações entre dois seres no cuidar são sustentados com o objectivo de preservar a harmonia da humanidade. Para Watson (2002) “O paradigma da ciência de enfermagem deve permitir que os fenómenos humanos surjam e sejam investigados” (p.20).

---

<sup>9</sup> Apresentado na sua obra “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.

<sup>10</sup> Domínios dos cuidados de enfermagem: a função de ajuda; a função de educação, de guia; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; as competências em matéria de organização e de repartição das tarefas

### **3.1 – Análise das competências propostas para a unidade curricular estágio com relatório**

Ao entender o cuidar como individual o enfermeiro em formação confronta-se com a interacção entre o mundo teórico e o mundo da prática. As dificuldades que deles emergem e permanecem como obstáculos devido ao facto de cada um infundirem a sua própria lógica.

Neste sentido, apresentaremos uma pequena análise e reflexão das competências desenvolvidas e propostas no respectivo projecto de estágio (apêndice I), procurando não se resumir a uma descrição exhaustiva das actividades praticadas.

#### *Competência I – Integra-se na organização e dinâmica do bloco de partos e respectivo serviço de urgência, do Hospital Santa Maria.*

Lembra a aprendizagem em contexto clínico como sendo actualmente uma dimensão estruturante da socialização e da formação de todos nós.

Na participação como formandos somos confrontados com problemáticas que implicam a pessoa, reportando a experiências clínicas complexas, que assinalam um impacto a nível de todos os intervenientes. Os cuidados de enfermagem exigem a participação dos indivíduos a cuidar, assim como, da equipa multidisciplinar que presta cuidados, culminando nas próprias organizações de saúde. Todos estes intervenientes actuam num campo físico, mental e social, em constante interacção, de forma a obter a excelência. Não menos enaltecido por Watson (2002) quando refere que “o cuidar na enfermagem e entre todos os profissionais de saúde, requer teoria e prática, indo além do mero pensamento à acção” (p.11).

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, estes englobam aspectos físicos, psicológicos e sociais relevantes para a vida do indivíduo, na medida em que lidam com a saúde, a doença, a deficiência e a morte. Pelo que é exigido aos enfermeiros, tal como refere Abreu (2007), que “aprendam e assegurem funções relacionadas com a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, o planeamento e a prestação de cuidados curativos e de readaptação” (p.12).

Nesse sentido, a integração na organização e dinâmica no contexto clínico, remete ao sucesso do desenvolvimento das restantes competências a desenvolver.

As actividades contempladas no meu projecto de estágio, para o desenvolvimento desta competência, exigiram um processo metódico, compartilhado e em constante reavaliação, no sentido de evitar o seu insucesso.

De salientar o envolvimento na e da equipa multidisciplinar, o que de outra forma não faria sentido, quando falamos no cuidar da mulher/RN/família, onde estão implicadas interações das esferas individuais, do grupo e da sociedade onde estão inseridas.

O domínio e a gestão do espaço físico, dos equipamentos e protocolos de enfermagem e médicos tornaram-se num dos pontos-chave para a promoção da autonomia e reflexão na prestação de cuidados.

Na execução das actividades planeadas, emergiu a necessidade de as ajustar à variável tempo e necessidades sentidas no contexto.

Com o gradual desenvolvimento desta competência, que implicou a integração eficaz na organização e dinâmica do contexto clínico, a própria prática requereu o desenvolvimento das outras competências, propostas e apresentadas em projecto. Pois tal como defende Benner (2001) “a prática é mais do que uma colecção de técnicas (...) não é uma questão de escolha, quer do saber científico quer do saber da prática, mas de se saber como se relacionarem ambos” (p.14).

*Competência II - Presta cuidados de enfermagem especializados e autónomos à mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios do trabalho de parto, em situação de saúde e de doença.*

A perspectiva em que o enfermeiro actua, pode ultrapassar a ausência de doença, ele deve centrar-se no caso particular de cada pessoa. Para Hesbeen (2000) “não há situações de cuidados complexas ou simples, mas sim situações únicas, todas diferentes umas das outras nas quais o prestador de cuidados, cuida” (p.19), na perspectiva de desenvolver um processo que implica uma atitude própria, que lhe permita caminhar com a mulher/RN/família.

Este *caminhar com* exige o envolvimento e o desenvolvimento de competências adequadas e específicas na determinada área do cuidar.

Tendo em consideração que a Ordem dos enfermeiros (2009) vê a competência como “o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta” (p.11) a sua especificidade clínica, remetida ao enfermeiro especialista, exige um conjunto de

conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo (Ordem dos enfermeiros, 2009).

Nesse sentido, e tendo em conta o contexto clínico em que me encontro, esta competência que propus desenvolver está enquadrada na competência H3<sup>11</sup>, anunciada pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, assim como na competência 1<sup>12</sup> e 4<sup>13</sup>, apresentadas pela ICM em 2010.

Ao apreender o trabalho de parto na sua complexidade fisiológica e envolvimento psicológico e social, de cada um dos participantes, a abordagem do enfermeiro tende a ser vasta e interdisciplinar.

O trabalho de parto ocorre em quadro estádios e em cada um deles a mãe e bebé participam de forma activa, específica e única. Os factores que interferem no trabalho de parto são apresentados sumariamente por Lowdermilk (2008) como o passageiro, a passagem, as contracções, a posição da mãe, o local do nascimento, a preparação para o parto, o profissional de saúde que acompanha o processo, os procedimentos clínicos e as reacções psicológicas. Considerando que as reacções psicológicas da mulher/família estão transversalmente ligadas a todas as suas vivências culturais e sociais. Estes aspectos para nós, enfermeiros, parecem claramente definidos no que concerne aos sinais precedentes do trabalho de parto, dado que para a maioria das mulheres/famílias tal poderá ser ambíguo e criar confusão entre ir ou não ir de imediato para a maternidade. O que leva a estabelecer prioridades nos cuidados de enfermagem, na medida que se deverá dominar a técnica para que a possamos relativizá-la, para assim centrar o cuidar na avaliação do trabalho de parto entendido e vivido pela mulher/família.

Tal como refere Benner (2001):

(...) as práticas não podem ser completamente objectivadas ou formalizadas porque têm sempre de ser trabalhadas em novas formas no âmbito de interacções particulares que ocorrem em momentos reais (...) práticas do Cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto (p.12).

---

<sup>11</sup> Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

<sup>12</sup> Competência 1. As (os) Parteiras (os) Profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.

<sup>13</sup> Competência 4. As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam durante o parto um cuidado de alta qualidade, e culturalmente sensível. Conduzem um parto asséptico e seguro e cuidam em situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Envolver a parturiente e família no trabalho de parto parece um dos aspectos fundamentais em todo este processo individualizado. Quando harmoniosamente formulado permite conceber sensações de controlo, reforça a auto-estima e o nível de satisfação dos participantes. Para tal é necessário que ao prestarmos cuidados tenhamos em consideração o respeito, o apoio, a protecção e o reforço positivo para com a mulher/família (Lowdermilk, 2008).

São requeridas aptidões consistentes para quem cuida que permitam a aproximação individual e cuidar da mulher e família com respeito às suas interações decorrentes do passado, presente e perspectivas futuras. Pois tal como é defendido por Watson (2002) “o enfermeiro é visto como co-participante no processo do cuidar” (p.66).

O trabalho de parto é entendido por muitos autores como uma experiência tão marcante que durante anos os sentimentos experimentados serão lembrados nos mínimos detalhes. Nele são mobilizados grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa, que por sua vez podem interferir no processo de transição para a maternidade e inerente processo de vinculação entre a mãe e o filho.

Tal como é defendido por Benner (2001) a enfermeira apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família, dando-lhes as informações necessárias para lhe proporcionar cuidados físicos e trazendo-lhes um apoio efectivo, age como um mediador psicológico e cultural.

Para interagir com a parturiente/família no sentido de orientar, educar e relacionar, no âmbito terapêutico, remete-se ao desenvolvimento de competências que vão para além da técnica. Neste sentido tive muito a aprender com os conhecimentos não escritos da enfermeira quando exerce funções de educadora e de guia experiente. Benner (2001) refere que “as enfermeiras experientes aprendem a comunicar e a transmitir informações em situações extremas (...) aprender observando peritas necessita ter em conta o contexto e evitar generalizar demasiado depressa” (p.103).

De toda esta experiência deparei a necessidade de aceitar a interpretação da mulher/família e ajudá-la a partir da sua óptica.

No que concerne à minha prática em processo de aprendizagem, foram desenvolvidas práticas, com base nos pressupostos apresentados na reflexão, até agora apresentada.

Numa exposição mais fenomenológica saliento as situações mais enaltecidas na prática do cuidar. Reflectindo na mulher/família que recorre a este meio hospitalar, caracterizando-o como estranho e pouco familiar, os seus sentimentos remetem à vulnerabilidade, influenciando a interacção com a equipa de saúde em exercício. Pelo que se torna importante o primeiro contacto com a mulher/ família, tendo em consideração a forma de comunicar, procedendo-se à apresentação dos profissionais envolvidos, integração na estrutura física e organizacional do serviço assim como nos procedimentos realizados ao longo do trabalho de parto, após uma prévia colheita de dados realizada através da análise do processo clínico e exames auxiliares de diagnóstico. Tal como refere Lowdermilk (2008) “ a forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante este primeiro contacto, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva” (p.417). Para um melhor desempenho nesta área participei como formanda numa formação no âmbito da comunicação e acolhimento.

A forma como a mulher / família aborda o trabalho de parto está relacionada com a forma como foram socializados no processo de maternidade. Ao consciencializar-me que os medos não ultrapassados aumentam o stresse da mulher ao ponto de interferir no processo do trabalho de parto, na prestação de cuidados transmiti a informação adequada, valorizando o seu esforço e encorajando-a a participar neste processo. Tal como refere Lothian (2001), citado por Lowdermilk (2008) “as mulheres devem confiar nas suas capacidades inatas para o parto e, os enfermeiros devem apoiar e proteger os esforços da mulher para atingir este objectivo” (p.422).

Na admissão da mulher realizei exames físicos, protegendo a privacidade da mulher, com o objectivo de orientar e avaliar a progressão do trabalho de parto, obtendo um maior número de informações possíveis, antes de planear e executar os cuidados, posteriormente sujeitos a reavaliações. Este exame físico remete à avaliação de sinais vitais, manobras de Leopold, para determinar a apresentação e a situação fetal, realização do registo cardiotocográfico, exame vaginal, para determinar o Índice de Bishop e estado das membranas e líquido amniótico.

Com a realização e análise destes procedimentos decorreu o desenvolvimento de competências para o despiste e encaminhamento de situações clínicas urgentes e emergentes.

Neste contexto clínico, tive oportunidade de acompanhar grávidas nos quatro estádios do trabalho de parto. O que exigiu desenvolver a capacidade de correlacionar a teoria com a prática, necessária para a identificação eficaz da progressão do trabalho de parto. O que para tal foi decisiva a pesquisa da literatura, a prática do cuidar, discussão de casos clínicos com a orientadora de estágio e observação de práticas realizadas por outros elementos peritos da equipa de enfermagem.

A prática do cuidar a nível do segundo estágio do trabalho de parto determinou uma avaliação física e emocional da mulher mais frequente e uma análise do registo cardiotocográfico mediante as alterações próprias deste estágio.

Embora com a realização de 47 partos eutócicos, sinto que o desenvolvimento do meu conhecimento requer mais prática, admitindo que cada nascimento é para mim igualmente singular.

Para o desenvolvimento de competências requeridas para este estágio, desenvolvi entrevistas individuais com cada uma das enfermeiras peritas, depreendendo a forma particular que cada uma delas conduz o cuidar. Permitindo-me praticar o cuidar técnico e humanizado confrontando-o com o processo fisiológico e anatómico do trabalho de parto, apresentado na literatura.

No terceiro estágio pratiquei o contacto pele com pele entre a mãe e o filho, perante a garantia do seu bem-estar, sendo que a vinculação acontece através de uma experiência satisfatória mútua.

De salientar que na prestação de cuidados a interacção que estabeleci com as grávidas/família permitiu a sua participação, culminando no sucesso da minha co-participação nos quatro estádios do trabalho de parto.

Neste percurso a dor é um fenómeno complexo e muito individual com uma componente sensorial e emocional a considerar (Lowdermilk, 2008). A sua avaliação, segundo a escala numérica, tornou-se numa prática corrente de cada momento singular experimentado pela mulher, a partir da qual foram usadas técnicas farmacológicas, como a administração de fármacos por via endovenosa e a analgesia loco-regional, bem como técnicas não farmacológicas, limitando-me à prática de estratégias específicas tais como a concentração, relaxamento e técnicas respiratórias, de acordo com os procedimentos instituídos neste contexto clínico.

Com vista à aquisição de conhecimentos participei como formanda numa formação em serviço, no âmbito da dor sentida pela mulher e recém-nascido.

No que concerne ao quarto estágio do trabalho de parto, a mulher mantém-se neste serviço até duas horas após o nascimento. Durante este período desenvolvi os cuidados na avaliação física, vigilância da recuperação pós-anestésica, se for o caso, e avaliação emocional da mulher/família.

Sendo este um momento propício para o início da amamentação, proporcionei oportunidade da mãe amamentar realizando os ensinamentos adequados às necessidades da mãe e do filho, demonstrando disponibilidade e valorizando o seu empenho. Sabendo que o início da amamentação exige a avaliação do bem-estar do recém-nascido e nomeadamente dos reflexos de rotação, sucção e deglutição, mediando com os factores de risco materno, como por exemplo a seropositividade para o vírus da imunodeficiência humana (VIH).

O cuidar nesta área remete à eficácia, conseguida através do empenho e dedicação. Sobre este pressuposto desenvolvi esta competência com sucesso.

*Competência III – Proporciona cuidados de enfermagem especializados e autónomos ao recém-nascido saudável e em situação de risco, até 2 horas após o parto.*

O meio uterino proporciona ao feto condições favoráveis para o seu desenvolvimento, fornecendo-lhe protecção, temperatura adequada e nutrição. No entanto, com o nascimento o recém-nascido inicia uma vida mais independente, na qual decorrerão alterações significativas. A sua adaptação ao meio extra-uterino exige dos profissionais de saúde o desenvolvimento de capacidades necessárias para uma prestação de cuidados que visa proporcionar-lhe um ambiente favorável.

Os cuidados imediatos podem ser efectivados de diferentes formas de acordo com o contexto clínico em que decorrem.

O enfermeiro acompanha o ser humano desde o nascimento, como tal precisa de conhecer a sua forma de comunicar nas diferentes fases da sua vida.

Para que isso aconteça com o recém-nascido o enfermeiro necessita de saber observar no sentido de detectar qualquer anomalia. Pois todos os sinais que o recém-nascido apresenta devem ser interpretados pelo enfermeiro, com isso ele poderá promover uma assistência adequada às necessidades físicas e afectivas da mulher/RN/família. Tais necessidades humanas são entendidas por Watson (2002)

como a “necessidade em ser amado, cuidado, na necessidade de consideração positiva e na necessidade de ser aceito, compreendido e valorizado” (p.102).

Torna-se importante conhecer e estar atento à comunicação verbal e não verbal emitida pelo contexto em que se decorre o nascimento. A criança recebe influência do meio ambiente, a nível de vários contextos expostos pelas pessoas através dos seus gestos, sons e movimentos, tornando-se em estímulos importantes, no intuito de prover o seu bom desempenho afectivo, cognitivo, psicológico e social (Campos & Cardoso, 2009). Neste sentido, foquei actividades que me permitissem prestar cuidados adequados a cada contexto clínico de acordo com as necessidades da mulher/RN/família, através de pesquisa bibliográfica mais específica e em constante interacção com a equipa multidisciplinar. Tal como refere Benner (2001) “a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas (...) mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p.23).

Neste contexto clínico, sempre que possível, prestei cuidados ao recém-nascido saudável e em situação de risco, tendo em consideração a prática de actividades que visam promover o vínculo, contextualizado no cuidar humanizado.

Aquando do nascimento, a primeira avaliação do recém-nascido efectuava-se junto da mãe, durante o contacto pele com pele, simultaneamente com a realização de ensinamentos adequados às dúvidas manifestadas pela mulher e acompanhante.

Quando realizava o parto solicitava a participação da mulher e/ou acompanhante no posicionamento do seu filho logo após a expulsão e no corte do cordão umbilical.

Tal como refere Lowdermilk (2008) “este contacto precoce entre a mãe e o recém-nascido pode ser importante no desenvolvimento de futuros relacionamentos exercendo também um efeito positivo durante a amamentação” (p. 608).

Com o incentivo da amamentação logo após o nascimento, foram realizados os ensinamentos à mãe/família, pelo que requereram tempo e disponibilidade, solicitando a participação do acompanhante, valorizando cada momento.

Nos cuidados ao recém-nascido em situação de risco, participei na reanimação neonatal, caracterizada por situações complexas, onde me foi exigido o diagnóstico, planificação e execução de cuidados atempadamente.

Neste sentido, desenvolvi com sucesso esta competência a que me propus realizar.

*Competência IV - Observa e colabora na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado na unidade de cuidados intensivos neonatais, do Hospital de Santa Maria.*

A prestação de cuidados neonatais em contexto de instabilidade hemodinâmica, requer um domínio da técnica e uma capacidade de observação e análise que permita desenvolver uma visão global, implícita no cuidado humanizado, que pode ser adquirido através da interacção com as enfermeiras peritas. Tal como refere Benner (2001) “é preciso também observar a maneira como as peritas abordam os cuidados de enfermagem nesse domínio (...) não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar” (p.104).

A humanização dos cuidados exige a expansão de um processo vivencial que premeia toda a actividade dos profissionais que assistem o RN/família, procurando realizar e oferecer a dignidade e o respeito (Lima, 2004).

A importância do envolvimento da equipa de enfermagem na preservação e promoção do processo de vinculação entre mãe e o filho culmina no bem-estar do RN e dos pais, sendo um dos objectivos, tornar os pais elementos activos no seu processo da adaptação. Com isso pretende-se preservar a interacção do binómio mãe/filho, engrandecendo desta forma sentimentos de afecto e de colaboração com a equipa de saúde, emergindo uma relação de confiança entre a família e a equipa. Perante tais considerações realizei um diário de aprendizagem sobre o processo de vinculação entre a mãe e o filho internado, numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

O relacionamento entre o enfermeiro e a família deve ser caracterizado pela sua subjectividade da qual emergem novas compreensões e interpretações. O cuidar implica uma aproximação integral e singular, dando ênfase às suas crenças, valores, individualidades e personalidade, concomitantes num ser único.

Nesta perspectiva o momento de cuidar, segundo Watson (2002) “transforma-se num espaço aberto, gerando um novo campo, uma nova potencialidade, que pode conduzir a um novo momento de acção” (p.11).

Pelo que, desta prática requeri competências na análise do cuidar humanizado, através da colaboração dos cuidados desenvolvidos pela enfermeira deste serviço.

Através da prática e reflexão, partilhada com a enfermeira orientadora deste estágio, colaborei nos cuidados ao recém-nascido ventilado, na colocação de cateter umbilical, na preparação de medicação, na alimentação parentérica e entérica e, não menos importante, na aproximação dos pais ao seu filho e respectiva integração nos cuidados ao recém-nascido, com vista a preparação da alta para o domicílio.

De toda esta experiência retive o grande empenho do enfermeiro na promoção do processo de vinculação entre a mãe e o filho, contextualizado num ambiente hospitalar onde a técnica é recorrente e exigida por outros profissionais da equipa de saúde.

*Competência V – Desenvolve competências científica, técnica e relacionais que permitam efectuar a triagem e prestar cuidados à mulher/grávida/puérpera que recorrem ao serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia do Hospital de Santa Maria.*

A complexidade da realidade social vai para além da realidade individual de cada um de nós. No emergir de realidades complexas e legítimas de cada mulher/família que recorre ao serviço de urgência, somos coagidos a uma planificação de cuidados de enfermagem individualizada e adequada, tal como em outros contextos.

Nesta perspectiva é necessário desenvolver competências que permitam observar e analisar os aspectos da situação presente ou prevista, para que possamos extrair dela os pontos considerados mais importantes.

Analisar e reflectir nas situações como um todo e não em aspectos isolados, dirige um processo de aprendizagem adequado a cada realidade e estruturado em conformidade com a experiência e conhecimentos da enfermeira perita.

Quando vivenciamos situações que ultrapassam os nossos meios de compreensão e de abordagem, descobrimos um domínio virgem onde a aprendizagem é necessária (Benner, 2001).

Para além da análise de exames auxiliares de diagnóstico, parâmetros vitais e sintomatologia apresentada em contexto de urgência, é enaltecida pela qualidade dos cuidados, a capacidade de reconhecer uma deterioração do estado clínico antes mesmo das mudanças explícitas.

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

Benner (2001) considera que “as funções de diagnóstico e de vigilância do doente constituem a tarefa principal da enfermeira, mesmo se as enfermeiras não conseguem fazer reconhecer completamente este papel” (p.121).

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

Neste contexto clínico, desenvolvi os meus conhecimentos na triagem de Manchester, exigindo a análise e selecção da informação transmitida pela mulher. Após a qual, se procedia ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados efectuados.

De salientar a importância da realização de sessões de educação para a saúde, adequadas às necessidades sentidas pela mulher/família, tornou-se numa prática inerente a todo o processo do cuidar, desde a admissão até à sua alta ou transferência.

No exercício das competências do enfermeiro especialista, desenvolvi a minha autonomia na tomada de decisão para a interpretação e realização do exame físico da grávida, cálculo da idade gestacional, das Manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais através do Doppler, avaliação da frequência dos movimentos fetais sentidos pela grávida, interpretação de registo cardiotocográfico e técnicas de avaliação macroscópica de despiste de rotura de bolsa de água. Na exigência das situações clínicas, decorre a capacidade de correlação do exame clínico com o resultado dos exames auxiliares de diagnóstico, essencial para uma boa prática do cuidar.

Por exigência do próprio serviço, prestei cuidados como enfermeira circulante e de anestesia de bloco operatório, onde decorriam procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral, tais com as curetagens uterinas com ou sem aspiração, drenagens de abscessos mamários e glândulas de Bartholin com masupialização.

Todo este percurso desencadeou momentos de reflexão e análise das práticas, permitindo a busca de conhecimentos teóricos junto de fontes bibliográficas e da tutora de estágio, resultando no desenvolvimento desta competência com sucesso.

### **3.2 - Análise da competência individual desenvolvida no âmbito do contacto pele com pele, logo após o nascimento.**

Na busca do saber-fazer e perante uma problemática identificada neste contexto clínico, propus o desenvolvimento desta competência que se foi estruturando ao longo do estágio de acordo com as necessidades sentidas.

*Competência VI - Analisa a experiência da puérpera, que vivenciou o contacto pele com pele com o seu filho na primeira hora após o nascimento, face a este momento no processo de vinculação.*

Ao longo deste trabalho foram vários os conceitos identificados e apresentados, com o intuito de comunicarmos sob os mesmos pilares. Tal como refere Fortin (2009) “na vida de todos os dias, sem conceitos não se poderia nem falar nem escrever de forma compreensível para os outros” (p.116). No entanto, estes conceitos podem ser sentidos e vividos sob diversas perspectivas, se tivermos em consideração as diferentes formas de olhar o mundo enquadradas nas diferentes épocas da nossa vida. Ramalho (2005) menciona que “diferentes formas de olhar a realidade geram diferentes perspectivas e diferentes perspectivas geram diferentes questões” (p.19). Pelo que foi importante o partilhar de conhecimentos, no âmbito do contacto pele com pele, com os vários elementos da equipa multidisciplinar, essencialmente com os enfermeiros, que partilharam as suas vivências e reflexões emergidas da prática.

Embora o contacto pele com pele entre a mãe e o seu filho, logo após o nascimento esteja devidamente estudado e identificado pela OMS como um dos momentos mais carismáticos, com benefícios tanto para a mãe como para o filho, cabe ao enfermeiro escutar e intervir adequadamente junto de quem cuidamos.

Sabendo que, também Watson (2002) sustenta a ideia que “no início da vida a pessoa está mais atenta ao sentido de harmonia entre mente/emoções e corpo” (p.102), factor essencial para a concepção da saúde da pessoa.

A relação de ajuda, inerente ao longo de todo o cuidar, emerge da capacidade de escutar e compreender as vivências e as interpretações enunciadas pelos utentes (Benner, 2001).

No sentido de promover uma relação positiva e precoce com o seu filho, perspectivada no processo de vinculação, o enfermeiro deverá interpretá-la de

acordo com o que é transmitido pela mãe e filho, entendendo aquilo que a faz sentir melhor consigo própria, usufruindo com mais qualidade dos diversos momentos, dentro de determinados limites morais e éticos, assegurados pelo enfermeiro especializado em saúde materna. Pelo que Watson (2002) lembra que “cada momento experimentado de «agora», incorpora-se no passado causal e ajuda a direccionar o futuro de cada um. Todas as fases do tempo podem estar, normalmente estão, a funcionar no mundo interior vivido da pessoa que passa por uma experiência” (p.85). Sob esta perspectiva e durante a prestação de cuidados, com o estabelecer de uma relação interpessoal e após a interpretação do transmitido pela mulher, pratiquei o contacto pele com pele, logo após o nascimento, respeitando o bem-estar da mãe e do filho.

Antes de mais, importa saber que a ligação afectiva da mãe ao filho tem sido descrita como um processo de adaptação mútua, que se estabelece gradualmente, a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o filho (Figueiredo, 2003).

Embora o período que se segue ao parto ofereça as condições óptimas para o estabelecimento da vinculação da mãe e do filho, tal não parece observar-se em todas as mulheres, de acordo com vários estudos realizados.

Numa perspectiva mais técnica o trabalho de parto e o nascimento, para Lowdermilk (2008) representam o “final da gravidez, o início da vida extra-uterina para o recém-nascido e uma mudança na vida familiar” (p.334), mas geralmente o nascimento é classificado como uma experiência delicada, que por razões físicas, psicológicas e/ou sociais levam a que a mãe nem sempre se evidencie disponível para estabelecer uma ligação afectiva com o seu filho. Numa atitude imanada de princípios éticos, aprendi a olhar sob diversas perspectivas, tal com refere Benner (2001) “aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer abertura e uma aprendizagem experimental ao longo do tempo” (p17).

Advém de uma vasta intersubjectividade, comportada pelo cuidar, Watson (2002) defende que “um enfermeiro pode ter acesso indirecto à mente de uma pessoa, às emoções e ao eu interior, através de qualquer esfera, desde que o corpo físico não seja entendido ou tratado separadamente da mente, das emoções” (p.89 - 90).

Tendo sido neste contexto que desempenhei uma função de elo de ligação com os restantes elementos da equipa de saúde multidisciplinar e a própria natureza dos cuidados de enfermagem, permitindo estabelecer uma relação de ajuda com a mulher/família. Esta relação foi suficiente para providenciar a informação necessária para apoiar e mobilizar os recursos adequados.

Revelou-se igualmente importante o desenvolvimento da capacidade em observar e analisar os factores que poderiam interferir no primeiro contacto com o seu filho, do qual dependeu o seu sucesso.

No entanto, a pesquisa junto dos vários documentos científicos tornou-se essencial no desenvolvimento desta competência, pois tal como refere Benner (2001):

(...) o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e a investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina (p.32).

Ao deparar-me com uma grande quantidade de informação foi imprescindível que esta se transformasse em conhecimento, tendo para isso que ser reunida, organizada e criticamente avaliada, através da realização de uma revisão sistemática da literatura.

As orientações para a prática clínica de enfermagem baseadas em revisões sistemáticas permitem essa mesma transformação tornando-se, segundo Ramalho (2005) “de grande utilidade na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e são um valioso contributo para fazer a aproximação da teoria à prática” (p.38).

Para uma maior compreensão do fenómeno em estudo e no decurso do cuidado, realizamos interações com as utentes onde procuramos conhecer a sua experiência sobre o contacto pele com pele. As descrições foram anotadas em notas de campo das quais se fez posteriormente a respectiva análise de conteúdo. Tal como refere Benner (2001) “as enfermeiras experientes podem lembrar-se rapidamente das situações clínicas que modificaram as suas abordagens aos cuidados a proporcionar (...) é pelo registo sistemático e pelo estudo desses casos paradigmáticos que é possível desenvolver o conhecimento que lhes está inerente” (p.38).

Será com base nas experiências vividas pela pessoa, emitidas sob diversas formas, que se perspectiva o enriquecimento do conhecimento e compreensão do comportamento da puérpera/RN/família, a partir do qual emerge o cuidar. Tal como refere Watson (2002) “uma análise fenomenológica empírica – descritiva das experiências humanas na saúde e na doença, pode fornecer uma descrição rica dos sentidos humanos das experiências vividas por uma pessoa” (p.151).

Ao estudar o modelo teórico de Watson (2002) submerso na relação transpessoal do cuidar, entende-se uma “forma especial da relação de cuidar – uma união com outra pessoa – elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo” (p.111). Para esta autora o cuidar começa quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico de outra pessoa, demonstrando capacidade de identificar a condição de ser da outra pessoa (Watson, 2002).

Pela oportunidade de observar e reflectir sobre o contacto pele com pele logo após o nascimento, em outras instituições de saúde, surgiram novas perspectivas na prestação de cuidados, pois tal como refere Benner (2001) “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (p.32). Neste sentido a visita à Maternidade Bissaya Barreto, instituição acreditada como um Hospital Amigo dos Bebés, assentou na observação da necessidade do esforço e complementaridade de uma equipa multidisciplinar que exerce as suas funções para um objectivo comum, visando a harmonia e o bem-estar de quem cuidam e de quem presta cuidados. Todo este percurso não termina no momento, uma luta diária mantém-se em prática. Os relatos dos enfermeiros, desta instituição, assentam na sua maior dificuldade para o cumprimento dos critérios predeterminados, que subsiste na prática do contacto pele com pele, devido ao perseverar do cuidar biomédico.

Torna-se cada vez mais importante não abster o enfermeiro das suas características como pessoa a realização dos diários de aprendizagem (apêndice II) surge contextualizada nas situações clínicas mais sentidas e de importância no processo de aprendizagem, junto das enfermeiras experientes, em constante reestruturação, devido à complexidade das vivências humanas. Tal como refere Watson (2002) “a interacção humana evoca no enfermeiro um sentimento” (p.119).

Com o desenvolvimento desta competência considero-me estar apta a responder às necessidades da mulher/RN/família, que recorre aos cuidados de enfermagem nesta área de prestação de cuidados.

Embora esta competência, que me propus desenvolver esteja enquadrada na competência 1<sup>14</sup>, 5<sup>15</sup> e 6<sup>16</sup>, da IMC (2010), assim como na competência H3<sup>17</sup> e H4<sup>18</sup> apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), as correspondentes actividades desenvolvidas foram adequadas às condições estruturais e organizacionais do contexto clínico e da variável tempo.

### 3.2.1 – Metodologia

A enfermagem como profissão envolve-se cada vez mais no desenvolvimento de um corpo científico de conhecimentos relacionados com a sua prática. Sabendo que, segundo a Ordem dos Enfermeiros no Código Deontológico (2005) “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (p.385).

A investigação científica tornou-se num dos critérios indispensáveis na fundamentação e orientação da prestação de cuidados em enfermagem. Caracterizada pelo seu carácter sistemático e rigoroso proporciona toda a credibilidade necessária para o desenvolvimento da enfermagem.

Desta forma e segundo Fortin (2009) a investigação científica é “um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas” (p.4). Método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos, que implicam diversidade e multiplicidade ao dar lugar a diferenças e a semelhanças nos diversos tipos de saber.

Ao considerar a enfermagem uma ciência o seu desenvolvimento implica uma abordagem metódica, do pensamento racional e da observação empírica.

---

<sup>14</sup> Competência 1. As (os) Parteiras (os) Profissionais têm o conhecimento e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.

<sup>15</sup> Competência 5. As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

<sup>16</sup> Competência 6. As (os) Parteiras (os) Profissionais proporcionam cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido saudável, do nascimento até dois meses de idade.

<sup>17</sup> H3. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

<sup>18</sup> H4. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

No sentido de adquirir novos conhecimentos através de um processo científico Fortin (2009) refere que estes conhecimentos “no decurso da investigação são tributários de diferentes metodologias que permitem descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos” (p.6). Assim sendo a metodologia da investigação pressupõe um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação (Fortin, 2009).

Desta forma, a necessidade da realização de uma revisão sistemática da literatura e de um estudo de abordagem qualitativa, enquadrados no desenvolvimento desta competência<sup>19</sup>, assenta na identificação de um problema aferido na sala de partos. Após a observação e recolha de documentação, com vista a chegar a uma concepção clara do problema, verificou-se que o envolvimento do enfermeiro no nascimento incidia numa atitude mais técnica do que relacional. No momento em que o recém-nascido nasce o cordão umbilical é cortado, ergue-se para mostrá-lo à mãe e é levado para a sala de prestação de cuidados imediatos e colocado em berço aquecido, enquanto a mãe se encontra no 3º estágio e início do 4º estágio, com alguma ansiedade. Também Gotardo e Silva (2007) reconhecem que:

“A assistência à mulher, em especial à parturiente, tem-se tornado um acto técnico, frio e impessoal (...) reflecte uma assistência obstétrica frágil no que concerne à sua capacidade de articular a tecnológica e cuidados que expressem a interacção humana e respeite a mulher em sua totalidade” (p.246).

Nesta concepção os enfermeiros, nos cuidados prestados no pós-parto imediato, podem interferir negativamente na aproximação precoce entre a mãe e o recém-nascido.

Apesar da secção do cordão umbilical ser um cuidado imediato, desde que mãe e bebé estejam aparentemente saudáveis, não necessita ser realizado logo após o nascimento, podendo-se preservar o contacto precoce entre a mãe e o recém-nascido, os cuidados podem ser prestados mantendo-se e respeitando este momento de interacção para que se favoreça o estabelecimento precoce do vínculo. Sabendo que entre vários autores e também segundo Cruz, Sumam e Spindola (2007)

---

<sup>19</sup> Competência VI - Analisa a experiência da puérpera, que experienciou o contacto pele com pele com o seu filho na primeira hora após o nascimento, face a este momento no processo de vinculação

(...) a primeira hora de vida de um bebé é um período denominado de inactividade alerta do RN que dura em média quarenta minutos. Como já referido anteriormente, esses momentos iniciais são uma fase sensível, precursora de apego e a primeira oportunidade da mãe ser sensibilizada pelo seu bebé (p.691).

Será todo este processo de vinculação que irá condicionar a vida futura do recém-nascido. Guedeney (2004) menciona que as experiências que estes viveram

“ (...) condiciona-as tanto nas suas relações amorosas como na sua relação com os filhos. Mais do que se adaptar a eles e ser sensíveis ao que exprimem, continuam a funcionar como o faziam com as suas primeiras figuras de vinculação, recriando assim os mesmos tipos de trocas que tiveram durante a infância” (p.49).

Para poder proporcionar momentos de conforto e bem-estar à mulher/RN/família é necessário que a enfermeira se envolva e acredite naquilo que faz. Benner (200), refere que “sem envolvimento do cuidar, os cuidados de enfermagem não terão poder e serão arrasadores (...) as enfermeiras contribuem muito para que os primeiros momentos de vida se passem num ambiente familiar, com amor” (p. 236).

Sabe-se que de todos os profissionais de saúde que fazem parte da equipa multidisciplinar, a enfermeira tem o privilégio de se manter mais próximo da mulher/RN/família, de tal forma que segundo Benner (2001) “as enfermeiras tornam-se especialistas na arte de ler as caras (...) e de discernir as mudanças globais e subtis antes mesmo que elas sejam detectadas” (p.235).

A prática tem tanto de universal como de particular, o que faz com que as práticas de cuidar sejam contextualizadas.

Benner (2001) salienta que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. Os ambientes de trabalho podem criar constrangimentos às habilidades de resposta eficaz que cada pessoa possui. A enfermagem é socialmente construída e colectivamente concretizada” (p.18).

De acordo com esta linha de pensamento, contextualizado no processo de vinculação entre a mãe e o recém-nascido no nascimento, levantaram-se várias questões entre as quais a experiência da mãe quanto ao contacto pele com pele com o seu filho.

Sabendo que a teoria nos dá o conhecimento necessário para que as questões sejam devidamente adequadas e estruturadas é junto de quem cuidamos que vamos

buscar o conhecimento necessário para que a prática do cuidar seja também adequada e estruturada à realidade.

Ao formular a questão tive em consideração a definição apresentada por Fortin (2009) caracterizando-a como “uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se pretende tomar” (p.53) e sob o método PICOD<sup>20</sup>, que segundo Ramalho (2005) “são as iniciais dos aspectos fundamentais a incluir na formulação da pergunta e que servem para definir os critérios de inclusão de estudos primário” (p.44).

Como tal é formulada a seguinte questão: Qual a experiência da puérpera, que vivenciou o contacto pele com pele com o filho na primeira hora após o nascimento, face a este momento no processo de vinculação?

Quadro 1 – Questão sob o método de PICOD

<b>P</b>	<b>Participantes</b>	Puérpera
<b>I</b>	<b>Intervenções</b>	Contacto pele com pele com o filho na primeira hora após o nascimento
<b>O</b>	<b>Resultados</b>	Influencia atribuída no processo de vinculação

Remetendo ao objectivo de desenvolver o conhecimento no âmbito de contacto pele com pele na primeira hora após o nascimento, como estimulador do processo de vinculação.

Pelo que se passará a descrever a metodologia referente à revisão sistemática da literatura e estudo exploratório – descritivo com abordagem qualitativa, de acordo com as suas especificidades no processo.

### 3.2.1.1 – Revisão sistemática da literatura

No sentido de dar resposta à questão apresentada iniciou-se a pesquisa documental, exigindo um processo racional na consulta de fontes bibliográficas.

Tal como releva Fortin (2009):

(...) as grandes bibliotecas dão acesso a um grande número de bases de dados informáticos, que fornecem informações sobre um grande número de trabalhos de investigação e permitem aos utilizadores não só encontrar rapidamente as fontes desejadas como também imprimir textos imediatamente (p.90).

<sup>20</sup> PICOD: Participantes; Intervenções; Comparações; Outcomes; Desenho do estudo.

Deste modo, levantada a questão e de acordo com os conceitos nela contidos são apresentados os seguintes descritores: *mother; newborn; bonding process; post-partum e skin-to-skin*. Utilizados nas bases de dados, na busca de documentos, cujo acesso reporta ao servidor facultado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Ordem dos Enfermeiros e através da internet.

Tendo como referência as sugestões apresentadas por Fortin (2009), esta pesquisa é então realizada com base nos estudos publicados e indexados nos motores de busca da EBSCO host e B-ON, reportando às bases de dados da Cochrane database of systematic reviews, MEDLINE (Plus with Full Text) e CINAHL (Plus with Full Text), no Google ([www.google.ca](http://www.google.ca)), assim como nos artigos publicados em revistas Portuguesas de Investigação em Enfermagem.

A selecção destas fontes de pesquisa teve em conta a facilidade de acesso, e pelo facto de serem referenciadas como bases de dados internacionais em ciências de enfermagem e das ciências conexas da saúde.

Na sua utilização processou-se à interrogação em directo por assunto com a aplicação do operador booleano “and”, com o objectivo de precisar a questão.

As publicações científicas retidas, embora possam ser registadas sobre diversas formas, neste trabalho incidem nos artigos científicos, que segundo Fortin (2009) “relatam os estudos de investigação. Têm geralmente uma forma normalizada e tratam das principais etapas de uma investigação” (p.91).

No entanto, esta busca não se limita à exploração destas fontes de pesquisa. Ao localizar os documentos procede-se à organização, à análise e à síntese das informações. Estes procedimentos servem, segundo Fortin (2009), para “precisar o problema de investigação e, por outro lado, para preparar a redacção da revisão da literatura” (p.105).

Perante o grande número de artigos científicos que surgem das pesquisas realizadas nas fontes acima enumeradas, procede-se a uma identificação dos artigos científicos de acordo com a sua pertinência para este estudo, através de uma leitura primária dos respectivos resumos.

Será apresentada uma síntese de resultados obtidos a partir de estudos identificados por recurso a metodologia baseada nos princípios de revisão sistemática aplicada a estudos qualitativos.

Desta forma, foram identificados cinco estudos que respeitam os critérios de elegibilidade predeterminados, sendo eles: o facto de serem publicados nos últimos cinco anos; sejam publicados em português, inglês ou espanhol e que abordassem a temática em estudo.

Para uma fácil análise e posterior síntese dos mesmos é apresentado um quadro que permite a sua organização.

### **3.2.1.2 – Estudo exploratório - descritivo no âmbito da experiência da puérpera, que vivenciou o contacto pele com pele com o filho na primeira hora após o nascimento.**

No sentido de dar resposta à questão formulada, na sequência da identificação do problema acima apresentado, inseri este estudo no paradigma qualitativo. Defendido por Fortin (2009) como um método de investigação que “consiste na descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno (...) únicos e não previsíveis e os esforços são orientados para a compreensão total do fenómeno estudado” (p.27).

Na investigação qualitativa, a decisão pelo método assenta na questão que foi colocada. Neste sentido, dado que a questão tende a explorar as experiências vividas pelas puérperas aquando do contacto pele com pele com o seu filho, na primeira hora após o nascimento, foi considerado o estudo exploratório - descritivo. Referenciado por Fortin (2009) com o propósito de conhecer a experiência do ponto de vista do participante “descrever como viveram as pessoas” (p.245). O método qualitativo possibilita aos investigadores o enquadramento para descobrir como é viver determinado acontecimento, evitando toda a crítica, avaliação ou opinião e tomando atenção estrita ao fenómeno em estudo tal como está a ser descrito. Também ele é eleito por Watson como um método apropriado para a enfermagem, permitindo a compreensão do comportamento humano na saúde.

Neste estudo a população alvo remete-se ao conjunto de mulheres internadas na sala de partos do hospital X do distrito de Lisboa, cujos motivos de internamento se centram nas induções do trabalho de parto, trabalho de parto, expulsão de feto morto, vigilância da gravidez por pré-eclampsia, colestase gravídica, hemorragia de 3º trimestre e registo cardiotocográfico não tranquilizador com ou sem restrição do crescimento intra-uterino.

Neste contexto, a selecção dos participantes, assenta nos seguintes critérios de inclusão: partos realizados por via vaginal e parturientes primíparas com recém-nascidos saudáveis. Sendo os critérios de exclusão: parturientes com instabilidade hemodinâmica e recém-nascidos com Índice de Apgar inferior a 7.

Ao contactar com as participantes e após o seu esclarecimento, consentimento e garantido o anonimato, foram realizadas colheitas de dados e registados, no mês de Junho e Julho, através da realização de notas de campo que emergiram da observação e diálogo aquando da prestação de cuidados, que por sua vez são definidas como anotações que os etnógrafos geralmente fazem para documentar as observações (Carpenter, 2002).

No seguimento deste processo de investigação, segue-se a análise de conteúdo, que segundo Vala (2001), consiste numa das técnicas mais comuns na investigação empírica em ciências humanas e sociais.

Vala (2001) nomeou a existência de operações mínimas inerentes à prática da análise de conteúdo:

- *Delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa* – esta etapa foi apresentada no início deste trabalho;
- *Construção de um corpus* – sendo o corpus o material colhido através da observação e dialogo aquando da prestação de cuidados, permitindo o estudo do problema sujeito a análise (apêndice III)
- *Definição de categorias* – após a análise do material colhido é realizada a sua categorização com o estabelecer de termos – chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, apresentada mais à frente.
- *Definição de unidades de análise* – esta análise pressupõe a definição de três tipos de unidade: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração.

Existe ainda uma outra operação, com vista a novas possibilidades estatísticas, a – *quantificação*. No entanto, por o número reduzido de participantes não permitir ilações significativas, não se justificar a utilização desta técnica.

### 3.2.2 – Análise e discussão dos dados

O processo analítico deu origem a seis categorias que visam identificar a experiência da puérpera, que vivenciou o contacto pele com pele com o filho na primeira hora após o nascimento, face a este momento no processo de vinculação, que foram fundamentadas com os dados encontrados na revisão sistemática da literatura, complementada com outra literatura. No entanto apenas as categorias especificamente direccionadas para o contacto pele com pele irão ser desenvolvidas, para melhor gestão do número de páginas, neste relatório.

Perante os objectivos já apresentados e a análise das notas de campo efectuadas, foram organizados os dados no seguinte quadro:

Quadro 2 – Categorias e unidades de registo

Categorias	Unidades de registo
<b>Expressões gerais do trabalho de parto</b>	M1 - "...será que vai correr tudo bem, o meu bebé estará pronto..." M1 - "...não consigo mais...estou cansada" M2 - "...difícil e doloroso..." M3 - "...o único problema é a dor..." M3 - "...mais doloroso e difícil...tive muitas dores por baixo...pensava que não aguentava..." M3 - "...superou as minhas ideias...o parto foi rápido..." M4 - "...nunca tive medo do próprio parto em si..." M5 - "...tenho medo de ser necessário «ferros», penso que irá ser doloroso para ela, pode ficar deformada...vou fazer o meu melhor"
<b>Expressões de receios no primeiro contacto com o seu filho</b>	M2 - "...mas estava preocupada se estava tudo bem com ele, pois fazia uns barulhos ao respirar..." M4 - "...tinha receio que quando o visse pela primeira vez não sentisse que me pertencia..."
<b>Expressões positivas durante o contacto pele com pele</b>	M1 - "...senti-me surpreendida de uma forma muito positiva..." M1 - "...só queria estar agarrada a ele..." M1 - "...gostei deste momento mais afectivo, tive a oportunidade de estar com ele e desfrutar sem pressas..." M1 - "...sei que foi importante, tanto para mim como para ele..." M1 - "...foi único e maravilhoso..." M1 - "...estávamos ali quentinhos, só os dois..." M2 - "...é muito difícil dizer o que senti, de facto é uma experiência única,

	<p>gostei imenso de lhe tocar...”</p> <p>M3 - “...uma experiência única...”</p> <p>M3 - “...gostei de sentir o seu corpo...”</p> <p>M4 - “...foi uma coisa muito boa ...”</p> <p>M5 - “...são momentos indescritíveis...”</p> <p>M5 - “...foi maravilhoso senti-la logo junto a mim assim que nasceu...”</p> <p>M5 - “...sentir a sua pele colada à minha é diferente até parece que estamos mais próximas...”</p>
<b>Expressões da mãe aquando do afastamento do filho</b>	M4 - “...naquele momento não queria que o levassem, sentia-me bem...”
<b>Comunicação verbal durante o contacto pele com pele</b>	M4 - “...que linda, fofinha...olha que linda...está tudo bem...”
<b>Expressão de sentimentos positivos relativos ao filho</b>	<p>M2 - “...sentir a sua pele quentinho e macia foi muito íntimo...”</p> <p>M2 - “...estava calminho e olhou para mim, abriu os olhos para mim, foi muito engraçado...”</p> <p>M3 - “...olha que giro...impressionante...”</p> <p>M3 - “...acho-a linda é mais linda do que tinha imaginado...”</p> <p>M3 - “...gosto mais de a tê-la aqui, do que dentro da minha barriga...”</p> <p>M4 - “...gostei imenso de sentir a sua pele quentinha e macia...”</p> <p>M4 - “...senti logo que era algo meu...”</p> <p>M5 - “...só me apetecia abraça-la, beija-la e tocar-lhe...”</p> <p>M5 - “...parece uma boa descoberta...”</p>

Enquanto a realização da revisão sistemática da literatura constituiu uma revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões (Pereira & Bachion, 2006).

Também para Fortin (2009) “a revisão sistemática da literatura é uma revisão mais profunda, dado que consiste em fazer o ponto sobre aspectos precisos do tema de estudo, em ordenar a informação e em redigir a revisão” (p.86).

No que confere à organização dos dados colhidos através da revisão sistemática da literatura, foram organizados e apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Dados da revisão sistemática da literatura

Estudos Primários	Objectivos	Participantes/ Contexto	Intervenções	Método Análise	Achados
Monteiro, J.; Gomes, F., Nakano, A <i>“Percepção das mulheres acerca do contacto precoce e da amamentação em sala de parto”</i> (2006)	Conhecer e analisar as vivências das mulheres, em relação ao contacto pele-a-pele precoce e amamentação imediatamente após o parto; depreender os significados atribuídos pelas mulheres às vivências do contacto pele-a-pele com o bebé e à amamentação no momento do nascimento e parto	23 Mulheres que vivenciaram o contacto pele-a-pele logo após o nascimento, independentement e de amamentar na primeira meia hora de vida.	Identificar quais os significados atribuídos pelas mulheres às vivências do contacto pele-a-pele com o bebé e à amamentação no momento do nascimento e parto	<u>Abordagem:</u> Qualitativa  <u>Instrumentos colheita:</u> Observação; entrevistas semi-estruturadas.  <u>Análise:</u> Análise de conteúdo.	Considerando os procedimentos realizados com os recém-nascidos, o contacto pele-a-pele na primeira meia hora pós-parto ocorreu para 82, 6% (n=19) dos binómios.  Alguns sentimentos de ambiguidade são verbalizados pelas mulheres no momento do contacto precoce com o filho, quando elas estão cansadas, mas referem comentários positivos ao receber o filho no colo pela primeira vez, na instituição.  O momento de receber o filho que acabou de sair de dentro dela causa impacto e surpresa, pois a realidade deste novo ser é carregada de sensações de estranhamento. A visualização de uma criança envolvida em sangue, líquido amniótico e secreções corporais não é habitual para ela.  Deparar-se com um bebé diferente daquele imaginado, idealizado como filho perfeito, lindo, saudável, limpo, leva ao estranhamento e ao desapontamento diante do visualizado por ela.
Rosiane da Rosa et al. <i>“Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação”</i> (2008))	Identificar e analisar os sentimentos maternos expressos pelas mães durante o contacto íntimo com os filhos, logo após o parto.	11 Mulheres que vivenciaram partos eutócicos de recém-nascidos de termo, com Índice de Apgar acima de 7 e que estiveram em contacto pele-a-pele com a sua mãe logo após o parto.	Quais os sentimentos maternos expressos pelas mães durante o contacto íntimo com os filhos, logo após o parto	<u>Abordagem:</u> Qualitativa  <u>Instrumentos colheita:</u> Observação; entrevistas semi-estruturadas.  <u>Análise:</u> Análise de conteúdo	Reacções de alegria e orgulho ao ouvir o choro do RN caracterizam o momento da expulsão, que para a mãe é sinónimo de bem-estar da criança.  Remete ainda a uma importante transição, em que a mãe deixa de reconhecer aquele novo ser como sendo fantasmático e imaginário. Comportamentos de reconhecimento e aproximação começam a ser instituídos, como se tratasse de um processo de identificação. As mães, ao verem seus filhos pela primeira vez, sentem vontade de tocá-lo, e os bebés, ao se sentirem acariciados, acalmam-se. Os estímulos sensoriais que um provoca no outro faz emergir um ciclo, em que a mulher interage com o bebé e ele corresponde a ela, fazendo com que a mãe se sinta mais segura e continue a estimulá-lo ainda com mais vontade. No entanto algumas mulheres, durante o contacto com o bebé, demonstram certa apreensão com as características apresentadas por ele logo após o nascimento.  Por outro lado, para a maioria das mães, a dor, em si, não é empecilho para o contacto, sendo mesmo, para algumas, o próprio ponto de superação das sensações dolorosas.

<p>Matos, T. et al <i>“Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: Significado para mães e contribuições para a enfermagem”</i> (2009)</p>	<p>Compreender o significado do contacto precoce pele-a-pele mãe-filho para o ser mãe; Identificar características do estabelecimento do contacto pele-a-pele do binómio mãe-filho (tempo para início, duração e motivos para o término do contacto) e as contribuições da enfermagem para este procedimento na primeira hora após o nascimento.</p>	<p>Mães que tiveram parto eutócico e mantiveram contacto pele-a-pele com seu filho, na primeira hora após o parto.</p>	<p>Conhecer o significado do contacto pele-a-pele para o ser mãe e quais as contribuições da enfermagem para este procedimento.</p>	<p><u>Abordagem:</u> Qualitativa</p> <p><u>Instrumentos colheita:</u> Observação sem participação; notas de campo; entrevistas semi-estruturadas.</p> <p><u>Análise:</u> Análise de conteúdo</p>	<p>É neste primeiro contacto que a mulher tem a oportunidade de ver, por si própria e não por relato dos profissionais, os detalhes de seus bebês, já buscando encontrar semelhanças deste novo ser com seus familiares. A realização do contacto pele-a-pele precoce mãe-filho “transmite para mãe tranquilidade e segurança, pois neste momento ela pode sentir, ver, segurar o seu bebê, e toda a ansiedade e curiosidade pode ser sanada. Todas as mulheres consideraram que o momento para início do contacto pele-a-pele foi o mais propício, sendo descrito como ideal.</p> <p>No que diz respeito às contribuições da enfermagem no estabelecimento do contacto pele-a-pele, todas as mulheres consideram o atendimento eficaz. A importância da presença da equipe de enfermagem no momento em que a mulher se torna mãe proporciona mais segurança e liberdade para a mulher solicitar ajuda, sempre que necessário.</p> <p>Identificou-se neste estudo que nenhum contacto atingiu o tempo preconizado. Esta remoção tem como fundamento a ansiedade da equipe e a pressa em realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho no sector.</p>
<p>Cruz, D. et al. <i>“Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê”</i> (2007)</p>	<p>Compreender como o momento do parto foi percebido pelas mães e de que maneira as acções dos profissionais contribuíram para facilitar sua aproximação ao recém-nascido.</p>	<p>25 Puérperas de uma maternidade pública, que tiveram recém-nascidos de parto eutócico, com índice d apgar 8-10</p>	<p>Como as mães compreendem o parto e de que forma os profissionais de saúde contribuem.</p>	<p><u>Abordagem:</u> Qualitativa</p> <p><u>Instrumentos colheita:</u> Entrevistas.</p> <p><u>Análise:</u> Análise de conteúdo</p>	<p>Neste estudo existem mulheres que assumem o momento do parto como um momento especial, sendo percebida de maneira positiva quando as mulheres são assistidas no modelo humanista, ocasião em que se favorece o contacto precoce entre a mãe e o bebê e deste modo o vínculo da relação entre ambos.</p> <p>Enquanto os cuidados imediatos prestados ao RN, fora do seu campo visual, geravam em algumas mães a sensação de preocupação com o RN, ansiedade e medo pela separação.</p> <p>Para outras mulheres era indiferente ao facto de se separar do RN, para receber os primeiros cuidados, valorizando esta forma de assistência intervencionista. Acreditam que esses cuidados são vitais para garantir a integridade física da criança, sendo parte das funções dos profissionais de saúde e que não devem interferir em seu trabalho.</p>

<p>Dalbye, R. et al. <i>Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns</i> (2011)</p>	<p>Explorar as experiências das mães saudáveis a quando do contacto pele a pele com o recém-nascido de termo, nos primeiros dias após o nascimento</p>	<p>20 Puérperas primíparas e multíparas, em duas maternidades diferentes, (10 na Suécia e 10 na Noruega), e cujos bebés eram de termo e parto eutócico.</p>	<p>Quais as experiências das mães no contacto pele-a-pele</p>	<p><u>Abordagem:</u> Qualitativa / fenomenológica</p> <p><u>Instrumentos colheita:</u> Entrevistas.</p> <p><u>Análise:</u> Análise de conteúdo</p>	<p>As mães participaram no estudo com o intuito de prestar melhores cuidados aos seus filhos. Com a realização do contacto pele com pele obtiveram experiências positivas e entenderam as reacções dos seus filhos como satisfatórias e tranquilizantes.</p> <p>O momento do contacto pele com pele foi entendido como maravilhoso, aconchegante, intimista, criando segurança, alegria, harmonia e tranquilidade. Tendo-se desenvolvido uma interacção mutua.</p> <p>Este contacto acabou por ser adoptado pelas mães sempre que o seu filho se encontrava mais choroso, no domicílio.</p>
--	--	---	---	--	---

## Categoria 1 - Expressões gerais do trabalho de parto

O parto é um momento marcante na vida de uma mulher, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo (APEO, 2009). Tal como refere Macedo et al. (2005) “O parto é um processo fisiológico e não patológico. Da mesma forma, a dor das contracções também deve ser considerada dentro de um decurso fisiológico” (p311).

Sendo que a dor em contexto de trabalho de parto remete a respostas, por parte da mulher, subjectivas, complexas e multidimensionais.

Segundo a Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (APED) (2001) refere que “Ao contrário de outras situações dolorosas, agudas ou crónicas, não se relaciona com qualquer patologia, estando associada a uma das mais básicas e fundamentais experiências humanas – nascimento”(p.1).

Embora Rosa et al. (2010) refira que “Para a maioria das mães, a dor, em si, não era empecilho para o contacto, sendo mesmo, para algumas, o próprio ponto de superação das sensações dolorosas” (p.107).

M2 - “...difícil e doloroso...”

No entanto são momentos que são enaltecidos em prol do bem-estar do seu filho, desenvolvendo a capacidade em relativizar o sofrimento induzido pelo trabalho de parto. Pelo que refere Monteiro, Gomes e Nakano (2006)

(...) mesmo considerando estarem em uma situação de sofrimento e inadequada, aceitam e entendem o momento como importante para o recém-nascido, colocando o seu próprio bem-estar em segundo plano, em detrimento do bem-estar do seu filho, superando o sofrimento por eles (p.431).

A maternidade remete para sentimentos únicos procedentes de toda uma vida passada, enaltecida pelo presente e projectada no futuro pela mãe/RN/família.

Numa tentativa de enobrecer o ser humano evitando que seja reduzido a um ser físico e materialista o cuidar subjugava-se à dignidade da pessoa, tendo como orientações a forma como a pessoa age e sente, o que por sua vez dependem das representações que possui da realidade.

## Categoria 2 - Expressões de receios no primeiro contacto com o seu filho

Independentemente do contexto social onde se encontra, não está assegurada à mulher grávida a sua adaptação no processo que culminará no sucesso na vinculação, mesmo que assim o deseje. Pelo que se torna imprescindível conhecer as suas representações sobre o nascimento, caracterizado por uma experiência singular.

Cruz, Sumam e Spindola (2007) defende que “O modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento, entretanto, desperta nas mães os sentimentos mais diversificados, gerando incertezas e medo” (p.695).

M2 – “...mas estava preocupada se estava tudo bem com ele, pois fazia uns barulhos ao respirar...”

M4 - “...tinha receio que quando e visse pela primeira vez não sentisse que me pertencia...”

De salientar que para Matos et al. (2010) “O momento do nascimento gera grande expectativa na mãe, não só durante o trabalho de parto e parto, mas durante toda a gestação, quando ela se pergunta se o bebé que está por vir será da forma que ela imagina” (p.1002).

Neste sentido o cuidar surge para dar voz ao bem-estar e harmonia das interações entre a mãe e o filho logo após o nascimento, exigindo uma melhor percepção dos sentimentos oriundos de um passado e presente, que culminam no desenvolvimento saudável da vinculação entre eles.

Tal como refere Cruz, Sumam e Spindola (2007):

Cabe aos profissionais de saúde, portanto, uma actuação sensível, harmoniosa e integrada compreendendo toda a singularidade que o momento comporta (...) a proposta humanização da assistência, sendo facilitadores da aproximação entre a mulher e seu concepto, contribuindo, então, para o contacto precoce e apego entre a mãe e o RN (p.696).

## Categoria 3 - Expressões positivas durante o contacto pele com pele

O parto é um período sensível onde decorre o primeiro contacto entre a mãe e o filho, revelando-se sublime pelo desencadear de sentimentos que provoca. Tal como refere Lowdermilk (2008) “o processo de vinculação desenvolve-se e é

mantido pela proximidade e interacção com o bebé, na qual os pais se familiarizam com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família” (p.522).

Pelo despertar de sensações, tanto na mãe como no filho, cabe ao enfermeiro estar desperto e disponível para proporcionar um cuidar humanizado, no qual é proporcionado o contacto físico entre a mãe e o filho, logo após o nascimento. Pelo que refere Watson (2002) “a arte de cuidar é uma actividade humana (...) quanto mais individualizados são os sentimentos que o enfermeiro transmite, mais fortemente o processo de cuidar afecta o receptor” (p.119 - 120).

Sendo o contacto pele com pele, um dos momentos mais reveladores do cuidar humanizado, estimulando a interacção entre a mãe e o filho. Cruz, Sumam e Spindola (2007) revelam que “a assistência à mulher no momento do parto assume um significado especial, sendo percebida de maneira positiva quando as mulheres são assistidas no modelo humanista, ocasião em que se favorece a aproximação precoce entre mãe e o bebé” (p.696).

No mesmo sentido, Matos et al. (2010) refere que:

(...) podemos perceber o contacto pele-a-pele como um momento único, em que acontece o primeiro reconhecimento do bebé e que a mulher pode pela primeira vez, apreciar o seu filho e vivenciar fortes sentimentos de emoção, referenciados de diferentes maneiras. O momento do nascimento como um encontro íntimo e profundo entre mãe e filho, que traduz toda a espera decorrida da gestação (p.1002).

M1 - “...gostei deste momento mais afectivo, tive a oportunidade de estar com ele e desfrutar sem pressas...”

“...sei que foi importante, tanto para mim como para ele...”

M2 - “...é muito difícil dizer o que senti, de facto é uma experiência única, gostei imenso de lhe tocar...”

Não menosprezando o facto de que a vinculação é um processo que exige tempo, a aproximação e o contacto físico entre a mãe e filho tranquiliza e favorece a harmonização desta relação, tão importante para o bem-estar e saúde do ser humano. Watson (2002) defende que “o momento partilhado do presente tem o potencial para transcender o tempo, o espaço e o mundo físico concreto (...) cada

momento experimentado de «agora», incorpora-se no passado causal e ajuda a direccionar o futuro de cada um” (p.85). Importa que este contacto precoce seja facilitado pelo reforço positivo com o intuito de promover um presente harmonioso e mútuo, que irá reflectir no futuro.

Através das reacções e competências reveladas pela mãe e pelo recém-nascido no primeiro contacto, emerge a reciprocidade, sincronia de movimentos e estados de entendimento com a possibilidade de serem enaltecidos pelo contacto pele com pele entre eles. Desta forma, segundo Brazelton (2007), a pele é considerada a zona de comunicação mais importante pois funciona para acalmar, alertar e despertar.

Rosa et al. (2010) menciona que “As mães, ao verem seus filhos pela primeira vez, sentem vontade de tocá-lo, e os bebês, ao se sentirem acariciados, acalmam-se e começam a perceber com tranquilidade o novo mundo” (p.111).

Na mesma linha de pensamento, Cruz, Sumam e Spindola (2007) referem que:

(...) o desejo e a necessidade de sentir seus bebês logo após o nascimento, para que possam estabelecer contacto físico, pele a pele e assim transmitirem carinho e amor já que aguardam, ansiosamente, por este momento no processo de gestar”, sublinhando ainda que...o corpo do bebé junto ao corpo da mãe prece ser uma só pessoa (p.694).

M1 – “...só queria estar agarrada a ele...”

“...estávamos ali quentinhos, só os dois...”

M3 - “...gostei de sentir o seu corpo...”

M5 - “...foi maravilhoso senti-la logo junto a mim assim que nasceu...”

“...sentir a sua pele colada à minha é diferente até parece que estamos mais próximas...”

Este primeiro contacto é reconhecido por muitos autores e mães, como um momento de revelação e de grande interacção com o seu filho, cujo início vigora com contacto pele com pele. Descrito por Matos et al. (2010) como “Um momento natural, belo e exclusivo, de reconhecimento familiar, permeado de significados e benefícios para os dois seres ali envolvidos: o ser-mãe e o ser-filho” (p.1003).

#### Categoria 4 - Expressões da mãe aquando da separação do filho

A equipa de enfermagem pode ter um papel preponderante e marcante no momento do nascimento, esperando que desenvolva um papel dinâmico e essencial ao proporcionar segurança aquando das solicitações por parte da mulher/família.

A forma como o enfermeiro presta os cuidados desencadeia na mulher sentimentos de satisfação quando neles está intrínseca uma atitude humanista. A preocupação dos enfermeiros na realização dos cuidados imediatos ao recém-nascido, fora do campo de visão da mulher, gera sentimentos de ansiedade e medo, pelo que esta prática de afastamento, para este tipo de cuidados deveria ser abolida.

Tal como refere Cruz, Sumam e Spindola (2007):

Em relação aos cuidados imediatos prestados ao RN, por ocasião do parto, foi revelado que para algumas mães o facto desses cuidados serem prestados fora do seu campo visual gerava-lhes a sensação de preocupação com o RN, afastamento do filho, ansiedade e medo pela separação (p.696).

M4 - "...naquele momento não queria que o levassem, sentia-me bem..."

Embora se verifique que em algumas mulheres são observadas atitudes de indiferença, valorizando a assistência intervencionista, esta é fundada na garantia da integridade física do recém-nascido. Também consolidado por Cruz, Sumam e Spindola (2007) ao referir que para algumas mulheres "eram indiferentes ao facto de o bebé ser afastado para receber os primeiros cuidados e valorizavam esta forma de assistência intervencionista, em função da preocupação com a saúde de seus filhos" (p.696).

#### Categoria 5 - Comunicação verbal durante o contacto pele com pele

Depreende-se, através do senso comum, a existência de várias formas de comunicação, constituindo-se testemunhos de transmissão de conhecimentos, experiências e sentimentos no seio da humanidade.

O ser humano principia a comunicação, num clima de mutualidade e adaptabilidade que confere. Tal como refere Grotstein (2002), citado por Silva e Lopes (2008), este tipo de interacção permite, a ambos os intervenientes da relação,

descobrirem a realidade de cada um, proporcionando momentos de encontro, imersos em sentimentos de realização e satisfação dos pais.

No próprio momento do nascimento é evidente a capacidade do recém-nascido em ouvir. Revelando um maior interesse e preferência pela voz humana, especificamente pela voz feminina, entusiasmando-se e voltando para ela quando estimulado (Brazelton, 2007).

Tal como refere Rosa et al. (2010) no seu estudo “A «conversa» com os bebés, durante a maturação fetal, familiarizou a criança com a voz da mãe, e, então, após o nascimento, quando aconteceu a interacção verbal entre a díade, as mães acreditam que seus bebés concretizam o reconhecimento” (p.109).

M3 - “...que linda, fofinha...olha que linda...está tudo bem...”

No nascimento verifica-se a fusão da comunicação verbal com a não verbal, através da qual, o recém-nascido interage transmitindo o conforto e prazer que sente ao estar com a mãe. Esta ao mesmo tempo, observa e tenta descodificar cada nuance do comportamento do seu filho. Será este o momento que os auxiliará a melhor entender um ao outro e a criar um modo de comunicação mais eficaz. Também defendido por Rosa et al. (2010) quando refere que “as mães buscam encontrar respostas em seus filhos, para se sentirem correspondidas, sendo que o primeiro período de reactividade provê uma boa oportunidade para a interacção precoce” (p.109).

Perante este contexto, penso que o enfermeiro terá que ter em consideração a multiplicidade de sentimentos intrínsecos aos comportamentos da mãe, proporcionando o apoio necessário para que esta consiga comunicar de forma mais eficaz com o filho. Tal como Canavarro (2001) refere “Assim que o bebé nasce, a mãe é confrontada com uma multiplicidade de decisões a tomar e de comportamentos a encetar. Nesta fase, o grande desafio desenvolvimental é ser capaz de interpretar e responder ao comportamento do bebé” (p.45).

## Categoria 6 - Expressão de sentimentos positivos relativos ao filho

As mulheres, durante a gravidez, passam por processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento, que beneficiam a preparação para o ser mãe. A forma como cada mulher reage durante o primeiro contacto depende das representações que tem da realidade.

No momento do nascimento a mulher experiencia diversas emoções na sequência de vários acontecimentos, caracterizando-se por um período de grande sensibilidade. Nesta fase, a mãe é confrontada pelo bebé real culminando, por vezes, em sentimentos de ambivalência e receios. Afirmado Rosa et al. (2010) que “quando as mães pegavam seus filhos pela primeira vez, comportamentos de reconhecimento e aproximação começavam a ser instituídos, como se realmente se tratasse de um processo de identificação, agora concreto e sem barreiras físicas” (p.111).

M3 - “...acho-a linda é mais linda do que tinha imaginado...”

“...gosto mais de a tê-la aqui, do que dentro da minha barriga...”

M4 - “...senti logo que era algo meu...”

M5 - “...parece uma boa descoberta...”

No contexto clínico, onde desenvolvi competências, a maioria das mães ao vivenciarem contacto pele com pele precoce com o seu filho, revelaram sentimentos de tranquilidade, felicidade e segurança, sendo o momento em que puderam sentir, ver e segurar no seu filho. Embora existam estudos que referenciem sentimentos de ambivalência e desconforto, por parte da mãe, aquando do primeiro contacto físico com o seu filho, ainda coberto de secreções, podendo constar no estudo realizado por Monteiro, Gomes e Nakano (2006) afirma que:

O momento de receber o filho que acabou de sair de dentro dela causa impacto e surpresa, pois a realidade deste novo ser é carregada de sensações de estranhamento (...) a mulher demonstra o desejo do primeiro contacto com o filho já higienizado e vestido (p.430-431).

O recém-nascido deixa de ser idealizado e passa a um ser real e diferente, no entanto as características com as quais o seu filho se apresenta podem ser incomuns para a mulher.

Perante a singularidade das reacções das mães, reconheço que não há uma “receita” única, que seja igualmente eficaz no cuidar reivindicado neste primeiro contacto. Comprovando-se que as intervenções devem ser analisadas, planeadas e executadas tendo em consideração as necessidades específicas de cada momento.

Relembro que, segundo Canavarro (2001) “As experiências agradáveis que daí resultam, por seu turno, são susceptíveis de contribuir para o reforço da vinculação” (p.152).

Como tal Cruz, Sumam e Spindola (2007) alertam os enfermeiros para o impacto das suas atitudes mais intervencionista, que por sua vez provocam a separação da mãe e do filho logo após o nascimento. Pois será no primeiro contacto que se iniciarão o estimular de reacções mútuas, desencadeantes de uma aproximação afectiva.

Tal como refere Rosa et al. (2010)

Os estímulos sensoriais que provoca no outro faz emergir um ciclo, em que a mulher interage com o bebé e ele corresponde a ela, fazendo com que a mãe se sinta mais segura e continue a estimulá-lo ainda com mais vontade (p.111).

M5 - “...só me apetecia abraça-la, beija-la e tocar-lhe...”

Através das competências do recém-nascido são desencadeadas reacções espontâneas por parte da mãe, que levam a um envolvimento inicial intenso, tal como refere Brazelton (2007) “Quando pegam nele, o colocam à sua frente e o embalam suavemente, quase em vertical, o bebé abre os olhos, «pronto» a comunicar. Tanto o recém-nascido como os pais parecem intensamente envolvidos nessa relação” (p. 69).

No seu estudo Rosa et al. (2010) menciona que “as respostas que o recém-nascido oferece diante dos estímulos que a mãe provoca, são de redução ou aumento da actividade motora, aumento do movimento ocular e direccionamento da face ao ouvir a voz materna” (p.111).

M2 - “...estava calminho e olhou para mim, abriu os olhos para mim, foi muito engraçado...”

Tal como o contacto físico harmoniza e interacção entre mãe e filho, constatando-se no estudo realizado por Cruz, Sumam e Spindola (2007) ao revelar que o contacto epidérmico entre mãe e bebé é muito importante, pois é através dele que o recém-nascido começa a se integrar no mundo e se prepara para experiências até então desconhecidas. É este contacto corporal que constitui a origem principal do bem-estar, segurança e afectividade, dando ao bebé a capacidade de procurar novas vivências.

M2 - "...sentir a sua pele quentinha e macia foi muito íntimo..."

M4 - "...gostei imenso de sentir a sua pele quentinha e macia..."

Cada vez mais é reconhecido ao recém-nascido competências que o permitem interagir eficazmente com o ambiente em que está inserido. Pelo que Canavarro (2001) sublinha que:

(...) o período pós-natal imediato tem sido reconhecido por vários autores como um momento formativo importante para a evolução do sistema familiar em que, quer o bebé, quer os pais, se encontram particularmente receptivos a trocas mútuas e a explorar vias possíveis de interacção (p.152).

Muitas vezes assisti a uma breve "apresentação" do recém-nascido à mãe o que não representa o partilharem os momentos iniciais de vida em comum. Nestes confere-se ao cuidar a empatia necessária que permita a detecção das reacções das mães face ao comportamento do seu filho e utilizando-as como ponto de partida para partilhar o conhecimento próprio do enfermeiro em prol da harmonia entre mãe e filho.

Desta forma, pretende-se promover a auto-estima da mãe, transmitindo-lhe a ideia de que só ela será capaz de conhecer profundamente o seu bebé, fazendo com que se sinta competente (Canavarro, 2001).

### **3.2.3 – Considerações éticas**

O desenvolvimento da enfermagem tem-se realizado a diversos níveis, nomeadamente na responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros.

Assentando no conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

No que concerne à investigação e prestação de cuidados, os direitos humanos necessitam de ser sempre salvaguardados.

No desenvolvimento de competências, neste contexto clínico, foram respeitados os princípios éticos configurados nos cuidados de saúde, tais como: não maleficência, com a protecção do bem-estar da mulher/RN/família; autonomia, ao obter a sua participação voluntária após serem previamente informados em contexto de prestação de cuidados; beneficência e justiça na medida que foram assegurados, junto da mulher/família, a confidencialidade e o anonimato, tratando-os com dignidade e respeito, no sentido de serem tratados equitativamente.

O processo de investigação, assente no artigo 76º do código deontológico do enfermeiro, no qual faz referência ao exercício da profissão “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”, decorreu em consonância com o artigo 84º consagrado pelo dever de informar.

A recolha de dados, através da realização de observação participante e diálogo com a utente em contexto de prestação de cuidados, decorreu após o esclarecimento e consentimento da participante, no decorrer da prestação de cuidados. Sendo o registo em notas de campo, realizado fora do contexto clínico, posteriormente à prestação de cuidados.

Em todo este processo, que implicou o desenvolvimento de competências, tive em consideração os valores humanos que são salvaguardados no artigo 81º do código deontológico do enfermeiro, assim como os direitos do Homem apresentados na Declaração Universal do Homem.

### **3.2.4 - Conclusões**

Na prática o enfermeiro é confrontado com a complexidade do presente implicando uma acção, no exercício de uma competência, e um conjunto de interacções onde está implícito a componente de reflexão, de conflito e de transformação do novo saber, requerendo credibilidade na prática do cuidar.

Sabendo que teremos como base o cuidar traduzindo-se na essência da profissão de enfermagem onde implica estar atento a alguém ou a algo que interage com a pessoa. Emerge a possibilidade de promover o bem-estar da pessoa através do desenvolvimento das competências próprias da profissão.

Com o desenvolvimento destes estudos, a realização da revisão sistemática da literatura permitiu responder à necessidade de sintetizar o conhecimento produzido e de separar os estudos pertinentes daqueles irrelevantes à questão levantada, buscando minimizar os erros nas conclusões. Mas para além da importância revelada pela revisão sistemática da literatura para o desenvolvimento do conhecimento neste estágio, evidenciou-se a interacção com a mulher em trabalho de parto, com a realização da colheita de dados através das notas de campo, emergindo o conhecimento necessário que permite a eficácia dos cuidados de enfermagem.

A prática consagrou os instrumentos necessários que permitiram o cuidar individualizado e adequado à vivência e necessidades da pessoa, sendo ela própria um culminar de emoções, que posteriormente irão conduzir o momento.

Pelo que, ao analisar estes estudos, os momentos de desconforto referenciados pelas grávidas, durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, são relativizados aquando do primeiro contacto físico com o seu filho. O contacto pele com pele revela-se num momento íntimo, promovendo o bem-estar e a interacção entre a mãe e o filho.

Durante o primeiro contacto com o seu filho, as mães manifestaram necessidade e satisfação na concretização do contacto visual e físico demorado, causando-lhe alguma ansiedade aquando da separação.

Ao contrário de que se verificou no estudo qualitativo, na revisão sistemática da literatura registaram-se dados reveladores de sentimentos de ambivalência perante o primeiro contacto físico entre a mãe e o filho, causados pela aparência do recém-nascido, logo após o nascimento, envolvidos em secreções corporais.

No decurso do nosso tempo percebeu-se que cada um é individual e diferente dos outros mas pertencemos ao mesmo género humano, aprendemos uns com os outros.

## 4 – REFLEXÃO FINAL

Ao longo de um trabalho académico muitas são as questões que surgem depreendendo-se que muito irá para dizer, perante a insaciável e inconstante mente humana. Considerando a Enfermagem uma ciência humana cuja sua matriz se remete à pessoa, a inércia no seu desenvolvimento conduz ao seu irremediável fracasso.

Assim sendo, a humanidade tem a oportunidade de oferecer à Enfermagem um longo caminho a percorrer, onde novos paradigmas irão emergir sob novas formas de escutar o outro e um despontar de novos conhecimentos culminarão num cuidar mais épico. Mas para tal é necessário respeitar a liberdade e dignificar o ser humano, não obstante a técnica, também esta pode incorporar o cuidar na sua vertente mais humana, basta conseguirmos harmonizá-las. Embora seja necessário um desenvolvimento profissional e individual mais intenso junto da pessoa, concedendo à prática o seu lugar no cuidar.

No sentido de dar respostas adequadas e consistentes às necessidades da sociedade, o que para Watson (2002) é fundamental, ao referir que:

(...) tanto o ensino como o sistema de prestação de cuidados de saúde, têm de ser baseados em valores humanos e na preocupação com o bem-estar dos outros. Cuidar resulta da prática e da pesquisa, e a teoria depende do ensino de uma ideologia do cuidar (p.61).

Actualmente e ao longo do ciclo de vida, a pessoa dispõe do cuidar mais especializado e adequado a cada situação de saúde/doença. Sendo que o nascimento, permite à família glorificar o futuro e dignificar o passado.

A forma como cada família vivencia a maternidade oriunda da projecção do seu passado e presente, contextualizada numa sociedade em mudança, permite ao enfermeiro especialista em saúde materna caminhar e desenvolver as suas competências perante uma vasta oferta de experiências. Este acontecimento por sua vez tem repercussões ao longo de gerações, não deixando o cuidar mumificado, proporcionando o acumular de novos conhecimentos.

Para Watson (2002) “a construção social, moral e científica da enfermagem, para o ser humano e sociedade, assenta no seu compromisso com os ideais do cuidar, na teoria, na prática e na pesquisa” (p.63).

A formação e aprendizagem em contexto clínico remeteram ao desenvolvimento de capacidades de reflexão e gestão de conhecimentos que assentam numa dinâmica de inter-relação, onde a complexidade e singularidade dos processos se relaciona com a própria individualidade e vivência da pessoa que cuida e daquele que é cuidado. Exigindo a circunspeção necessária que me permitiu o equilíbrio entre o cuidar técnico e o cuidar humanizado, nem sempre fácil perante um processo de aprendizagem.

Denota-se que confrontada com novas realidades, as problemáticas que advieram, surgiram mais ampliadas e por isso implicaram uma aprendizagem mais integrada e próxima da pessoa, impedindo que se torne num somatório de informações.

Foram momentos de satisfação interpolados com alguns momentos de apreensão, que caracterizaram este meu percurso de aprendizagem. Depreendendo o que de melhor havia a deter em cada um deles consegui desenvolver as competências propostas, através de uma análise reflectida de cada situação vivenciada, com o contributo das tutoras. Repercutindo no meu estar com a pessoa, reconheci a necessidade de ser portadora de um saber teórico actualizado e vasto, a fim garantir a harmonização entre a técnica e a humanização do cuidar.

No desenvolvimento destas competências a integração e inter-relação com a equipa multidisciplinar, exigiu um saber-estar, um saber-ser e um saber-saber, associado à capacidade de fundamentar cada procedimento realizado na prestação de cuidados. Desta forma proporcionou um caminhar mais autónomo com a partilha de experiências e princípios inoculados em cada um dos profissionais.

Do cuidar em enfermagem ressalta a especificidade da área da saúde materna e obstetrícia, caracterizada pela individualidade que cada enfermeiro desenvolve ao longo da sua experiência. Lamento a falta de partilha deste saber intrínseco, que cada enfermeiro perito contém e ainda muito relativizado pela classe de enfermagem.

Neste percurso de aprendizagem surgiram limitações, que exigiram um esforço pessoal maior, no desenvolvimento de competências, como a acumulação de horas de trabalho e de ensino clínico, e pelo facto do contexto de estágio decorrer num hospital universitário, onde existiu um número maior de alunos de medicina, apelando ao saber na área da gestão de conflitos. Reconhecendo que estas limitações tornaram-se pouco frutuosas para a aprendizagem no cuidar, com repercussões inerentes à própria utente que de ser único de cuidados passa a objecto de cuidados.

Nesta complexa realidade onde se verifica um desequilíbrio entre o cuidar humanizado e o cuidar mais intervencionista, centrado no modelo biomédico, o utente oferece ao enfermeiro toda a sua percepção dos momentos partilhados. A partir do qual o enfermeiro deve desenvolver o cuidar individual, assente nos princípios éticos que regem o seu exercício profissional.

No que concerne ao cuidar no nascimento, o contacto pele com pele, logo após o nascimento, sustenta-se pelos seus benefícios, reconhecidos cientificamente, e pelas vivências positivas e harmoniosas expressas pela maioria das puérperas, no qual o enfermeiro pode desenvolver um papel importante. No entanto, quais serão os factores que influenciarão o enfermeiro a decidir por um cuidar mais interventivo, interferindo no contacto pele com pele entre a mãe e o filho demorado, logo após o nascimento?

Questão que fica por esclarecer, mas cuja resposta, irá permitir o desenvolvimento do conhecimento no âmbito do cuidar mais humanizado.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2003). *Analgesia em Obstetrícia*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bowlby, J. (2002). *Apego- Natureza do Vínculo*. (3ª edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (2007). *A Relação Mais Precoce: os pais os bebés e a interacção precoce*. (7ª edição). Lisboa: Terramar
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra Quarteto.
- Carpenter, D. R. & Streubert, H. J. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. (2ª edição) Loures: Lusociencia.
- Confederación Internacional of Midwives (2010). *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería*. Acedido a Maio 10, 2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org>
- Cuz, D. C. S., Suman, N. S. & Spíndola, T. (2007). Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41 (4), 690-697. Acedido em Abril 20, 2011. Disponível em [WWW.ee.usp.br/reesp/](http://WWW.ee.usp.br/reesp/)
- Dalbye, R., Calais, E. & Berg, M. (2011). Mother experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sex Reprod Healthc*, 2 (3), 107-11. Acedido em Jun. 20, 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21742289>
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3 (3), 521-539. Acedido a Junho 25, 2011. Disponível em <http://www.aepc.es>

- Fortin, M.-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Gotardo, G. I. B. & Silva, I. A. (2007). Reflectindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Ciência Cuidar Saúde*, 6 (2), 245-251.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno Fetal*. (3ª edição). Lisboa-Porto: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Guedney, N. & Guedney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Lopes, R. C., Donelli T. S., Lima C. M. & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 247-254. Acedido em Jun. 20, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Luna, M. S., Alonso, C. R. P., Mussons, F. B., Urcelay, I. E., Conde, J. R. C. & Narbona, E. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Asociación Española de Pediatría*, 71 (4), 349-361. Acedido a Maio 13, 2011. Disponível em <http://www.llevadores.cat>
- Macedo, P. O., Proganti, J. M., Vargens, O. M. C., Santos, V. L. C. & Silva, C. A. (2005). Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. *Revista de Enfermagem UERJ*, 13, 306-312. Acedido a Junho 5, 2011. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br>
- Matos, T. A, Souza, M. S., Santos, E. K. A., Velho, M. B., Seibert, E. R. C. & Martins, N. M. (2009). Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista REBEn*, 63 (6), 998-1004. Acedido em Abril 20, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>
- Monteiro, J. C. S., Gomes, F. A. & Nakano, A. M. S. (2006). Percepção das mulheres acerca do contacto precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta*

- Paulista Enfermagem*, 19 (4), 427-432. Acedido em Abril 20, 2011. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia>
- Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Seabra, K. C., Ribas, R. C. & Nogueira, S. E. (2004). Interações iniciais Mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 295-302. Acedido a Maio 29, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br>
- Ordem dos enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Assembleia-geral.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño*. Washington: Biblioteca Sede OPS.
- Paixão, N. R. A. (2009). *Estudo exploratório: Busca da compreensão da toxicod dependência e da psicossomática no âmbito da vinculação*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra. Acedido a Maio 11, 2011. Disponível em <http://hdl.handle.net>
- Pereira, A. L. & Bachion, M. M. (2006) Actualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27 (4), 491-498.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Rosa, R., Martins, F. E., Gasperi, B. L., Monticelli, M., Siebert, E. R. C. & Martins, N. M. (2010). Mãe e Filho: os primeiros laços de aproximação. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 14 (1), 105-112. Acedido em Abril 20, 2011. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1277/127712632016.pdf>
- Salgueiro, A. (2001). *Expectativas dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem*. Lisboa: Universitária Editora

- Salvaterra, M. F. A. S. (2007). *Vinculação e adopção*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Coimbra: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Universidade Nova de Lisboa. Acedido a Maio 15, 2011. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream>
- Silva, A. & Pinto, J. (2001). *Manual Metodologia das ciências sociais*. (11ª edição) Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, L. M. & Clapis, M. J. (2004). Compreendendo a vivencia materna no primeiro contacto com o seu filho na sala de parto. *Revista Paulista de Enfermagem*, 17 (3), 286-291. Acedido a Junho 18, 2011. Disponível em <http://www.unifesp.br>
- Silva, M. J. E., & Lopes N. F. P. (2008). *Comunicação intra-uterina*, Lisboa: Instituto de Formação em Enfermagem.
- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (2009). *Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Tavares, J., & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da Aprendizagem*, Coimbra: Almedina.
- Tomeleri K. R., Pieri F. M., Violin M. R., Serafim D. & Marcon S. S. (2007). Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. *Revista Gaúcha Enfermagem*, (4), 497-504.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

## **APÊNDICES**

## Apêndice I – Projecto do Ensino Clínico IV

## Apêndice II – Diários de aprendizagem

## Apêndice III – Notas de Campo

## **ANEXOS**

Anexo I – Folha de avaliação da unidade curricular estágio  
com relatório