



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

PROMOÇÃO DO CONTACTO PELE A PELE, ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO, NA 1ª HORA DE VIDA

Ana Luísa Fernandes Pereira

Bragança, 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

PROMOÇÃO DO CONTACTO PELE A PELE, ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO, NA 1ª HORA DE VIDA

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao abrigo do Despacho nº 2823/2020 do Diário da República, 2ª. Série – 02 de março de 2020

Ana Luísa Fernandes Pereira

Orientadora: Maria Augusta Moreno Delgado da Torre
Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Bragança, 2021

PEREIRA, A. L. P. (2021). **Relatório de Estágio de Natureza Profissional**. Bragança: Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Trabalho elaborado como relatório de estágio original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Palavras-chave: CONTACTO PELE A PELE; MÃE; RECÉM-NASCIDO; PARTO.

*Cada vida que nasce é uma dádiva,
permite-nos descobrir a grandeza do amor.
Por isso não fazemos partos, fazemos parte.
Amamos primeiro antes de conhecermos!*

Agradecimentos

Findada uma etapa especialmente importante da minha vida, não poderia deixar de manifestar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

Desde o início, contei com a confiança e o apoio de inúmeras pessoas. Sem esses contributos, este trabalho não teria sido possível.

Gostaria de agradecer à Professora Augusta Delgado todo o apoio e partilha de saber. Foi uma enorme honra tê-la como orientadora e acima de tudo, obrigada por SEMPRE me encorajar e dar força para terminar esta etapa formativa. Só a Professora sabe como foi difícil aceitar este desafio, sou-lhe eternamente grata!

A todos os Professores e a todos os Enfermeiros Especialistas com os quais me cruzei durante o Curso, obrigada pelos ensinamentos que me transmitiram e que foram fulcrais para a construção da minha identidade profissional, enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Às Mulheres, às Famílias e Recém-Nascidos com os quais vivenciei todo este processo e que me possibilitaram o desenvolvimento e aquisição de competências.

À Minha Família, em especial, ao meu marido Bruno, aos meus filhos muito amados, Francisco e Guilherme por serem o meu tudo...a minha maior força!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstétricos

B-on - Biblioteca do conhecimento on-line

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CEE – Comunidade Económica Europeia

CPP - Contacto Pele a Pele

EBSCO - Elton B. Stephens Co

EPN - Estágio de Natureza Profissional

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

E.P.E - Entidade Pública Empresarial

GR - Gramas

ICM - Confederação Internacional de Parteiras

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCC - População/Conteúdo/Contexto

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RN - Recém-nascido

Scielo - Scientific Electronic Library Online

SMO - Saúde Materna e Obstétrica

SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva

TP - Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	23
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	23
1.1. Caracterização do contexto institucional	25
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS: AFAF MELEIS E JEAN WATSON	29
2.1 Teoria da transição para a parentalidade de Afaf Meleis	29
2.2. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson	33
3. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS.....	37
3.1. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	37
3.2. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido	49
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA: CONTACTO PELA A PELE, ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO, NA 1ª HORA DE VIDA	55
1. PROMOÇÃO DO CONTACTO PELE A PELE, ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO, NA 1ª HORA DE VIDA	55
1.1. Contacto Pele a Pele	55
1.2. Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção do contacto pele a pele.....	61
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	65
2.1. Um caminho para a excelência dos cuidados especializados: Scoping Review.....	65
2.2. Definição dos critérios de inclusão e exclusão.....	68
2.3. Estratégia de pesquisa	69
2.4. Análise e extração dos resultados.....	69
2.5. Apresentação dos resultados	70
2.6. Síntese dos resultados.....	81

2.7. Análise e discussão dos resultados.....	82
2.8. Conclusão.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
APÊNDICES	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.....	30
Figura nº 2 - PRISMA	71
(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Mnemónica PCC.....	66
(Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018)	
Quadro nº 2 – Descritores.....	67
Quadro nº 3 – Critérios de Inclusão e Exclusão.....	68
Quadro nº 4 - JBI Critical Appraisal Tools Checklist.....	70
(Joanna Briggs Institute [JBI], 2020)	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos artigos seleccionados para a Scoping Review.....	72
---	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice: JBI Critical Appraisal Tools Checklist.....	cxix
Apêndice I: Comparable Cohort/ Case Control.....	cxii
Apêndice II: Interpretive & Critical Research.....	cxv
Apêndice III: Systematic Reviews.....	cxviii
Apêndice IV: Analytical Cross Sectional Studies.....	cxx
Apêndice V: Text and Opinion.....	cxiii
Apêndice VI: Randomized Controlled Trials.....	cxxv

RESUMO

INTRODUÇÃO: O estágio de natureza profissional foi concretizado em contexto de bloco de partos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, de forma a satisfazer as necessidades pessoais e as orientações estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros e Conselho das Comunidades Europeias. Considerou-se uma intervenção em contexto real com o intuito de promover a transição identitária profissional e pessoal, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

OBJETIVOS: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica e analisar a produção científica, disponível em bases de dados das ciências da saúde, publicada na última década, sobre os benefícios do contacto pele a pele, para a mãe e recém-nascido, na 1ª hora de vida.

METODOLOGIA: A prestação dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, inserida na família e comunidade, durante os quatro estádios do trabalho de parto foram baseados nos pressupostos teóricos de Meleis e Watson, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando-se a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, promovendo o contacto pele a pele, na 1ª hora de vida. Como estratégia para a identificação e mobilização da evidência científica, foi desenvolvida uma Scoping Review, de acordo com The Joanna Briggs Institute, orientada pela seguinte questão: “*Quais os benefícios do contacto pele a pele, para a mãe e recém-nascido, na 1ª hora de vida?*”. Recorreu-se ao modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para realizar o mapeamento da melhor evidência científica.

RESULTADOS: Os resultados evidenciaram a influência positiva do contacto pele a pele para a díade mãe/recém-nascido, na primeira hora de vida. Dos benefícios identificados destacam-se cinco categorias, nomeadamente, a estabilidade fisiológica e o desenvolvimento psicoemocional do recém-nascido, a eficácia na amamentação, a autoconfiança materna e a sua estabilidade física. Estas categorias condicionam a transição, quer para o recém-nascido ao meio extrauterino, quer para a mãe em relação à parentalidade.

CONCLUSÕES: Os objetivos delineados, relativos à prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica, foram atingidos, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências, colmatando concomitantemente as

necessidades do cumprimento da diretiva europeia. A compreensão acerca dos benefícios do contacto pele a pele permitiram aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica apoiarem e promoverem esta prática de cuidados com ganhos de saúde, tanto para a mãe, como para o recém-nascido.

Palavras-chave: CONTACTO PELE A PELE; MÃE; RECÉM-NASCIDO; PARTO.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This professional internship was carried out in a delivery room context at the Local Health Unit of Alto Minho, EPE, in order to meet personal needs and the guidelines established by the Nurses Association and the Council of European Communities. An intervention in a real context was considered, with the goal of promoting the transition between professional and personal identity, in the areas of care, training, management and research.

OBJECTIVES: To develop skills in the provision of specialized care in maternal and obstetric health and to analyze scientific results, published in the last decade, available in health sciences databases, on the benefits of skin to skin contact for the mother and newborn, in the 1st hour of life.

METHODOLOGY: The provision of specialized nursing care to women, within the family and the community, during the four stages of labor, was based on the theoretical assumptions of Meleis and Watson, which defend the idea of performing the birth in a safe environment and optimizing the health of the parturient and the newborn in its adaptation to extrauterine life, promoting skin to skin contact during the 1st hour of life. As a strategy for identifying and mobilizing scientific evidence, a Scoping Review was developed, according to the Joanna Briggs Institute, guided by the following question: “What are the benefits of skin to skin contact, for the mother and newborn, in the 1st hour of life?”. The PRISMA model (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) was used to identify the best scientific evidence.

RESULTS: The results showed the positive influence of skin-to-skin contact for the mother/newborn duo in the first hour of life. Of the identified benefits, five categories stand out: the newborn's physiological stability and psycho-emotional development, breastfeeding effectiveness, maternal self-confidence and physical stability. These categories reflecting the transition, either for the newborn to the extrauterine environment, or for the mother in relation to parenthood reality.

CONCLUSIONS: The outlined objectives, regarding the provision of specialized care in maternal and obstetric health, were achieved, thus contributing to the acquisition and development of skills, while meeting the needs to comply with the European directive. Understanding the benefits of skin to skin contact allowed Specialist Nurses in Maternal

Health and Obstetrics to support and promote this practice, which brings health benefits, both for the mother and the newborn.

Keywords: SKIN TO SKIN CONTACT; MOTHER; NEWBORN; LABOUR.

INTRODUÇÃO

A realização do estágio de natureza profissional (ENP) vem responder aos requisitos da unidade curricular (UC) de Dissertação/Estágio de Natureza Profissional/Trabalho de Projeto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO).

O percurso formativo decorreu na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (ULSAM, E.P.E) e teve em consideração as orientações das Diretivas Europeias (2005/36/CE; 2013/55/EU), transpostas para a legislação interna pela Lei 9/2009 de 04 de março, Lei 26/2017 de 30 de maio e anexo II da Lei 25/2014 de 02 de maio, que definem um conjunto de conhecimentos e experiências mínimas para creditar o reconhecimento das qualificações profissionais do enfermeiro especialista. Atendeu-se, ainda, às recomendações presentes no Regulamento nº 127/2011. D.R. nº35, II Série de 18 de fevereiro de 2011, atualizado pelo Regulamento nº 391/2019 D.R. nº 85, II Série de 03 de maio de 2019, que define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, sendo estas aquelas que estão envolvidas em processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Para além disso, é da sua responsabilidade intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher, sendo o seu perfil de competências específicas definido nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e pós-parto, como o enfermeiro que cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e período pós-natal.

Os objetivos traçados para o ENP seguiram as linhas orientadoras das competências definidas pela OE, as competências descritas pela International Confederations of Midwives (ICM), os objetivos traçados no guia orientador da UC e ainda as necessidades identificadas para o desenvolvimento pessoal e profissional. Valorizando todos estes aspetos, delinearão-se os seguintes objetivos:

- Adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO, inerentes à prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido (RN)/família, no decurso dos quatro estadios do trabalho de parto (TP), efetuando o parto em ambiente seguro, otimizando a saúde da mulher e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, dando especial enfoque ao contacto pele a pele (CPP), na 1ª hora de vida;
- Identificar uma área de conhecimento resultante de uma reflexão crítica da situação experienciada, e conseqüente pesquisa científica, de forma a transpor para a prática de cuidados o conhecimento baseado na evidência.

O conhecimento adquirido pela investigação na Enfermagem é utilizado para desenvolver a prática baseada na evidência (PBE), melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Pereira et al., 2012). Este relatório recai numa área concreta de cuidados de enfermagem especializados, cujo desígnio é evidenciar a aquisição de conhecimentos e competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais na prática profissional. Como tal, foram objetivos deste estudo sistematizar a evidência disponível, nas bases de dados científicas, na última década, sobre o contacto pele a pele e os seus benefícios para a mãe e recém-nascido, enfatizando o papel do EEESMO no empoderamento da parturiente e no apoio ativo desta prática de cuidados, de forma ininterrupta, imediatamente após o nascimento. Para garantir esse pressuposto desenvolveu-se uma Scoping Review orientada pela seguinte questão: “*Quais os benefícios do contacto pele a pele, para a mãe e recém-nascido, na 1ª hora de vida?*”.

A pertinência do tema selecionado advém, quer da formação académica, que proporcionou momentos de reflexão e análise acerca da importância do CPP para a díade mãe/RN, na primeira hora de vida, quer da formação em contexto real.

Nesta última, a realização de um estágio anterior, nos cuidados de saúde primários, revelou-se decisivo para a escolha do tema, pois permitiu constatar que das várias sessões que contempla o programa do Curso de Preparação para a Parentalidade e Parto, nenhuma delas era específica para o CPP. Por esse motivo e, em concordância, com o interesse demonstrado pelas grávidas/convivente significativo (que frequentavam o referido curso) foi planeada e realizada uma sessão formativa com essa temática, aplicando um questionário prévio à sessão. Os resultados evidenciaram falta de conhecimentos acerca dos benefícios do CPP, na 1ª hora de vida, para tríade mãe/RN/convivente significativo, desconhecendo a essência desse contacto.

Posteriormente à sessão, foi aplicado o mesmo questionário, revelando uma diferença significativa em termos percentuais, quer ao nível dos conhecimentos, quer ao nível de adesão desta prática, na 1ª hora de vida. Nesta experiência ficou bem patente a importância do EEESMO na promoção do CPP, imediatamente após o parto, de forma ininterrupta durante a 1ª hora de vida, traduzindo-se numa assistência de qualidade com ganhos em saúde.

Considerando a parentalidade um evento de transição marcado por experiências individuais significativas, com períodos de expectativa, alegria e realização, mas também de receio, ansiedade, insegurança, stress físico e emocional, objetiva-se que o CPP seria uma importante prática facilitadora da adaptação que envolve todo o processo de nascimento. Por este motivo, optou-se por selecionar a teoria da transição para a parentalidade de Afaf Meleis (Meleis 2012; 2010 & Meleis et al., 2000), como modelo conceptual da prática de cuidados e, ainda, o Modelo Transpessoal de Jean Watson (2002). Este último, por visionar a mulher de forma holística, muito além da dimensão do conhecimento técnico e científico.

A elaboração deste relatório visa explicar, de forma refletida e crítica, todas as experiências de aprendizagem vivenciadas, bem como as competências desenvolvidas e adquiridas que estão inerentes aos objetivos traçados. Este encontra-se dividido em duas partes distintas, ordenadas de forma a promover uma melhor compreensão e encadeamento lógico do percurso do estágio. A primeira parte inicia-se com uma contextualização do estágio de natureza profissional, a caracterização do contexto e o enquadramento teórico. De seguida, procede-se a uma exposição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, incluindo uma descrição da aquisição de competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios de TP e as considerações éticas inerentes à prática de cuidados especializados. Na segunda parte aborda-se a metodologia de trabalho subjacente ao desenvolvimento do projeto e por fim, faz-se uma breve conclusão referente às experiências desenvolvidas e adquiridas neste trajeto de aprender a caminhar, rumo à procura de evidências científicas que sejam consistentes com uma prática de cuidados de excelência.

PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A enfermagem, atualmente, é uma das principais ciências da área da saúde capaz de atribuir significados e reflexões em toda sua prática do cuidar. As teorias de enfermagem desenvolvem um papel determinante em todo este processo, sendo imprescindíveis para toda essência do cuidar (Moreira & Silva, 2016).

Assim, não pode ser descurado o facto de que a preparação para o exercício de enfermagem advém também da observação de diferentes modelos de prestação ao longo do período de formação. A diversidade de experiências proporcionadas pelo ENP foi determinante para a transição identitária, que o título de EEESMO, assim o exige.

Esta parte do relatório inicia-se com a contextualização do ENP, incluindo a caracterização do contexto de práticas. De seguida, evidencia-se as teorias de enfermagem que orientaram as práticas clínicas e por fim procedeu-se à descrição das experiências e competências desenvolvidas e das respetivas considerações éticas.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP foi a UC escolhida das opções disponíveis no segundo ano do CMESMO. A opção surgiu com o objetivo de aperfeiçoar, quer as competências alcançadas no curso de especialização, quer as competências definidas pela OE (Regulamento n.º 391/2019) e dar resposta às orientações pelo Conselho das Comunidades Europeias (2005/36/CE; 2013/55/EU).

Segundo os princípios orientadores do ENP definidos pela comissão coordenadora do CMESMO, este tem como alvo a intervenção em contexto real com o objetivo de promover a transição identitária profissional e pessoal, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

Nesse sentido, deslocar o foco do ensino prático para a educação, da técnica para a compreensão, do conteúdo estrito para a tomada de consciência crítica é o caminho para a transformação, refletindo significativamente na qualidade do cuidado de enfermagem (Souza & Cavalcanti, 2017; Cruz et al., 2017; Rodrigues & Sobrinho, 2007).

Em busca dessa transformação/transição optou-se por realizar o estágio, no bloco de partos da ULSAM, E.P.E. Desta forma, objetivou-se seguir a mesma linha orientadora que dita o regulamento das competências específicas do EEESMO, definido pela OE (2019) e o qual integra competências comuns. Sendo assim, o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Para além disso e valorizando as áreas de atividade de intervenção do enfermeiro especialista, não podem ser descuradas as competências comuns, pois constituem um referencial básico da profissão, abrangendo desde a responsabilidade ética, legal e profissional, até à gestão dos cuidados e desenvolvimento profissionais, passando pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica (OE, 2019).

Para além das competências específicas na área da saúde materna e obstétrica (SMO), preconiza-se ainda o desenvolvimento de competências de investigação. De acordo com American Association of Colleges of Nursing (2016), a investigação em enfermagem fornece um corpo de conhecimento que procura, continuamente, alcançar uma prática de cuidados de excelência, contribuindo, assim para moldar as políticas de saúde, tendo impacto positivo na saúde global.

Assim, compreendendo o papel do enfermeiro no contínuo da evidência à ação, as necessidades pessoais reconhecidas vão de encontro a uma prática baseada na evidência, que visa uma intervenção sustentada em modelos assistenciais que permitem uma melhor qualidade nos cuidados prestados. Neste seguimento, foi realizada uma Scoping Review acerca do CPP e os seus benefícios, tendo como objetivo promover esse contacto, entre mãe e RN saudáveis, de forma continuada, por um período de uma hora, considerando pertinente analisar o estado de arte atual que fundamente essa prática de cuidados.

Os modelos teóricos utilizados como referência na prestação de cuidados foram a Teoria da Transição para a Parentalidade de Afaf Meleis e a Teoria do Cuidado

Transpessoal de Jean Watson, existindo uma correlação entre ambas, considerando-as as mais vantajosas para a prática de cuidados especializados.

1.1. Caracterização do contexto institucional

O ENP decorreu no bloco de partos do serviço de Obstetrícia da ULSAM, E.P.E., no período de 12 de junho a 15 de outubro de 2021, com 420 horas presenciais, sob a orientação das enfermeiras especialistas Emília Alpuim e Marlene Campos.

A ULSAM situa-se em Viana do Castelo e foi criada a 1 de outubro de 2008 pelo Decreto-Lei 183/2008 de 4 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro. Esta nova unidade resultou de uma fusão que integrou o Centro Hospitalar do Alto Minho (C.H.A.M., E.P.E.) com os centros de saúde do distrito de Viana do Castelo.

Esta unidade incorpora duas unidades hospitalares: o Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, e o Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima. Incorpora ainda um Agrupamento de 12 Centros de Saúde, 21 Extensões de Saúde e 2 Unidades de Convalescença no distrito de Viana do Castelo.

A área de abrangência da ULSAM, E.P.E. é bastante alargada uma vez que compreende todo o distrito de Viana do Castelo com cerca de 251.000 habitantes, o qual integra os seguintes concelhos: Melgaço, Monção, Valença, Paredes de Coura, Cerveira, Caminha, Viana do Castelo, Ponte de Lima, Ponte da Barca e Arcos de Valdevez. Para além destes fornece ainda apoio a algumas cidades e freguesias dos concelhos de Barcelos, Braga e Esposende por questões de maior proximidade, tradição ou de diferenciação.

O seu principal objetivo, é “o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia asseguráveis a toda a população”. Visa ainda a organização otimizada de prestação de cuidados de saúde integrados e compreensivos, constituindo-se num modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde. Preconiza que os seus colaboradores se norteiem por valores direcionados para uma atitude centrada no utente e no respeito pela dignidade humana, no contexto de uma cultura do conhecimento como um bem em si mesmo, excelência médica e do cuidar.

O serviço de obstetrícia desta unidade é constituído por quatro valências diferenciadas: o internamento de obstetrícia, o serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, o bloco de partos e o internamento do puerpério.

O bloco de partos é constituído por seis unidades, onde são prestados cuidados individualizados à parturiente/convivente significativo, durante o trabalho de parto e parto, uma sala de relaxamento, uma sala de reanimação do RN, uma sala de trabalho de enfermagem, uma casa de banho para as parturientes/conviventes significativos, uma casa de banho para os profissionais, uma sala de arrumos de material de consumo clínico e uma sala de sujus. A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, 28 EEESMO que prestam cuidados nas diferentes valências do serviço de obstetrícia e por 11 enfermeiros generalistas, adstritos apenas ao internamento do puerpério.

A equipa médica é constituída por 29 médicos especialistas em obstetrícia/ginecologia, um dos quais é diretor do serviço, e por sete médicos internos da especialidade.

A admissão da grávida realiza-se pelo serviço de urgência geral, onde é efetuada a triagem de Manchester, sendo encaminhada, posteriormente, para o serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia. Após avaliação da equipa multidisciplinar e verificando a necessidade de internamento, a grávida e convivente significativo são sujeitos à realização do teste Covid. Depois disso, esta é encaminhada para o bloco de partos ou para o internamento de grávidas, dependendo da fase do TP em que se encontre. Em qualquer das circunstâncias, vinham sempre acompanhadas pela enfermeira especialista de um destes serviços.

As competências do enfermeiro especialista passaram pela conceção, planeamento e implementação de intervenções adequadas ao TP, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. As intervenções implementadas eram sistematicamente avaliadas e adaptadas às necessidades da parturiente/convivente significativo e realizados os respetivos registos. Estes eram efetuados em suporte de papel e em suporte informático, no sistema de aplicação para as práticas de enfermagem (SAPE), utilizando a linguagem da classificação internacional para as práticas de enfermagem (CIPE).

Relativamente à metodologia científica de trabalho, esta é baseada em teorias de administração e enfermagem e refere-se a como o trabalho é conceitualmente estruturado,

organizado e alocado ao enfermeiro (Parreira, 2021). No bloco de partos vigora o modelo de individualização dos cuidados de enfermagem, sendo, cada enfermeiro especialista, responsável pela prestação de cuidados a um máximo de três parturientes/convivente significativo.

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS: AFAF MELEIS E JEAN WATSON

No presente relatório torna-se importante enunciar algumas considerações em relação às teorias e modelos de enfermagem utilizados ao longo do estágio como norteadores da prática especializada. Assim, fruto da análise das teorias de Enfermagem, identifica-se, de forma mais marcada: a Teoria das Transições, defendida por Afaf Meleis, que apoia na compreensão das vivências de todo o processo de transição para a parentalidade e a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, apontando para o cuidado humano e global.

2.1 Teoria da transição para a parentalidade de Afaf Meleis

Numa análise baseada na disciplina de Enfermagem, considera-se que Afaf Ibrahim Meleis (Meleis, 2013; Meleis et al., 2010) é a autora que mais se destaca, com trabalhos desenvolvidos sobre a definição do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da Enfermagem. Neste sentido, deve ser destacada a premissa de Meleis & Trangenstein (2010, p. 66), de que “a transição é um conceito central para a Enfermagem”, porque o seu objeto é o cliente que se encontra a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo e por isso a transição constitui-se como um fenómeno de interesse para os enfermeiros, quando as respostas a este processo são manifestadas através dos comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2013; Chick & Meleis, 1986).

Foram realizadas pesquisas acerca das experiências de transição em diferentes situações, uma delas refere-se ao tornar-se mãe e os seus resultados contribuíram para a construção de um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance (figura nº 1).

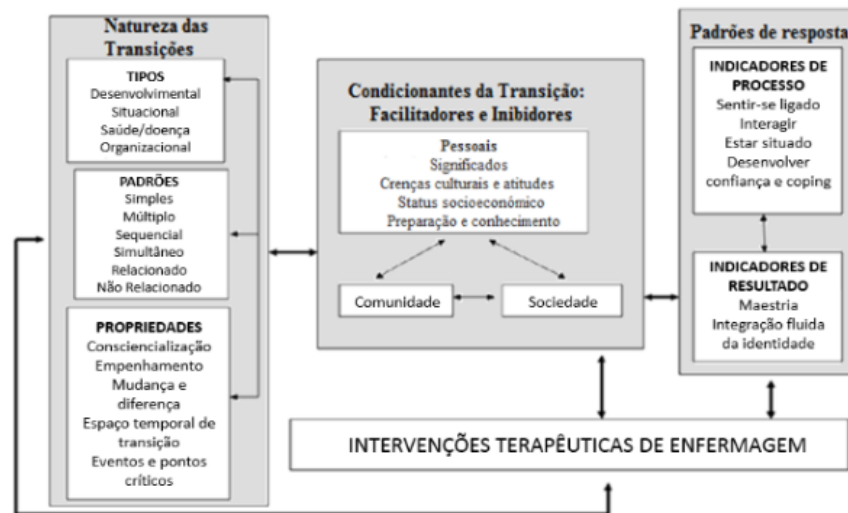


Figura 1: Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance [Traduzido].

Fonte: tradução adaptada de Meleis A. – *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (2010, p.56)

Esta teoria aborda fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática, sendo composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem (Meleis, 2000).

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis 2007; Meleis et al., 2000).

A teoria das transições encara os cuidados voltados para a saúde como multidisciplinares, ou seja, considera a Enfermagem como uma área profissional que é também uma área de conhecimento distinta das demais, cuja atenção está direcionada à análise da reação humana perante o confronto com as transições inerentes à vida, que equivalem a momentos de maior fragilidade e de ameaça à saúde, por meio de um processo interventivo com base nas inter-relações. Entretanto, a maneira como cada indivíduo experimenta a transição, a sua representação e significado, no que respeita aos aspetos próprios à transformação, sofrem um enorme impacto do contexto no qual se está inserido.

Para Meleis (2010) as transições têm como características: o processo (um processo com início, meio e fim, que implica movimento, desenvolvimento e fluidez), o afastamento (em que a pessoa interrompe as ligações das quais dependem sentimentos de segurança), a percepção (a forma como cada um vê a realidade difere de pessoa para pessoa), a consciência (para que a transição ocorra, o indivíduo deve ter consciência de que ela está a acontecer; caso contrário, ele ainda não se encontra no período de transição) e padrões de resposta (comportamentos observáveis e não observáveis durante o processo de transição, que refletem o indivíduo e o contexto sociocultural em que o mesmo se encontra inserido).

A experiência das transições tem implicação para a prática profissional, por orientar o enfermeiro a descrever necessidades dos indivíduos no processo transacional, por meio de uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica de cuidados (Lima et al., 2016).

No que respeita à parentalidade, de acordo com Silva et al. (2012), esta nova fase do ciclo de vida abrange a adaptação a uma série de transformações e reformulações de funções a nível pessoal e social, consistindo numa transição para mães, pais, casais e famílias, que se preparam para reformular funções e relações, modificar rotinas diárias e ganhar competências que viabilizem cuidar do novo membro da família. Deste modo, a transição para a parentalidade engloba em si inúmeras modificações do que estava previamente definido e, assim como qualquer outra transição na vida, pode ser compreendida no que respeita à natureza, condição e padrão de reação, de acordo com a Teoria de Meleis.

Atendendo às mesmas autoras, a mudança é outra das características das transições, englobando a modificação de rotinas já conhecidas para incluir e exercer novas funções, no caso a parental. A discrepância entre a expectativa e o cenário real das exigências da nova função, inúmeras vezes, somente é compreendida por meio das alterações. Deste modo, quando não se está consciente da transformação que é vivida ou será vivida não há a exigência de envolvimento, e conseqüentemente os indivíduos podem possuir expectativas irreais diante da situação.

De uma perspetiva teórica, a transição para a parentalidade é uma transição de desenvolvimento que contém certas fases e padrões (Barimani et al., 2017), pelo que esta não apresenta uma limitação temporal precisa, mas caracteriza-se antes pelo tempo

necessário para os pais se inteirarem das suas novas funções e estarem aptos para as exercer, levando a um novo tempo com mais estabilidade em relação ao prévio.

As condições da transição para a parentalidade podem ser compreendidas como condições que podem facilitar ou inibir e são categorizadas como pessoais ou comunitárias. Estas podem ser divididas no que respeita ao significado, crenças e ações, condição socioeconómica e preparação. Assim, cada progenitor vai atribuir à parentalidade o valor associado à perceção que cada pessoa atribui ou não às perdas e ganhos daí provenientes, o que abrange o que se valoriza ou não em certo contexto (Silva et al., 2012).

Menezes e Lopes (2007), indicam que, fatores como as habilidades singulares de cada pessoa para gerir ocasiões de *stress* e a rede de suporte social são relevantes para a transição para a parentalidade, assim como as vivências, esquemas e representações da mente que traduzem o bom funcionamento da recente família.

No que respeita aos padrões de reações, de acordo com Silva et al. (2012), são tidos em conta os indicadores processuais e os de reação ou resultado, que possibilitam a verificação dos conhecimentos que o indivíduo possui sobre a transição, os recursos de que dispõe e a maneira de enfrentar os momentos difíceis. Os indicadores processuais abrangem o sentimento de implicação, as interações, o estar adaptado, confiante e *coping*, os quais são essenciais, pois possibilitam a deteção prematura do significado da transição, que pode estar a ser experienciada de modo saudável ou induzir a condições de maior fragilidade e expor os clientes a maiores ameaças à saúde.

Relativamente ao sentimento de integração, Meleis et al. (2000) mencionaram que as mães que sentiam maior proximidade com os profissionais de saúde, mostraram-se mais acessíveis e preparadas para esclarecer suas dúvidas com quem se sentiam familiarizadas, o que constitui um indicador da transição mais saudável.

É importante que o enfermeiro especialista em SMO saiba reconhecer em que fase da transição a mulher se encontra e se está a ultrapassá-la de forma saudável. Para isso, este deve conhecer a mulher, a sua gravidez, a forma como a mesma a vivencia para poder atuar em conformidade (Bernardo, 2014).

Quando o indivíduo não se encontra preparado para experienciar uma transição caracteriza-se por possuir uma insuficiência de papel. Quando é necessária a intervenção

de enfermagem, preventiva ou terapêutica, define-se por suplementação do papel (Meleis, 2010)

Com a maternidade a mulher passa de uma realidade conhecida para uma nova e desconhecida. Para poder ultrapassar esta transição de forma saudável, a mulher deve encontrar estratégias que lhe permitam reconhecer a mudança, que lhe forneçam informação, conhecimentos, deve procurar modelos e testar-se no seu novo papel, experienciar a maternidade. Caso a mulher demonstre insuficiência no papel, cabe ao EEESMO providenciar informação, experiências, modelos que ajudem a mãe a transpor de forma saudável esta transição. Esta suplementação de papel pode e é, habitualmente, feita preventivamente, durante a preparação para o parto, nas consultas da gravidez, mas também pode ser realizada, terapeuticamente, no pós-parto imediato, colocando o RN em contacto pele a pele com a sua mãe de forma a promover a vinculação precoce e a amamentação (Bernardo, 2014).

Na generalidade esta suplementação do papel permitirá aos pais concretizarem as suas expectativas, facilitando esta transição, desenvolvendo o seu próprio sentido de parentalidade.

2.2. Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson

A Teoria de Cuidado Transpessoal, criada por Watson (2002), tem como premissa o cuidar interpessoal e eficiente, promovendo a saúde e o crescimento individual e familiar. É um conceito criado pela autora que redireciona o foco da enfermagem do modelo tecnicista para um domínio sobre a tecnologia e processos do cuidado sobre um eixo com ênfase mais altruísta, social e espiritual. Esta teoria não menospreza nem deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico para o cuidado ao utente, mas complementa e amplia o aspeto social e espiritual do mesmo, não se encerrando somente nele, levando a um autoconhecimento do profissional de enfermagem, ajudando ambos os intervenientes no processo de cuidar.

Watson (2005) na sua teoria propõe a relação de cuidar, dando especial importância à competência relacional, levando a um olhar para além da componente física, abordando o ser humano como um todo, biológico, social e espiritual. A Enfermagem sustenta-se nos cuidados prestados ao “Outro”, na qual o “Cuidar” é

considerado um aspeto central da profissão, com o objetivo da prestação de cuidados holísticos.

Esta teoria é constituída por dez fatores de cuidados que abordam o ser humano como um todo biológico, social e espiritual, que não pode ser fragmentado e que tem em consideração o enfermeiro como ser humano. Na interação, utente/enfermeiro, é que acontece o processo de cuidado, cerne fundamental da enfermagem (George, 2000). Os fatores são: formação de um sistema de valores humanístico-altruísta; estimulação de fé-esperança; culto da sensibilidade para si e para os outros; desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico como base para a tomada de decisões; promoção do ensino aprendizagem interpessoal; provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo; auxílio na satisfação das necessidades humanas e aceitação das forças existenciais e fenomenológicas (Allgood & Tomey, 2010, citado por Galutira, 2018).

A teoria de Watson (2002) abrange sete pressupostos sobre o cuidado, considerados como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para a sociedade: o cuidado pode ser efetivado, demonstrado e praticado apenas interpessoalmente; resultam de fatores provenientes da satisfação de determinadas necessidades humanas; promove a saúde e o crescimento individual e familiar; as respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora, mas como poderá ser; o ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si, em determinado momento; centralização no cuidado e não na cura, de modo que a prática integre desde o conhecimento biofísico ao comportamento humano, para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes; o cuidado é a essência da prática de enfermagem e é fundamental à mesma. Para a autora, estes pressupostos filosóficos atravessam o processo de cuidado humano em enfermagem, bem como permitem o enfoque da enfermagem no conceito da pessoa como ser integral.

Esta abordagem holística ao utente enfatiza, de um modo significativo, a relação enfermeiro/utente, sendo que esta interação é desenvolvida em relações interpessoais, nas quais cada um desempenha funções específicas. Ao enfermeiro cabe o fornecimento de apoio e proteção, com tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos, e ao utente cabem experiências positivas e responsáveis por mudanças que podem levar à

satisfação de necessidades humanas e ao processo de ser saudável (Watson, 2005). Assim, surge o CPP, como uma medida da qual emerge vários benefícios para a mulher e RN, cabendo ao profissional especializado incentivar esta proximidade entre mãe e filho (Gomes et al., 2017).

A aplicabilidade desta teoria enriquece a identidade profissional e fornece uma base para a assistência de enfermagem, na medida em que desenvolve intervenções conscientes em relação aos cuidados, potencializando a cura e a integridade e possibilitando o equilíbrio mente-corpo-alma. Entretanto, apesar da ampla gama de contribuições, a sua prática ainda é condicionada por diversos fatores, como ausência de um processo de enfermagem formalizado, dificuldades institucionais, excesso de tarefas e desmotivação profissional (Menezes et al., 2019).

Neste sentido, o cuidado do EEESMO na assistência ao parto pressupõe a não convivência com intervenções rotineiras e apressadas, que menosprezam a verdadeira essência do cuidar. Esta intervenção especializada envolve a criação de uma relação que valorize e apoie as decisões das mulheres/convivente significativo, pelo que faz todo o sentido considerar esta teoria, visto que a prática de cuidado adotada, para além de promover o CPP baseou-se em verdadeiras relações de cuidado transpessoal valorizando os aspetos sociais, culturais e espirituais da parturiente/convivente significativo.

3. DO PERCURSO FORMATIVO À PRÁTICA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A aquisição de competências é um processo alimentado pelos conhecimentos e retroalimentado pela reflexão. A reflexão, é reconhecida como fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista (Persson et al., 2018). Assim, neste capítulo, pretendeu-se desenvolver a capacidade de análise crítico-reflexiva, à luz da evidência científica, da tomada de decisão, da monitorização e da avaliação dos cuidados de enfermagem especializados.

3.1 . Prestação e gestão de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

A Enfermagem, sendo uma profissão na área da saúde, pretende o desenvolvimento da melhoria da qualidade, progredindo para isso, para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a conquista de cuidados de enfermagem de excelência (OE, 2019).

Neste sentido, surgiu a necessidade de evidenciar uma prática de cuidados embasados num rigor técnico-científico e de colmatar as necessidades previamente descritas, tendo-se optado pela realização do ENP no bloco de partos, localizado no piso 5 da ULSAM, E.P.E.

Esta unidade de saúde abrange uma área geográfica extensa com um elevado índice populacional, pelo que se considerou uma oportunidade de alcançar um maior número de aprendizagens. Também o facto deste local não ser completamente desconhecido, tornou-se vantajoso porque permitiu uma integração a nível organizacional e institucional muito mais rápida. No entanto, devido à conjuntura pandémica atual, alguns procedimentos e espaços físicos foram reorganizados, de forma, a responder às orientações da DGS (2021), que visam minimizar a exposição à infeção por SARS-CoV-2 das grávidas, RN e profissionais (Reingold et al., 2020; Zaigham & Andersson, 2020).

O “Direito ao Parto Normal” emanada pela OE (2012) foi uma premissa sempre presente na prática de cuidados especializados, proporcionando a criação de um ambiente de nascimento confortável que permitiu vivenciar o parto como um acontecimento de família, com uma assistência personalizada e com uma liberdade de escolha suportada

em decisões informadas, contrariando todos os aspetos menos positivos decorrentes da hospitalização do parto, como uso de técnicas e procedimentos invasivos que diminuem o seguimento fisiológico de um TP (Suarez Cortés et al., 2015).

Neste seguimento, a OMS (2018) emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no TP de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações.

Considerando estas recomendações, o parto foi reconhecido como um processo fisiológico que coloca a parturiente/convivente significativo como principais atores de toda esta vivência. O respeito, sempre que possível, pela fisiologia do TP de cada parturiente, assim como o seu envolvimento e do convivente significativo nas tomadas de decisão foi evidente durante todo o processo de cuidados. Tal como Pinheiro (2016), as práticas obstétricas devem ser adequadas a cada situação e a cada mulher, permitindo que a assistência ao longo do TP e do parto, não só respeite a fisiologia da mulher, mas também favoreça todos os envolvidos no mesmo.

À chegada ao serviço, a parturiente/convivente significativo eram orientados para a sua sala de parto, onde lhes eram facultados esclarecimentos sobre o funcionamento do serviço e onde eram validadas as informações, previamente, recolhidas no serviço de urgência. Neste momento, eram visíveis os esforços do EEESMO em conhecer as expectativas do casal e, posteriormente, em planear as intervenções consoante as necessidades identificadas.

Toda a atividade do enfermeiro especialista era independente em situações de baixo risco. Estes eram responsáveis por identificar e monitorizar o risco materno fetal durante o TP, assim como os desvios ao padrão normal, sendo da sua competência efetuar o parto em ambiente seguro, promovendo a saúde da mulher durante o TP, otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina e diagnosticar, precocemente, complicações para a saúde, tanto da mulher como do RN (OE, 2019). Para isso o EEESMO tinha como as suas competências a conceção, planeamento e implementação de intervenções adequadas ao estadio de trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

O convivente significativo foi parte integrante dos cuidados, sendo estimulado a apoiar, ativamente, a parturiente e a colaborar na implementação de medidas de

relaxamento, massagem e posicionamento. Valorizando esta presença do convivente durante o TP, as parturientes, de acordo com Pinheiro & Coutinho (2012), expressam-no como um apoio emocional, conseguindo lidar melhor com a dor e ansiedade, o que se traduz numa maior satisfação com o TP.

O direito ao acompanhamento da parturiente no decurso do TP encontra-se legislado desde 1985. Este, confere à mesma o direito a ser acompanhada, a qualquer hora do dia ou da noite, por uma pessoa por si escolhida. O mesmo, pode não se verificar, em situações clínicas graves (Lei 15/2014, de 21 de março) e em casos positivos à doença Covid-19. Perante isto, na admissão, tanto a parturiente, como o convivente significativo eram testados à Covid 19 através de um *teste xpress*. É de salientar, que até o resultado ser obtido, o convivente significativo ficava a aguardar na sala de espera, não podendo acompanhar a parturiente no bloco de partos. Esta situação criava, de certa forma, alguma angústia e ansiedade nas parturientes e no próprio convivente significativo, pelo que a intervenção foi no sentido de os acalmar e tranquilizar, explicando que o TP, apesar de ser um acontecimento único com uma multiplicidade de variáveis passa por várias fases e que, na maioria dos casos, os resultados são obtidos, antes de se concretizar o parto. Para além disso, a atualização da informação do estado da parturiente e respetivo decurso do TP, revelou-se uma mais valia no sentido de atenuar essas emoções.

O cuidado de Enfermagem é determinado pela capacidade de estabelecer relações interpessoais tendo por base o valor da confiança que irá determinar o desenvolvimento de capacidades de compreensão e de interação numa dinâmica biológica, psicológica e social. Sendo as competências relacionais o pilar da enfermagem, a comunicação é a ferramenta fundamental para que estas competências se desenvolvam adequadamente (Zangão, 2016). Colocar em evidência a prática da competência relacional não só melhora o processo de comunicação, como a confiança, o respeito e a empatia, desenvolvendo habilidades de escuta ativa e de relação terapêutica (Soares & Sadigursky, 2015).

Neste sentido, o acolhimento no bloco de partos passou pela realização da anamnese, pela apresentação da sala de parto e do circuito do convivente significativo e pela explicação das diferentes dinâmicas do TP. Esta fase permitiu a criação de laços de empatia e confiança, com disposição para uma verdadeira relação de abertura tendo presente a escuta ativa e uma comunicação eficaz e ajustada a cada parturiente/convivente significativo.

Para Balaskas e Sarzana (2021), o profissional que atende a parturiente, durante o TP, é de extrema importância, pois se o identificar como alguém em quem pode confiar totalmente e ficar relaxada na sua presença, o TP irá evoluir melhor e será uma experiência mais gratificante para todos.

No que diz respeito à comunicação, Broca e Ferreira (2018), referem importante adaptar o tipo de comunicação à natureza e ao impacto da essência da mensagem do recetor. Para que a comunicação terapêutica seja parte integrante e efetiva dos cuidados de enfermagem, é necessário que os enfermeiros a conheçam em profundidade e, portanto, teoricamente dominem os conceitos que integra, a valorizem enquanto estratégia fundamental para garantir cuidados de qualidade e, de forma consciente, com intencionalidade terapêutica a integrem nos cuidados que prestam.

A experiência com um casal surdo-mudo, que traziam a irmã como interprete, fez reconhecer a importância da comunicação na efetivação dos cuidados especializados.

A diversidade multicultural cada vez mais presente na nossa sociedade exige uma perceção específica de cada domínio cultural e uma adaptação linguística constante. Diariamente, o EEESMO é desafiado a entender as perspetivas, as tradições, os valores, as práticas e os sistemas familiares de uma multiplicidade de culturas com as quais se cruza e às quais presta cuidados. Segundo Domingos (2019) o enfermeiro especialista depara-se com vários constrangimentos no cuidar mulheres imigrantes desenvolvendo estratégias pontuais para conseguir estabelecer uma comunicação efetiva. As evidências apontam para a necessidade de se dotarem as instituições de saúde de recursos humanos e materiais que ajudem o enfermeiro a promover cuidados culturalmente congruentes, o que se poderá vir a traduzir numa melhor qualidade de cuidados, saúde e bem-estar.

O contacto com parturientes/conviventes significativos provenientes do Brasil, Venezuela, Espanha, Índia e Inglaterra permitiu estabelecer uma comunicação terapêutica indo de encontro ao seu sentido de saúde e bem-estar, preservando a sua identidade cultural.

Perante cada parturiente/convivente significativo recolheu-se o máximo de informações possíveis fazendo o complemento com dados provenientes do processo e do boletim de saúde da grávida (BSG). Este primeiro momento era, então, aproveitado para conhecer a história pessoal, familiar e da gravidez atual, percecionando os conhecimentos presentes, as expectativas para o momento do parto e as suas crenças.

Ver e escutar ativamente o que é dito, quer por palavras, quer por gestos/linguagem corporal é crucial para compreender o que os outros querem, efetivamente, transmitir. Com isto experienciou-se uma situação de uma parturiente, que tinha descrito na nota de entrada médica, que esta não teria realizado quer a ecografia, quer o estudo analítico do 3º trimestre. Ao consultar o seu BSG não constava qualquer informação acerca desses exames, e quando questionada, referiu que não encontrou nenhum laboratório/clínica disponível para a realização dos mesmos. No decorrer do TP, foi estabelecida uma relação de confiança, dando espaço de abertura a abordagens de outros assuntos e, numa dessas conversas acabou por expressar que tinha perdido o emprego e com isso sentia-se mais deprimida, “*sem vontade de fazer nada*”. Esse seu estado psicológico foi o motivo pelo qual não realizou os referidos exames. A solicitação de ajuda diferenciada revelou-se de extrema importante, requerendo-se, neste caso em concreto, a ajuda da psicóloga e da assistente social, como medidas terapêuticas e protetoras.

Para Backes et al. (2019) uma boa gestão do cuidado baseia-se em estabelecer interações que permitem a construção de um vínculo entre o profissional/mulher/família resultando num processo interativo recíproco com base na valorização das características do contexto psicossocial como potenciador do cuidado. Assim, verifica-se a relevância do desenvolvimento de estratégias para uma prática sustentada na interdisciplinaridade, integralidade e humanização como ferramentas do cuidar, promovendo qualidade no atendimento nos serviços de saúde.

A gravidez é geralmente descrita como um período prazeroso e agradável, sendo simultaneamente, uma altura de elevada instabilidade emocional, recheada de momentos de preocupação, incertezas, medos e ansiedades relativamente ao bem-estar do bebé e à saúde da mulher, ao trabalho de parto e parto que se aproxima ou às responsabilidades parentais (Cihan et al., 2017).

O facto daquela parturiente estar desempregada e ter demonstrado “*estar sem vontade de fazer nada*”, já são dois fatores importantes a acrescentar a toda uma ambivalência de sentimentos decorrentes da parentalidade.

Smorti et al. (2019) elaboraram um estudo que relacionou o papel da depressão e da ansiedade materna, durante a gravidez, com o bem-estar do RN. Os resultados demonstraram que a sintomatologia psicopatológica materna, durante a gravidez constitui um fator de risco significativo para o bem-estar do RN, condicionando todo o processo

de nascimento e parentalidade. Os mesmos autores sugerem a importância de lançar um novo olhar sobre os sintomas psicológicos maternos durante a gravidez e a experiência do parto, considerando-os como processos humanos complexos em que os aspetos psicológicos e físicos estão altamente interligados, influenciando o bem-estar materno e do recém-nascido. Destacam a importância de que, ao abordar a experiência do parto, os EEESMO atentem não só para a condição física da parturiente, mas também para a sua condição psicológica.

Face à colheita dos dados e ao saber particular de cada uma das parturientes/convivente significativo, identificaram-se as necessidades individuais, formularam-se os diagnósticos de enfermagem e traçaram-se intervenções personalizadas, de forma a proporcionar uma experiência de parto o mais positiva possível.

É de ressaltar que esta unidade local de saúde já disponibiliza consultas de Plano de Nascimento, em que estas não são de caráter obrigatório e encontram-se abertas para os casais que pretendem partilhar e esclarecer alguma informação acerca da conceptualização do seu plano de parto. No entanto, os casais que não traziam plano de parto definido, viam salvaguardadas, sempre que possível, as suas escolhas, as suas expectativas, para que a sua experiência de parto fosse satisfatória. Assim, “atuou-se de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2019: 3.1.1).

Cortés et al. (2015), expõe a relação positiva que existe entre o plano de parto contribuindo para um aumento do contacto pele a pele, laqueação tardia do cordão e maior taxa de partos normais, práticas que, direta e indiretamente, diminuem os gastos da saúde e as hospitalizações, tanto da mulher como do RN. Além disso, reforça a autonomia das mulheres graças à escolha da posição de dilatação e parto, ingestão de alimentos ou líquidos e inclusive com o uso de enemas e da tricotomia do períneo. Os mesmos autores, afirmam ainda que, o plano do parto influencia positivamente o TP e o seu desfecho, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento.

Como refere Afshar, Y. na sua entrevista a Olmstead, S. (2017), verifica-se uma maior participação e, conseqüentemente satisfação das parturientes que realizam o plano de parto. A mesma autora refere que o TP é um evento dinâmico, que pode inverter o seu

curso de um momento para o outro, pelo que nem o profissional de saúde nem a parturiente têm controlo absoluto sobre este.

Com isto, atendeu-se ao plano de parto que cada casal evidenciava, apoiando-os nas tomadas de decisão e procurando ir de encontro às suas expectativas, no entanto, nem sempre foi possível cumprir, o mesmo, da forma como idealizaram. Quando isso acontecia eram prestados todos os esclarecimentos e fundamentações, proporcionando, de igual forma, uma experiência de parto positiva.

O TP define-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, tal como à expulsão dos outros produtos de conceção, como as membranas amnióticas e a placenta (Graça, 2017; Fatia & Tinoco, 2016).

Considera-se que o TP se inicia quando se instalam contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical e a dilatação. É de crucial importância a identificação e adequado diagnóstico de início de TP, diferenciando um verdadeiro início de TP de um falso início de TP, que poderá levar a intervenções e práticas desnecessárias e desaconselhadas (Graça, 2017).

Assim, era realizada a avaliação do estadio de TP em que se encontrava e, posteriormente, a prestação de cuidados era ajustada à fase identificada, ou seja, as grávidas que se encontravam na fase latente do TP e aquelas que seriam para indução do TP eram encaminhadas para o internamento de grávidas, onde existiam condições para lhes proporcionar um ambiente calmo e acolhedor, favorecedor de utilizarem medidas não farmacológicas para alívio da dor e facilitadoras da progressão do TP, como a bola de pilates, a deambulação, entre outras, e respetiva vigilância materno-fetal.

Bavaresco citado por Oliveira e Cruz (2014) refere a bola de pilates como uma estratégia não farmacológica de alívio da dor no TP que está identificada, em conjunto com outras recomendações da OMS (2014), no grupo de procedimentos que são vantajosos e que devem ser encorajados no TP.

A bola de pilates foi um recurso promovido durante o primeiro estadio do TP associado com outras estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, deambulação, massagens, banhos quentes, entre outras, com o objetivo de favorecer um TP natural.

A dor foi um dos focos de atenção a valorizar nesta etapa, sendo este um fenómeno emocional complexo que deve ser encarado segundo um modelo biopsicossocial, individualizado e subjetivo, influenciado por crenças, valores, medos e experiências anteriores pessoais ou reportadas pelos conviventes significativos (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO], 2009), pelo que, foram consideradas as manifestações dolorosas de cada parturiente, valorizando as suas queixas e mostrando disponibilidade para colaborar no sentido do alívio da dor. Muitas das vezes, este apoio emocional e o acompanhamento individualizado, para o uso das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, não foi suficiente, pelo que, nessas situações, optou-se, a seu pedido, pela associação com a terapêutica farmacológica prescrita.

A analgesia epidural constitui uma forma de aliviar a dor durante o TP, que consiste numa técnica invasiva de administração de terapêutica na zona epidural da coluna lombar (Sng et al., 2014), pelo que, foi possível “cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (OE,2019:3.1.6).

A possibilidade de administrar analgesia intermitente, pelo cateter epidural, permitiu a ausência de bloqueio total dos membros inferiores dando oportunidade às parturientes de ficarem livre de movimentos e optarem por uma posição de parto mais ajustável às suas necessidades.

Priddis et al. (2012) demonstra que as mulheres que utilizam posições verticais durante o TP apresentam uma maior satisfação com a sua experiência de TP e parto, comparativamente às mulheres que adotam uma posição semi-fowler ou decúbito dorsal/litotomia. Assim, atendeu-se à escolha da parturiente relativamente à posição que pretendia adotar para o seu TP, orientando-a e apoiando-a na sua tomada de decisão.

O EEESMO desempenha um papel importante no apoio às mulheres na adoção de diferentes posições durante o TP devendo transmitir orientações, acerca dos benefícios das posturas verticais e da livre movimentação para assegurar uma decisão consciente e informada por parte da parturiente e, dessa forma, contribuir para uma experiência positiva no parto, o que terá claramente efeito ao nível da satisfação com o parto (Ferrão & Zangão, 2017).

A generalidade das parturientes que chegavam à sala de partos, encontravam-se na fase ativa do primeiro estadio do TP. Este estadio designa-se como o período desde

que se estabelecem contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo (Graça, 2017).

De acordo com Friedman (1978), a evolução de um TP normal pode ser representada por uma curva sigmóide, na qual se podem definir duas fases distintas do primeiro estadio do TP: a fase latente e a fase ativa. Segundo o mesmo autor, a fase latente é a que decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção completa do colo uterino e uma dilatação de cerca 3-4cm.

Atualmente, existem estudos que corroboram esta diferenciação em duas fases do primeiro estadio do TP, mas com novas indicações sobre os seus limites (Langen et al., 2016; Cohen & Friedman, 2015). Segundo Langen et al. (2016), a passagem da fase latente para a fase ativa do TP depende mais da extinção do colo uterino do que da sua dilatação, estimando que a fase latente termina quando o colo se extingue totalmente, o que acontece entre os 3 a 6 cm de dilatação cervical.

Embora exista a publicação de novas curvas de evolução do primeiro estadio do TP validadas cientificamente (Zhang et al., 2015), as curvas de Friedman continuam a orientar a tomada de decisão clínica aquando da admissão de uma grávida em início de TP e de quando intervir durante a evolução de um TP normal.

A interpretação do toque vaginal e a consequente determinação da evolução do TP foi uma competência adquirida durante o estágio. Este momento do toque vaginal revelou-se, também, útil para uma primeira determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, identificando-se alguns sinais de incompatibilidade ou de dúvida na compatibilidade pélvica com a progressão fetal, no entanto, conseguiu-se, atingir a competência descrita no ponto 3 da OE (2019:3.2.4), “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”.

Foram desenvolvidas e aperfeiçoadas capacidades na avaliação do “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2019:2.2.2), através da interpretação do traçado cardiotocógrafo, da deteção atempada de sinais de alerta e da identificação precoce de complicações com a referência à equipa multidisciplinar das situações que estavam para além da área de atuação do EEESMO, cooperando “com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez” (OE, 2019: 3.3.5). Neste contexto, surgiu a oportunidade de observar vários tipos de traçados (pouca ou muita variabilidade, desacelerações precoces e tardias, bradicardias e taquicardias fetais, taquissistolia) e correlacioná-los com variáveis, sendo uma delas a farmacoterapia.

A execução da técnica de amniotomia foi outra competência desenvolvida. Esta foi realizada sempre com o consentimento da parturiente, após a avaliação da evolução do TP, nomeadamente no que diz respeito à dilatação cervical, à descida da apresentação e frequência cardíaca fetal (FCF). Estes requisitos foram tidos em conta para a tomada de decisão do momento adequado para a sua realização, atendendo aos cuidados de assepsia, à vigilância das características do líquido amniótico, ao despiste de prolapso de cordão e à vigilância do bem-estar fetal.

O registo do TP realizava-se no partograma o que permitiu acompanhar a sua evolução, documentar e diagnosticar alterações e prestar cuidados apropriados para a correção de desvios da normalidade, evitando assim intervenções desnecessárias.

O 2.º estágio do TP ou período expulsivo: inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016). É marcado pela presença dos esforços expulsivos maternos e o conhecimento sobre o mecanismo do parto é condição importante para o atendimento adequado nesta etapa do TP (Martins-Costa et al., 2017). Sendo assim, a parturiente era instruída a iniciar esforços expulsivos e assistida na técnica respiratória e no posicionamento.

A descida da apresentação fetal, o plano de Hodge e o mecanismo de parto iam sendo vigiados, assim como as contrações uterinas e a FCF atentamente monitorizadas através do traçado cardiotocográfico. As condições do períneo eram avaliadas à medida que a cabeça começava a coroar.

Este momento de TP é aquele momento mais esperado, é o culminar do esforço de todos. É uma vida que nasce, é uma mãe e pai que se tornam, é um profissional que se valoriza. Assim foram vividas experiências muito intensas, sendo a distócia de ombros uma das mais marcantes, ao longo deste percurso.

A diabetes gestacional é responsável por um conjunto de complicações maternas, fetais e neonatais. A macrosomia fetal representa a complicação mais comum, sendo responsável pelo aumento dos partos vaginais traumáticos, nos quais se verifica uma maior incidência de distócia de ombros.

O risco de distócia de ombros aumenta ainda de forma mais acentuada à medida que o peso dos RN ultrapassa progressivamente 4000 gr. (Weissmann et al, 2012).

A parturiente em questão era portadora de diabetes gestacional e entrara em TP espontâneo. A evolução do TP decorrera sem intercorrências, contudo, no período expulsivo, confirmou-se a presença de uma distócia de ombros. Este momento ficou

marcado pela sensação que cada segundo que passava eram horas, a calma deu lugar ao nervosismo, a sala que estava cheia de “gente” (pela condição emergente da situação estavam presentes: médicos obstetras, internistas, enfermeira especialista e aluna e o pediatra) parecia vazia de tanto silêncio que se fazia. Entre olhares íamos atuando conforme a situação nos exigia. Assim nasceu o “Rodrigo” com um peso de 5,400gr. Ali, naquela sala, nasceu o “Rodrigo” e com ele renascemos todos nós profissionais. Cada parto é uma experiência irrepetível que nos enriquece, nos permite refletir e nos torna mais competentes e capazes.

Durante o nascimento foram sempre utilizadas manobras de proteção perineal, no sentido de evitar lacerações graves, no entanto, em algumas situações, como foi o caso da distócia de ombros foi inevitável a realização da episiotomia. Segundo Graça (2017), a informação existente não apoia a execução de episiotomia de forma rotineira, no entanto apesar de existirem orientações para a sua realização (OMS, 1996), o seu uso deve ser ponderado e analisado caso a caso, prevalecendo o juízo clínico individual no momento da decisão.

Após extração do corpo do RN e atendendo às condições, quer da mãe, quer do RN era promovido o CPP, na 1ª hora de vida. Simultaneamente, era avaliado o índice de apgar (IA).

O CPP, imediatamente após o nascimento, é reconhecido como tendo uma influência positiva na interação entre a mãe o RN, quer pela estimulação sensorial que possibilita, pelo toque, pelo calor e odor materno, quer pela promoção da amamentação, pois incita à procura da mama e à utilização os próprios meios para iniciar a primeira mamada sozinho (González, 2004, citado por OE, 2013).

A OMS (2012) recomenda a laqueação tardia do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) para todos os nascimentos de parto vaginal ou cesariana e iniciando, simultaneamente, os cuidados imediatos ao RN. Este organismo reconhece que a laqueação precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) somente deve ser realizado quando o RN necessitar de reanimação com ventilação de pressão positiva. Seguindo estas orientações, o Royal College of Obstetricians (2015) reconhece que a estabilização do RN sobre o abdómen materno com o cordão intacto é uma prática com benefícios clínicos reconhecidos, assim como um procedimento valorizado pelos pais. Como tal, a laqueação do cordão, sempre que possível, era realizada em CPP com a mãe

e de forma tardia com o envolvimento do convivente significativo, consoante a manifestação do seu desejo.

O terceiro estadio do TP ocorre após a expulsão do feto até à saída da placenta e das membranas fetais (Graça, 2017). Em geral, a separação da placenta sucede alguns minutos após o parto.

Durante este período, procedia-se à restante avaliação do IA do RN, era explorada a integridade dos tecidos perineais, sinais de descolamento da placenta e vigiada a presença de sinais de pré-choque na puérpera. Uma vez descolada a placenta, avaliou-se a modalidade em que esta ocorreu (Schultze ou Duncan), verificou-se a presença da totalidade de todas as estruturas da placenta e a formação do globo de segurança de Pinard, procedeu-se, ainda, à vigilância dos sinais vitais e da perda sanguínea.

O período pós-dequitação foi sujeito a vigilância contínua, pelo elevado risco de hemorragia pós-parto. Antes de se proceder à técnica de reparação dos tecidos do canal de parto, nos casos em que foi detetada essa necessidade, realizou-se previamente a inspeção adequada do períneo, para se verificar a extensão total da laceração e a presença de vasos a sangrar. Já na aplicação da técnica considerou-se o controlo da hemóstase, a reconstrução anatómica dos tecidos e empregou-se o mínimo possível de material de sutura.

Os casos mais complexos que estavam para além da área de atuação do enfermeiro especialista, foram referenciados à equipa médica, e fundamentados junto da parturiente. Um desses casos diz respeito à distócia de ombros que, apesar de ter sido realizada a episiotomia para facilitar a saída do bebé, este era de tal forma macrossómico, que foi inevitável não lesionar outros tecidos adjacentes. Concomitantemente, existia o risco iminente de atonia uterina, exigindo uma agilidade na execução dos procedimentos. Estas situações causavam alguma preocupação na parturiente e convivente significativo, contudo todos os cuidados realizados eram explicados quanto à sua pertinência, o que permitiu minimizar esses sentimentos.

Por último, o quarto estadio corresponde ao puerpério imediato e engloba as duas primeiras horas após a saída da placenta e das membranas amnióticas (Graça, 2017).

A primeira hora é definida como período de Greenberg e é fundamental nos processos hemostáticos, nomeadamente no miotamponamento e no trombotamponamento. Sendo que o miotamponamento consiste numa contração potente da musculatura uterina que induz o tamponamento dos vasos sanguíneos que irrigavam a

placenta e o trombotamponamento compreende a formação de pequenos coágulos que encerram os vasos uretroplacentários (Fatia & Tinoco, 2016). Assim, procedeu-se à avaliação do estado geral da puérpera, dos sinais vitais, do tônus uterino, da quantidade da perda hemática e do períneo.

Neste estadio, atendeu-se também à promoção precoce da vinculação e da amamentação, através do CPP com início imediato após o nascimento, contribuindo para a potenciação das competências parentais.

O CPP tem benefícios quer no estabelecimento da amamentação quer na sobrevivência dos RN. A promoção, proteção e suporte da amamentação, em sequência do CPP, deve constituir um dos focos principais da ação do EEESMO, imediatamente após o parto, influenciando diretamente a adoção de comportamentos saudáveis, no que respeita a um início de vida saudável (Parreira, 2018).

Este período foi marcado por muitas dúvidas manifestadas pela puérpera, relativamente à amamentação, pelo que, sempre que solicitado, realizou-se educação para a saúde e observou-se a mamada, valorizando as competências de reptação, busca e adaptação à mama por parte do RN.

Prestaram-se e promoveram-se medidas de higiene e conforto, assim como a alimentação da puérpera, dando oportunidade para esta descansar e descobrir-se enquanto mãe, mantendo sempre a vigilância necessária.

No final, a puérpera seguia para o internamento do puerpério, acompanhada pelo RN e convivente significativo, garantindo a continuidade de cuidados através dos registos de enfermagem adequados e da passagem de informação oral aos enfermeiros do respetivo serviço (Posner et al., 2014; APEO & FAME, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008).

3.2 . Prestação e gestão de cuidados de enfermagem imediatos ao recém-nascido

A prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN permitiu o desenvolvimento de competências, no sentido de promover e otimizar a sua adaptação à vida extrauterina.

O processo de nascimento é um fator importante que determina o tipo de pessoa que seremos no futuro e como vemos o mundo. O trauma do RN, na transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, afeta a sua condição adulta, estando na origem de

muitos transtornos psiquiátricos (Aydin, 2017). Para minimizar estes efeitos, a mesma autora defende que as salas de parto devem ser locais silenciosos, com pouca iluminação e até mesmo com música suave. Assim, considerou-se pertinente a criação de um ambiente calmo, isento de ruídos e acolhedor, favorecedor desta transição e promotor da ligação mãe/filho/convivente significativo.

As orientações providas da OMS (2015), durante a primeira hora após o nascimento, referem que o RN deve estar em CPP com a sua mãe para a manutenção da temperatura corporal e o início da amamentação. Como tal, imediatamente após o nascimento, era promovido o CPP, entre mãe e RN, atendendo sempre à sua vontade e às respetivas condições clínicas.

A primeira hora de vida é o momento em que o RN encontra os seus pais pela primeira vez e uma família é formada. Esta é uma experiência única na vida e não deve ser interrompida, a menos que o RN ou a mãe estejam instáveis e necessitem de cuidados prioritários. É uma hora de extrema importância que deve ser honrada, valorizada e protegida sempre que possível. Ressalva-se que nenhuma mulher recusou estabelecer o CPP com o seu bebé, na 1ª hora de vida, aliás, muitas delas já demonstravam essa vontade no seu plano de nascimento, declarando que foi através do EEESMO que tiveram conhecimento acerca desta prática de cuidados e dos seus benefícios. Este facto denota a importância da intervenção do EEESMO na capacitação precoce da mulher/casal, munindo-os da informação necessária, para que o CPP, na 1ª hora de vida seja entendido e valorizado.

No decorrer do estágio, a prestação de cuidados imediatos ao RN ocorreram de forma serena perante os pais, atendendo às prioridades identificadas.

A verificação e a funcionalidade de todos os equipamentos, assim como a preparação do material necessário para o parto e pós-parto imediato foi um cuidado sempre presente.

A avaliação do índice de Apgar realizou-se ao 1º, 5º e 10º minuto de vida do RN e foi considerado como forma de avaliação vital do RN, traduzindo a sua adaptação imediata à vida extrauterina (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta avaliação demonstrou-se ser relevante, nos casos em que existia alguma alteração dos parâmetros vitais do RN, permitindo uma resposta adequada e atempada.

Em algumas situações e mais, concretamente, na experiência referente à distócia de ombros, o IA foi inferior a 7, o que traduziu a necessidade de realizar algumas

intervenções na sala de reanimação de RN, tais como a avaliação dos parâmetros vitais e a limpeza das vias aéreas respiratórias. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento das competências que permitem assegurar “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” (OE, 2019: 3.2.7) e “a reanimação do recém-nascido em situação de emergência” (OE, 2019: 3.2.8).

Todas estas ocorrências provocam, inevitavelmente, ansiedade e preocupação nos pais, pelo que também eles não foram descurados de intervenção, sendo informados dos procedimentos realizados e atualizados face ao estado clínico do RN.

Após a 1ª hora de vida, foi proporcionado ao convivente significativo/pai a possibilidade de prestar os primeiros cuidados ao RN. Estas situações foram, previamente negociadas, e permitiram atender à sua vontade em participar mais ativamente, neste processo, refletindo-se na criação precoce do vínculo, entre pai/convivente significativo e filho.

A observação física ao RN é um domínio da assistência de enfermagem qualificada, pelo que se torna importante relacionar os achados encontrados, com os antecedentes obstétricos e com o próprio parto em si. Em algumas situações foram reconhecidas alterações morfológicas, como a sindactilia (situação identificada na gestação) e suspeita de deiscência da sutura parietal (confirmada posteriormente), tendo sido encaminhadas para posterior vigilância e tratamento dos mesmos, tal como preconizado pela OE (2019: 3.2.10) “identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além a sua área de atuação”.

Face ao exposto, realça-se o papel das enfermeiras orientadoras ao longo de todo este percurso. Crê-se ter criado uma relação muito positiva e construtiva, tomando como suas a vontade de realizar o maior número de experiências possíveis, o que facilitou o cumprimento de todos os objetivos, no que concerne ao desenvolvimento das competências, contribuindo, incontornavelmente, para a construção identitária do enfermeiro especialista.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O olhar da ética, no exercício profissional de enfermagem, assenta numa preocupação com a qualidade moral dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores (Nunes, 2020).

Atendendo aos princípios éticos mencionados no Código Deontológico do Enfermeiro (2015b), considerou-se o princípio pela beneficência, da não maleficência, autonomia e justiça. Estes princípios pressupõem a “salvaguarda da dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões” (OE, 2015b, p.19).

O consentimento, por parte das parturientes/convivente significativo na aceitação de que lhes sejam prestados cuidados pelo profissional em formação foi sempre considerado. Nunes (2016) refere que do ponto de vista ético e deontológico, a exposição destas mulheres a estudantes sem que esta seja informada e consinta colaborar, não é aceitável, incorrendo em desrespeito pela sua dignidade e autonomia. Para isso, foi preocupação proceder a apresentação como enfermeira a frequentar a especialidade de SMO, explicando os motivos da sua presença, sendo que todas as parturientes/convivente significativo compreenderam e aceitaram os cuidados.

Ao longo do estágio, valorizou-se a tomada de decisão das parturientes/convivente significativo, prestando os cuidados de enfermagem especializados segundo o princípio da autonomia, que visa a liberdade de escolha, com a participação voluntária e o consentimento esclarecido. O consentimento informado implica “respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas” (OE, 2015b, p.112). Pelo que foi essencial, o esclarecimento constante sobre as intervenções realizadas.

A OE (2015a) menciona no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) que os enfermeiros no exercício das suas funções deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA: CONTACTO PELA A PELE, ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO, NA 1ª HORA DE VIDA

A enfermagem é uma disciplina científica consolidada, sendo aceite, atualmente, como um ramo do conhecimento humano com o seu próprio objeto e método de estudo (Amezcuá, 2020). Como tal, torna-se importante a definição de um domínio de investigação que permita uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.

Esta segunda parte do relatório é composta por 2 capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico com uma descrição dos conceitos inerentes ao CPP, contextualizando a importância e os seus benefícios para a díade mãe/RN e uma abordagem ao contributo do enfermeiro especialista na promoção do CPP. No segundo capítulo expõe-se a metodologia da Scoping Review e as suas etapas, fazendo uma apresentação e análise dos resultados extraídos dos estudos selecionados e, respetivas conclusões.

1. PROMOÇÃO DO CONTACTO PELE A PELE, ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO, NA 1ª HORA DE VIDA

A enfermagem, enquanto disciplina científica, baseia a sua *praxis* na evidência científica, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Atendendo a este propósito, surge o presente trabalho de investigação, onde se pretende compreender os benefícios do contacto pele a pele, para mãe e RN, na 1ª hora de vida e o papel do EEESMO na promoção dessa prática de cuidados especializados. Para isso inicia-se, neste capítulo, uma abordagem teórica dos principais conceitos subjacentes ao estudo.

1.1. Contacto Pele a Pele

O CPP do RN com a sua mãe após o parto foi, durante séculos, um costume comum nas diferentes culturas, tornando-se uma forma natural de proteção ao RN, assim como uma primeira manifestação de afeto e a forma de reconhecimento mútuo entre mãe e filho (Álvarez, 2017).

O CPP, por vezes, denominado método Canguru foi, originalmente, desenvolvido por dois médicos em Bogotá, na Colômbia em 1978, em resposta à escassez de incubadoras necessárias para cuidar de todos os RN prematuros, nos seus hospitais. Em sequência disso, eles decidiram colocar os RN nus diretamente no corpo das suas mães, com a mãe e o bebé cobertos por um envoltório externo, permitindo que o calor do corpo da mãe aquecesse o bebé, aumentando a sua taxa de sobrevivência (Conci Braga et al., 2016).

O CPP, na hora que se segue ao nascimento de um RN, diz respeito a um contacto que é estabelecido, imediatamente e de modo permanente, quando o mesmo é posto em cima do abdómen ou tórax materno segundo a sua vontade, de bruços e coberto com um tecido seco e previamente aquecido (Ribeiro et al., 2020).

A OMS (1996) elaborou um guia com recomendações dirigidas aos profissionais de saúde que cuidam e prestam cuidados às parturientes e RN de termo. Aqui é mencionado que perante um RN de termo saudável e uma mãe sem complicações, é expectável que o CPP, entre esta díade, seja um procedimento incluído nos cuidados imediatos ao RN.

A mesma organização juntamente com a UNICEF recomendam que, logo após o parto todas as mães e RN, ambos saudáveis, iniciem CPP sendo este prolongado até uma hora e continuado no tempo (WHO & UNICEF, 2009), estando desaconselhado em parturientes de baixo risco a utilização, por rotina, de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja evidenciado, os quais incluem: “(...) separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último” (OE & APEO, 2012, p.24).

O nascimento prevê ser um momento de enorme stress para o RN, pois induz alterações na sua circulação sanguínea, no seu modo de respirar, na sua regulação de temperatura, ficando exposto a imensos estímulos óticos, acústicos e táteis, colocando-o “nu” e “indefeso” contra qualquer tipo de intervenção, sendo muito fina a linha que separa os estímulos das "agressões" sensoriais (Sanchez et al., 2014).

Seitz (2019) faz referência a um estudo que RN prematuros que tiveram CPP prolongado com as suas mães, enquanto hospitalizados, tinham melhores níveis de sobrevivência. Esta constatação é validada por Bergman (2019) ao mencionar que o desenvolvimento dos RN prematuros e de baixo peso ao nascer são condicionados, a longo prazo, pela separação das suas mães decorrente da necessidade de cuidados avançados. Esta separação é de tal forma marcante que fazem uma analogia com

adversidades decorrentes na infância atribuídas ao stress tóxico provocado pela ausência de proteção do suporte adulto. A compreensão deste fenómeno passa por analisar os primeiros momentos de vida da criança, nomeadamente a ocorrência do CPP, logo após o nascimento. A evidência apresentou uma correlação entre o desenvolvimento autonómico e a regulação da fisiologia com a conexão emocional e a obtenção de resiliência. A separação materno-neonatal impediu que esses processos neurais críticos ocorram, refletindo-se, posteriormente, num aumento da incidência crescente de problemas de desenvolvimento na infância.

De acordo com Bystrova et al. (2009), o CPP pelo tempo de 25 a 120 minutos, depois do nascimento, tem efeitos positivos para a formação do vínculo e interação entre mãe e filho. A corroborar este facto, Soares et al. (2014) consideram os quarenta minutos após o parto a fase de inatividade alerta para o RN, sendo esse o momento aconselhado para a realização do CPP de forma a promover o vínculo, aquecer o RN e estabilizar a sua frequência cardíaca e respiratória.

Moore et al. (2012) apelam à realização do CPP, imediatamente após o parto, alegando que os procedimentos que separam o RN da sua mãe podem ser protelados até à sexta hora de vida do RN, sendo a 1ª hora o período mais favorável para o início da amamentação. Em concordância, Santos et al. (2014) protegem a efetivação do CPP pelo menos durante uma hora, dando oportunidade para o RN adaptar-se e tranquilizar-se e, simultaneamente, perceber o momento certo para iniciar a amamentação.

As evidências que defendem a prática do CPP, após o nascimento e com duração mínima de uma hora, são robustas, indicando o desenvolvimento precoce da vinculação entre a díade, a adaptação do RN ao ambiente extrauterino, a estabilidade hemodinâmica, o início precoce da amamentação e a colonização inicial do seu microbioma (WHO, 2018).

De acordo com a neurociência dos mamíferos, o contacto íntimo inerente a este lugar (habitat) evoca neuro comportamentos que garantem a satisfação das necessidades biológicas básicas. Este período, imediatamente após o nascimento, pode representar um 'período sensível' para programar a fisiologia e o comportamento futuros (Moore, et al., 2016). Assim, este “período sensível” predispõe e prepara as mães e os RN para desenvolverem um padrão de interação recíproca, do qual faz parte uma cadeia sequencial comportamental inata que resultará no início precoce da amamentação (Widström et al., 2011), o que confere ao RN uma nutrição enriquecida e plena, prevenindo estados de

hipoglicemia (Takahashi & Tamakoshi, 2018; Sampaio et al., 2016), de hiperbilirrubinemia (Kologeski et al., 2017) e infecções gastrointestinais (Kramer & Kakuma, 2012).

Neste seguimento, Ferreira e Callado (2013) referem que o CPP promove a ativação de reações a nível fisiológico e emocional capazes de acalmar, produzir o relaxamento e elevar os níveis hormonais responsáveis pelo desenvolvimento e alívio do RN, para além de fortalecer a sua imunidade.

Igualmente outros autores referem que a harmonia única gerada por tal contacto facilita a adaptação do RN ao ambiente não-estéril, sendo este ajuste motivado pelo aumento dos níveis de ocitocina. Este aumento hormonal possibilita o aumento da temperatura do RN e o início da sucção à mama, viabilizando uma boa experiência da amamentação (Carvalho-Ramos et al., 2018).

Para Rosa et al. (2010) e em oposição ao que era argumentado até o início do século passado, os RN ao nascerem não são desprovidos de experiências sensoriais pois já são munidos com uma dada quantidade de sistemas de comportamento preparados para ser ativados através de estímulos, como o tato ou CPP, o olhar, o falar de alguém e/ou sons, odores e a amamentação.

Assim, o CPP com a mãe depois do nascimento, origina um processo a nível interno do RN de passagem pelo que se poderia denominar por estágios/fases instintivas, que englobam o chorar, relaxar, acordar, entrar em ação, repousar, engatinhar, familiarizar-se, mamar e adormecer, sendo tal contacto considerado um contributo para coordenar precocemente os cinco sentidos do RN e os seus movimentos (Widström et al., 2019).

A evidência de um estudo realizado por Brimdyr et al. (2020) recomenda o CPP a todos os RN de termo, saudáveis nascidos por parto vaginal, no entanto, destaca a necessidade de um espaço e tempo protegido que propiciem estas respostas comportamentais do RN, salientando a prática do CPP, na primeira hora de vida, como o momento ideal.

Os mesmos autores revelam a capacidade que os RN detêm, nessa primeira hora de vida, para alcançar a mama, realizar a pega e estabelecer a amamentação. Assim, o CPP precoce induz a um tempo maior de amamentação (Kusko & Benko, 2019; Nagai et al., 2011; Bystrova et al., 2007) e eleva a autoestima materna no que respeita a todo esse processo (Aghdas et al., 2014), conduzindo a uma variedade de impactos positivos

(Victora et al., 2016) que contribuem para a diminuição do índice de mortalidade nos RN (NEOVITA Study Group, 2016).

Brimdyr et al. (2018) apresentam uma ferramenta destinada a melhorar a implementação da prática baseada em evidências do CPP, na primeira hora após o nascimento. Esta nova ferramenta é um algoritmo (HCP-S2S-IA) que relaciona os critérios de Robson para classificação obstétrica e os parâmetros para as melhores práticas do CPP (imediate, contínua e ininterrupta) com os 9 estágios acima referidos, tendo como objetivo a avaliação da experiência de mães e RN, na primeira hora após o nascimento. A aplicação deste algoritmo permitiu identificar e documentar barreiras para a implementação do CPP constituindo uma oportunidade de reflexão e, conseqüente, melhoria da prática assistencial ao RN.

Por estes motivos, os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros especialistas, devem ser eticamente responsáveis pela promoção, suporte e proteção da amamentação, considerando a prática do CPP uma influência positiva no estabelecimento precoce, na sua duração e exclusividade (United States Breastfeeding Committee, 2010).

A promoção do controlo da dor da mãe e do RN está implícita aquando a aproximação de ambos, através do CPP. Assim, a realização desta prática promove a analgesia, que se traduz na diminuição do choro do RN, na taquicardia e na melhoria da qualidade do sono, demonstrando serem bebés mais calmos (Baird & Bybel, 2018; Seitz, 2017; Gao et al., 2015). No que se refere à mãe, este proporciona um melhor controlo da dor resultante da episiotomia (Gabriel et al., 2012), constituindo-se uma possível alternativa aos analgésicos farmacológicos para procedimentos dolorosos.

Entre as muitas vantagens decorrentes do CPP, logo depois do parto, salienta-se a diminuição da hospitalização, quer para a mãe, quer para o RN (Widstrom et al., 2019; Lotto & Linhares, 2018). Esta aproximação pele com pele permite aumentar a contração uterina e diminuir o risco de hemorragia materna (Essa & Ismail, 2015).

Santos et al. (2014) destacam que é neste primeiro contacto que a mãe explora, através do seu próprio tato, o contorno físico do seu bebé, o qual imaginou no decorrer da gravidez, sendo um tempo singular para o reconhecer, apreciar e viver intensas emoções implícitas na própria concretização do desejo de ser mãe. (santos et al. 2014

A objetivar este facto, é a relação que existe entre o CPP e o aumento da libertação de hormonas, como a ocitocina e endorfinas, sendo que a primeira estimula os sentimentos maternos, a contração uterina e aumenta a produção de leite; as segundas

estimulam também os sentimentos de vinculação e apego, provocando sensação de felicidade. Estas hormonas permitem à mãe manter-se calma, e sensível, e aumentam a temperatura corporal nas mamas de forma a manter o bebé aquecido (Widström et al., 2019; Buckley, 2015; Crenshaw, 2014; Moore et al., 2012).

Um estudo, elaborado por Souza et al. (2017), revela que o CPP interfere na qualidade da vinculação demonstrando que as mães que não tiveram este contacto com os seus filhos, logo após o nascimento, apresentavam-se significativamente mais tristes, traduzindo-se numa vinculação mais negativa. Tendo em conta que a qualidade do vínculo, entre mãe e RN, determinará as condições da saúde mental da criança no futuro, servindo de base para a criação das suas primeiras ligações emocionais que podem condicionar as relações sociais posteriores (Palacios-Hernandez, 2016; Perrelli et al., 2014).

Dois et al. (2013) demonstraram que o CPP, iniciado na primeira hora de vida e continuado no tempo, está significativamente associado a uma ausência de sintomatologia da depressão pós-parto. Concluindo, que a efetivação deste contacto foi a única variável capaz de explicar a ausência de sintomas depressivos em mulheres que tiveram gestações de baixo risco obstétrico.

Assim o CPP, entre mãe e RN de baixo risco, é considerado um método de prevenção e intervenção (complementar) dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto, sendo uma prática simples, económica e de fácil acesso, podendo ser aplicada imediatamente após o nascimento (Cooijmans et al., 2017).

Na impossibilidade da realização do CPP após o parto com a figura materna, o RN deve fazer este contacto com o pai demonstrando de igual forma benefícios para a díade, entre os quais incluem: a regularização das condições físicas do RN, no que concerne à estabilização da frequência cardíaca e temperatura, menor duração do choro e melhoria na taxa de amamentação. Relativamente ao pai, as vantagens englobam a diminuição significativa da ansiedade e sintomas depressivos facilitando a sua transição para a parentalidade (Huang et al., 2019). As mães consideram a colocação do RN em contacto com o peito paterno uma intervenção importante para a nova família, refletindo-se num aumento da autoestima e responsabilidade paterna pela oportunidade de estabelecer laços afetivos com o RN (Ayala et al., 2015).

Em suma, o CPP depois do nascimento é demasiado relevante, uma vez que:

- favorece a adaptação do RN à vida extrauterina (Widstrom et al., 2019; OMS, 2018; Lotto & Linhares, 2018) e ajuda a prevenir infeções (Ferreira & Callado, 2013; Kramer & Kakuma, 2012);
- o corpo materno auxilia na manutenção da temperatura corporal do RN permitindo que este se mantenha aquecido, o que é especialmente relevante para os RN prematuros e de baixo peso à nascença (Buckley, 2015; Beiranvand et al., 2014);
- reduz a carga de stress no RN e promove um melhor controlo da dor, reduzindo estados de choro (Baird & Bybel, 2018; Seitz, 2017; Gao et al., 2015);
- promove o estabelecimento precoce do vínculo afetivo (Souza et al., 2017; Buckley, 2015);
- a mãe demonstra menor risco de hemorragia depois do parto e diminuição da dor no ingurgitamento mamário (Essa & Ismail, 2015);
- proporciona o início precoce da amamentação e a sua continuidade no tempo (Svensson, et al., 2019; Abdala & Cunha, 2018).

No que se refere, atualmente, à infeção por Covid 19, a OMS (2020) é clara nas orientações propostas defendendo que o CPP precoce deve ser mantido, salientando que os benefícios decorrentes dessa prática superam o risco da transmissão pela doença. O risco de infeção em RN devido à transmissão materna parece ser baixa (Zheng et al., 2020) sendo, portanto, menos provável que estes nasçam positivos para a doença, estando as suas mães negativas, no entanto deve-se sempre manter medidas protetivas do RN, sem excluir a prática do CPP (Boscia, 2020).

Por toda esta evidência, os profissionais da área da saúde implicados no parto necessitam de estar atentos para a concretização do CPP o mais cedo possível, ainda na sala de partos, procurando trabalhar para a eliminação de práticas e processos de rotina que vão afetar a necessidade fisiológica da mãe e do RN permanecerem juntos. (Bezerra et al., 2016; Crenshaw, 2014).

1.2. Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica na promoção do contacto pele a pele

A prática obstétrica atual, por vezes, potencia o desempenho de um exercício profissional cheio de intervenções protocolizadas e procedimentos institucionais, em

detrimento de uma atenção que envolva as necessidades emocionais das mulheres no processo de parto. A organização da prática proporciona um contacto breve e apressado, entre a mulher e o seu filho, imediatamente após o parto, tendo em vista que os trabalhadores de saúde, necessitam cumprir normas e rotinas institucionais como a realização dos cuidados imediatos ao RN (Santos et al., 2014).

Os mesmos autores referem-se a este procedimento como um ato mecânico, afastado do seu sentido original, não tendo em consideração as condições maternas para a sua realização e não respeitando as necessidades imediatas do RN (idem).

Para Motta et al. (2016) o EEESMO ocupa um lugar de extrema importância nos cuidados prestados às parturientes e RN, sendo capaz de direcionar e sensibilizar a equipe multiprofissional para o cuidar humanizado como forma de mudar o atual cenário da obstetrícia.

Neste sentido, Cruz et al. (2007) consideram o CPP um cuidado humanizador de assistência ao parto, que necessita de ser promovido pelos EEESMO, sendo importante que estes desenvolvam uma intervenção nutrida de sensibilidade, harmonia e integração considerando toda a particularidade envolvida. Assim, torna-se fulcral que os enfermeiros especialistas compreendam a importância do CPP para o binómio mãe/RN dando especial enfoque à autonomia e participação ativa da mulher durante o TP (Leal et al., 2021). Nesse sentido, o enfermeiro especialista deve estimular a postura autónoma e protagonista da mulher no parto, orientando-a na sua tomada de decisão (Alvares et al., 2018).

A OMS (2018) destaca a importância do cuidado centrado na mulher para otimizar a experiência do parto, valorizando uma abordagem holística baseada nos direitos humanos.

Atendendo à complexidade e natureza dos modelos pré-existentes na prática contemporânea, foi elaborada uma lista de cuidados globais intraparto que tem como objetivo uma experiência de parto positiva. De entre os cuidados recomendados destaca-se o ponto 48: “recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contacto pele a pele com as suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir a hipotermia e promover a amamentação” (OMS, 2018, p.7).

De acordo com Gomes et al. (2017) e Fucks et al. (2015), os profissionais que atuam em cenários de parto e nascimento são essenciais para que seja estimulado o CPP precoce, entre a mãe e RN, podendo agir como facilitadores desta prática assistencial, promovendo inúmeros benefícios.

A concretização do modelo de humanização no parto necessita da sensibilização e preparação permanente dos EEESMO, sendo necessária a concretização de formações para que a prática do CPP seja consistente (Gomes et al., 2017).

Alguns estudos (Kologeski et al., 2017; Koopman et al., 2016) evidenciaram que existem não-conformidades na prática dos EEESMO relativamente à promoção do CPP precoce, entre mãe e RN, na 1ª hora de vida.

Uma assistência tecnicista e fragmentada, a rapidez e a rotinização dos cuidados, a falta de políticas e protocolos institucionais e a elevada exigência de trabalho condicionam a promoção do CPP (Sampaio et al., 2016) conduzindo a um afastamento da díade mãe/RN. Tais motivos, não deveriam representar obstáculos para a implementação do CPP, visto ser uma prática facilmente executada, que não acarreta qualquer custo e que possui enormes benefícios para a tríade mãe/RN/convivente significativo (Souza et al., 2020).

De acordo com Vittner et al. (2017), mesmo estando conscientes do seu papel, os EEESMO necessitam de uma constante atualização de conhecimentos, uma vez que, tendem a banalizarem esta prática devido à rotinização dos cuidados e à carga laboral.

Assim, cientes da existência de barreiras, os EEESMO deverão criar estratégias para que o CPP, entre mãe e RN, se concretize (Widström et al., 2019) de forma ininterrupta, na 1ª hora de vida.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O conhecimento alcançado através da investigação determina o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência (PBE), que contribuí para melhores cuidados com otimização dos resultados em saúde.

A PBE é a “incorporação da melhor evidência científica existente, integrada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006).

Ao longo deste capítulo será apresentada a metodologia de investigação que se enquadra neste estudo.

2.1. Um caminho para a excelência dos cuidados especializados: Scoping Review

A prática de cuidados dos EEESMO baseada na evidência é reconhecida como uma competência fundamental. A acessibilidade à melhor evidência e a sua aplicabilidade é, atualmente, considerada um recurso major da aprendizagem de excelência.

Deste modo, delineou-se um projeto baseado na metodologia Scoping Review, de acordo com The Joanna Briggs Institute (JBI), com o propósito de realizar o mapeamento da melhor evidência científica que responda à questão de investigação formulada (Peters et al., 2020).

É de ressaltar que um estudo de revisão e mapeamento implica a fiabilidade e a fidelidade da informação contida nos documentos originais que a suportam. Assim, esses aspetos foram assegurados através do rigor da metodologia de pesquisa efetuada, da adequada referenciação e do rigor no tratamento e apresentação dos dados.

Para o desenvolvimento do método de pesquisa foi necessário alcançar 6 etapas consecutivas (JBI, 2015). A primeira fase consistiu na realização de pesquisa nas bases de dados de literatura cinzenta. A segunda fase refere-se à formulação da questão norteadora, através da mnemónica PCC, em que P corresponde aos participantes, C ao conceito e C ao contexto (Quadro nº 1). Na terceira fase procedeu-se à procura dos artigos e seleção nas bases de dados, através dos descritores e palavras-chaves. Na quarta fase foram selecionados os estudos e na quinta fase foi preenchida uma lista de verificação de avaliação crítica dos estudos, na sexta e última fase foi preenchido um modelo de análise e extração dos dados (Tabela nº 1) segundo Peters et al. (2015; 2017).

Assim, primeiramente, realizou-se uma revisão da literatura no motor de busca Google Académico, com o intuito de identificar os termos mais recorrentes nos artigos científicos, no âmbito da temática em estudo. De seguida, procedeu-se à identificação da questão de partida que sendo bem delimitada irá facilitar a definição dos descritores e a seleção dos estudos. Esta questão pode ser circunscrita, apenas, a uma intervenção específica, ou ser mais abrangente, podendo incluir diversas intervenções ou práticas na área da enfermagem. A questão de partida determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações colhidas de cada estudo selecionado, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem avaliados (Souza, 2010, citado por Sousa et al., 2017). Neste sentido, considerou-se a seguinte questão norteadora: “*Quais os benefícios do contacto pele a pele, para a mãe e RN, na 1ª hora de vida?*”

Para a construção da pergunta utilizou-se o PCC (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018), sendo definidos como (quadro nº 1):

P: Participantes	Mães e Recém-nascidos de termo
C: Conceito	Contacto pele a pele na primeira hora de vida
C: Contexto	Parto

Quadro nº 1 – Mnemónica PCC (Peters et al., 2017; Tricco et al., 2018)

Na etapa seguinte foram definidas “as palavras-chave, as estratégias de busca, as bases de dados consultadas e outras fontes de informação a serem pesquisadas.” (Sampaio e Mancini, 2007, p.85). A plataforma utilizada foi a EBSCO Host nas bases de dados CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text, Academic e MedicLatina. Os descritores utilizados para a pesquisa “Boolean/Phrase” nas quatro bases de dados selecionadas foram os seguintes: Mãe (Mother, Mothers, Parent); Recém-nascido (Newborn, Term Neonate); Contacto pele-a-pele (Skin-to-skin contact, Early skin to- skin contact); Parto (Labour, Birth) – Quadro nº 2.

Quadro nº 2 – Descritores da pesquisa

Termos de pesquisa nas Bases de Dados Online		
Elementos do PCC		CINAHL; MedLine; Academic; Medclatina
Participantes	Mãe Recém-nascido	Linguagem Natural
		Mãe
		Recém-nascido
		Termos Indexados
		Mother, Mothers, Parent Newborn, Term Neonate
Conceito	Contacto pele a pele, na 1ª hora de vida	Linguagem Natural
		Contacto pele a pele
		Termos Indexados
		Skin to skin Contact Early Skin to skin contact
Contexto	Parto	Linguagem Natural
		Parto
		Termos Indexados
		Labour Birth

Por último, na terceira etapa foi possível obter uma lista de referência de todos os artigos identificados em cada base de dados, através da junção de todos os termos de pesquisa de cada elemento da questão PCC, separadamente e com o designador booleano OR. Em seguida foi realizado o cruzamento de dados com a junção de todos os elementos PCC e com o designador AND. Foram conjugados da seguinte forma: “Skin-to-skin contact” OR “Early skin-to-skin contact” AND “Mother” OR “Mothers” OR “Parent” AND “Newborn” OR “Term Neonate” AND “Labour” OR “Birth”.

2.2. Definição dos critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão devem respeitar a mnemónica anteriormente descrita, no sentido de direccionar a pesquisa para a evidência relevante e que dê resposta à questão levantada. Nesta linha de pensamento, recorreu-se à pesquisa em bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão (Mendes et al., 2008, citado por Sousa et al., 2017).

Esta atividade é primordial para certificar a validade interna da revisão, de modo a permitir generalização das conclusões fiáveis e amplas. Assim, esta fase deve ser claramente documentada, incluindo os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de pesquisa, os critérios de inclusão e os de exclusão, delimitados para determinar pesquisas primárias relevantes (Whittemore & Knalf, 2005, citado por Sousa et al., 2017). Também o período de pesquisa deve ser definido, considerando-se habitualmente os últimos cinco a dez anos (Pompeo et al., 2009, citado por Sousa et al., 2017).

Os critérios de inclusão e exclusão delimitados para esta Scoping Review encontram-se descritos no presente **quadro nº 3**:

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Estudos em inglês, português e espanhol, publicados a partir de 2011;- Estudos que se refiram a RN a termo, sem problemas de saúde impeditivos da realização do CPP;- Mães e RN em CPP, imediatamente após o parto vaginal.	<ul style="list-style-type: none">- RN que não tenham nascido a termo;- Estudos que refiram complicações no pós-parto imediato, quer para a mãe, quer para o RN, que impeçam o CPP na 1ª hora de vida;- Todos os estudos que não refiram o CPP, na 1ª hora de vida;- Mães que recusam o CPP.;- Parto por cesariana;- Estudos em duplicado

Quadro nº 3 – Critérios de Inclusão e Exclusão

2.3. Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada entre de maio a setembro de 2021, na plataforma EBSCO Host, em concordância com os três passos definidos pelo protocolo do Joanna Briggs Institute (2015). No primeiro passo foi efetuada uma pesquisa limitada a 2 bases de dados (MedLine e CINAHL), de modo a identificar os termos indexados descrito nos artigos. No segundo passo, foram identificadas as palavras-chave e termos indexados. E por último no terceiro passo foram incluídas as restantes bases de dados e realizada a pesquisa com os termos indexados. Foram reunidos os artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados e procedeu-se à análise dos títulos e resumos tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão.

A língua da pesquisa foi o inglês, no entanto, estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola podiam ser incluídos. As publicações consideradas incluem desde o mês de janeiro de 2011 até metade do mês de setembro de 2021, momento em que se realizou a última pesquisa, limitando esta pesquisa aos estudos sobre a temática referente aos últimos 10 anos.

A estratégia de pesquisa não foi restringida a qualquer tipo de estudo, sendo incluídos todos os estudos científicos, independentemente do desenho dos mesmos.

2.4. Análise e extração dos resultados

Esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008).

A análise e extração dos dados teve por base a construção de uma tabela onde constam o título do artigo, autor, ano de publicação, origem do estudo (país, cidade, região onde o estudo foi publicado ou realizado), objetivos do estudo, metodologia, população do estudo e tamanho da amostra (se aplicável), principais resultados e conclusões encontradas /principais descobertas que se relacionam com a pergunta da Scoping Review (Peters et al., 2015, 2017).

O processo de elegibilidade dos estudos consistiu numa primeira triagem realizada através da análise dos títulos e resumos dos artigos encontrados. Numa segunda triagem foram analisados artigos através da leitura integral e enquadramento dos mesmos na

população, conceitos e contextos padronizados, pelo que foram selecionados nove estudos.

Esta etapa foi realizada com recurso aos instrumentos de extração de dados do Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), nomeadamente (Quadro nº 4):

JBI Critical Appraisal Tools Checklist for:	Estudos nº. (S.)	Apêndices
Comparable Cohort/ Case Control	S.2, S.7 e S.8	Apêndice I
Intrepretive & Critical Research	S.3	Apêndice II
Systematic Reviews	S.4	Apêndice III
Analytical Cross Sectional Studies	S.1 e S.5	Apêndice IV
Text and Opinion	S.6	Apêndice V
Randomized Controlled Trials	S.9	Apêndice VI

Quadro nº 4 – JBI Critical Appraisal Tools Checklist (JBI, 2020)

Todos os estudos demonstraram ter boa qualidade metodológica, não se verificando divergências na opinião dos revisores.

2.5. Apresentação dos resultados

Através da pesquisa nas bases de dados selecionadas foram encontrados um total de 127 artigos, nos quais 87 correspondem à base de dados CINAHL, 26 artigos foram encontrados na MedLine, 8 artigos na Academic e, por fim, 6 artigos na MedicLatina. Seguidamente através da leitura dos títulos e resumos foram eliminados os artigos que não estavam de acordo com a temática do estudo. Desta seleção resultaram 38 artigos da CINAHL e 7 artigos da MEDLINE. Foram considerados elegíveis para a presente Scoping Review um total de 9 artigos, dos quais 1 é ensaio clínico randomizado (S.9), 3 estudos descritivos (S.1, S.5 e S.6), 1 estudo comparativo (S.2), 2 revisões de literatura combinadas com meta-análise (S.4 e S.8), 1 revisão de literatura combinada com uma abordagem clínica (S.3) e 1 estudo analítico prospetivo (S.7).

De seguida será apresentado um fluxograma da pesquisa realizada, adaptado do **PRISMA Flow Diagram** para o processo de RS, segundo a JBI, 2015 (figura nº 2).

Posteriormente, evidencia-se a tabela, de acordo com (Peters et al, 2015, 2017) onde consta o resumo dos artigos seleccionados para esta Scoping Review (Tabela nº 1).

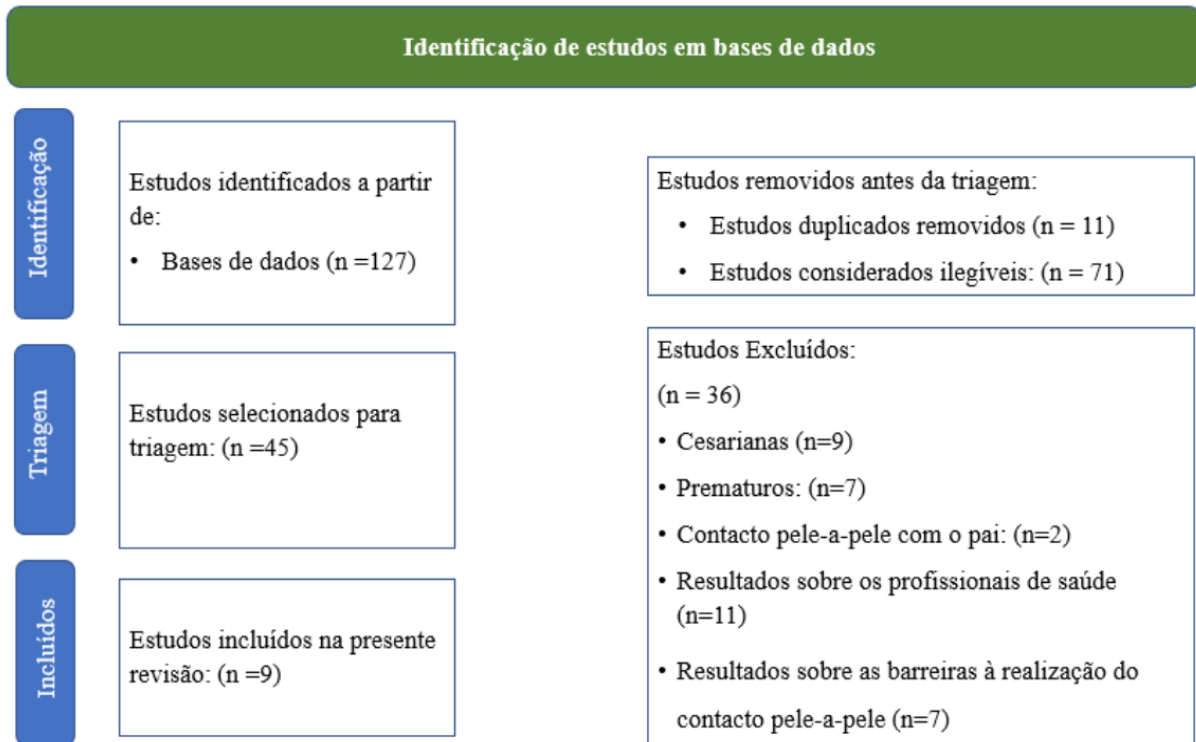


Figura nº 2 - PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

Tabela nº 1- Resumo dos artigos seleccionados para a Scoping Review (Peters 2015,2017)

Título	Autores	Local	Ano	Objetivos	Metodologia	População em estudo	Tamanho da amostra	Resultados
S.1: <i>“Mother perceptions and experiences of skin-to-skin contact after vaginal birth in Saudi Arabia: A cross-sectional study”</i>	Abdulghani, Cooklin, Edvardsson & Amir	Dois Hospitais em Jeddah, Arábia Saudita	2021	Descrever as percepções e experiências maternas face ao CPP imediato, após parto vaginal.	Estudo transversal, descritivo. Entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados através de uma análise quantitativa, sendo os comentários em texto livre analisados através da análise de conteúdo.	Puérperas em internamento no puerpério	254 puérperas em internamento de puerpério no ano de 2017.	As mães perceberam o CPP como sendo positivo e fácil de realizar.
S.2: <i>“Infant behaviour and maternal adaptation after uninterrupted skin-to-skin contact for 1 hour following birth in northern Uganda: Control Study”</i>	Svensson, Mbalinda, Nissen, Obongkara, Waiswa & Hjelmstedt	Norte de Uganda, Hospital em Gulu	2019	Relacionar o CPP na 1ª hora de vida com as respostas comportamentais dos RN e a adaptação materna.	Comparar 2 grupos de mães e RN, sendo que um grupo realizou CPP, sem interrupções, na 1ª hora de vida e o outro não. Os dois grupos foram sujeitos à observação por 1 hora, depois do nascimento. Os critérios de comparação relacionavam-se com: - os comportamentos	Duas amostras de pares Mãe/RN, tendo como critérios de inclusão: gravidez normal a termo; parto normal; RN saudável, sem complicações.	Um total de 110 pares mãe-RN foram observados antes da intervenção do CPP e 93 pares mãe-RN foram observados depois da intervenção, o que perfaz um total de 203 pares mãe-RN, dos quais 51 tiveram CPP ininterrupto por 1 hora após o nascimento,	Comparando os dois grupos, verificaram que no grupo que beneficiou do CPP, na 1ª hora de vida, os RN iniciavam a 1ª mamada mais cedo; estes ficavam mais calmos; as mães eram menos propensas a precisar de ajuda para amamentar e tendiam a estar mais confiantes de que poderiam fornecer leite suficiente para

dos RN na 1º hora de vida;

- a alimentação aquando a saída do hospital e 14 semanas após o parto;

- os sentimentos maternos, englobando a forma como interpreta e interage com o seu bebé, 14 semanas após o parto.

As mães foram, posteriormente,

submetidas a uma entrevista aquando a alta e às 14 semanas depois do parto. Essa entrevista englobava aspetos sobre as condições

sociodemográficas prévias, o potencial para interpretar os sinais do seu bebé, as interações

estabelecidas,

condição de saúde e a dos seus filhos e alimentação. O teste t

de Student e o teste do qui quadrado foram aplicados para

avaliação das relações entre os grupos e traços

contrastando com seus filhos, 152 que não aumentando, assim, o beneficiaram tempo de desse mesmo amamentação contacto. exclusiva.

sociodemográficos. O teste V de Cramer e a análise fatorial foram também utilizados.								
S.3: <i>“Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice”</i>	Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell & Nissen	10 hospitais do Egipto e Estados Unidos da América	2019	Promover o CPP, entre mãe e RN de termo, nascido por parto vaginal, não instrumentado na 1ª hora de vida tendo em conta a evidência científica existente.	Revisão de literatura que integra observações clínicas e prática profissional com evidências científicas para guiar os profissionais no seu trabalho de implementação do CPP nas primeiras horas, depois do nascimento. Estudo etnográfico.	Mães e RN em CPP na 1ª hora de vida.	Não aplicável.	O CPP, na 1ª hora de vida, permite a contração uterina, diminuindo o risco de hemorragia materna; aumentam a confiança materna, favorecendo a transição para a parentalidade; A prática do CPP promove o início precoce da amamentação e o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe-RN. Durante esse contacto, o RN escuta os batimentos cardíacos da sua mãe o que lhe provoca uma sensação de calma e relaxamento, diminuindo a frequência do choro. Os RN que realizaram CPP são mais propensos a permanecerem aquecidos e a gastarem menos

								energia o que lhes permite aumentar os níveis de glicose no sangue.
S.4: <i>“Effectiveness of Skin to Skin Care for Related Pain in Newborns”</i>	Baird, D., & Bybel, M.	Carl R. Darnall Army Medical Center, Fort Hood, Texas	2018	Determinar se o CPP é eficaz na redução da dor durante procedimentos neonatais.	Revisão da literatura Meta-análise de vários estudos com o objetivo de comparar as respostas comportamentais dos RN submetidos a procedimentos dolorosos em CPP com as respostas dos RN nas mesmas condições, mas sem estarem em CPP. Essa avaliação incluía a avaliação da frequência cardíaca, saturação de oxigênio, níveis de cortisol, duração do choro e avaliação da dor, através da escala de fâcias.	RN	2001 RN	Os vários estudos de meta-análise demonstraram melhor controlo da dor nos RN em CPP submetidos a procedimentos dolorosos, comparativamente aos que, nas mesmas condições, não se encontravam em CPP. Assim, os RN em CPP apresentaram uma diminuição da frequência cardíaca, aproximadamente, de 10,8 bat/mint, uma diminuição do choro pós-procedimento e menor pontuação da escala da dor (avaliada com base em parâmetros fisiológicos e comportamentos observados).

<p>S.5: “Contributo do contacto pele a pele na temperatura do recém-nascido”</p>	<p>Carvalho & Zangão, 2014</p>	<p>Hospital Distrito de Santarém</p>	<p>no de 2014</p>	<p>Demonstrar que no Bloco de Partos do Hospital Distrital de Santarém, a temperatura corporal dos recém-nascidos não diminui quando em CPP com a mãe</p>	<p>Estudo descritivo com metodologia quantitativa e amostra não probabilística de conveniência. Para recolher os dados foi aplicado um inquérito de traços sociodemográficas das mães e RN e uma tabela na qual as temperaturas foram controladas segundo os horários estabelecidos previamente. Também foram feitos inúmeros procedimentos para cumprir o aspeto legal e ético da investigação em enfermagem com pessoas.</p>	<p>Parturientes que aceitaram participar no estudo e que se enquadravam nos critérios de seleção: gravidez de baixo risco e de termo; evolução normal do trabalho de parto; rutura de membranas inferior a 24 horas; parto eutócico; RN com Índice de Apgar igual ou superior a 8; RN com peso entre 2500gr e 4500gr; mãe disponível para participar no estudo e para amamentar.</p>	<p>A amostra foi não probabilística e de conveniência, recrutada entre janeiro e dezembro de 2011.</p>	<p>As temperaturas médias demonstradas ao nascimento, aos 10', 20' e 30' de vida foram, respetivamente, de 37,56°; 37,40°; 37,02° e 37,00°, pelo que se traduz que o CPP promove a termorregulação do RN, sendo que a sua temperatura corporal não diminui para valores de hipotermia, aquando este contacto.</p>
<p>S.6: “The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth”</p>	<p>Phillips R.</p>	<p>Não aplicável.</p>	<p>2013</p>	<p>Explorar os benefícios do CPP para a mãe e recém-nascido, na 1ª hora de vida</p>	<p>Estudo Descritivo</p>	<p>Mães e RN em CPP na 1ª hora de vida.</p>	<p>Não aplicável.</p>	<p>O CPP ininterrupto na 1ª hora de vida promove muitos benefícios para a díade mãe/RN, entre os quais: - favorece a adaptação do RN à vida extrauterina; estabiliza a temperatura corporal,</p>

									<p>a frequência cardíaca e respiratória e os níveis de glicose do RN. O CPP diminui as hormonas de stress do RN, o que permite este ficar mais calmo, reduzindo estados de choro.</p> <p>Esta prática promove, também, a vinculação entre mãe/RN e melhora o desenvolvimento cerebral do RN, bem como a sua capacidade de autorregulação.</p> <p>O CPP promove a amamentação precoce e a duração da mesma.</p>
S.7:	Dois, A., Lucchini, C., Villarroel, L., & Uribe, C.	Chile	2013	Examinar a relação entre o CPP e a incidência de sintomas depressivos em mulheres grávidas com baixo risco obstétrico.	Estudo analítico, prospetivo. Método: No estudo avaliou-se a sintomatologia depressiva (SD) de 393 puérperas e a sua associação com variáveis biosociodemográficas e as características do CPP. A variável CPP foi considerada	Grávidas com baixo risco obstétrico provenientes de seis centros de saúde da região sudeste e que realizaram o seu parto numa maternidade de Santiago.	O universo correspondeu a 998 grávidas que tiveram os seus filhos no período de agosto de 2010 a março de 2012. Destas, obteve-se uma amostra de 393 puérperas, atendendo aos critérios de inclusão: maiores	Verificou-se que a EDE às 8 semanas pós-parto detetava que 71% dos inquiridos tinham menos de 9 pontos, (o que os classifica como "sem risco de depressão"). A incidência de SD foi de 29%. Dentro desse grupo, 46,5% apresentaram entre	

*riesgo
obstétrico”*

como o contacto do RN nu, em posição decúbito prono no peito da puérpera, coberto com um cobertor quente, que ocorreu imediatamente após o parto e pelo menos durante uma hora. Método: Entre as 24-48 horas pós-parto um entrevistador realizou às puérperas um questionário sobre os antecedentes biosociodemográficos e as características do CPP no pós-parto imediato. Às 8 semanas. pós-parto realizou-se um seguimento por telefone pesquisando para investigar sintomas depressivos (SD) através da Escala de Depressão de Edimburgo (EDE).

de 15 anos; sem diagnóstico prévio ou sintomas sugestivos de transtorno do humor ou outra doença psiquiátrica; gravidez de baixo risco obstétrico; RN a termo e saudáveis. 13 e 30 pontos, classificando-os na categoria "depressão provável" e o restante corresponde à categoria "em risco". Relativamente à associação da pontuação EDE com a variável CPP, verifica-se que 33,7% das mães que não tiveram CPP efetivo tiveram 10 ou mais pontos (depressão provável). Por oposição, das mães que tiveram CPP efetivo, apenas o 18,7% tiveram 10 ou mais pontos. Dentro das dimensões estudadas nesta variável está o tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada do RN. Dentro do grupo de puérperas cujos RN foram amamentados, 76,5% apresentaram EDE \leq 9, ou seja, nenhum risco de SD, contra 23,5% no grupo que obteve \geq 10.

								Em suma o CPP no pós-parto imediato pode ser considerado como uma estratégia de intervenção precoce sobre fatores de risco modificáveis nos SD no pós-parto, pois favorece a regulação de processos adaptativos extrauterinos, a instalação de amamentação bem-sucedida, o apego afetivo, a redução da ansiedade materna e sua maior perceção de autoeficácia.
S.8: “ <i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)</i> ”	Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T.	The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.	2012	Avaliar os efeitos do CPP, na 1ª hora de vida, em RN a termo e saudáveis.	Revisão sistemática da literatura, com meta-análise, que abarcou 34 estudos, perfazendo um total de 2.177 díades (mãe/recém-nascido), para avaliar os efeitos do CPP no RN a termo e saudável, lactente, em comparação com o contacto padrão (vestidos, colocados em berços abertos ou em berços aquecidos).	Mãe e RN a termo saudáveis	2.177 díades (mãe/recém-nascido)	A intervenção do CPP imediatamente após o parto parece beneficiar os resultados da amamentação, a estabilidade cardiorrespiratória e diminuir o choro do RN, sem aparentes efeitos negativos a curto ou longo prazo.

					Trinta e quatro ensaios clínicos randomizados, envolvendo mãe/RN a termo.			
S.9: “Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn”	Gabriel, M.A.M., Llana, I.M., Escobar, A.L., Villalba, F., Blanco, I.R. & Pol, P.T.	Hospital Madrid-Torrelodones.	2012	Avaliar os efeitos do CPP, na regulação da temperatura corporal do RN e na sua taxa de amamentação.	Randomized Controlled Trial (RTC). Estudo de controlo randomizado realizado com puérperas, divididas entre grupo de controlo (sem contacto pele-a-pele imediatamente após o parto) e grupo experimental (com contacto pele-a-pele imediatamente após o parto).	Puérperas que estiveram internadas no hospital de Madrid no período da duração do estudo (4 meses). Os critérios de inclusão foram: mães saudáveis primíparas, com bebé a termo ou quase a termo (35-42 semanas de gestação). Os critérios de exclusão incluíram mães que apresentaram sinais de sofrimento fetal durante o parto, as mães que necessitaram de cesariana e as crianças que precisavam de qualquer tipo de reanimação, bem como recém-nascidos com líquido amniótico meconial.	O total analisado corresponde a 137 puérperas.	Maior estabilidade térmica no grupo com CPP, imediatamente após o parto, tendo sido encontrada uma temperatura média de 0,07°C. Aleitamento materno exclusivo por parte do grupo de CPP no momento da alta. O tempo para expulsar a placenta média foi menor no grupo de CPP. O CPP, imediatamente após o parto, resultou numa maior libertação de ocitocina materna e num melhor controlo da dor materna aquando a correção da episiotomia. Evidências de um maior vínculo afetivo materno-filial.

2.6. Síntese dos resultados

Nesta etapa, procede-se à síntese dos principais resultados dos 9 estudos selecionados para esta Scoping Review:

- 7 estudos (Svensson et al., 2019; Winsdröm et al., 2019; Carvalho & Zangão, 2014; Philips R., 2013; Dois et al., 2013; Moore et al., 2012; Gabriel et al., 2012) revelaram uma melhor adaptação do RN à vida extrauterina quando realiza CPP, na 1ª hora de vida, favorecendo o padrão de termorregulação (Svensson et al., 2019; Winsdröm et al., 2019; Carvalho e Zangão, 2014; Philips R., 2013) e de estabilização cardiorrespiratória (Philips R., 2013; Moore et al., 2012);
- 5 estudos (Svensson et al., 2019; Philips R., 2013; Dois et al., 2013; Moore et al., 2012; Gabriel et al., 2012) demonstraram a precocidade da amamentação, sendo que 3 deles (Svensson et al., 2019; Philips R., 2013; Gabriel et al., 2013) abordam a questão da amamentação exclusiva e com uma duração maior nos RN que realizaram o CPP, na 1ª hora de vida;
- 4 estudos (Winsdröm et al., 2019; Philips R., 2013; Dois et al., 2013; Gabriel et al., 2012) revelaram a importância do CPP, logo após ao nascimento, na criação do vínculo entre a mãe e RN tendo, posteriormente, repercussões no desenvolvimento cerebral do RN (Philips R., 2013);
- 4 estudos (Winsdröm et al., 2019; Baird & Bybel, 2018; Philips R., 2013; Moore et al., 2012) demonstraram que os RN que realizaram CPP, imediatamente após o parto, choram menos, estão mais calmos e relaxados (2 estudos), gastam menos energia (Winsdröm et al., 2019), aumentando os níveis de glicose no sangue (Winsdröm et al., 2019; Philips R., 2013);
- 1 estudo (Baird & Bybel, 2018) relacionou o controlo da dor neonatal com o CPP, defendendo que os RN em CPP quando submetidos a procedimentos dolorosos choram menos e apresentam valores de frequência cardíaca menores comparativamente aos RN que não estão em CPP. Para além disso, Gabriel et al. (2012) revela que o CPP proporciona um maior controlo da dor materna aquando a correção da episiotomia.
- 1 estudo (Dois et al., 2013) referiu que o CPP, logo após o nascimento, reduz os sintomas depressivos maternos no pós-parto, diminui a ansiedade materna, sendo

percecionado este contacto como uma intervenção fácil de realizar com efeitos positivos (Abdulghani et al., 2021);

- 3 estudos (Svensson et al., 2019; Winsdröm et al., 2019; Dois et al., 2013) evidenciam que o CPP permite à mãe uma maior confiança e autoeficácia, favorecendo a sua transição para a parentalidade;
- Estudos diferentes apontaram que o CPP, imediatamente após o parto, nas mães promove o aumento de ocitocina (Gabriel et al., 2012), o aumento da contração uterina, a diminuição do risco de hemorragia (Winsdröm et al., 2019) e um menor tempo de expulsão da placenta (Gabriel et al., 2012).

2.7. Análise e discussão dos resultados

Considerando os resultados explanados, anteriormente, importa discutir os mesmos e comparar com referenciais teóricos e concetuais. Para Mendes et al., 2008, nesta fase, o investigador realiza a comparação dos resultados com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Também defendem ser o momento para identificar “lacunas” de conhecimentos, sugerindo possíveis caminhos para pesquisas futuras.

As vantagens do CPP para a mãe e para o RN são notórias em todos os estudos. Desta forma procedeu-se à identificação das seguintes categorias:



Estabilidade Fisiológica do Recém-Nascido

A transição da vida fetal para a neonatal envolve uma série de transformações anatómicas e, principalmente, fisiológicas que quando bem-sucedidas, garantem a autorregulação do RN, aquando o término do suporte placentário.

Os estudos revelam que o CPP, imediatamente após o parto, favorece esta transição, uma vez que os RN, nestas condições, recuperam mais facilmente a sua temperatura corporal, acelerando a sua adaptação metabólica, o que lhes propicia melhores condições adaptativas à vida extrauterina (Svensson et al., 2019; Winsdröm et al., 2019; Carvalho & Zangão, 2014; Philips R., 2013; Moore et al., 2012). Tal como refere Fragata (2012), a promoção desta prática contribui para a termorregulação, melhores padrões de sono e de alerta, redução da apneia, do choro e do stress, analgesia, redução das infeções e de outras morbilidades, conduzindo a uma diminuição dos índices de mortalidade.

Para além disso, o CPP, na 1ª hora de vida, permite a estabilização dos níveis de glicemia no RN (Winsdröm et al., 2019; Philips R., 2013), diminuindo a taxa de internamento em cuidados intensivos por hipoglicemia neonatal (Chiruvolu et al., 2017). Por outro lado, Takashi e Tramakoshi (2018) apoiam este último estudo, no entanto associam a prevenção de estados de hipoglicemia com o início precoce da amamentação.

Relativamente ao estudo de Baird & Bydel (2018) este foi considerado pertinente para análise, uma vez que apesar de não ser específico para o CPP na 1ª hora de vida, os seus resultados podem ser transpostos para o período imediato após o nascimento. Neste sentido, considera-se que o CPP, independentemente do momento em que acontece, favorece respostas comportamentais no RN que promovem o melhor controlo da dor, traduzindo-se numa diminuição do choro e da frequência cardíaca, permanecendo estes mais calmos e tranquilos. Vários estudos apoiam esta evidência, demonstrando que os RN que não beneficiam do CPP após o parto, apresentam um comportamento mais instável, chorando de forma violenta o que, por sua vez, leva a um aumento da pressão pulmonar e à diminuição dos níveis de oxigénio no sangue. Da mesma forma, leva a um aumento do ritmo cardíaco, respiratório e da pressão sanguínea cerebral, podendo levar a alterações nos capilares cerebrais. A libertação de cortisol associada ao instinto de luta ou fuga, associa-se a um aumento da libertação de somastatina, uma hormona antagonista da hormona do crescimento que, quando atua a nível intestinal, reduz a absorção dos

alimentos e afeta o desenvolvimento. Estas hormonas do stress permanecem elevadas enquanto a separação do RN e da sua mãe se mantém, estando em circulação até 30 minutos depois de o CPP ser finalmente iniciado ou restabelecido (Romero, 2013).

Assim, muito além da estabilização fisiológica do RN, o CPP permite o seu desenvolvimento cerebral (Philips R., 2013), promovendo comportamentos de autorregulação ao longo da sua vida futura.

Desenvolvimento Psicoemocional do Recém-Nascido

O CPP promove o fortalecimento precoce do vínculo afetivo indo de encontro aos estudos de Svensson et al., 2019; Winsdröm et al., 2019; Baird & Bydel, 2018, Carvalho & Zangão, 2018; Philips R., 2013; Dois et al., 2013; Moore et al., 2012; Gabriel et al., 2012.

Gómez et al. (1998), sugerem que a maioria dos RN se mantêm acordados durante o período do pós-parto imediato, facto que parece relacionar-se com o processo de vinculação estabelecido, entre o binómio mãe/RN, imediatamente após o nascimento. Esta qualidade da vinculação criada entre ambos vai, posteriormente, refletir-se no desenvolvimento cerebral dos RN (Philips R., 2013) e nas suas relações sociais futuras indo de encontro ao estudo de Palacios-Hernandez (2016) e Perrelli (2014). Em concordância, um estudo levado a cabo por Bergman (2019) revela que a separação materno-neonatal aumenta a incidência de problemas de desenvolvimento na infância.

O nascimento constitui uma das situações mais stressantes na vida do RN, pelo que o CPP favorece a familiarização do RN com o ambiente que lhe era proporcionado in útero, transmitindo-lhe segurança. Assim, o CPP, na 1ª hora de vida, é uma intervenção segura, para a mãe e para o RN que influencia, diretamente, o desenvolvimento físico e psicossocial subsequente da criança (Dois et al., 2013).

Eficácia na Amamentação

A relação do CPP, na 1ª hora de vida do RN, com o início precoce da amamentação e a sua duração é descrita nos vários estudos seleccionados (Svensson et al., 2019; Philips R., 2013; Dois et al., 2013; Moore et al., 2012; Gabriel et al., 2012).

A primeira mamada estabelecida, na primeira hora de vida do RN, é de extrema importância, uma vez que o reflexo de sucção é mais forte e eficaz, permitindo uma pega adequada que se traduz numa maior probabilidade de sucesso na amamentação.

Na primeira hora de vida, os RN demonstram capacidade para alcançar a mama, realizar a pega e estabelecer a amamentação (Brimdyr et al., 2020). Este facto, vem corroborar com o estudo realizado por Widström et al. (2019) que destaca o CPP como principal causa da ativação dos comportamentos instintivos do RN, o que contribui para coordenar precocemente os seus cinco sentidos. Estes comportamentos inatos surgem quando há contacto entre mãe e filho, de forma contínua e ininterrupta, tendo como consequência obter, ao fim de meia hora de vida, reflexos de sucção e “enraizamento”, fechar a mão e trazer a mão à boca e 1h após o nascimento o RN consegue alcançar a mama da mãe sozinho e iniciar a sucção. Neste seguimento, Cantrill et al. (2014) defende uma sucção mais otimizada nos RN que se encontraram em CPP pelo menos durante 30 minutos, de forma continuada, logo após o nascimento.

Para Marques et al. (2014) e Feitosa et al. (2014) o RN e a mãe estão em estado de alerta e interagem naturalmente, logo após o parto, pelo que este é o momento ideal para estimular os reflexos de busca e sucção. A interrupção do CPP durante as primeiras duas horas reduz, significativamente, a probabilidade de ser estabelecida a amamentação, de forma, precoce (Robiquet et al., 2016).

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida do RN (WHO, 2017). Apesar dessa orientação, em Uganda, a taxa de amamentação exclusiva nos RN com um mês de vida atinge valores percentuais de 57% (Waiswa et al, 2010, citado por Svensson et al., 2019), sendo que com 3 e 6 meses de vida estes valores decrescem significativamente para os 7% e os 0%, respetivamente (Engebretsen et al, 2007, citado por Svensson et al., 2019). Como tal, Svensson et al. (2019) objetivaram promover a amamentação exclusiva e, conseqüente redução da mortalidade neonatal. Para isso, foram comparados grupos de mães/RN a termo e saudáveis que beneficiarem do CPP, de forma ininterrupta, na primeira hora de vida, com outras díades que não tiveram esse contacto. Os resultados foram evidentes na importância deste contacto para o alcance dos objetivos previamente estabelecidos, revelando uma maior interação entre mãe/RN; um correto posicionamento para prática da amamentação, sendo esta estabelecida mais precocemente e prolongada no tempo, anulando a necessidade de suplementação nutricional.

Assim, e apoiando os resultados desta pesquisa, o CPP precoce induz a um tempo maior de amamentação (Kusko & Benko, 2019; Nagai et al., 2011; Bystrova et al., 2007), revelando uma pluralidade de bons impactos a nível da saúde global (Victora et al., 2016) que se reflete numa diminuição do índice de mortalidade em RN (NEOVITA Study Group, 2016) e, conseqüente impacto a nível ecológico, na medida em que permite a redução de gastos em saúde no que se refere ao recurso do leite de fórmula (Rollins et al., 2016).

Estabilidade Física Materna

O CPP promove a libertação da ocitocina que contribui para a contração uterina (Winsdröm et al., 2019), o que permite diminuir o risco de hemorragia (Essa & Ismail, 2015), conduzindo a uma expulsão mais rápida da placenta (Gabriel, et al., 2012).

A promoção do controlo da dor materna está implícita no CPP com o seu filho. Assim, a realização desta prática promove a analgesia resultando numa melhor tolerância à dor aquando a episiorrafia (Gabriel, et al., 2012) e nos casos de ingurgitamento mamário (Essa & Ismail, 2015), constituindo-se uma alternativa aos analgésicos farmacológicos para procedimentos dolorosos.

Os benefícios do CPP para a mãe vão muito para além dos aspetos fisiológicos. Este é um momento especialmente marcante, no qual a mãe reconhece o seu filho pela primeira vez, marcando todo o seu processo de tornar-se mãe.

Alterações Psicoemocionais e Autoconfiança Materna

O nascimento de uma criança provoca uma mudança na vida da mulher, sendo descrito como uma profunda experiência psicossocial, que coloca à prova as suas competências pessoais (Dois et al., 2013).

Os mesmos autores demonstraram que as mães que mantiveram os seus RN em CPP apresentaram menor estado de ansiedade ao terceiro dia após o nascimento e mais confiança sobre suas capacidades, enquanto cuidadoras, comparativamente com as mães do grupo de controle que não estabeleciam CPP, imediatamente após o nascimento. A

análise demonstrou que o CPP e o início precoce da amamentação estão, intrinsecamente ligados à ausência de sintomatologia depressiva pós-parto.

No estudo de Feitosa et al. (2014) evidenciou-se uma satisfação materna geral nos discursos avaliados em relação à percepção do parto. As mães deste estudo eram puérperas de um parto eutócico que realizaram o CPP, logo após o parto. Observou-se nos resultados que as mães entrevistadas relataram sentimentos positivos no momento do primeiro CPP com o RN. Este facto, vai de encontro ao estudo realizado por Abdulghani et al. (2021), que revela a experiência do CPP como sendo positiva para as mães, demonstrando vontade e praticidade quanto à sua efetivação.

A elevação hormonal, decorrente do CPP, induz sentimentos de felicidade o que provoca uma diminuição da ansiedade materna (Dois et.al, 2013). A relação que existe entre o CPP e o aumento da libertação de hormonas é notória, como a ocitocina e endorfinas, sendo que a primeira desperta sentimentos maternos e as segundas estimulam também os sentimentos de vinculação e apego, dando origem a sensações de felicidade. Estas hormonas permitem à mãe manter-se calma (Widström et al., 2019; Buckley, 2015; Crenshaw, 2014; Moore et al., 2012). Assim, Souza et al. (2017) alegam que as mães que não tiveram CPP com os seus filhos, logo após o nascimento, sentem-se mais tristes, comparativamente com aquelas que beneficiaram dessa prática.

Para Bigelow, et al. (2012), as mães que realizaram CPP precoce e de forma continuada no tempo, apresentaram menos stress psicológico e, conseqüente redução de sintomas depressivos no pós parto. Em concordância, Dois et al. (2012) avaliaram a sintomatologia da depressão pós parto em associação com algumas variáveis, entre as quais o CPP. Verificaram que, através da aplicação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, cerca de 71% das puérperas que beneficiaram do CPP, no pós-parto imediato, foram classificadas como “sem risco de depressão”, permitindo concluir que o CPP , imediatamente após o nascimento, pode ser considerado como uma estratégia de intervenção precoce sobre fatores de risco para a depressão pós-parto, pois favorece a regulação de processos adaptativos extrauterinos, a instalação de amamentação bem sucedida, o apego afetivo, a redução da ansiedade materna e sua maior percepção de autoeficácia (Cooijmans et al., 2017).

2.8. Conclusão

O CPP, na 1ª hora de vida, é uma intervenção fácil de realizar que proporciona inúmeros benefícios, claramente sustentados à luz das evidências científicas, para a díade mãe/RN.

Os resultados desta Scoping Review possibilitaram reconhecer as principais vantagens decorrentes desta prática de cuidados, sendo que nenhum efeito negativo foi identificado, como consequência, o CPP entre mãe e RN, imediatamente após o nascimento, deve ser encorajado e motivado pelos enfermeiros especialistas na área de SMO.

Assim, as principais vantagens que ocorrem do CPP na 1ª hora de vida para o RN, narradas nos vários estudos, refletem-se na autorregulação da sua temperatura corporal, na estabilização da sua frequência cardíaca e respiratória, na diminuição do gasto de energia, na estabilização dos seus níveis de glicemia no sangue, na diminuição do choro e do stress, decorrente do nascimento, no melhor controlo da dor, na potenciação de estados de calma e relaxamento, no estabelecimento precoce do vínculo afetivo com a sua mãe, no desenvolvimento psicossocial, no início precoce da amamentação, na sua duração e exclusividade, favorecendo a sua adaptação à vida extrauterina. Relativamente aos benefícios desta prática para a mãe, estes traduzem um aumento da contração uterina, a diminuição da hemorragia no pós-parto, no estabelecimento precoce da ligação com o seu filho, na diminuição da ansiedade materna, na diminuição da depressão pós-parto, no aumento de sentimentos de felicidade, autoconfiança e autoeficácia materna, favorecendo a transição para a parentalidade.

A resistência em implementar esta intervenção está relacionada, na maioria dos casos, com a falta de conhecimentos, quer por parte das equipas de saúde, quer por parte das mulheres acerca da própria essência deste contacto. Para além de que as práticas enraizadas na cultura institucional constituem uma barreira à prestação de cuidados com qualidade, valorizando cuidados rotineiros em detrimento daquilo que é preconizado pela atual evidência.

O suporte profissional prestado na realização do CPP, entre mãe e RN, imediatamente após o parto, a promoção de intervenções num ambiente oportuno e na interação com esta díade, objetivando a realização mínima de intervenções e o auxílio do reconhecimento mãe-filho numa ótica holística, podem ser o caminho para alcançar o que

se preconiza na literatura atual e que possui evidente importância materna e neonatal. Deste modo, sugere-se mais formação especializada por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, com consequente renovação dos saberes, o que pode resultar na melhoria da qualidade da assistência prestada, além do reconhecimento e consolidação do exercício da profissão de enfermagem.

Não obstante a isso, seria importante envolver as chefias, nomeadamente os responsáveis pelos indicadores de qualidade para que fomentem a implementação de políticas institucionais que valorizem a prática do CPP.

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é, por isso, fulcral na promoção do contacto precoce pele a pele e consequente ligação da díade, na adaptação à vida extrauterina, no controlo da dor e stress, nos cuidados maternos ao RN e na amamentação. Como tal, é vantajoso promover nos casais a importância do CPP, na primeira hora de vida, contribuindo para uma participação ativa e uma tomada de decisão informada.

Espera-se que os resultados obtidos contribuam para o debate sobre o CPP, imediatamente após o parto, possibilitando a ampliação do conhecimento sobre os seus determinantes e o planeamento de intervenções que efetivem a sua prática.

Neste estudo, as vantagens do CPP, na 1ª hora de vida, em mães e RN de termo são tão claras, que se sugere a sua aplicabilidade em grupos de alto risco obstétrico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem como ciência tem sofrido alterações constantes, que exigem uma preparação ajustada e atualizada para alcançar cuidados com qualidade. Esta imposição destaca-se, sobretudo na abordagem aos cuidados especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica, sendo fundamental o desenvolvimento de habilidades e competências que permitam uma assistência global, integrada e individualizada, que coloque a mulher e o recém-nascido no centro da prestação dos cuidados.

Assim, o ENP proporcionou o desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade nos quatro estádios do trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina dando especial enfoque ao CPP, na 1ª hora de vida. Esta experiência também possibilitou testar a aliança entre a teoria e a prática, numa dinâmica estimulante e motivadora, enquadrando os paradigmas teóricos de Meleis e Watson. Neste sentido, os objetivos delineados para o presente ENP foram alcançados, assim como as necessidades relacionadas com o cumprimento da diretiva europeia.

A exigência de produzir mudança com vista à qualidade dos cuidados, motiva os profissionais de saúde para a análise crítico-reflexiva das suas ações, sendo a produção de conhecimento, através da evidência científica, fundamental para nortear a prática de cuidados. Assim, foi premente refletir acerca da intervenção do EEESMO, sobretudo, no que concerne à promoção do CPP, na 1ª hora de vida e os benefícios subjacentes para a mãe e RN. Como tal, a implementação deste contacto, logo após o nascimento, constitui uma significativa área de atuação para o enfermeiro especialista, pelo que importa investir de forma sustentada, contribuindo para uma vivência marcante, positiva e duradoura para a díade mãe/RN.

A realização do presente trabalho de investigação revelou-se uma mais-valia, quer pela relevância do objeto em estudo, quer pelo desenvolvimento de competências proporcionadas e adquiridas sobre a metodologia de investigação. Esta experiência permitirá no futuro alicerçar e desenvolver novos estudos, acreditando que o “empenhamento na investigação é geralmente reconhecido como um dos componentes mais elevados do papel da enfermeira clínica especializada” (Fortin, 1999:30).

Assim, considera-se ter atingido os objetivos previamente definidos, no que concerne à investigação em enfermagem, conseguindo-se aprofundar conhecimentos sobre a metodologia adotada, que neste caso foi a Scoping Review e as etapas inerentes ao seu processo de construção.

É pretensão desconsiderar práticas rotineiras e continuar a investir na melhoria da assistência especializada na área da SMO, contribuindo, desta forma, para a construção de um corpo de conhecimento consolidado e baseado em evidências científicas que potenciem o exercício profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, L. G., & Cunha, M. L. C. D. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical and biomedical research*. Vol. 38, n. 4 (2018), p. 356-360.
- Abdulghani, N., Cooklin, A., Edvardsson K., & Amir, L. H. (2021). Mothers' perceptions and experiences of skin-to-skin contact after vaginal birth in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, S1871-5192(21)00028-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.001>
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Alvares, A. S., Corrêa, Á. C. D. P., Nakagawa, J. T. T., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., & Medeiros, R. M. K. (2018). Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2620-2627. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>
- Álvarez, N. B. (2018). *A influência do contacto pele a pele após o nascimento e a amamentação*. [Relatório final de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/22675>
- Amezcua, M. (2018). ¿ Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada?. *Index de Enfermería*, 27(4), 188-190.
- American Association of Colleges of Nursing. (2016). *Advancing healthcare transformation: A new era for academic nursing*. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Publications/AACN>.
- APEO (2009). *Iniciativa ao Parto Normal: Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Ayala, A., Christensson, K., Velandia, M., & Erlandsson, K. (2015). Mother's experiences and perceptions of a continuous caring model with fathers after caesarean section: a qualitative study. *Women's Health Open Journal*, 1(3), 63-71.

- Aydin, R. (2017). Birth Journey of a Newborn: Transition from Intrauterine to Extrauterine Life. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*, (8), 01-06. <https://doi.org/10.18844/gjapas.v0i8.2780>
- Azevedo, L. F., & Sousa-Pinto, B. (2019). Avaliação Crítica de uma Revisão Sistemática e Meta- Análise: Da Definição da Questão de Investigação à Pesquisa de Estudos Primários. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 28(1), 53–56. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/17320>
- Backes, M.T.S., Erdmann, A. L., Mello, A. L. S. F. D., Magalhães, A. L. P., Santos, J. L. G. D., & Simão, A. M. S. (2019). Gestão do cuidado de Enfermagem Pré-Natal num Centro de Saúde em Angola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 129-136.
- Baird, D., & Bybel, M. (2018). Effectiveness of Skin-to-Skin Care for Procedure-Related Pain in Newborns. *American family physician*, 97(3), 170–171.
- Balaskas, J., & Sarzana, S. (2021). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. Editora Ground.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546.
- Beiranvand, S., Valizadeh, F., Hosseinabadi, R., & Pournia, Y. (2014). The effects of skin-to-skin contact on temperature and breastfeeding successfulness in full-term newborns after cesarean delivery. *International journal of pediatrics*, 2014.
- Bernardo, S. S. (2014). *O Contacto Pele-a-pele como estratégia Promotora da Vinculação da Tríade no Bloco de Partos*. [Relatório de estágio Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16333>
- Bergman N. J. (2019). Birth practices: Maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth defects research*, 111(15), 1087–1109. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1530>

- Bezerra, L. D. A., Pereira, A. M. M., Jorge, H. M. F., Melo, L. P. T., Feitoza, S. R., & Amorim, M. L. S. (2016). Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. *RETEP-Rev. Tendên. da Enferm [Online]*, 8(4), 2019-2023.
- Boscia, C. (2020). Skin-to-skin care and COVID-19. *Pediatrics*, 146(2).
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & child nutrition*, 16(4), e13042. <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Stevens, J., & Takahashi, Y. (2018). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Maternal & child nutrition*, 14(2), e12571. <https://doi.org/10.1111/mcn.12571>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Stevens, J., & Takahashi, Y. (2017). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Maternal & Child Nutrition*, 14, e12571. <https://doi.org/10.1111/mcn.12571>
- Broca, P., & Ferreira, M. (2018). A comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermaria de clínica médica. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 1012-1018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0208>
- Buckley, S. J. (2015). Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *The Journal of perinatal education*, 24(3), 145-153.
- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M et al (2009). Early contact versus separation: effects on motherinfant interaction one year later. *Birth*; 36(2):97–109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307>
- Bystrova, K., Widström, A. M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Welles-Nyström, B., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2007). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *International breastfeeding journal*, 2(1), 1-14.
- Carvalho, A., & Zangão, O. (2014). Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos*

Enfermeiros Obstetras, nº 14, Almada: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, pp 63-67.

- Carvalho-Ramos, I. I., Duarte, R. T., Brandt, K. G., Martinez, M. B., & Taddei, C. R. (2018). Breastfeeding increases microbial community resilience. *Jornal de pediatria*, 94, 258-267. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.05.013>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Chiruvolu, A., Miklis, K. K., Stanzo, K. C., Petrey, B., Groves, C. G., McCord, K., Qin, H., Desai, S., & Tolia, V. N. (2017). Effects of Skin-to-Skin Care on Late Preterm and Term Infants At-Risk for Neonatal Hypoglycemia. *Pediatric quality & safety*, 2(4), e030. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000030>
- Crenshaw, J. (2007). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*. Vol.23. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211>
- Cohen, W. & Friedman, E. (2015). Perils of the new labor management guidelines. *American journal of obstetrics and gynecology*, 212(4), 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.008>
- Cooijmans, K., Beijers, R., Rovers, A. C., & de Weerth, C. (2017). Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC pediatrics*, 17(1), 154. <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-017-0906-9>
- Conci Braga, D., Trevisan, G., Wastner Pereira, L., & Almeida de Moraes, L. J. (2016). Benefícios do Método Canguru no atendimento do Recém-Nascido Pré-Termo. *Anais De Medicina*. <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/12068>
- Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M. & Martínez-Roche, M. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy birth practice# 6: Keep mother and baby together—It's best for mother, baby, and breastfeeding. *The Journal of perinatal education*, 23(4), 211-217.

- Crenshaw, J. T., Cadwell, K., Brimdyr, K., Widström, A. M., Svensson, K., Champion, J. D., ... & Winslow, E. H. (2012). Use of a video-ethnographic intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin-to-skin care and breastfeeding rates. *Breastfeeding Medicine*, 7(2), 69-78.
- Direção Geral da Saúde. Orientação n.º 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 20/04/2021. COVID-19: Gravidez e Parto. https://covid19.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2021/04/Orientac%CC%A7a%CC%83o_018_2020_act_20_04_2021.pdf
- Decreto-Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. (2017). Diário da República, n.º 104-Série I, 2594-2611. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei n.º 25/2014 de 2 de maio (2014). Diário da República n.º 84 – Série I, 2540-2604. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei n.º 15/2014, de 21 de março (2014). Diário da República n.º 57 - Série I, 2127 - 2131
- Decreto-Lei n.º 9/2009 de 4 de março. (2009). Diário da República, n.º 44 - Série I, 1466- 1530. Lisboa: Assembleia da República.
- Diretiva n.º 55/2013/CEE. (2013). Diretiva do Conselho de 20 de novembro de 2013. Jornal Oficial da União Europeia n.º L 354, 132-169
- Diretiva n.º 36/2005/CEE. (2005). Diretiva do Conselho de 7 de setembro de 2005. Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º L 255, 22-142.
- Dois, A., Lucchini, C., Villarroel, L., & Uribe, C. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista chilena de pediatría*, 84(3), 285-292.
- Domingos, A. R. D. (2019). *Competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. [Relatório de Estágio de Natureza Profissional. Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico. <http://hdl.handle.net/10400.19/6176>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3).
- Essa, R. M., & Ismail, N. I. A. A. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *J Nurs Educ Pract*, 5(4), 98. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n4p98>

- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). “Trabalho de Parto” in Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. pp. 308-320. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Ferrão, A. & Zangão, B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estadio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)
- Ferreira, F. R., & Callado, L. M. (2013). O afeto do toque: benefícios nos recém-nascidos. *Rev Med Saúde Brasília*, 2(2), 112-9.
- Feitosa, A., Pereira, M., & Campos, J. (2014). Importância do contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Journal of Health & Biological Sciences*, 2(3), 120-124.
- Friedman, E. (1978). *Labor: Clinical evaluation and management*. 2ªed. Nova Iorque: Appleton.
- Fragata, P. A. da S. (2012). *O método mãe-canguru nos recém-nascidos de baixo peso*. [Dissertação de Mestrado de Medicina (Pediatria). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/27480>
- Fucks, I. S., Correa Soares, M., da Costa Kerber, N. P., Könzgen Meincke, S. M., & de Lima Escobal, A. P. (2015). A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Avances en Enfermería*, 33(1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>
- Gabriel, M.A.M., Llana, I.M., Escobar, A.L., Villalba, F., Blanco, I.R., & Pol, P.T. (2012). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Journal Compilation Foundation. Acta Paediatrica/Acta Paediatrica*, 99:1630-1634.
- Galutira, G. D. (2018). Theory of reflective practice in nursing. *International Journal of Nursing Science*, 8(3), 51-56.
- Gao, H., Xu, G., Gao, H., Dong, R., Fu, H., Wang, D.,...& Zhang, H. (2015). Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1157-1165.
- George J. e Colaboradores (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Gomes, L. O. S., Andrade, L. D., de Pinheiro, E. D. S., Souza, F. S., & Boery, R. D. O. (2017). Practices of nursing professionals against humanized labor. *Journal of Nursing*, 11(6), 2576-85.
- Gómez, A. et al. (1998). Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *Anales españoles de pediatría*. Vol. 48, nº6. pp. 631-633. http://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/CPP_en_RN_a_termino_48-6-12.pdf.
- Graça, L. M. (2017) Medicina Materno-fetal. (5ª edição) Lisboa: Lidel.
- Green, S., Higgins, J. P. T., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C. D., & Oxman, A. D. (2011). Introduction. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Melbourne: The Cochrane Collaboration.
- Huang, X., Chen, L., & Zhang, L. (2019). Effects of paternal skin-to-skin contact in newborns and fathers after cesarean delivery. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 33(1), 68-73.
- Kettunen, P. (2019). *Postpartum depression: Time of onset, severity, symptoms, risk factors and treatment*. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade de Tampere.
- Koller K. T., Strapasson, M. R., Schneider, V., & Renosto, J.M. (2017). Skin to skin contact of the newborn with its mother in the perspective of the multiprofessional team. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1).
- Kologeski, T. K., Strapasson, M. R., Schneider, V., & Renosto, J. M. (2017). Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev. enferm. UFPE*, 94-101.
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H., & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of clinical nursing*, 25(9-10), 1367-1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.13227>
- Kramer MS, Matush L, Bogdanovich N et al (2009). Health and development outcomes in 6.5- y-old children breastfed exclusively for 3 or 6 mo. *Am J Clin Nutr*; 90(4): <https://doi.org/1070-1074.10.3945/ajcn.2009.2802>

- Kusko, M., & Benko, R. (2019). Skin-to-Skin Contact for Improved Duration of Breastfeeding. *American family physician*, 100(3).
- Lanes, A., Kuk, J. L. & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BioMed Central*, 11(302). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/302>
- Langen, E. S., Weiner, S. J., Bloom, S. L., Rouse, D. J., Varner, M. W., Reddy, U. M. & Sciscione, A. (2016). Association of cervical effacement with the rate of cervical change in labor among nulliparous women. *Obstetrics and gynecology*, 127(3), 489.
- Lima, C. F. D. M., Santos, J. L. G. D., Magalhães, A. L. P., Caldas, C. P., Erdmann, A. L., & Santos, I. D. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, e19870-e19870.
- Lotto, C. R., & Linhares, M. B. M. (2018). Contato "pele a pele" na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. *Trends in Psychology*, 26, 1699-1713.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). Enfermagem na maternidade. *Loures: Lusodidacta*.
- Marques, A. (2019). Núcleo de Investigação em Enfermagem promove a divulgação de trabalhos no CHUC. Public. *justNews*. <https://justnews.pt/noticias/evolucao-da-enfermagem-exige-producao-de-conhecimento-disciplinar-proprio#.YXhJ4xzOXIU>
- Martins-Costa, S. H., Schroeder S. S., Casanova G. K. & Ramos J. G. L. (2017) Assistência ao parto. IN: Martins-Costa A., et. al. Rotinas em Obstetrícia. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2017.
- MacLure, K., Paudyal, V., & Stewart, D. (2016). Reviewing the literature, how systematic is systematic?. *International journal of clinical pharmacy*, 38(3), 685–694. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0288-3>
- Meleis, A. I. (2013, setembro, 19). A Teoria das Transições [Comunicação por convite]. Conferência: “A Teoria das Transições”, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.^a Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2007). Chapter 13: On interactions. *Theoretical nursing. Development and progress. 4th ed. (Zuccarini M, Kogult H eds), Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 330-389*.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Menezes, T. A., Santana, I. G., & Rodrigues, I. D. (2019, setembro). *Teoria do Cuidado Transpessoal e as suas Contribuições no âmbito da Assistência de Enfermagem: uma revisão sistemática*. In *Congresso Internacional de Enfermagem* (Vol. 1, No. 1).
- Menezes, C. C., & Lopes, R. D. C. S. (2007). *Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê*. *Psico-USF*, 12, 83-93.
- Moreira, L. H. D. A., & da Silva, R. G. (2016). *Identificação das principais teorias de enfermagem utilizadas nos diferentes níveis de atenção à saúde no município de Assis-SP*. *Monografias. SP*.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane database of systematic Reviews*, (11).
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>

- Motta, S. A. M. F., Feitosa, D. S., Bezerra, S. T. F., Dodt, R. C. M., & Moura, D. D. J. M. (2016). Implementação da humanização da assistência ao parto natural.
- Nagai, S., Yonemoto, N., Rabesandrana, N., Andrianarimanana, D., Nakayama, T., & Mori, R. (2011). Long-term effects of earlier initiated continuous Kangaroo Mother Care (KMC) for low-birth-weight (LBW) infants in Madagascar. *Acta Paediatrica*, 100(12), e241-e247.
- NEOVITA Study Group (2016). Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomized trials. *Lancet Glob Health*; 4(4): e266–e275. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00040-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00040-1)
- Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação em enfermagem.
- Nunes, A. P. L. (2016). Aspectos éticos ao longo do ciclo gravídico e puerperal. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 512-516). Lisboa: Lidel.
- Olmstead, S. (2017). Birth Plans Managing Patient`sexpectations. *Contemporary Ob/Gyn*, vol. 62, 26-27p.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Indicador de Evidência: Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- OE & APEO. (2012). Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- Palacios-Hernández, B. (2016). Mother-infant bonding disorders: prevalence, risk factors, diagnostic criteria and assessment strategies. *Revista de la Universidad*

Industrial de Santander. Salud, 48(2), 164-176.
<http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>

- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C. & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), pp. 534-542. <http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2012.0037>
- Pereira, R. P. G., & dos Santos Cardoso, M. A. C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55-62.
- Perrelli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria*, 32, 257-265. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432318>
- Persson, E. K., Kvist, L. J., & Ekelin, M. (2018). Midwifery students' experiences of learning through the use of written reflections—An interview study. *Nurse education in practice*, 30, 73-78.
- Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72.
- Pinheiro, A. (2016). Promoção do Parto Normal. *Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.*
- Pinheiro, S. C. M., & Coutinho, E. C. (2012). *Diferentes olhares sobre a presença de uma pessoa significativa no parto: visão da puérpera, pessoal de saúde, pessoa significativa*. [Tese de Doutoramento, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório IPV. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1800?mode=full>
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote-6*. AMGH Editora.
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and birth*, 25(3), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>

- Regulamento n.º 391/2019 de 3 maio. Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II, pp.13560-13565.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 fevereiro. Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Diário da República n.º 35/2011, Série II, pp. 8662 – 8666.
- Reingold, R. B., Barbosa, I., & Mishori, R. (2020). Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(3), 319-321.
- Ribeiro e Souza, H. L., Fernandes, F. E. C. V., de França Pereira, R. C. L., & de Melo, R. A. (2020). Compreensão da enfermagem sobre o contato pele a pele entre mãe/bebé na sala de parto. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, 93.
- Robiquet P, Zamirara P-E, Rakza T, Deruelle P, Mestdagh B, Blondel G, et al. Observation of skin-to-skin contact and analysis of factors linked to failure to breastfeed within 2 hours after birth. *Breastfeed Med* 2016; 11: 126– 32.
- Rodrigues, M. T. P., & Mendes Sobrinho, J. A. D. C. (2007). Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 456-459.
- Rollins, N. C., Lutter, C. K., Hajeebhoy, N. B. N., Horton, S., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Victora, C. G. (2016). Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol. Serv. Saúde*, 387, 21, 25-44.
- Rosa, R. D., 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*, 14, 105-112.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion. Scientific Impact Paper N. 14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip-14.pdf>
- Rudnicka, A. R., & Owen, C. G. (2012). An introduction to systematic reviews and meta-analyses in health care. *Ophthalmic & physiological optics : the journal*

of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists), 32(3), 174–183.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2012.00901.x>

- Sampaio, Á. R. R., Bousquat, A., & Barros, C. (2016). Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a " Baby Friendly" public maternity hospital in Northeast Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25, 281-290.
- Santos, L., Silva, J., Carvalho, E., Carneiro, A., Santana, R., Fonseca, M. (2014). Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enfermagem*. 67(2), 202-207.
- Seitz, J. (2019) Discover why skin-to-skin contact benefits newborns. *Sanford health*. <https://news.sanfordhealth.org/childrens/the-importance-of-skin-to-skin-after-delivery-you-should-know/>
- Seitz, D. K. (2017). Second Skin, white masks: Postcolonial reparation in Star Trek: Deep Space Nine. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 22(4), 401-419.
- Silva, H. M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediatr Port*, 43(1), 8-15.
<https://doi.org/10.25754/pjp.2012.631>
- Smorti, M., Ponti, L., & Tani, F. (2019). The effect of maternal depression and anxiety on labour and the well-being of the newborn. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(4), 492-497. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1536697>
- Sng, B., Leong, W., Zeng, Y., Siddiqui, F., Assam, P., Lim, Y. & Sia, A. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. The Cochrane Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007238.pub2/full>
- Soares, D. A., & Sadigursky, D. (2015). Facilidades e Dificuldades de Enfermeiras na Prática da Competência Interpessoal. *Revista de APS*, 18(1).
- Souza, C. J., & Valente, G. S. C. (2017). Formação Pedagógica do Enfermeiro Docente baseada em competências: Exigência ou necessidade\Pedagogical Training of the nursing teacher based on competences: Requirement or need?. *European Journal of Education Studies*.
- Souza, L. H., Soler, Z. A. S. G., & Santos, M. D. L. S. G. Vinculação das puérperas com seus filhos e experiências do parto. *Invest. educ. enferm* [online]. 2017, vol.

35, n.3, pp.364-371. <https://doi.org/10.17533/udea.iece.v35n3a13>. [Investigación y Educación en Enfermería](#)

- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado1. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 520-526.
- Svensson, K., Mbalinda, S., Nissen, E., Odongkara, B. M., Waiswa, P., & Hjelmstedt, A. (2020). Infant behaviour and maternal adaptation after uninterrupted skin-to-skin contact for 1 hour following birth in northern Uganda. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 14(2), 1-15.
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2018). The positive association between duration of skin-to-skin contact and blood glucose level in full-term infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 32, 1– 357. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000335>
- The Joanna Briggs Institute. (2020). Critical Appraisal Tools. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). 'The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>
- United States Breastfeeding Committee. (2010). Core competencies in breastfeeding care and services for all health professionals (Rev.ed.). Washington, DC: Author.
- Uttley L, Montgomery P. The influence of the team in conducting a systematic review. *Syst Rev*. 2017; 6:149.

- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Vittner, D., Cong, X., Ludington-Hoe, S. M., & McGrath, J. M. (2017). A survey of skin-to-skin contact with perinatal nurses. *Applied Nursing Research*, 33, 19-23.
- Watson, T. J. (2005). Organização e trabalho em transição: da lógica" sistêmico-controladora" à lógica" processual-relacional". *Revista de Administração de Empresas*, 45(1), 14-23.
- Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência.1ª ed. Lusociência.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.
- Widström, A.-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 100(1), 79– 85. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x>
- Widström, A. M., Ransjö-Arvidsson, A. B., & Christiansson, K. (2010). Baby's choice [DVD]. Healthy Children Project.
- World Health Organization (WHO, 2020). Pregnancy, childbirth and COVID-19.2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>.<https://brazil.unfpa.org/pt-br/pandemia-de-covid-19>.
- WHO. (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative.
- WHO. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*.

- WHO & Unicef (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital: a 20-Hour Course for Maternity Staff. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/5/9789241594981_eng.pdf
- WHO (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva: Reproductive Health and Research World Health Organization.
- Zaigham, M., & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 823-829.
- Zangão, M. (2016). Parte I: Enquadramento Político. Em *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade Durante o Processo de Cuidar* (1ª ed., pp. 35-88). Lisboa, Portugal: Chiado Editora.
- Zhang, Z. J., Yu, X. J., Fu, T., Liu, Y., Jiang, Y., Yang, B. X., & Bi, Y. (2020). Novel coronavirus infection in newborn babies aged < 28 days in China. *European Respiratory Journal*, 55(6)

APÊNDICES

JBICritical Appraisal Tools Checklist (2020)

APÊNDICE I
Comparable Cohort/ Case Control

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control

Study n. 2: “ <i>Infant behaviour and maternal adaptation after uninterrupted skin-to-skin contact for 1 hour following birth in northern Uganda: Control Study</i> ”	
Reviewer: Prof. ^a Maria Augusta Delgado Discente: Ana Pereira	Author: Svensson, Mbalinda, Nissen, Obongkara, Waiswa & Hjelmstedt Year: 2019

	Yes	No	Unclear
1. Is Sample representative of patients in the population as a whole?	x		
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	x		
3. Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?		x	
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them started?		x	
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	x		
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	x		
7. Were the outcomes of people who withdrew described are include in the analysis?	x		
8. Were outcomes measured in a reliable way?	x		
9. Was appropriate statistical analysis used?	x		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/Case Control

Study n. 7: "Efecto del contact piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico"

Reviewer: Prof.^a Maria Augusta Delgado,
Discente: Ana Pereira

Author: Dois, A., Lucchini, C., Villarroel, L.,
& Uribe, C.
Year: 2013

	Yes	No	Unclear
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	x		
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	x		
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	x		
4. Were confounding factors identified?		x	
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?		x	
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	x		
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	x		
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	x		
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	x		
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	x		
11. Was appropriate analysis used?	x		

Overall appraisal: Include

Exclude

Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

APÊNDICE II

Intrepretive & Critical Research

JBI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Study n.3: “Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice”

Reviewer: Prof.^a Maria Augusta Delgado
Discente: Ana Pereira

Author: Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell & Nissen
Year: 2018

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	x		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	x		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	x		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	x		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	x		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	x		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	x		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?			x
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?			x
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	x		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Intrepretive & Critical Research

Study n.8: “ <i>Early Skin-to-skin contact for mother and their healthy newborn infants</i> ” (Review)	
Reviewer: Prof. ^a Maria Augusta Delgado, Discente Ana Pereira	Author: Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. & Dowswell, T. Year: 2012

	Yes	No	Unclear
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	x		
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	x		
3. Was the search strategy appropriate?	x		
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	x		
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	x		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	x		
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	x		
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	x		
9. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	x		
10. Were the specific directives for new research appropriate?	x		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

APÊNDICE III
Systematic Reviews

Promoção do Contacto Pele a Pele, entre Mãe e Recém-nascido, na 1ª hora de vida
JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Study n.4: <i>“Effectiveness of Skin-to-Skin Care for Procedure-Related Pain in Newborns”</i>	
Reviewer: Prof. ^a Maria Augusta Delgado Discente: Ana Pereira	Author: Baird, D. & Bybel, M. Year: 2018

	Yes	No	Unclear
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	x		
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	x		
3. Was the search strategy appropriate?	x		
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	x		
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	x		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	x		
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	x		
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	x		
9. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	x		
10. Were the specific directives for new research appropriate?	x		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

APÊNDICE IV

Analytical Cross Sectional Studies

Promoção do Contacto Pele a Pele, entre Mãe e Recém-nascido, na 1ª hora de vida

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies

Study n. 1: “ <i>Mother’ perceptions and experiences of skin-to-skin contact after vaginal birth in Saudi Arabia: A cross-sectional study</i> ”	
Reviewer: Prof. ^a Maria Augusta Delgado Discente: Ana Pereira	Author: Abdulghani, Cooklin, Edvardsson & Amir Year: 2021

	Yes	No	Unclear
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	x		
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	x		
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	x		
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	x		
5. Were confounding factors identified?		x	
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?		x	
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	x		
8. Was appropriate statistical analysis used	x		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

Promoção do Contacto Pele a Pele, entre Mãe e Recém-nascido, na 1ª hora de Vida

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies

Study n.5: <i>Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido</i>	
Reviewer: Prof. ^a Maria Augusta Delgado, Discente: Ana Pereira	Author: Carvalho & Zangão Year: 2014

	Yes	No	Unclear
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	x		
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	x		
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	x		
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	x		
5. Were confounding factors identified?		x	
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?		x	
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	x		
8. Was appropriate statistical analysis used	x		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

APÊNDICE V

Text and Opinion

JBI Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion

Study n.6: “*The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin Contact Immediately After Birth*”

Reviewer: Prof.^a Maria Augusta Delgado,
Discente: Ana Pereira

Author: Phillips, R.
Year: 2013

	Yes	No	Unclear
1. Is the source of the opinion clearly identified?	x		
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	x		
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	x		
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	x		
5. Is there reference to the extant literature?	x		
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	x		

Overall appraisal: Include

Exclude

Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

APÊNDICE VI

Randomized Controlled Trials

Critical Appraisal Checklist for randomized control trials

Study n.9: “Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn”	
Reviewer: Prof. ^a Maria Augusta Delgado, Discente: Ana Pereira	Author: Gabriel, M.A.M., Llana, I.M., Escobar, A.L., Villalba, F., Blanco, I.R. & Pol, P.T. Year: 2012

	Yes	No	Unclear
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X		
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X		
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X		
4. Were participants blind to treatment assignment?	X		
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	X		
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X		
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X		
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X		
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X		
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X		
12. Was appropriate statistical analysis used?	X		
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X		

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reasons for exclusion): _____

