

Promoção da vinculação Paterna nas duas primeiras horas de vida do Recém-Nascido

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Margarida Dias de Jesus

Orientadora:

Professora Doutora Hélia Dias

2020, novembro

AGRADECIMENTOS

Com a concretização deste relatório encerra-se uma etapa da minha vida que deixa, sem dúvida, uma marca inesquecível no meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico. Representa o culminar de muito tempo de reflexão e de esforço para alcançar algo que desejei desde que iniciei a minha licenciatura. No entanto, este percurso teria sido impossível de realizar sem o apoio e participação de algumas pessoas, às quais não posso deixar de agradecer.

Em primeiro lugar, quero deixar um agradecimento muito especial aos pilares da minha vida: os meus pais e irmã. Sem eles, dificilmente conseguiria chegar até aqui. Por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, a dar-me força, apoio e confiança. Agradeço-lhes o incentivo, a compreensão e tolerância que tiveram para comigo, proporcionando-me um valioso suporte emocional.

Quero agradecer ao meu namorado pela motivação infundida ao longo deste percurso académico estando sempre presente e que me apoiou quando eu mais precisava. Pela sua paciência, apoio e por apresentar sempre um sorriso quando sacrificava o tempo em prol da realização deste trabalho, um obrigado muito especial.

Não poderia deixar de agradecer às enfermeiras cooperantes que acompanharam este percurso formativo, à querida enfermeira Isabel, pela sua disponibilidade, estímulo, paciência, amizade e compreensão, por se mostrar sempre disponível para me ajudar através da sua experiência e conhecimentos e pelo processo formativo que me proporcionou. Agradeço todas as ideias, os conselhos e todo o apoio. Agradeço também à enfermeira cooperante Nélia que me ajudou na concretização deste relatório manifestando importantes críticas e sugestões para o crescimento do mesmo, procurando sempre enriquecer e apoiar a minha formação.

À professora orientadora Hélia Dias pela orientação, incentivo e disponibilidade demonstrada ao longo do estágio e na concretização deste relatório.

Também quero agradecer às minhas amigas do curso, foram pessoas que vivenciaram comigo esta experiência, partilhando cada desânimo e desmotivação, ajudando de forma incondicional e incentivando-me face aos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. Estou muito agradecida por ter a vossa amizade.

A todos o meu sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APPT- Ameaça de parto pré-termo

BP – Bloco de partos

CMESMO- Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPP – Contacto pele a pele

CTG- Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

et al. - Entre outros

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HAPD - Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

Nº/nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPT- Parto Pré-termo

1º/a – Primeiro/a

4º/a – Quarto/a

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-nascido

2º/a – Segundo/a

SR - *Scoping Review*

SUOG - Serviço de urgência obstétrica e ginecológica

3º/a – Terceiro/a

TP - Trabalho de parto

UNICEF - United Nations Children's Fund

RESUMO

O parto representa um momento crucial no processo de transição do homem para a parentalidade, como tal a prestação de cuidados de enfermagem especializados nos primeiros momentos de interação pai/filho é essencial. Assim sendo, é necessário a compreensão de como o contacto pele a pele tem influência na vinculação paterna.

Realizou-se uma *Scoping Review*, segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* (2014) e partindo da questão “Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do recém-nascido?”. Da pesquisa efetuada na plataforma EBSCO – *Host*, selecionaram-se três artigos quantitativos e ainda da literatura cinzenta foi selecionado um artigo qualitativo. Após a análise reflexiva das respostas obtidas, os resultados pretendem contribuir para a prática da enfermagem centrada na pessoa, na sua singularidade e sensibilidade às necessidades específicas do pai para que este estabeleça uma relação precoce e duradoura com o seu filho.

Palavras-chave: Enfermagem, Contacto pele a pele; Vinculação; Pai; Recém-nascido.

ABSTRAT

Childbirth represents a crucial moment in the process of transition from man to parenting, as such, the provision of specialized nursing care in the first moments of parent/child interaction is essential. Therefore, it is necessary to understand how skin-to-skin contact has an influence on paternal attachment.

A Scoping Review was carried out, according to the Joanna Briggs Institute methodology (2014) and based on the question "What is the importance of skin-to-skin contact, in promoting paternal attachment in the first two hours of the newborn's life?"

From the research carried out on the EBSCO - Host platform, three quantitative articles were selected and also from grey literature a qualitative article was selected. After reflective analysis of the responses obtained, the results intend to contribute to the practice of nursing centered on person, in his uniqueness and sensitivity to the father's specific needs for that he establishes an early and lasting relationship with his son.

Keywords: Nursing; Kangaroo-mother care; Object attachment; Fathers; Infant, newborn.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS	9
2 - ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO IV	10
2.1 - INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS E URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	10
2.2- DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GESTÃO DE CUIDADOS, RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS COM O INTUITO DE GARANTIR A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS.	11
2.3- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À MULHER/GRÁVIDA/ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA.	12
2.4- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À GRÁVIDA/PARTURIENTE/ACOMPANHANTE TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NA ADMISSÃO NO BP.	14
2.5- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 1º ESTÁDIO DO TP.	18
2.6- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 2º ESTÁDIO DO TP.	24
2.7- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM PARTURIENTE/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 3º ESTÁDIO DO TP.	26
2.8- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 4º ESTÁDIO DO TP.	28
2.9- PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN INERENTES À ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRAUTERINA.....	29
3 - ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO/PROBLEMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO PATERNA NAS DUAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO	31

3.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	32
3.1.1 - A evolução do trabalho de parto e da presença do pai na sala de partos	32
3.1.2 – Da vinculação ao contacto pele a pele com o pai.....	35
3.2 - METODOLOGIA	41
3.3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	47
3.4 - CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA A PRÁTICA CLÍNICA	50
4 - CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	63
ANEXO I - Projeto Individual de Estágio	64
ANEXO II - Socping Review.....	91
ANEXO III - Sessão da formação aos Profissionais de Saúde	117

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Critérios de inclusão para a pesquisa	42
Quadro nº 2 - Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores	42
Quadro nº 3 - Resultados das bases de dados	43
Quadro nº 4 - Resumo dos artigos incluídos na SR	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - PRISMA 2009 Flow Diagram	44
--	----

INTRODUÇÃO

O presente documento integra-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Estágio e Relatório no Bloco de Partos (BP), inserida no 2º ano do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO). O estágio foi desenvolvido no serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e no BP de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo com uma área de influência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes. O estágio decorreu no período de 14 de outubro de 2019 a 8 de março de 2020 (20 semanas), tendo uma carga horária de 700 horas de contacto, sob a orientação de duas enfermeiras: uma mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica e outra com o curso de pós-licenciatura de especialização na mesma área.

Os objetivos de aprendizagem para esta unidade curricular centraram-se em prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença e elaborar o relatório de estágio para obtenção de grau de mestre.

Este relatório tem como finalidade descrever as atividades desenvolvidas com base nos objetivos definidos no projeto individual de estágio (Anexo I), analisando a sua importância para a aquisição de competências, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista ([RCCEE] Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ([RCEEEESMO] Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio).

Da reflexão sobre a experiência prática emergiu a preocupação pela vinculação paterna precoce através do contacto pele a pele (CPP) do RN com o pai. O CPP ou método canguru representa uma prática prioritária e merecedora de especial destaque na humanização do parto e deve ser estabelecido imediatamente após o parto em todos os nascimentos saudáveis segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e United Nations Children's Fund (UNICEF) de forma contínua e prolongada, pois este momento propicia o estabelecimento inicial da ligação afetiva (OMS & UNICEF, 2011). A fase de adaptação para a parentalidade é uma fase de grande vulnerabilidade e de instabilidade na vida dos casais. Faz parte das competências do EEESMO apoiar os casais e suas famílias durante

o processo de adaptação à parentalidade, de forma a potenciar a saúde e o bem-estar de todos os elementos envolvidos na mesma (OE, 2019a). O EEESMO tem um papel privilegiado na compreensão, incentivo, apoio e envolvimento dos pais no processo do CPP e promoção do vínculo afetivo. Neste sentido, é pertinente uma exploração aprofundada dos conceitos relativos a esta temática. O CPP com o pai é um tema pouco divulgado aos pais, mas é de extrema importância para a vinculação afetiva paterna, assim como para a saúde e desenvolvimento do RN. Existem poucos estudos sobre a temática do CPP paterno, no entanto os seus benefícios são universalmente aceites e inquestionáveis, torna-se, por isso, importante alertar para a necessidade de promover as práticas de enfermagem para o CPP do RN com o pai.

Assim, neste relatório para além duma análise e reflexão acerca das atividades desenvolvidas, tendo em conta os objetivos delineados, desenvolveu-se uma reflexão sobre a temática escolhida - a Promoção da Vinculação Paterna nas duas primeiras horas de vida do RN. No âmbito desta temática foi realizada uma *Scoping Review* (SR) a partir da questão: “Qual a importância do CPP, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do recém-nascido?”. O objetivo desta SR foi identificar como o CPP tem influência na vinculação paterna e seguiu as orientações de *Joanna Briggs Institute* (2014). O recurso à SR como metodologia permite a obtenção de evidências mais recentes, o que possibilita efetuar uma análise e discussão dos resultados de forma a fundamentar uma proposta de mudança na prática do EEESMO no seu contexto profissional.

Este relatório será apresentado com a seguinte estrutura: uma breve caracterização do contexto de estágio. Em seguida o segundo capítulo acerca das atividades, análise e reflexões das competências desenvolvidas. No terceiro capítulo o estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Por final no quarto capítulo serão apresentadas as conclusões face ao trabalho realizado.

1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

O serviço de BP está integrado no Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Tem como missão prestar cuidados de excelência em saúde, à mulher em trabalho de parto (TP) e com patologia aguda obstétrica e ginecológica. Na Organização Perinatal Nacional, este BP integra-se na tipologia de um HAP, em que no ano de 2019 ocorreram 804 partos nesta instituição. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras e ginecologistas, anestesistas, neonatologistas/pediatras, EEESMO, parteiras, assistentes operacionais, assistente social e secretárias de unidade. O BP funciona em articulação com os restantes serviços da Instituição - serviços de apoio técnico e de apoio geral, bloco operatório, urgência, todas as especialidades médicas e serviço social.

O serviço dispõe de 5 salas de parto que se destinam a parturientes, a grávidas em situação de aborto e grávidas em risco de PPT (parto pré-termo), que necessitem de internamento. O serviço dispõe de um bloco operatório, mas que atualmente não se encontra em funcionamento, sendo, em caso de necessidade, as parturientes encaminhadas para o bloco operatório central. Desde a admissão das grávidas e parturientes no BP, sendo que pode acontecer através da urgência de ginecologia e obstetrícia, consulta externa ou do serviço de internamento, todo o acompanhamento é realizado em unidade individual e é permitida a presença de um acompanhante durante o TP conforme está previsto na legislação - Dec. Lei n.º 110/2019.

O serviço dispõe de profissionais que estabelecem uma relação de confiança com as mulheres/casal, satisfazendo desta forma as suas reais necessidades. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015) é fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida/casal de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade. A filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO trabalha em parceria com a mulher. A Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2015) acrescenta que aos EEESMO cabe ouvir e apoiar a mulher nas suas escolhas, sem juízos de valor, com a consciência de que as crenças e valores das mulheres sobre a gravidez e parto devem ser respeitadas. As escolhas que as mulheres fazem dependem de vários fatores, principalmente das normas culturais e sociais do meio onde estão inseridas, mas também do tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado, cabendo ao EEESMO a oferta de um modelo assistencial adequado e holístico.

2 - ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO IV

Neste capítulo é feita uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas e traçadas a partir dos objetivos do projeto individual de estágio. Constrói-se referenciando as atividades mais relevantes desenvolvidas, as dificuldades encontradas e o contributo para o desenvolvimento do perfil de competências do EEESMO.

2.1 - INTEGRAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS E URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Aquando a receção no serviço de BP, foi dado a conhecer, pela enfermeira cooperante, as instalações físicas, os profissionais do serviço de obstetrícia e do BP, já que se encontra integrado no mesmo serviço. A integração ocorreu de forma positiva, mantendo uma boa relação de cooperação e assertividade com a equipa de enfermagem, equipa médica e assistentes operacionais, o que facilitou a aprendizagem.

Inicialmente existiu a oportunidade de consultar os protocolos, normas e outros documentos existentes que apoiam a prática dos Cuidados de Enfermagem Especializada no serviço. Segundo a OE (2015) na prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica surgem, frequentemente, dúvidas e questões pertinentes. A primeira premissa para dar resposta a estas questões da forma mais eficaz e eticamente correta, baseia-se no recurso à evidência disponível.

Foi tomado conhecimento da articulação com outros serviços, nomeadamente com o serviço de obstetrícia, neonatologia e com o serviço social. Quando necessário conforme a situação clínica da mulher grávida, é feito o encaminhamento para um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD). Surgiram algumas situações clínicas que necessitaram de apoio mais diferenciado que o hospital onde foi realizado o estágio, não dispõe. Segundo o Parecer MCEESMO 38/2018 os HAP devem ter a capacidade em recursos humanos e materiais para assistência à gravidez, parto e RN, orientando apenas os casos de patologia rara ou de gravidade excecional para os HAPD. Os HAPD são aqueles que têm capacidade para proporcionar assistência materna e perinatal, do mais alto nível técnico, tendo capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez.

Algumas das mulheres grávidas recorriam ao centro de saúde como cuidados de primeira linha e depois eram encaminhadas para o serviço de urgência. Posteriormente de

acordo com a sua situação clínica era realizado o encaminhamento para um HAPD. Segundo a OE (2011) o enfermeiro assume a responsabilidade pela deteção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente, no que toca a complicações ao longo da gravidez, do trabalho de parto e do pós-parto. As Unidades Coordenadoras Funcionais têm desempenhado um papel relevante na articulação entre cuidados primários e hospitalares nas áreas da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente.

No sentido de garantir a cooperação e complementaridade entre os profissionais e instituições, as Redes de Referência, entre os Cuidados primários e os Hospitais, os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e os de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e entre os Serviços de Pediatria e as Áreas Diferenciadas, têm sido fundamentais. Tal contribui de forma decisiva para o acesso universal e equidade assistencial (Administração Regional de Saúde do Centro, sd).

Com vista à autonomia, nos primeiros dias foi realizada uma observação atenta dos cuidados prestados à mulher, grávida, parturiente, puérpera, família e RN em situação de saúde e doença. A equipa do serviço onde se desenrolou o estágio demonstrou ser extremamente recetiva à presença de alunos do CMESMO, facilitando dessa forma a integração e interação de todos. O facto da grande maioria da equipa de enfermagem ter o curso de pós-licenciatura de especialização na mesma área é considerada uma mais-valia para o contributo da aprendizagem, pois são uma referência na equipa multidisciplinar pela sua diferenciação de conhecimentos e competências.

2.2- DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GESTÃO DE CUIDADOS, RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS COM O INTUITO DE GARANTIR A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS.

A função da gestão em enfermagem é fulcral para assegurar a qualidade dos cuidados (Ferreira, 2015). No serviço de BP foi possível observar o papel do enfermeiro especialista na área da gestão. A OE (2019b) refere que o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Segundo Ferreira (2015) o enfermeiro gestor apresenta um papel preponderante, na unidade de cuidados, sendo fundamental na mudança dos conhecimentos profissionais dos enfermeiros, assegurando assim, a permanente qualidade dos cuidados prestados. Na gestão em enfermagem, deve ser observada a constante preocupação dos profissionais em procurar o aperfeiçoamento, o conhecimento disponibilizado pelas novas tecnologias e a orientação da atuação profissional, de forma a maximizar todos os recursos disponíveis.

A enfermeira chefe deve assumir uma posição de referência perante a equipa multidisciplinar. Como gestor de cuidados, espera-se que este, lidere a equipa, oriente e supervisione as tarefas delegadas, assim como, assegure o cumprimento dos procedimentos e normas instituídas, garantindo a segurança dos cuidados prestados (Carvalho, 2016). No decorrer do estágio no serviço de BP foi possível acompanhar e observar as atividades de gestão desempenhadas pela enfermeira cooperante, tais como a gestão dos recursos materiais, requisição de material, validação do carro e material de emergência e gestão dos recursos humanos. Com esta observação ficou demonstrada a importância do papel do enfermeiro especialista na área da gestão e de que forma estas funções influenciam a qualidade da prestação de cuidados à grávida/RN/família e a promoção de um ambiente terapêutico e seguro para os mesmos.

A observação da dinâmica do serviço permitiu identificar o método de trabalho utilizado, sendo este, o de enfermeiro responsável, em que segundo a OE (2015) o EEESMO assume o papel de defensor da mulher, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões e apoiando-a nas suas escolhas informadas. O modelo de cuidados centrados na mulher implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades individuais, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados (OE, 2015).

Posto isto, existiu a oportunidade de aprofundar as competências propostas na área da gestão, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto EEESMO.

2.3- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À MULHER/GRÁVIDA/ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA.

Este objetivo foi operacionalizado com a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/grávida/acompanhante que recorreu ao SUOG. Neste local ocorre a deteção precoce, tratamento ou referenciação de complicações vivenciadas pela mulher do foro ginecológico e obstétrico. O percurso realizado pela mulher tem início no serviço de urgência geral e posteriormente é realizado o encaminhamento para o SUOG, provido de profissionais especializados na área permitindo a avaliação clínica e o seu diagnóstico. Sendo este serviço no mesmo espaço físico que o BP, permitiu a realização de um conjunto de aprendizagens relacionadas essencialmente com os cuidados imediatos necessários à mulher.

Como futura EEESMO foi enriquecedor prestar cuidados especializados na urgência, pois permitiu desenvolver conhecimentos não só na área de saúde materna, como também na área da ginecologia através da colaboração na preparação da mulher

para a realização do exame ginecológico, realização de ecografias e colheitas de espécimes.

A admissão das mulheres grávidas no SUOG permitiu desenvolver a autonomia na tomada de decisão para a interpretação e realização do exame físico da grávida, cálculo da idade gestacional, realização de manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais através do doppler, avaliação da frequência dos movimentos fetais sentidos pela grávida e interpretação de registo cardiotocográfico. O facto de contactar com muitas grávidas que recorriam ao serviço por situações de urgência ou consultas para realizar cardiotocografia (CTG) revelou ser mais tarde um fator facilitador na relação terapêutica, por estas já conhecerem a equipa. O apoio emocional prestado à mulher/grávida/acompanhante é de grande importância. Frequentemente encontram-se fragilizadas e receosas sobre o motivo pelo qual recorrem à urgência. Segundo a OE (2015) a mulher pode sentir-se vulnerável e isso torna-a menos confiante, sendo assim, o atendimento deve ser afetuoso e hospitaleiro.

Surgiram algumas situações em que foi possível prestar cuidados a mulheres, primíparas, em situação de abortamento, que permaneciam em observação. Nesta situação foram prestados cuidados de enfermagem e foram adotadas estratégias que possibilitaram à mulher/casal/família, uma adaptação a esta situação, de perda e luto, menos dolorosa. Segundo Camarneiro, Maciel e Silveira (2015), o EEESMO é o profissional que se encontra na primeira linha de cuidados à mulher que sofreu uma perda gestacional, podendo por isso acompanhá-la no seu processo de luto. Estas situações podem causar um conjunto de perturbações na mulher/casal/família, merecendo a especial atenção dos profissionais de saúde. É uma situação de muita fragilidade, sendo a demonstração de disponibilidade, a presença física e emocional e o respeito pela dignidade da mulher/casal/família atitudes marcantes para eles. Em especial nestas situações, e à luz do cuidar de Swanson (1993), é essencial ajudar a manter a crença para que acreditem na sua capacidade de ultrapassar aquele acontecimento difícil, encarando o futuro com um significado. De acordo com o pensamento de Swanson (1991), para além de manter a crença importa conhecer a mulher/casal como um todo, e o significado que o acontecimento tem nas suas vidas. Para tal, é necessário estabelecer uma relação terapêutica centrada na pessoa cuidada, evitando suposições e juízos de valor. Foram desenvolvidas competências prestando cuidados de enfermagem promotores deste conhecimento, centrando nas necessidades da mulher/casal e tendo em vista o seu bem-estar. De forma similar os componentes do processo de cuidar adaptavam-se à grávida/casal que recorria à urgência. Foi preponderante conhecer e estar com a grávida/casal para poder prestar cuidados individualizados e adaptados às suas necessidades. Foi importante o envolvimento empático na sua situação, demonstrando

disponibilidade para exporem sentimentos e preocupações. Ao esclarecer dúvidas e ao proporcionar informação pertinente, a mulher foi empoderada possibilitando-lhe deste modo ultrapassar de forma positiva um acontecimento inesperado e/ou desconhecido.

A vinda ao SUOG é também uma oportunidade de realizar educação para a saúde e esclarecer dúvidas da mulher ou da grávida. Foi possível mobilizar competências adquiridas em estágios anteriores relativamente ao ensino à grávida. A OE (2015) refere que os cuidados prestados pelos EEESMO devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/empoderamento e de suporte às mulheres. O EEESMO desempenha um papel importante como conselheiro na área da saúde e da educação, não apenas para as mulheres, como para a família e para a comunidade. Segundo a DGS (2015) a realização de intervenções, associada a medidas de educação para a saúde durante todo o período pré-natal, relaciona-se com ganhos em saúde e diminuição da morbilidade materna e perinatal.

2.4- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À GRÁVIDA/PARTURIENTE/ACOMPANHANTE TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NA ADMISSÃO NO BP.

Este objetivo foi operacionalizado aquando o acolhimento da mulher grávida/parturiente/acompanhante no serviço de BP.

O TP e parto criam momentos de ansiedade e stress, não só pelo desconforto/dor provocado pelas contrações uterinas, mas também pelo desconhecimento da evolução do TP e pelo receio do imprevisto. A OE (2015) refere que, como área de atuação é fundamental saber intervir individualmente, atendendo cada mulher de forma personalizada. No acolhimento à parturiente, realizou-se a avaliação inicial de enfermagem, com o objetivo de obter informações sobre a aceitação da gravidez pela mulher e família, conhecimento de alterações fisiológicas da gravidez, experiências e expectativas em relação ao TP, parto e ao RN, preocupações, medos e queixas, tentando desta forma, estabelecer uma relação de confiança. Neste primeiro contacto a comunicação é um instrumento essencial na individualização dos cuidados, pois permite-nos conhecer as reais necessidades das pessoas através da sua forma de agir, pensar e sentir, minimizando as inseguranças, medos e ansiedade.

O ambiente durante o acolhimento deve ser calmo, acolhedor, confortável, sem agentes de stress, para possibilitar a transmissão de confiança à grávida ou casal, pois o ambiente hospitalar influencia e pode determinar a forma como a grávida/casal vivenciam a experiência da gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008).

A OE (2015) refere que o acolhimento não se deve limitar ao ato de receber, é necessário que seja individualizado e que demonstre segurança, conforto e que satisfaça as dúvidas e necessidades quer da grávida como do seu acompanhante. De acordo com o documento de consenso da OE “Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”

(...) as mulheres têm o direito de receber informação completa, adequada e o mais possível imparcial, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus prejuízos e alternativas. Se entenderem, têm ainda o direito de mudar de opinião às suas escolhas; (OE, 2012:20)

Nas parturientes, a verbalização de medos e preocupações relativamente ao parto foi mais frequente em múltiparas com experiências anteriores negativas e primíparas que não tinham frequentado as aulas de preparação para o parto. Consequentemente, estas parturientes, demonstraram maiores níveis de ansiedade e stress assim como uma perceção diminuída da sua autoeficácia. Neste sentido, foi promovido o bem-estar físico e emocional da parturiente. A promoção do conforto e bem-estar físico passava por proporcionar um ambiente acolhedor (agradável, calmo, aquecido, com luminosidade reduzida, sem ruídos e com privacidade), sendo essencial para a diminuição da ansiedade, insegurança e medo associados a ambientes hospitalares e desconhecidos aumentando consequentemente a satisfação materna. A DGS (2015) reforça que a educação pré-natal tem como objetivo preparar os futuros pais para o parto e parentalidade. O casal procura nestes cursos a oportunidade para receber informação sobre a tomada de decisão no trabalho de parto, alívio da dor, cuidados ao RN, aleitamento materno, competências parentais.

O serviço dispõe da possibilidade de os casais realizarem a visita à maternidade sendo que alguns dos casais realizaram a mesma. Segundo a DGS (2015) quando possível, a visita ao local onde se prevê que venha a decorrer o parto é um fator importante para atenuar os medos e ansiedades relativos ao hospital ou maternidade, tornando o nascimento iminente mais real.

O plano de parto é uma ferramenta útil para a mulher, mas também para os profissionais de saúde. Segundo Lopes (2016) os planos de parto são ferramentas que devem ser valorizadas tanto pelos casais como pelos profissionais. Para os casais este plano pode revelar-se um projeto de nascimento, onde estão refletidos os desejos e vontade dos mesmos para o percurso do TP e parto, que culmina com o nascimento. Os profissionais de saúde devem potencializar a vivência do casal neste período, seguindo sempre que possível esse mesmo plano. Durante o estágio não foi presenciada a entrega formal de um plano de parto por escrito, no entanto, algumas mulheres verbalizaram aquilo que tinham idealizado e quais seriam as suas preferências. Estas foram respeitadas

sempre que dependiam de ambos e da equipa de enfermagem, ao encontro do RCEESMO da OE (2019a) que define que o EEESMO atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Segundo Lopes (2016) o plano de parto pode ser encarado como um plano de desenvolvimento pessoal, onde o objetivo final tem de ser concreto e bem definido, e os meios para o alcançar devem ser refletidos e ponderados. A intervenção dos profissionais na elaboração deste plano é crucial, na medida em que podem ser eles a desencadear a necessidade de criar esta ferramenta, destacando a importância que poderá ter no decorrer do processo, enquanto colocam o casal e as suas preferências no centro dos cuidados.

No serviço, os cuidados centram-se também na família. Esta abordagem, toma em conta o bem-estar da mulher e dos seus familiares como participantes ativos no TP e parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Sendo assim, as mulheres são encorajadas a ter presente a pessoa que desejam para a apoiar. O acompanhante é assim chamado para a sala de partos após a grávida/parturiente já estar devidamente instalada. É explicado ao acompanhante o circuito existente, este inclui o posicionamento que deve adotar na sala de partos durante os diferentes estádios do TP para que a sua presença seja uma mais valia para a tríade.

A presença de uma pessoa que proporcione apoio físico, emocional e psicológico é uma forma benéfica de cuidar que alivia a dor significativamente, melhora os resultados, diminui as intervenções, a taxa de complicações associadas ao parto e melhora a satisfação global materna (Lowdermilk & Perry, 2008).

A forma como a mulher/família aborda o TP está relacionada com a forma como foram socializados no processo de maternidade. Sabendo que os medos não ultrapassados aumentam o stress da mulher ao ponto de interferir no processo do TP, na prestação de cuidados, foi transmitida a informação adequada, valorizando o seu esforço e encorajando-a a participar neste processo. Segundo a DGS os cuidados de saúde devem centrar-se nas necessidades de cada mulher/família, assim a grávida deve ser parceira nos seus cuidados de saúde, tal como preconiza o eixo estratégico do Plano Nacional de Saúde “Cidadania em Saúde”, sendo que o cidadão “é considerado responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido” (DGS, 2015).

No BP foram admitidas grávidas com os seguintes diagnósticos: TP, indução do TP, ameaças de parto pré-termo (APPT), situações de abortamento, pré-eclâmpsia, pielonefrite e infeção urinária.

A admissão de 21 grávidas com APPT e a prestação de cuidados às mesmas, permitiu uma reflexão mais aprofundada da sua ocorrência. A APPT atualmente constitui um problema de saúde pública mundial, devido à alta incidência na população. Segundo Magro, Guerreiro e Fidalgo (2016) o PPT acontece em cerca de 10% das gravidezes e é

uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal, sendo que metade desses óbitos acontece em RN com peso igual ou inferior a 1500g à nascença. Em apenas 70 a 80% das situações de diagnóstico de PPT são conhecidas as causas. Daí ser importante a vigilância pré-natal em que é realizada a avaliação do índice de risco para PPT baseada na história e exame físico da grávida, de forma a identificar precocemente as situações de alto risco. A idade <15, >45 anos, baixo nível socio-económico, etnia não branca, trabalho de PPT anterior, grande multiparidade, tabagismos, cuidados pré-natais inadequados são alguns dos fatores de risco para o PPT (Lowdermilk & Perry, 2008).

Perante esta situação clínica a mulher permanecia no BP para realização de maturação pulmonar, administração de tocolíticos e vigilância do bem-estar materno-fetal. Habitualmente são transferidas para o serviço de internamento que se encontra no mesmo piso, sendo que em duas situações foram transferidas para um HAPD. De acordo com o RCEEEESMO o EEESMO integra uma equipa que decide transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte (OE, 2019a).

O EEESMO presta cuidados à mulher com esta patologia no domínio da prevenção. A verdadeira prevenção primária passa pela intervenção no período pré - concecional, mediante a promoção da saúde (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013). Segundo a DGS promover a saúde no período pré-concecional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis e promoção da sua correção (DGS, 2015). Álvarez (2017) refere que muitos dos fatores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação, podem ser eliminados, modificados ou detetados de forma a que a grávida recorra à vigilância pré-natal de forma recorrente. No entanto, muitos dos fatores de risco tais como, os mecanismos subjacentes da gestação, não podem ser alterados, antes da gravidez. Como tal, durante a prestação de cuidados no âmbito das utentes internadas com diagnóstico de APPT, foram desenvolvidas intervenções de prevenção secundária e terciária. A prevenção secundária e terciária corresponde ao reconhecimento de sinais e sintomas precoces de APPT e tratamento terapêutico. As grávidas com esta patologia foram avaliadas quanto ao seu estado de saúde atual, assim como a sua resposta emocional. Para o desenvolvimento destas intervenções o cuidado foi centrado na autovigilância.

Os procedimentos inerentes à admissão têm sofrido uma evolução desde práticas rotineiras até cuidados que são negociados com cada mulher, atenta à sua vontade e individualidade. Uma das práticas que tem caído em desuso tem sido a tricotomia da região perineal, pelo que esta intervenção foi realizada em raras situações. Contudo, observou-se que muitas mulheres já apresentavam tricotomia da região perineal. Esta prática encontra-se também desaconselhada por aumentar o risco de contaminação do local cirúrgico (caso ocorra episiotomia) devido aos microcortes resultantes da raspagem e pelo

prurido e desconforto causado pelo crescimento do pelo interferindo no processo de cicatrização do períneo (OE, 2011).

Estas práticas devem ser discutidas nas consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários de forma a grávida a tomar as suas próprias decisões. Segundo a OE (2015) durante a gravidez as intervenções de enfermagem oferecidas no âmbito dos cuidados pré-natais devem ter benefícios comprovados e ser aceites pelas grávidas/casais. Estes devem receber informações suficientes e objetivas dos profissionais e ter a possibilidade de tomar decisões esclarecidas.

2.5- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 1º ESTÁDIO DO TP.

Este objetivo foi operacionalizado através da prestação de cuidados a 100 mulheres durante o 1º estágio do TP.

As expectativas e experiências anteriores de parto podem influenciar a forma como a mulher encara o parto, envolvendo frequentemente sentimentos de alegria e entusiasmo, em contraste com o de medo, stress e ansiedade. O conhecimento das expectativas das grávidas em relação ao parto tem sido várias vezes objeto de estudo, havendo diferentes estudos que procuram conhecer as dimensões da experiência de parto que a grávida antecipa. O suporte proporcionado quer pelo companheiro quer pelos profissionais de saúde, a intensidade e a forma de lidar com a dor, as características do ambiente onde irá acontecer o parto, o medo do desconhecido, a preocupação relativa à sua saúde e à do bebé e a sua autoeficácia durante todo o processo foram referidos em vários estudos como dimensões em torno das quais as mulheres vão formando determinadas expectativas. O efeito das expectativas das mulheres em relação ao tipo de parto desejado e às diferentes dimensões associadas a esta experiência, encontram-se intimamente ligadas tanto ao nível de satisfação que a mulher irá percecionar após o parto como com a perceção que as mulheres irão ter da sua eficácia para lidar com as situações futuras, nomeadamente a sua capacidade para cuidar do filho, o que poderá mesmo influenciar o estabelecimento de laços afetivos com o seu filho (Nilsson et al., 2018).

Deste modo, discutir e conhecer as expectativas de cada mulher durante o primeiro período do TP permitiu estabelecer um plano de cuidados individualizado, cujo objetivo foi o aumento da satisfação da parturiente com a sua experiência de parto e a promoção de uma transição mais saudável para a maternidade. Mobilizando os processos de cuidar de Swanson (1991) na base da prestação de cuidados à parturiente/casal encontra-se o manter a crença, com uma atitude humana de respeito, foi procurado manter a

parturiente/casal, com otimismo realista face à situação, sem alimentar falsas expectativas, para que este momento fosse por eles considerado como um passo significativo para o futuro. Foi também importante conhecer o casal, compreendendo o significado do acontecimento para as suas vidas e estar presente demonstrando disponibilidade para a sua realidade (Swanson, 1993). Respeitando a dignidade e expectativas da parturiente apoiando o seu plano de parto, mesmo que somente verbalizado, proporcionando-lhe um papel ativo e a tomada de decisão esclarecida, promovendo intervenções de qualidade num ambiente seguro. Foi oferecido à parturiente/casal um modelo assistencial holístico, compreendendo que as suas decisões poderiam estar condicionadas por normas culturais e sociais, dependendo do contexto onde estão inseridas. De acordo com os processos do cuidar de Swanson, estar com, implica estar emocionalmente presente e envolvido no desenrolar da situação, partilhando sentimentos bons e menos bons, de forma a que a mulher receba a compreensão, preocupação e atenção por parte do EEESMO (Swanson, 1993; Coutinho, 2006).

Incentivar a presença de um acompanhante para suporte contínuo durante o TP foi essencial na promoção do bem-estar emocional da parturiente, o que segundo a OMS (2017) é considerado uma mais-valia, pois eles podem ainda ajudar a reconhecer os sinais de perigo, alertar os profissionais de saúde em caso de emergência e proporcionar cuidados ao bebé. Silva, Nascimento e Coelho (2015) acrescentam que aumenta a sensação de apoio e segurança da mulher gerando sentimentos de maior controlo no processo de nascimento e diminuindo assim os sentimentos relacionados com medo e ansiedade. Os pais foram os acompanhantes que mais frequentemente estiveram presentes nas salas de parto, isto porque para além de se considerarem uma importante fonte de suporte para as mulheres, estes também foram exprimindo o seu desejo de partilharem esta experiência com as suas companheiras. Segundo Carvalho (2003) a participação do pai no parto está revestida de significado, tanto para ele quanto para a mãe, uma vez que vai permitir a ambos partilharem o momento do nascimento, fazendo dele também uma experiência da sua vida íntima, que concorre para o desenvolvimento e amadurecimento da vida conjugal.

O EEESMO tem a responsabilidade de empoderar as mulheres, motivando a confiança no seu corpo e na sua capacidade para cumprir o TP, que é um processo natural e fisiológico e uma experiência única na vida das mulheres. Esta deve estar preparada para confiar no profissional competente para a ajudar durante a progressão do TP (Couto & Carneiro, 2017).

O suporte que foi proporcionado, foi essencial no empoderamento e capacitação do casal no processo de tomada de decisões, promovendo a participação ativa da mãe/pai durante todo o processo de nascimento, rumo a uma experiência de parto positiva para o

casal. O papel do pai durante o TP deve, assim, ser encarado pela equipa como um agente participativo, sendo necessário e essencial providenciar suporte para que este se sinta incluído em todo o processo. Durante a experiência de nascimento é preciso ter em conta o nível de envolvimento desejado pelos pais, já que este poderá oscilar entre o desejo de serem envolvidos em determinados momentos e noutros não. Deve ser evitado o “forçar” da participação para que a experiência não se torne desagradável para o casal. No entanto, independentemente do papel adotado pelo pai (mais ou menos ativo) este nunca deverá ser excluído do processo, mas antes, ser incentivado a adotar o papel mais confortável para si e para a sua companheira (Vilariça 2019).

A promoção da autonomia e participação ativa da mulher durante o TP é essencial na humanização dos cuidados prestados durante o parto normal. Tal, implica conhecer as reais necessidades das mulheres e empoderá-las a fazer as suas próprias escolhas nos cuidados que lhe são prestados tornando-a assim, protagonista do seu próprio parto (Silva, Nascimento & Coelho, 2015; Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017).

O acesso à informação é essencial para empoderar a mulher. Neste sentido tornou-se fundamental fornecer orientações sobre todo o processo, fomentando o seu conhecimento relativamente às rotinas e atitudes de vigilância que iam sendo implementadas, desconstruindo termos técnicos desconhecidos, explicando todos os procedimentos adotados e preparando-a antecipadamente para sensações que poderia experienciar e esclarecer todas as dúvidas que fossem surgindo. O acesso à informação possibilita assim à mulher ter mais confiança nas decisões que irá tomar durante todo o TP, tornando-a mais ativa nos cuidados que lhe são prestados (Silva, Nascimento & Coelho, 2015).

Uma das áreas do plano de parto diz respeito a estratégias de alívio da dor no trabalho de parto, aspeto que ainda é controverso em muitos serviços, pois por vezes não é dada possibilidade de a mulher escolher, podendo mesmo sofrer pressões para a sua utilização. Segundo Oliveira, Oliveira, Rezende, Pereira e Abed, (2020) é importante que os profissionais de saúde que cuidam da parturiente entendam a dor como um fenómeno sensitivo, mas também afetivo. Que intervenham no sentido de minimizar a dor da grávida tendo em conta os seus desejos e necessidades, pois as experiências anteriores, as representações culturais, o seu estado emocional, o apoio familiar e o desenvolvimento de estratégias de coping são fatores essenciais para a interpretação da experiência do TP.

Nesta perspetiva, ajudar a mulher a decidir o método de alívio da dor implica empoderá-la na sua escolha proporcionando-lhe não só toda a informação sobre os métodos disponíveis (farmacológicos/não farmacológicos ou ambos) como também os seus potenciais benefícios e riscos.

A maioria das parturientes optou pelo controlo farmacológico da dor através de analgesia pela via epidural. A analgesia epidural é o método farmacológico mais comum e eficaz no alívio da dor no TP e que melhor é tolerado pela parturiente e pelo feto. A administração de analgesia pela via epidural foi sempre realizada quando solicitada pela parturiente, excepcionando os casos em que o período expulsivo era iminente seguindo a premissa da American College of Obstetrician and Gynecologists (Joy, 2015) que recomenda a administração de analgesia epidural assim que a mulher o deseje, independentemente da fase de TP.

A colocação do cateter epidural era realizada pelo anestesista de serviço com a nossa colaboração, pois uma das competências do EEESMO é cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção e controlo da dor, segundo o RCEEEESMO o EEESMO tem igualmente uma função autónoma quando vigia e previne a presença de complicações (OE, 2019a).

Foi constatado que as primíparas solicitavam analgesia mais cedo do que as múltíparas. Muitas delas ainda não estavam em fase ativa do TP. Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que as nulíparas têm, muitas vezes, uma sensibilidade dolorosa maior do que as múltíparas, na fase inicial do primeiro estágio do TP porque as estruturas reprodutoras são menos flexíveis.

Apesar da grande maioria das parturientes solicitar a analgesia epidural, foi, no entanto, possível aplicar algumas medidas analgésicas não farmacológicas, nomeadamente: hidroterapia, através do duche, massagem na região dorso lombar, exercícios respiratórios, deambulação e utilização da bola de pilates. Com exceção do duche (devido às condições hoteleiras e circuito de acompanhante), o acompanhante foi solicitado a participar em todas as outras. A limitação encontrada em algumas destas estratégias, foi o facto da parturiente estar no leito, no entanto foi possível colocar a parturiente em diferentes posições para facilitar o TP.

Tais medidas de alívio, além de trazer benefícios no momento do parto diminuem a perceção dolorosa e reduzem os níveis de ansiedade e stresse, contribuindo na evolução do trabalho de parto. É da competência do enfermeiro a assistência no parto de baixo risco. No que se refere à prática da utilização dos métodos não farmacológicos, é necessário que a equipa multiprofissional possa orientar as grávidas sobre estes métodos, para que as mesmas tenham a liberdade de escolha. A utilização de tais medidas tornou a mulher mais ativa no seu processo de parto, pois permitiu escolher qual é a técnica e posição mais confortável para si (Oliveira, Oliveira, Rezende, Pereira & Abed, 2020; Mendes, Ribeiro, Almeida, Melo & Vale, 2018).

O uso da bola de pilates foi a estratégia não farmacológica mais utilizada antes da utilização da analgesia epidural, por esta permitir não só a mudança de posição da

parturiente mas também pela eficácia que a realização de movimentos circulares com a bacia, demonstra ter na rotação e descida fetal, facilitando por sua vez, o encravamento (Silva, Nascimento & Coelho, 2015). Esta é também uma medida de conforto pois permite à mulher sentar-se com a coluna alinhada diminuindo o desconforto principalmente na zona lombar e perineal (Gallo, 2014).

A deambulação e a adoção de posições anti-álgicas para além de proporcionarem alívio da dor, favorecem o relaxamento das fibras nervosas, facilitam a descida e encravamento do polo fetal e conseqüentemente aumentam progressão do TP (The Royal College of Midwives, 2012). A OMS (2018) recomenda a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP em mulheres de baixo risco, já que pode encurtar a primeira fase do TP, reduzir a necessidade de analgesia epidural, ajudar a mulher a encontrar uma melhor posição para parir e reduzir a taxa de cesarianas e partos instrumentados. Esta é uma intervenção considerada de baixo custo e fácil de implementar tendo resultados positivos no desfecho materno-fetal, não aumentando a mortalidade perinatal (OMS, 2018). No serviço, por motivos tais como a presença de soroterapia em curso e prescrição de CTG contínuo, a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP foram intervenções nem sempre possíveis de implementar. Perante esta situação a atitude utilizada passou pela mediação, negociação e argumentação com a equipa, no sentido de obter os melhores resultados e contribuir para a mudança dos paradigmas associados ao TP, adotando assim aquilo a que a OMS denomina de boas práticas assistenciais para uma experiência de parto positiva. Foi dada a oportunidade de assistir a uma formação em serviço, realizada por profissionais de outra instituição, subordinada ao tema “Mobilidade durante o trabalho de parto e Posições Verticais”. Esta permitiu reforçar aprendizagens e aplicação na prática de conteúdos abordados anteriormente.

O toque vaginal que permite avaliação das características do colo uterino como a dilatação, extinção, posição e consistência do colo. O exame vaginal permite ainda a monitorização da progressão do TP através da avaliação de indicadores da estática fetal como apresentação, posição, atitude, variedades da apresentação fetal e descida (Montenegro, 2014). Ao nível da vigilância do TP, as maiores dificuldades centraram-se na avaliação da variedade da apresentação fetal. Com a adoção de algumas estratégias sugeridas pelas orientadoras de estágio, tais como esquemas e revisão de alguma literatura, essas dificuldades foram superadas ao longo do tempo. A avaliação era realizada durante admissão no SUOG como adjuvante na identificação das condições do colo e da estática fetal, no desenrolar do primeiro estágio de TP, permitindo desta forma a recolha de dados importantes na vigilância da sua evolução. A realização do toque vaginal é uma intervenção frequentemente associada a desconforto e ansiedade da mulher, estando também associada a um aumento do risco de infeção. Esta intervenção foi implementada

de 2 em 2 horas, de forma a avaliar a progressão do trabalho de parto, contradizendo assim as recomendações da OMS que indicam que, não existindo outras queixas, deve ser realizada com um intervalo mínimo de cerca de 4 horas (OMS, 2018). A realização de exames vaginais permitiu desenvolver competências técnicas nesta área. O exame vaginal é desconfortável para a parturiente, pelo que é importante explicar à parturiente a necessidade de o realizar, solicitando a sua autorização e colaboração, promovendo um ambiente terapêutico seguro e de confiança mútua. Inicialmente e mesmo tendo presente a componente teórica, existiram algumas dúvidas, já que as características do colo uterino ao toque são muito específicas. As maiores dificuldades relacionavam-se com a progressão da apresentação, nomeadamente a identificação da variedade e do plano (plano de Hodge). No entanto, com a experiência adquirida, ao final da 5.^a semana, foi possível descrever adequadamente o exame vaginal, tendo sido desenvolvida e aprofundada esta técnica até à 20.^a semana. Tal contribuiu para a identificação e monitorização do TP, bem como para a avaliação e determinação da estrutura pélvica em relação ao feto. A avaliação das características do colo uterino permitiu identificar e posteriormente monitorizar os diferentes estádios do trabalho de parto, desenvolvendo os critérios de avaliação “H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.” e “H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.” (OE, 2019a).

A avaliação do bem-estar fetal foi realizada através da monitorização contínua através do CTG em todas as parturientes, desde a admissão no BP até ao nascimento. Apesar dos estudos concluírem que a monitorização CTG continua intraparto não confere benefícios no desfecho materno-fetal em gravidezes de baixo risco, parece, no entanto, estar associada a um aumento de cerca de 20% das taxas de cesariana e/ou parto instrumentado (Bayes & Whitehead, 2018). Ainda segundo o The Royal College of Midwives (2008) recomenda-se que a monitorização da frequência cardíaca fetal seja realizada intermitentemente, nas gravidezes de baixo risco em que não tenha sido utilizada ocitocina e/ou prostaglandinas. Durante o estágio foram identificados alguns traçados com alterações. Em dois casos por se tratar de desacelerações prolongadas, com risco de hipoxia fetal, a equipa médica optou pela realização de cesariana emergente. Ao longo do estágio, a interpretação e avaliação do CTG foram-se realizando de forma mais autónoma.

Ao chegar ao término deste estágio foram adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados especializados no primeiro estágio de TP, implementando as intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de segurança da mãe e do feto.

2.6- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 2º ESTÁDIO DO TP.

O 2º estágio do TP diz respeito ao período expulsivo, inicia-se na dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016). Este objetivo foi operacionalizado através da prestação de cuidados a 49 mulheres durante o 2º estágio do TP, sendo que foram realizados 42 partos eutócicos e 7 foram partos distócicos por ventosa. Todos eles constituíram um momento único para a parturiente, para a pessoa significativa, e também para o EEESMO. Durante o 2º estágio do TP a idade materna das mulheres variou entre 19 e 39 anos, sendo maioritariamente superior aos 30 anos. A idade gestacional variou entre as 36 semanas e as 40 semanas e 5 dias. Segundo dados do INE a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em 2019 é 30,5 anos (Pordata, 2020). Isto deve-se essencialmente ao aumento do papel ativo da mulher na sociedade portuguesa, em consequência do seu investimento na educação e progressão de carreira, vivenciando casamentos mais tardios. Em 1990, a idade média da mãe no nascimento do primeiro filho era de 27 anos, desde então, é possível verificar um aumento da mesma (PWC, 2015).

São vários os estudos que apresentam as vantagens da adoção de posições verticais durante o período expulsivo como o aumento dos diâmetros pélvicos maternos, o alinhamento do feto com a bacia, a maximização dos esforços expulsivos maternos e o aumento da progressão da descida fetal (Deliktas & Kukulu, 2018), bem como a redução da necessidade de episiotomia e dos partos instrumentos, podendo estar no entanto associadas a um aumento do risco de hemorragia pós-parto e lacerações de grau II (OMS, 2018). Com a utilização de analgesia epidural contínua, a adoção destas posições é limitada. A adoção de posições não supinas nem sempre foi possível realizar, mas com o apoio das enfermeiras cooperantes, houve a oportunidade de colocar algumas parturientes em posições mais confortáveis nomeadamente na posição de semi-fowler, sem a utilização de pernas e o decúbito lateral.

A realização de episiotomia foi uma das dificuldades encontradas relativamente à técnica e à decisão de realizar a mesma. Segundo a OMS (2018) a decisão de realização de episiotomia é bastante controversa e a sua realização rotineira encontra-se atualmente não recomendada por estar associada a maiores taxas de dispareunia, hemorragias pós-parto, disfunções sexuais e incontinência urinária. Em 42 partos foi realizada episiotomia e episiorrafia em 8 situações, ocorreram 4 lacerações de grau I e 9 lacerações de grau II, não existindo lacerações de grau III e IV. No total dos partos realizados neste estágio verificou-se que ocorreram 21 partos com períneo íntegro. Como tal, impõe-se uma reflexão acerca da utilização da episiotomia. Couto e Carneiro (2017) referem que o uso

profilático/rotineiro da técnica de episiotomia, ainda hoje, continua a ser executada concomitantemente com a ausência de evidência científica que suporte o seu benefício, bem como a existência de evidência clara de que pode trazer algumas sequelas para a mulher. Os profissionais de saúde devem, portanto, procurar práticas alternativas para prevenir o trauma perineal. O uso limitado da prática de episiotomia em muito contribui para a obtenção de uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados, pelo que deve ser incentivado em detrimento do seu uso por rotina. Estima-se que a frequência ideal para a realização desta prática deve variar entre 10 a 30% dos partos vaginais. Algumas das intervenções que contribuem para o fortalecimento da musculatura pélvica e menor incidência de traumatismo perineal são: o exercício físico durante a gravidez e a massagem perineal que permite preparar os tecidos perineais para o parto, aumentando a sua elasticidade e diminuindo a sua resistência durante a distensão. Além disso, uma vez que os músculos perineais que circundam o introito vaginal são fortemente estirados, a mulher submetida à massagem perineal com vaselina, apresenta uma menor probabilidade de lesão perineal, dado que esta prática contribui para um aumento da elasticidade e suavidade dos tecidos, ajudando a mulher a familiarizar-se com as sensações de pressão provocadas pela apresentação fetal aquando do parto. Deliktas e Kukul (2018) referem que as mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação, pelo que a mulher em TP deve ser encorajada a adotar as posições que considere mais confortáveis, sendo que na posição de decúbito lateral durante a expulsão fetal observa-se uma redução significativa do parto instrumentalizado e da taxa da prática de episiotomia, o que aumenta significativamente a taxa de períneo íntegro. Preferir o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen e promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal.

Numa primeira fase e durante o período expulsivo a conduta passou por ser expectante aguardando pela descida da apresentação fetal e aproveitando este momento para preparar todo o material necessário para o parto. Surgiram algumas situações em que a apresentação fetal ainda se encontrava em 2º plano de Hodge, nestas situações eram incentivadas as mudanças de posição e todo um acompanhamento junto da mulher com a realização de exercícios que facilitassem a descida da apresentação. Neste momento o posicionamento da parturiente para o período expulsivo, em regra era a litotomia, apesar das recomendações da OMS (2018), que defendem a liberdade de escolha da posição de parto, incluindo posições não supinas ou verticalizadas mesmo sob o efeito de analgesia epidural. Esta é uma fase em que a parturiente frequentemente verbalizava não ser capaz, nesta altura o EEESMO tem um papel fundamental em incentivar a parturiente a continuar. É um momento de fortes emoções em que a voz de comando do EEESMO é fundamental.

Relativamente às manobras de expulsão do feto, houve uma notória evolução ao longo do estágio. Inicialmente a necessidade de fazer tração controlada da cabeça era difícil, no entanto essa dificuldade foi ultrapassada.

Além dos 42 partos eutócicos realizados, durante o estágio, existiu a oportunidade de participar em 7 partos distócicos com recurso a ventosa. Estas situações foram justificadas maioritariamente pelo mal posicionamento da apresentação fetal, mas também por exaustão materna e/ou ineficácia dos esforços expulsivos. Nestas situações a conduta adotada passou por colaborar com a equipa médica tal como preconizado pela OE (2019a) em que o EEESMO deve cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.

Nos partos realizados, sempre que possível foi realizada laqueação tardia do cordão, com exceção das situações em que foi realizada laqueação precoce do cordão por circular cervical apertada. A parturiente e/ou acompanhante foram questionados sobre a vontade de laquear o cordão. No entanto o momento ideal em que é realizada a clampagem e o corte umbilical permanece controverso, havendo estudos que recomendem a laqueação precoce enquanto outros têm demonstrado as vantagens da clampagem tardia do cordão umbilical. Para um RN saudável, as recomendações da OMS (2018) defendem a clampagem tardia do cordão umbilical, num período de 1 a 3 minutos, por esta apresentar inúmeras vantagens principalmente no que diz respeito ao aumento do hematócrito do RN representando um aumento das reservas de ferro prevenindo a anemia nos primeiros 4 a 6 meses de vida.

Esta fase é um momento de forte carga emocional tanto para o EEESMO como para a parturiente e acompanhante.

2.7- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM PARTURIENTE/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 3º ESTÁDIO DO TP.

Após o nascimento inicia-se o 3º estágio do TP, designado de quietadura, que compreende o momento desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Fatia & Tinoco, 2016).

Após a clampagem do cordão umbilical e enquanto se aguardava pela quietadura foram implementadas medidas que favorecessem a adaptação neonatal, em RN com boa vitalidade, como secar, cobrir com lençol aquecido neonatal e o contacto imediato pele a pele para evitar a hipotermia e a promoção do aleitamento materno na 1.ª hora de vida. Durante o 3º estágio foi aguardada, com uma atitude expectante, a expulsão espontânea da placenta e posteriormente foram observados os sinais de separação da mesma. Neste

estádio foram desenvolvidas competências na identificação dos sinais de descolamento da placenta e na tração controlada do cordão para que decorresse a dequitação. A observação da integridade da placenta e membranas era fulcral, para garantir que não existia retenção de fragmentos. Após a dequitação verificava-se a presença de globo de segurança de Pinard e observava-se o canal vaginal para avaliar a sua integridade.

Foram identificados os dois mecanismos de descolamento da placenta, 40 foram pelo método de Schultze e 2 pelo método de Duncan. Destaca-se uma situação em que a placenta ficou retida na cavidade uterina. Segundo Fatia e Tinoco (2016) é importante que o profissional respeite o tempo fisiológico, uma vez que nem todos os descolamentos se dão no período estimado. Poderá aguardar-se 45 minutos a uma hora, se as perdas de sangue não forem excessivas (Graça, 2010). Visto que não ocorria exteriorização espontânea da placenta cerca de 1h após o parto, foi pedida colaboração da médica obstetra que realizou dequitação manual e revisão ecográfica. Noutra situação ocorreu uma atonia uterina em que se verificou perdas hemáticas vaginais aumentadas após a dequitação. Esta situação foi observada pela obstetra que se encontrava na sala e foi rapidamente resolvida através da administração de medicação, não se tendo verificado existirem restos placentares ou membranares. Foram duas situações emergentes que contribuíram para aprendizagem. Em ambas as situações, existiu cooperação com a equipa médica no tratamento das complicações. Esta situação constituiu-se como um importante momento de aprendizagem indo ao encontro do RCEEESMO, em que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta (OE, 2019a).

Após a dequitação, é seguido o protocolo da instituição relativamente à administração da ocitocina para a promoção da contração uterina, prevenindo complicações. De acordo com a OMS (2018) o uso de uterotónicos para a prevenção de hemorragia pós-parto durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os nascimentos.

Nos casos em que foi necessária a reparação do períneo devido a lacerações de grau I e II ou episiotomia a puérpera foi informada sobre o procedimento que iria ser executado, contando com a sua colaboração, procedeu-se à reparação da laceração e/ou episiorrafia, tal como refere a OE que compete ao EEESMO avaliar a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (OE, 2019a). Por inexperiência na execução da técnica de reparação do períneo, esta exigiu um grande apoio da(s) enfermeira(s) cooperante(s) na identificação das estruturas do períneo e os planos afetados. Mesmo estando presente os conhecimentos teóricos da realização da técnica bem como o conhecimento de quais os tecidos a suturar, a prática revelou-se difícil. Existiu uma progressão notória ao longo do

estágio, criando mais segurança na realização da técnica. No entanto, existe ainda a necessidade de validação na sua execução, tal é atribuído ao sentido de responsabilidade e à reduzida experiência de episiorrafias.

No que diz respeito ao momento da dequitação, reconstrução do períneo e aos procedimentos inerentes a este estágio as competências foram adquiridas.

2.8- PRESTAR CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PUÉRPERA/ACOMPANHANTE, TENDO POR BASE A METODOLOGIA CIENTÍFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM, NO 4º ESTÁDIO DO TP.

No que concerne ao 4º estágio do TP, a puérpera mantém-se no BP até duas horas após o nascimento. Durante este período foram desenvolvidos os cuidados na promoção da vinculação precoce, apoio e promoção do aleitamento materno, avaliação dos sinais vitais, deteção precoce de possíveis complicações (através da vigilância das perdas hemáticas vaginais), avaliação do globo de segurança de Pinard, assim como a promoção do bem-estar do RN. Sendo este um momento propício para o início da amamentação, foi proporcionada a oportunidade de a mãe amamentar realizando as orientações educativas adequadas às necessidades da mãe e do filho, demonstrando disponibilidade e valorizando o seu empenho.

Existiu a possibilidade de prestar cuidados imediatos ao RN e de colaborar com a mãe na primeira mamada. Foi interessante assistir às diferentes reações das mães após a primeira sucção. Algumas caracterizavam-se pela descoberta da sensação outras pelo alívio de conseguirem amamentar naquele instante. Para o EEESMO é importante estar disponível, interferir apenas o necessário e ajudar a mãe a perceber que o seu bebé também está a descobrir como se alimentar, este é um processo de descoberta mútua.

Neste estágio é também fulcral o estabelecimento da vinculação precoce entre a tríade e os restantes membros da família, quando estão presentes. Uma das áreas mais importantes da avaliação é a observação cuidadosa dos comportamentos que se pensa serem indicadores da formação de laços emocionais, entre o RN e a família, especialmente a mãe (Lowdermilk & Perry, 2008). Proporcionar uma experiência de parto positiva aos pais, também faz parte das competências do EEESMO, pois, segundo Johansson e Hildingsson (2013) consiste basicamente em mostrar disponibilidade estando frequentemente presentes na sala de partos fornecendo informação sobre o processo. Conseguindo-se desta forma que os pais consigam lidar com as emoções vivenciadas. Providenciar suporte ao pai para promover a sua participação ativa e envolvimento durante o TP é muito importante para proporcionar uma experiência de parto positiva, reforçar a sua identidade enquanto homens e pais e reduzir o sentimento de exclusão (Rodrigues,

2014). O Royal College of Midwives (2012) recomenda a adoção de algumas intervenções específicas em relação às necessidades do pai durante o TP, nomeadamente compreender o nível de envolvimento desejado, respeitando o seu direito a mudar de ideias, compreender e respeitar os seus sentimentos ao longo do processo, incentivar o seu papel ativo, dar as informações relevantes e incluí-lo no processo de tomada de decisão.

As palavras de agradecimento por todos os cuidados prestados eram expressas neste período, o que se tornou bastante reconfortante.

2.9- PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN INERENTES À ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRAUTERINA.

Este objetivo foi operacionalizado através dos cuidados imediatos prestados ao RN em partos distócicos por ventosa e em 6 cesarianas, nomeadamente a 12 RN.

Segundo Lowdemilk (2008) o RN passa por fases de instabilidade durante as primeiras 6 a 8 horas após o nascimento, sendo este um período de transição entre a vida intrauterina e a extrauterina. O TP e os acontecimentos inerentes ao nascimento estimulam respostas do sistema simpático manifestadas por alterações da frequência cardíaca, da cor, da respiração, da atividade motora, da função gastrointestinal e da temperatura do RN. A primeira fase do período de transição tem a duração de cerca de 30 minutos após o nascimento e designa-se por primeiro período de reatividade, em que o RN está alerta, apresentando um comportamento exploratório. Entre os 30 minutos a 2 horas de vida após o nascimento entra num período de diminuição de sensibilidade caracterizada por um decréscimo na atividade motora, podendo adormecer.

Sempre que possível o pediatra está presente na sala no momento do parto e com presença obrigatória nos partos por cesariana.

Após o nascimento e sempre que possível, foi promovido e priorizado o CPP com a parturiente, conforme a recomendação da OMS “o RN sem complicações devem ser mantidos em CPP com as suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, prevenindo a hipotermia e promovendo o aleitamento materno” (OMS, 2018, p. 7). Neste momento é importante manter o RN seco e promover a menor perda de calor. Este momento é muito emotivo, tendo sido muito especial testemunhar esta relação entre a tríade.

Na instituição em causa, no caso de partos por cesariana não é possível o CPP com a mãe no bloco operatório geral, no entanto, imediatamente após a prestação dos primeiros cuidados ao RN, ainda antes de ser vestido o RN é colocado junto da mãe, permitindo-lhe ouvir a sua voz e sentir o seu cheiro pelo contacto com a face.

Ocorreram duas cesarianas em que o pai esteve presente durante a cirurgia no bloco operatório. Sempre que possível os cuidados ao RN foram realizados na presença do acompanhante, favorecendo a adaptação do RN ao meio extrauterino e ao processo de vinculação. Nos casos de cesariana o pai ficava com o RN no seu colo, no BP, enquanto a puérpera ficava em vigilância no recobro do bloco operatório. Observar esta situação, despertou um grande interesse no sentido da implementação do CPP entre o pai e o RN. Não existindo a possibilidade de o mesmo ser realizado com a mãe, fazê-lo com o pai seria uma melhor opção. Daqui surgiu a temática para aprofundamento, conforme previsto para este estágio, tendo em conta o RCEEESMO em que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (OE, 2019a). De referir que ao longo do estágio não foi possível colocar em prática esta intervenção tanto nos partos eutócicos como distócicos. Os casos de cesariana foram apenas 6 dos quais 2 contaram com presença física do pai. Quando eram questionados acerca da realização do CPP com o RN estes não tinham conhecimento e recusavam. Deste modo, e seguindo a teoria de Swanson, foi tida em consideração as suas crenças, valores e desejos, respeitando a sua decisão esclarecida. Nas restantes situações a equipa não estava consciencializada para este cuidado. Estas práticas devem ser discutidas nas consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários de forma a mulher tomar as suas próprias decisões. Segundo a OE (2015) durante a gravidez as intervenções de enfermagem oferecidas no âmbito dos cuidados pré-natais devem ter benefícios comprovados e ser aceites pelas grávidas/casais. Estes devem receber informações suficientes e objetivas dos profissionais e ter a possibilidade de tomar decisões esclarecidas. A realização de educação para a saúde aos pais sobre o CPP durante o período pré-natal, também é mencionada como facilitadora, bem como, a motivação dos pais para a sua prática (Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani, & Farzi, 2016; Stevens, Schmied, Burns & Dahlen, 2016; Zwedberg, Blomquist & Sigerstad, 2015). Nesse sentido no âmbito das competências desenvolvidas uma das estratégias utilizadas posteriormente foi a abordagem deste tema aquando o acolhimento do casal, na visita pré-natal e realização de uma sessão de formação aos profissionais de saúde.

3 - ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO/PROBLEMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO PATERNA NAS DUAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO

No serviço surgiu a necessidade de realizar formação à equipa de enfermagem acerca da temática desenvolvida neste relatório, promoção da vinculação paterna. Como tal, foi necessário aperfeiçoar as competências ao nível dos cuidados de enfermagem promotores e facilitadores deste vínculo, assim como identificar fatores ou procedimentos e as estratégias a utilizar nestas situações. A temática da vinculação é vasta, no entanto, o pai é recorrentemente um elemento menos abordado e pouco presente na bibliografia dirigida quando comparado com o habitual enfoque na vinculação materna. Posto isto, pode-se considerar como potencial cliente alvo dos cuidados, o pai. Existem já estudos que concluíram que os comportamentos indicadores de ligação efetiva pai/bebé são os mesmos da mãe, mas que se vão manifestando gradualmente de um envolvimento passivo para um envolvimento ativo (Scism & Cobb, 2017).

A mudança de paradigma que se tem vindo a verificar nos últimos anos, reconhece que a gravidez e o parto são também experiências paternas que influenciam a transição para a paternidade. O nível de envolvimento emocional do pai com o bebé, tem vindo a criar a necessidade de estudos, cujo foco incida no pai e no processo de adaptação à paternidade e ainda em intervenções que promovam a ligação entre o pai e a criança. No contexto do CMESMO é particularmente relevante salientar a necessidade da prestação de cuidados centrados na família, deixando para trás o paradigma da exclusividade dos cuidados centrados na díade mãe-bebé.

Os conceitos de parentalidade e paternidade têm-se modificado nas últimas décadas, assumindo o homem um papel mais ativo numa área que era identificada de domínio exclusivo da mulher. Os profissionais de saúde encontram-se igualmente motivados para envolver os homens na saúde reprodutiva. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim em 1995 foram dois acontecimentos importantes, uma vez que realçaram a atitude dos homens, conhecimentos e formas de reagir, como fatores que influenciam não só a sua própria saúde como também a saúde reprodutiva da mulher (OMS, 2007).

Embora cada vez mais os homens participem no projeto de parentalidade, gravidez, parto e cuidados aos RN, estes sentem-se excluídos e revelam insegurança, descrevendo não saber identificar o seu papel. Percecionam ainda que os cuidados e informações dos profissionais de saúde continuam a ser muito dirigidos às mulheres. Por outro lado, também os profissionais de saúde têm dificuldade em dirigir a sua intervenção aos homens (Matos, Magalhães, Carneiro & Machado, 2017).

Ao identificar a importância das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação e a sua capacidade de influenciar a saúde dos indivíduos, desde a vertente fisiológica, social, emocional, afetiva e sexual, é de extrema importância refletir sobre a prática e sensibilização dos profissionais. Este trabalho foca-se no período do pós-parto, sendo o momento apropriado para estabelecer o CPP. A vinculação do pai e bebé durante o parto e pós-parto é fundamental no estabelecimento de uma relação precoce, trazendo benefícios para o pai, mãe e bebé. Embora seja uma medida de baixo custo, segura e eficaz, ainda existem barreiras na sua implementação promovidas pelos familiares e profissionais não sensibilizados para a temática.

3.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Tendo em conta a reflexão da temática sobre a vinculação paterna e considerando a necessidade de compreender o papel do EEESMO junto do pai que acompanha a parturiente durante o TP, demonstrou-se relevante um enquadramento conceptual sobre a evolução do TP e presença do pai para facilitar a promoção da vinculação.

3.1.1 - A evolução do trabalho de parto e da presença do pai na sala de partos

Antigamente, todo o processo de nascimento era diferente da realidade que constatamos atualmente. O nascimento era visto como um evento natural de carácter íntimo e privado, sendo um momento partilhado entre as mulheres e familiares. As mulheres tinham os seus filhos em casa e o parto era realizado por parteiras da comunidade habitualmente sem formação (Frello & Carraro, 2010). Com o avançar dos anos, ocorreram mudanças na área da medicina, surgiram as maternidades e os partos começaram a ocorrer nos hospitais. O ambiente hospitalar foi construído para satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde e não das parturientes. Com isto as mulheres perderam a sua autonomia durante o TP. Desde então, as parturientes são sujeitas a rotinas como o internamento, separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, limitação na deambulação e sujeitas a procedimentos de rotina como o jejum, enema, tricotomia, entre outros (Balaskas, 2017; Frello & Carraro, 2010). Os profissionais de saúde começaram então a tomar as decisões pela mulher, ficando esta limitada às mesmas, visto

estar pouco capacitada para reivindicar os seus desejos frente às questões técnicas orientadas pelos profissionais da equipa de saúde (Frello & Carraro, 2010). Com o avançar dos tempos, o parto natural tem sido desvalorizado, o que contribui para o aumento de intervenções cirúrgicas muitas das vezes desnecessárias e para um défice na informação e educação na saúde acerca do nascimento (Ferreira, Ribeiro, Dias, Ferreira, Ribeiro & Neto, 2013).

A medicalização do parto trouxe consequências, uma delas foi o aumento da taxa de cesarianas. Em Portugal a taxa de cesarianas aumentou para 34,1% em 2018, sendo um valor muito superior aos 10% recomendados pela OMS (Pordata, 2019; OMS, 2015). No entanto, durante o período de 2009 e 2015 deu-se uma reversão em Portugal com a descida da taxa geral de cesarianas, tal aconteceu devido à educação e formação dos profissionais de saúde, bem como, a inclusão de taxa de cesarianas como critério para o financiamento hospitalar (Pordata, 2019; Balaskas, 2017). Com a descida da taxa de cesarianas, surge uma nova abordagem na prestação de cuidados à mulher parturiente, com vista ao retorno do parto natural e menos interventivo. As razões que levam a esta mudança são essencialmente a mulher dos tempos de hoje que está mais informada, o aumento da sua literacia, habilitações literárias superiores e os resultados da investigação deixam de ser dirigidos apenas aos profissionais (Oliveira, 2017). A procura da mulher por informações e por um modelo de cuidados humanizado prende-se pelo desejo em que o parto seja uma experiência feliz e satisfatória, uma vez que a perda de controlo sobre o processo de parto é, frequentemente, traduzida numa experiência negativa. No entanto, existem mulheres com experiências satisfatórias de parto mesmo com desvios ao seu plano de parto, isso acontece porque a mulher sente-se respeitada, sendo parceira no processo dos cuidados (Ferreira, 2016).

As recomendações da OMS concluem que se pode melhorar as taxas de mortalidade neonatal e materna com o respeito do processo fisiológico do TP e parto, o respeito pela individualidade de cada mulher, a sua autonomia decisiva e o acontecimento familiar que representa o nascimento do bebé, tendo em consideração a segurança e o intervir apenas quando necessário (Oliveira, 2017).

Posto isto, emerge a necessidade de abordar e instituir a “humanização do parto”. Este abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebé-família a partir de condutas éticas e solidárias. Para isso, é necessária a organização da instituição com um ambiente acolhedor em que prevaleçam práticas que quebrem com o tradicional isolamento imposto à mulher. Também abrange a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas intervencionistas, que acarretam em riscos à saúde materno-infantil. A humanização do parto pretende enriquecer a relação de ajuda, a realização de

procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, privilegiando a autonomia e privacidade da mulher, aumentando o respeito pela individualidade de vida da mesma (Possati, Prates, Cremonese, Scarton, Alves & Ressel, 2017). Ao humanizar o nascimento é devolvido o protagonismo às mulheres no TP e parto. Para tal, deve entender-se o nascimento como um evento social e humano, e não apenas médico. Esta “nova” tendência do cuidado à parturiente é uma necessidade de recuperar o biológico e natural em que as suas inúmeras vantagens estão cientificamente comprovadas para mãe e bebé em detrimento das intervenções e procedimentos de rotina aplicados.

Em Portugal, está muito presente o modelo biomédico na prestação de cuidados na vigilância pré-natal e no TP e parto. Este modelo centra o profissional de saúde na tomada de decisões, os cuidados são centrados no profissional e na tecnologia, a gravidez é um processo de risco, existe ênfase na realização de um diagnóstico e intervenção, os cuidados de saúde são protocolados e o parto é restrito ao ambiente hospitalar (Oliveira, 2017). Com este modelo não é considerada a individualidade da mulher, nem o respeito pelas suas necessidades fisiológicas, emocionais, sociais e culturais. Distanciando-se das recomendações emanadas pela OMS e pela DGS que preconizam que a mulher desempenhe um papel ativo nas decisões que conduzem à sua saúde e segurança (DGS, 2015; Oliveira, 2017).

Desta forma, compreende-se a emergente necessidade de mudança de comportamentos e atitudes por parte dos profissionais de saúde de forma a prestar cuidados tendo em consideração os valores e expectativas da mulher.

Outro aspeto importante realçar é o papel do pai durante o TP. Sabino (2010) refere que a participação do pai tem vindo a ser cada vez mais encorajada pela importância que tem a sua presença junto da futura mãe assim como, o seu indispensável papel no nascimento do seu filho. Garcês (2011, p. 24) afirma que “já se observa a presença paterna no ciclo gravídico puerperal, nas consultas pré-natais, no nascimento e nos cuidados ao recém-nascido”. Segundo Mendes (2014), nos dias de hoje verifica-se, no casal, uma partilha de tarefas domésticas e de cuidados às crianças, o que produz uma maior presença e competência do pai no seu papel parental. O mesmo autor acrescenta que é visível uma procura, por parte do pai, de usufruir dos benefícios parentais previstos pela legislação em vigor, assim como, dos recursos de apoio à parentalidade, entre eles os cursos de preparação para o parto e parentalidade. A presença do pai, enquanto acompanhante da parturiente na sala de partos, favorece a afetividade entre ambos. Ribeiro (2005) citado por Garcês (2011, p. 24) refere que “este envolvimento na gravidez, no parto e no pós-parto origina grandes emoções e mudanças na vida dos pais e da sua família, com transformações e incertezas que acompanham a aquisição de novos papéis

e responsabilidades antes inexistentes”. Por este motivo é considerado uma fase de mudança caracterizada por diversos ajustamentos na vida familiar. O mesmo autor afirma que o apoio psicológico recebido pela parturiente através do envolvimento afetivo e emocional com o pai, ajuda na adaptação aos seus novos papéis, fortalece a vida do casal assim como favorece o vínculo da tríade. Com a possibilidade de os pais assistirem e partilharem o TP com a sua companheira, há uma manifestação de interesse na interação com o RN e na participação dos cuidados. O desempenho na função paterna é positivo, não se sentem excluídos e têm um maior envolvimento com o seu filho (Brazelton, 2003; Brazelton & Cramer, 1993; Carmo, 2009; Macfarlane, 1992; Pedro, 1985; Ribeiro, 2005 citados por Gomes, 2014).

3.1.2 – Da vinculação ao contacto pele a pele com o pai

O conceito de vinculação surge na segunda metade do século XX, criada por John Bowlby resultado da violência das separações e das carências precoces originadas pela guerra. Sendo assim começou por definir o sentimento de apego “como qualquer forma de comportamento que pretende alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo” (Bowlby, 1990, p. 50). Mais tarde definiu a vinculação mãe-filho que consiste na “... busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo, ou seja, todos os comportamentos do RN têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação” (Bowlby, 2002, p. 90). Para Ramos (2004, p. 60) o “conceito de vinculação é utilizado para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida”.

Bowlby (1989) menciona que o desenvolvimento da vinculação é uma adaptação essencial da espécie humana, uma vez que estes nascem vulneráveis ao perigo e o prestador de cuidados funciona como um refúgio seguro, de conforto e proteção. A vinculação ocorre ao longo de todo o desenvolvimento do ser humano, definindo três etapas distintas: vinculação pré-natal, vinculação perinatal e vinculação pós-natal. Para Chimuco (2017), no período pré-natal existe um maior nível de vinculação na mãe relativamente ao pai, o que pode ser explicado pelo facto de os pais não terem a oportunidade de sentirem o bebé tanto quanto a mãe. Assim, essa experiência sensorial materna é, frequentemente substituída pela imaginação do bebé após o seu nascimento. De acordo com Fernandes (2017), são os homens mais jovens e que são pais pela primeira vez aqueles que tendem a apresentar níveis mais elevados de vinculação, ainda no período de gestação. Para além disso, quando os pais sentem os movimentos fetais in útero, faz com que exista um maior envolvimento afetivo com o bebé, motivando-os para assumirem um papel mais ativo na gravidez, por exemplo, participando nas consultas, ecografias e

sessões de preparação para o parto. Ainda que o período pré-natal seja relevante para o processo de vinculação, o nascimento do bebé assume particular destaque. A vinculação perinatal envolve todos os acontecimentos inerentes aos processos de nascimento, bem como o primeiro contacto do RN com os pais. Neste âmbito, as práticas dos profissionais de saúde podem influenciar todo o processo vincutivo. Segundo Chimuco (2017) a vinculação pós-natal, é efetivamente, mais intensa com a mãe, quando comparada com a vinculação à figura paterna. Isto deve-se, essencialmente, à amamentação, pois esta reforça o contacto direto mãe-bebé. No entanto, tanto o vínculo materno, como o vínculo paterno, favorecem um desenvolvimento saudável e seguro da criança. A criança assimila estes vínculos, com ambos os pais, ao longo de todo o seu crescimento, pelo que é necessário criar estratégias para beneficiar o envolvimento da tríade.

Para o EEESMO é importante reconhecer as várias fases do processo de vinculação, pois tem como papel principal atuar como agente promotor do processo de vinculação precoce e ajudar os pais neste processo.

A vinculação paterna

O nascimento é um momento muito importante para a construção do vínculo entre o pai e o RN na medida em que representa o início da passagem do bebé imaginário para o bebé real. É no momento do parto que os pais vão ter a possibilidade de estabelecerem um primeiro contacto com seus filhos. A participação paterna no parto contribui para a ativação de respostas emocionais protetoras do pai em relação ao filho, favorecidas pela partilha de intimidade e proximidade com o RN nas primeiras horas de vida (Matos, Magalhães, Carneiro & Machado, 2017).

Segundo estes autores a experiência do parto pode encorajar os homens a desenvolverem uma paternidade mais participativa, envolvendo-se mais nos cuidados do RN. De modo geral, os pais que participam no nascimento dos seus filhos tendem a considerar essa experiência como positiva, promotora do processo de transição para a parentalidade. Devido ao fato de não conseguir gerar e amamentar o seu filho, alguns autores apontam que a formação do vínculo pai-bebé parece ocorrer de forma mais lenta do que o estabelecimento do vínculo mãe-bebé, costumando consolidar-se gradualmente após o nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança. Vivenciar momentos de intimidade com o bebé por meio de cuidados, como troca de fraldas, banhos e carinhos, pode ser assegurador para o pai, na medida em que essa rotina de envolvimento lhe confere um papel importante na família. Ao prestar cuidados ao bebé, o pai desenvolve estratégias de comunicação com ele diferentes daquelas que o RN tem com a mãe, o que contribui para o fortalecimento do vínculo entre pai e filho. Dessa forma, o bebé aprende a

reconhecer o pai e a esperar acolhimento também por parte dele. Ao mesmo tempo, o homem se sente incluído na medida em que é reconhecido pelo filho e estabelece com ele uma relação de proximidade.

O reconhecimento da importância do papel do pai nos cuidados ao filho pelo EEESMO, considerando-o também um utilizador de cuidados de saúde materna, tem vindo a crescer ao longo do tempo e tem permitido incluí-lo cada vez mais nas suas intervenções durante a gravidez, parto e pós-parto. O EEESMO apresenta um papel determinante e privilegiado na promoção de uma transição para a paternidade mais saudável através da implementação de intervenções que promovam o estabelecimento precoce da ligação entre pai e filho e no desenvolvimento das competências parentais necessárias ao desenrolar do seu papel de pai (Vilariça, 2019). Assim torna-se fundamental a implementação de intervenções, nomeadamente as que promovam o envolvimento físico (como por exemplo CPP, pegar, tocar, massagem, corte do cordão umbilical, etc.) e o envolvimento do pai durante o parto. Os autores consideram ainda que incluir o pai nos cuidados durante a gravidez e parto permite que este faça parte do processo de tomada de decisões relativas à gravidez, parto e pós-parto, reduz a ansiedade e medo maternos e aumenta o suporte materno percebido pela grávida (Scism & Cobb, 2017).

Contacto pele a pele

O método canguru surgiu em 1978 em Bogotá (Colômbia), com o Dr. Edgar Rey, após se deparar com um problema por falta de incubadoras, propôs colocar os RN em CPP com os seus progenitores, para que os mantivessem aquecidos, diminuindo a mortalidade infantil e acabando assim com uma prática vigente da época, que colocava dois ou três prematuros na mesma incubadora (Margalhos, 2018). O mesmo autor refere que tem como principal objetivo o seu aquecimento, o início da amamentação precoce e a promoção da vinculação. A partir dessa altura o método foi expandido, tendo sido implementado na prática clínica em diversos países.

O CPP consiste “na colocação do recém-nascido sobre o tórax materno/paterno, com a duração mínima de 60 minutos, sempre que possível, de modo a estimular o toque” (UNICEF, 2010, p. 80). A OMS (2010) e a American Academy of Pediatrics (2010), acrescentam que os RN de termo saudáveis devem ser colocados no peito materno para proporcionar o CPP através colocação do RN nu, em posição ventral, em cima do peito nu da mãe, entre as mamas, imediatamente após o nascimento, após ser seco, para diminuir o arrefecimento por evaporação.

O CPP é uma medida recomendada pela OMS e UNICEF, que deve ser promovida imediatamente após o parto. A UNICEF refere que o CPP deve ser “estabelecido num

ambiente sem pressa o mais cedo possível após o parto e, se tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do bebé, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível” (UNICEF 2011, p. 86). Segundo a OMS (2017) os bebés são particularmente sensíveis ao stress do frio. Podem surgir rapidamente complicações se a temperatura corporal do bebé descer abaixo do limite normal. O contacto com a pele da mãe é o melhor método para manter o bebé quente. Para isso, o bebé deverá ser colocado contra a pele da mãe e, em seguida, deverão ser ambos embrulhados num tecido ou manta limpa. Este contacto imediato pele com pele após o nascimento ajuda ainda a promover a ligação entre o bebé e a mãe. A prática do CPP paterno, veio demonstrar que reforça não só a relação pai-bebé, mas também promove a vinculação afetiva familiar, e neste sentido, a OMS promove que esta prática seja implementada em todas as unidades de saúde. Segundo Álvarez (2017) na primeira hora de vida o RN, encontra-se em estado de alerta, com os olhos abertos, atento e com os reflexos de busca, procura e sucção, sendo este o melhor momento para interagir.

A UNICEF reconhece os seguintes benefícios do CPP: promove o vínculo afetivo, acalma e relaxa a mãe e o RN; regula a frequência cardíaca e respiratória do RN; estabelece a termorregulação do mesmo; a exposição do RN à flora bacteriana da pele da mãe contribui para diminuir o risco de infeções; estimula o comportamento alimentar e estimula a libertação de hormonas para apoiar a amamentação e a maternidade (UNICEF, 2010). Domingos (2017) refere ainda como benefício o aumento da libertação de ocitocina que para além de promover a contração uterina (favorecida pelos movimentos de extensão e flexão dos membros do RN sobre o abdómen materno) também permite um aumento na temperatura corporal da mãe contribuindo para prevenir a hipotermia do RN por transmissão de calor.

A promoção do contacto físico, imediatamente após o nascimento, é uma prioridade na prestação de cuidados humanizados. Esta perspetiva tem como principal objetivo um acolhimento suave do RN, minimizando o impacto da transição do mundo intrauterino para o extrauterino (Álvarez, 2017).

A investigação tem vindo a demonstrar 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 mantêm-se elevadas enquanto a separação do RN e da sua

mãe se mantém, permanecendo em circulação até 30 minutos depois de o CPP ser finalmente iniciado ou restabelecido (Álvarez, 2017).

Por todos estes motivos, os profissionais de saúde envolvidos no parto precisam dispensar especial atenção à realização do CPP, cuidando para que ele aconteça o mais precocemente possível. A evidência científica, mostra que para bebés saudáveis existem vários benefícios e nenhum efeito negativo, devendo por isso ser uma prioridade para os EEESMO (Domingos, 2017). Segundo a OE (2019a) o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Para o EEESMO é importante reconhecer as várias fases do processo de vinculação e ajudar os pais neste processo. Neste sentido o EEESMO tem como papel principal ao atuar como agente promotor do processo de vinculação precoce.

Contacto pele a pele com o pai

Caso ocorra uma situação de urgência/emergência durante o parto ou o parto seja distócico por cesariana, estas podem ser causas do adiamento deste primeiro encontro entre a díade mãe/filho. No caso de partos distócicos por cesariana, existem algumas limitações geradas pelas infraestruturas e dinâmicas hospitalares que tornam inexequível a realização deste CPP em condições ótimas e, com isso, uma restrição dos benefícios para ambos. Contudo, os resultados dos estudos demonstraram como o CPP durante a cesariana é recomendado por diversos autores, melhorando a perceção da mãe sobre o parto, ajudando desta forma a mãe a viver o nascimento como uma experiência mais satisfatória, com sentimentos de confiança, iniciação precoce da amamentação e menor risco de depressão pós-parto (Álvarez, 2017).

Segundo mesmo autor a cesariana é ainda responsável pela diminuição do estado de alerta do RN após o nascimento, associada ao tipo de analgesia utilizada durante o parto e o seu efeito na puérpera influenciam a disposição da mãe e do RN para o estabelecimento de um CPP eficaz. Nestes casos, o RN poderá ser colocado em CPP com o pai, promovendo também a termorregulação e o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno, facilitando a transição do RN para a vida extrauterina, com os mesmos benefícios que teria com a mãe, incluindo a amamentação, promovendo o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno, só não podendo cumprir o ato de amamentar, desta forma melhora a também a vinculação paterna (Álvarez, 2017).

Assim, o contato precoce deve ocorrer com todos os bebés, sendo pertinente que os profissionais da saúde apoiem esta técnica, proporcionando o tempo, ambiente e o

conforto necessário, afastando a interferência de práticas desnecessárias e inoportunas. Ao entenderem os vários benefícios do CPP e as estratégias de implementação, os prestadores de cuidados podem melhor apoiar e promover esta prática baseada em evidências e de alta qualidade (Álvarez, 2017).

3.1.3 - Perspetiva concetual de Kristen Swanson e o envolvimento da mulher/recém-nascido/família

A prestação de cuidados realiza-se sempre com base num quadro de referência que engloba conceitos, valores, crenças e pressupostos que correspondem à nossa conceção de cuidar em enfermagem. Neste sentido, a Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson (1991) é a que mais se adequa. De acordo com esta, os cuidados são uma forma educativa de relacionamento com o outro, com quem se tem um compromisso e uma responsabilidade pessoal. A Teoria dos Cuidados desenvolvida em 1988 pela enfermeira norte americana Kristen Swanson a partir da sua atuação junto a pessoas com perda gestacional e neonatal, suscitou discussões acerca do conceito de cuidado e dos processos que dão significado ao cuidado, do ponto de vista teórico, filosófico e do bem-estar do utilizador dos serviços de saúde. Os discursos dos sujeitos dos estudos de Swanson fizeram evocar cinco processos básicos que validam e dão significado ao cuidado: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar/capacitar e manter as crenças. Conhecer: consiste em compreender o significado que a pessoa atribui a cada fenómeno, para isso é necessário estabelecer uma relação de confiança com a parturiente e com as pessoas significativas, implica centrar a atenção no RN e família, adquirindo consciência da sua realidade, evitando estereótipos e ideias pré-concebidas. O enfermeiro cuida, centrando-se na pessoa que é cuidada, e faz uma apreciação da experiência de quem é cuidado, ficando assim, todos os intervenientes envolvidos no mesmo processo de cuidado. Manter a crença: implica ter em conta os valores da pessoa e agir em conformidade; é dar esperança, ajudar a acreditar que consegue ultrapassar as dificuldades e alcançar os seus objetivos. A saúde espiritual ocorre quando uma pessoa encontra um equilíbrio entre as suas crenças e valores e os dos outros. Estar com: consiste na humanização dos cuidados; traduz-se em estar emocionalmente com o outro, desenvolver escuta ativa, apoiar a cliente e pessoas significativas. Estar com a família/pais não se resume à presença física. O foco está na mensagem de disponibilidade, escuta e partilha emocional que os leva a perceber que a sua experiência, e eles próprios, enquanto Pessoas, têm significado e importância para o enfermeiro. Fazer por: significa realizar algo que a cliente faria se o conseguisse; baseia-se na preservação da dignidade do outro. Inclui uma atitude antecipatória e pró-ativa na resposta às necessidades dos pais, demonstrando

competência na atuação e respeito pela sua dignidade. Possibilitar/capacitar: consiste em proporcionar a acessibilidade a um cuidado; é permitir e ajudar os outros a vivenciar algo para eles desconhecido. Consiste em usar da melhor forma o conhecimento e assistir o outro, compreendendo-o e avaliando os seus sentimentos. Relaciona-se com a informação que é fornecida à família, quer seja por esclarecimentos ou por ensinamentos. Consiste também em guiar os pais nas suas reflexões e alternativas, validando as suas escolhas, o que também está em consonância com a filosofia do modelo dos cuidados centrados na família. O enfermeiro, tendo como base a relação única que estabelece com cada RN e família, é o elemento promotor da mudança positiva no cuidar que responde às necessidades afetivo-emocionais dos pais do RN (Swanson, 1991; Méndez & Garzón, 2016).

Segundo Swanson (1991), os componentes considerados articulam-se entre si. A autora considera que, independentemente dos anos de experiência de um enfermeiro, o processo de enfermagem consiste num conjunto de cuidados sequenciais, criados pela própria atitude filosófica do enfermeiro, compreensão, mensagens verbais e não-verbais transmitidas à cliente, e pelas ações terapêuticas e resultado dos cuidados. Deste modo, os cuidados baseiam-se em manter as crenças da cliente, apoiar o seu conhecimento da realidade, estar presente, fazer pela cliente e possibilitar o que esta não consegue fazer sozinha (Garzón, 2016).

3.2 - METODOLOGIA

No sentido de sistematizar o conhecimento sobre a importância do CPP na promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do RN, desenvolveu-se uma Scoping Review (SR) com base nas orientações do Joanna Briggs Institute (2014), utilizando um protocolo de pesquisa que se encontra em anexo (Anexo II).

Teve como ponto de partida uma questão de tipo PCC: “Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do recém-nascido?” Em que (P) representa os participantes; (C) os conceitos e (C) o contexto. E como objetivo, identificar como o CPP tem influência na vinculação paterna.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram, “Método canguru (*Kangaroo-mother care*), Vinculação (*Object attachment*), Pai (*Fathers*) e Recém-nascido (*Infant, newborn*)”. Previamente validadas como descritores na plataforma Mesh Browser 2019¹.

Após isso, foram definidos os critérios de inclusão presentes no Quadro nº 1 com o objetivo de encontrar evidência científica relacionada com a questão colocada. Não foram definidos critérios de exclusão específicos, pois previa-se excluir apenas os artigos que

¹ Pesquisa efetuada no dia 20 de janeiro de 2020

não correspondessem aos critérios de inclusão, de forma a maximizar os resultados a analisar.

Quadro nº 1 - Critérios de inclusão para a pesquisa

Tipos de participantes	Enfermeiros ou pais e mães que vivenciaram esta experiência
Conceitos	Contacto pele a pele, vinculação paterna e recém-nascido
Contexto	No bloco de partos nas primeiras duas horas de vida do RN
Tipos de estudos	Paradigma qualitativo, quantitativos ou ambos

Seguiu-se a pesquisa, na plataforma EBSCOhost (Elton Bryson Stephens Company Host), tendo sido selecionando um friso temporal de 5 anos. No Quadro nº 2, estão apresentadas as bases de dados utilizadas e os limitadores selecionados para cada uma delas.

Quadro nº 2 - Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores

Base de dados	Limitadores
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	Booleano/frase; Texto completo; Data de publicação: janeiro de 2015- janeiro de 2020; Resumo disponível; Língua inglesa; Prática baseada em evidência; Humano; Primeiro autor é enfermeira; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF.
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)	Booleano/frase; Texto completo; Data de publicação: janeiro de 2015- janeiro de 2020; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano.
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Booleano/frase; Texto completo; Data de publicação: janeiro de 2015- janeiro de 2020; Texto completo em PDF.

Após várias tentativas de pesquisa, utilizando os descritores MeSH selecionados e diferentes booleanos, concluiu-se que a expressão de pesquisa mais próxima do pretendido e que fornece mais resultados seria: “Kangaroo-mother care method” **AND** “Object attachment” **OR** “Fathers” **AND** “Infant, Newborn”. O número de artigos obtidos nas pesquisas com as diversas combinações, aplicando-se os limitadores, pode ser observado no Quadro nº 3.

Quadro nº 3 - Resultados das bases de dados

Descritores	Resultado da base de dados
1- Kangaroo-mother care	81
2- Object attachment	662
3- Fathers	2820
4- Infant, Newborn	20580
1 AND 2	3
1 AND 3	9
1 AND 4	65
2 AND 3	52
2 AND 4	37
3 AND 4	257
1 AND 2 OR 3	2873
2 OR 3 AND 4	926
1 OR 2 AND 3 AND 4	87
1 AND 2 OR 3 AND 4	260

Após todo o processo descrito, resultaram 260 artigos (*identification*), através das bases de dados supracitadas. Foi ainda usado um artigo para a construção dos resultados, que não foi encontrado na última pesquisa feita nas bases de dados, mas que resultou de uma primeira pesquisa na base de dados SciELO e que, dado a importância dos seus dados, não podia ficar omissa nesta SR. Através da utilização do “Prisma 2009 Flow Diagram” presente na Figura nº1 procedeu-se à leitura do título e do *abstract* dos 261 artigos (*screening*) dos quais foram excluídos 257 artigos, pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão, uma vez que não abordavam os conceitos definidos e não davam contributos para o objetivo definido. Após o screening foi realizada uma leitura do full text dos 4 artigos finais (*eligibility*) que mais contributos davam à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão (Anexo II- Appendix II: Appraisal instruments). Deste modo foram utilizados 4 artigos (*included*), sendo classificados de acordo com os níveis de evidência definidos pelo Joanna Briggs Institute (2014).

Os 4 artigos selecionados são: Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study; Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo; Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial; Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras.



PRISMA 2009 Flow Diagram

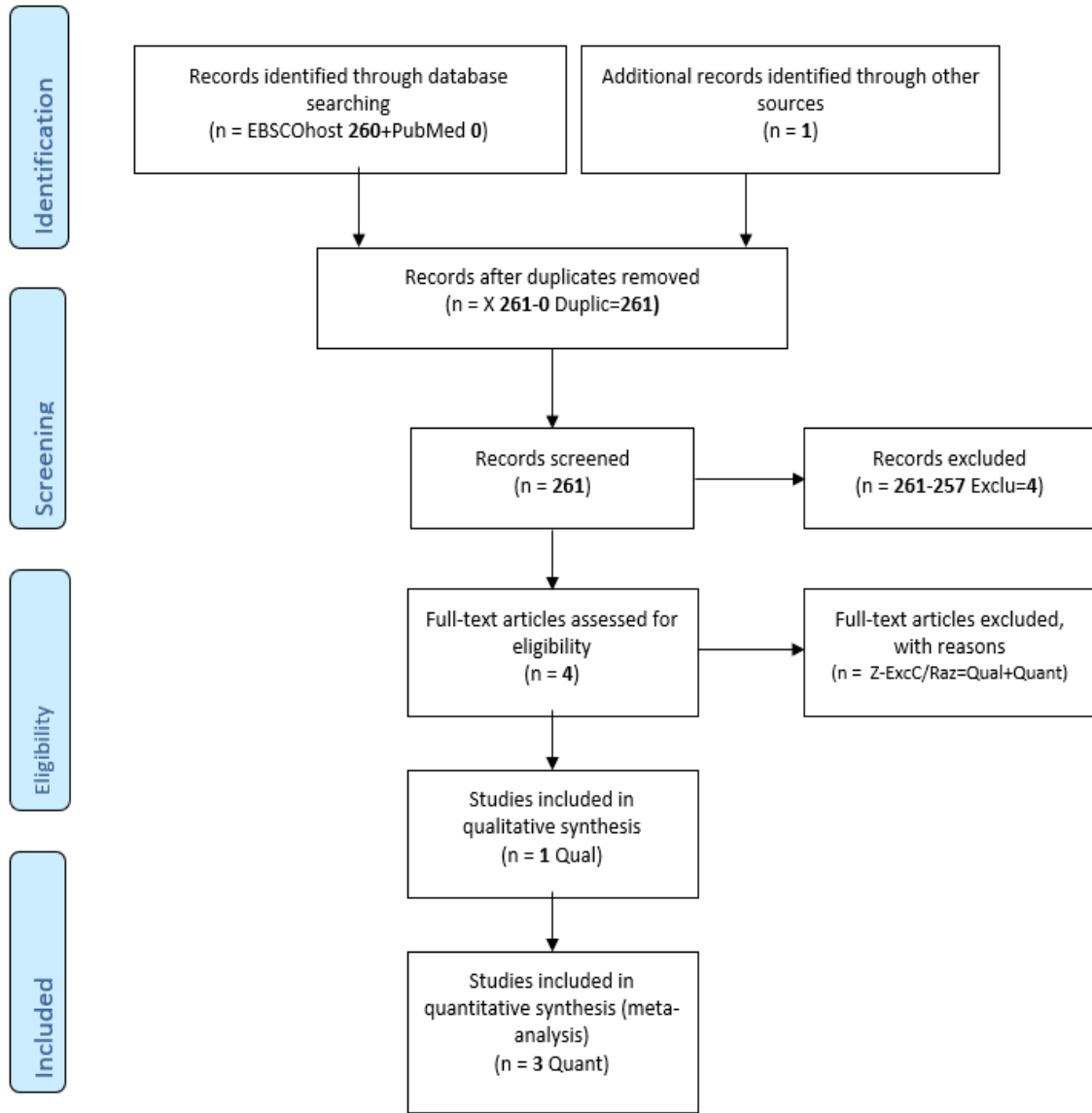


Figura nº 1 – PRISMA 2009 Flow Diagram

Os artigos seleccionados encontram-se em resumo no quadro nº 4 e foram alvo de uma análise da qualidade metodológica (Anexo II - Appendix IV: Data extraction instrument).

Quadro nº 4 - Resumo dos artigos incluídos na SR

Identificação do artigo	<i>Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study</i>	<i>Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo</i>	<i>Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial</i>	<i>Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras</i>
Autor	Boscardini, Visentin, Angellotti, Grugni, Barbaglia, Chapin, Castelli & Finale.	Salas	Chen, Gau, Liu & Lee	Ferreira, Silva, Galon, Goulart, Amaral & Contim.
País	Itália	Espanha	China	Brasil
Ano	2017	2015	2017	2019
Tipo de estudo	Quantitativo	Quantitativo	Quantitativo	Qualitativo
População	252 mulheres que realizaram cesariana.	107 pais de crianças nascidas por cesariana entre janeiro e dezembro de 2011.	83 pais pela primeira vez com idade igual ou superior a 20 anos.	Pais e 8 enfermeiras da unidade materno-infantil.
Metodologia	A amostra foi dividida em três grupos, dependendo dos resultados no bloco operatório: contacto pele a pele com a mãe, com o pai e não foi realizado CPP.	Estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. Foi realizado um questionário aos pais.	Foram utilizados dois instrumentos, nomeadamente o folheto sobre os cuidados iniciais infantis para os pais. O segundo instrumento foi a escala de vinculação pai-filho, utilizada para medir os sentimentos do pai ou os comportamentos em relação ao bebé.	Estudo exploratório-descritivo. As entrevistas foram realizadas em duas etapas: a primeira com a caracterização das participantes e, a segunda, composta por questões abertas
Tratamento dos resultados	O estudo inclui três formas de colheita de dados: o primeiro foi realizado por um pediatra na alta hospitalar. A segunda e terceira foram realizadas através de entrevistas por telefone aos 3 e 6 meses após o parto.	A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS.	A análise estatística foi realizada usando o SPSS para Windows 20.0.	Os dados foram colhidos no período entre janeiro e março de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas. Para a realização das entrevistas foi construído um instrumento de coleta de dados, sendo este, adequado por meio de um pré-teste.
Conclusões e Sugestões	- O CPP com a mãe após uma cesariana deve ser feito;	- A maioria dos pais sentiram-se muito satisfeitos com o meio ambiente, o apoio e as	- O CPP tem um efeito positivo sobre a vinculação paterna.	- Os discursos das enfermeiras revelaram conhecimento parcial, ausência de experiência prática e barreiras relacionadas à resistência

	<ul style="list-style-type: none"> - Existiu uma melhoria na taxa de amamentação em comparação com o grupo que não fez CPP ou que fez com o pai; - Se a mãe não estiver disposta, ou seja, incapaz de executar o CPP, essa prática ainda deve ser incentivada para que seja realizada com o pai, a fim de dar aos pais a oportunidade de se relacionar com o seu RN. 	<p>informações oferecidas pelos profissionais de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficaram satisfeitos com a experiência do CPP com o seu RN; - O CPP com o pai deve ser utilizado como segunda opção, incentivando o máximo possível que favoreçam o CPP entre a mãe e o RN no bloco operatório após a realização de cesariana; - A sessão semanal de educação para a saúde para que futuros pais e mães possam receber informações de qualidade por parte dos profissionais de saúde, enquanto oferece tranquilidade ao conhecer o serviço conhecem também os profissionais de saúde de forma direta. 	<ul style="list-style-type: none"> - O CPP é um cuidado de saúde centrado na família, que não beneficia apenas a saúde fisiológica dos bebés, mas também facilitam a relação de apego entre pais e filhos; - Expandir a abordagem do CPP com os pais pode ser uma estratégia de saúde eficaz, pois ajuda os pais a desenvolver autoconfiança e adotar uma perspetiva ativa e positiva na transição para a paternidade; - Uma pequena percentagem de pais neste estudo expressou ansiedade sobre a técnica do contacto pele por falta de experiência. Assim, os autores sugerem que futuras instruções sejam realizadas em instituições de apoio pré-natal e incorporadas em cursos de preparação para o parto, permitindo tempo suficiente para a aprendizagem e a prática. 	<p>da equipe em realizar o CPP com os pais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Método com potenciais benefícios para proporcionar a construção de vínculo; - Educação permanente como estratégia necessária para sua implementação.
<p>Nível de evidência segundo a JBI</p>	<p><i>Level 3.b – Cohort study (or control arm of RCT).</i></p>	<p><i>Level 1.c – RCT.</i></p>	<p><i>Level 4.b – Cross-sectional study.</i></p>	<p><i>Single qualitative study.</i></p>

Os artigos foram analisados e as interpretações sintetizadas para determinar o conhecimento atual acerca da importância do CPP na promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do RN. Principais indicadores são:

- **Promotores da adaptação à vida extrauterina:** previne a hipotermia do RN; estabilidade cardiorrespiratória do RN; estabilidade de níveis de oxigénio no sangue do RN;

- **Promotores de bem-estar emocional ou afetivo:** diminui o choro do RN; fortalece o vínculo afetivo; promove a amamentação precoce; fornece suporte emocional ao RN; reforça a vinculação paterna;

- **Promotores da envolvimento do pai nas tarefas de cuidar do RN/ transição para a parentalidade:** diminui a ansiedade do pai e aumenta a relação afetiva entre ambos; facilita a transição para a parentalidade; incentiva o pai a envolver-se ativamente nas responsabilidades com o cuidado ao bebé; melhora o crescimento e desenvolvimento infantil.

3.3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da análise dos resultados dos artigos em que todos realçam os benefícios do CPP com o pai, ressaltam alguns indicadores como promotores da adaptação da vida extrauterina, bem-estar emocional ou afetivo e da envolvimento do pai nas tarefas de cuidar do RN.

Guala, Boscardini, Visentin, Angellotti, Grugni, Barbaglia, Chapin, Castelli e Finale (2017) evocam que o CPP do RN com a mãe embora deva ser uma prática habitual após um parto vaginal, nem sempre é possível durante um parto por cesariana ou numa situação de emergência. O ideal seria que o contacto com a mãe após uma cesariana tivesse a mesma frequência que num parto eutócico, mas devido a razões médicas ou pessoais, o pai é uma alternativa para a utilização deste método. Salas (2015) defende que seria importante prolongar a duração do CPP, uma vez que é recomendado um mínimo cerca de 50 minutos, prorrogável a 120 minutos sem interrupção, uma vez que na instituição onde realizou o seu estudo, em geral, era realizado por menos de 50 minutos. Guala et al. (2017) referem que na instituição onde realizaram o seu estudo no caso de parto por cesariana imediatamente após a avaliação clínica do RN realizada pelo pediatra, ele é colocado em CPP com o pai numa sala adjacente ao bloco operatório durante o término da cirurgia e enquanto a mãe é transferida para a enfermaria. Os autores acrescentam que aquando a chegada da mãe ao internamento deve ser promovido o CPP de pelo menos 2 horas após o nascimento.

No que diz respeito aos indicadores promotores da **adaptação à vida extrauterina**, o CPP precoce após o nascimento é uma prática clínica recomendada e que tem uma grande importância para o bebé como a prevenção de hipotermia e estabilidade cardiorrespiratória (Guala, Boscardini, Visentin, Angellotti, Grugni, Barbaglia, Chapin, Castelli e Finale, 2017). Salas (2015) acrescenta que o CPP é um cuidado altamente benéfico para o RN, pois regula a temperatura. Chen, Gau, Liu e Lee (2017) acrescentam ainda que estabiliza os níveis de oxigénio no sangue e que de acordo com a temperatura corporal do bebé após a cesariana, o CPP com o pai foi tão benéfico, quanto a incubadora.

No que se relaciona com os indicadores promotores de **bem-estar emocional ou afetivo** emergem alguns indicadores. Guala et al. (2017) indicam que o CPP precoce após o nascimento diminui do choro, fortalece o vínculo e promove a amamentação precoce. Segundo Chen, Gau, Liu e Lee (2017) o CPP tem um efeito positivo sobre a vinculação paterna. Embora seja facilitado o CPP mãe-filho e a amamentação imediatamente após o parto, atualmente poucos pais beneficiam do CPP com o RN durante a hospitalização no pós-parto. O CPP é um cuidado de saúde centrado na família, que não beneficia apenas a saúde fisiológica dos bebés, mas também facilitam a relação de apego entre pais e filhos. A prática do CPP paterno, veio demonstrar que reforça não só a relação pai-bebé, mas também promove a vinculação afetiva familiar, e neste sentido, a OMS promove que esta prática seja implementada em todas as unidades de saúde (OMS, 2017). Por sua vez, Chen, Gau, Liu e Lee (2017) complementam que o CPP com o pai após o parto gera fortes sentimentos no pai, aumenta o estímulo ambiental da criança, fornece suporte emocional. Acrescentam ainda que o contacto inicial entre pai e filho não só promove uma relação pai-RN mas também acelera o desenvolvimento da vinculação paterna.

No que diz respeito aos indicadores que promovem a **envolvência do pai nas tarefas de cuidado ao RN**, o CPP com o pai deve ser incentivado a fim de dar aos pais a oportunidade de se relacionarem com o seu filho (Guala, 2017). Chen, Gau, Liu e Lee (2017) indicam que expandir a abordagem do CPP com os pais pode ser uma estratégia de saúde eficaz, pois ajuda os pais a desenvolver autoconfiança e adotar uma perspectiva ativa e positiva na transição para a paternidade. Estes autores referem ainda que tudo isto contribui para melhorar o crescimento e desenvolvimento infantil, crianças com relações positivas entre pais e filhos poderão vir a desenvolver comportamentos de altruísmo e abordar outras pessoas com atitudes e expectativas positivas. Segundo os mesmos autores o CPP incentiva o pai a envolver-se ativamente nas responsabilidades com o cuidado ao bebé, pode ajudar a diminuir a ansiedade do pai e aumenta a relação afetiva entre ambos. Por sua vez, Salas (2015) menciona que a figura paterna mostra altos níveis de ansiedade e medo do nascimento, e esse sentimento faz com que viva este momento como um evento negativo. É importante, para o bom relacionamento familiar, que

os pais tenham uma boa experiência sobre o nascimento. Por isso, os pais que realizam o CPP sentem um envolvimento maior nos cuidados ao RN, aumentando desta forma o sentimento de proteção e conseqüentemente de satisfação. Para Chen, Gau, Liu e Lee (2017) o significado de ser pai começa no momento do parto. Em algumas situações o CPP não é utilizado, pois o pai tem receio de magoar o RN e uma pequena percentagem de pais expressou ansiedade sobre a técnica do CPP por falta de experiência. Para isso os profissionais de saúde não devem restringir-se ao simples fornecimento de folhetos informativos, devem sim demonstrar o método de forma a promovê-lo. Assim, os autores sugerem que futuras instruções sejam realizadas em instituições de apoio pré-natal e incorporadas em cursos de preparação para o parto, permitindo tempo suficiente para a aprendizagem e a prática.

No estudo de Salas (2015) foi observada que uma alta percentagem de pais participaram em várias sessões semanais de educação para a saúde. Sessões essas, realizadas pelas parteiras no intuito de apoiar os pais na amamentação, nos ensinamentos relativos ao parto, e onde, entre outros, adquiriam conhecimentos sobre o CPP. Esse facto, enfatiza a importância dessas sessões e a necessidade da sua continuidade ao longo do tempo, para que futuros pais e mães possam receber informações de qualidade disponibilizadas pelos profissionais de saúde. O conhecimento sobre o local onde irá decorrer o TP, os procedimentos utilizados e os profissionais que os vão acompanhar é um fator inequívoco de tranquilidade para os pais. DGS (2015) acrescenta que os cursos de preparação para o parto e parentalidade, ou cursos de preparação para o nascimento, são considerados uma modalidade de intervenção que deverão ser disponibilizadas a todas as grávidas/casais no decorrer da gravidez. Estes cursos proporcionam às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Quando possível, a visita ao local onde se prevê que venha a decorrer o parto é uma mais-valia para atenuar os medos e ansiedades relativos ao hospital ou maternidade, tornando o nascimento iminente mais real. Ferreira, Silva, Galon, Goulart, Amaral e Contim (2019) constataam que apesar do CPP com os pais não ser um modelo implantado na prática clínica em enfermagem, os relatos apontam que elas o reconhecem como importante meio de interação do bebé com sua família, proporcionando dessa forma um aumento do vínculo e um maior desenvolvimento do bebé.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2011).

Ferreira et al. (2019) acrescentam que a formação contínua é a maneira de capacitar e preparar os enfermeiros para o desenvolvimento de competências relacionadas com o CPP, todavia não se observa a relação ou associação entre o conhecimento e o grau académico, sugerindo que estes enfermeiros podem estar menos focados na oportunidade para as mudanças e, conseqüentemente, trabalhar com essa prática. Para isso, é necessário garantir benefícios que envolvem mudanças de atitudes e, ao mesmo tempo, uma prática fundamentada, para que haja melhor consciencialização do método por parte dos profissionais. O sucesso da implementação do método não está vinculado somente às capacidades: é necessário que os profissionais estejam sensibilizados e motivados. Dificuldades são encontradas mesmo após as atividades educativas e, portanto, sugere-se inserir nesse contexto estratégias educacionais inovadoras, estabelecendo parcerias com outras instituições habilitadas para visitas técnicas. Dessa forma, a capacitação baseia-se nas evidências produzidas pela pesquisa e conduzidas de acordo com as melhores práticas atuais em educação. É pertinente que os gestores da instituição se sensibilizem quanto a implementação de boas práticas em saúde neonatal, visando a qualidade da assistência prestada, a capacitação dos profissionais envolvidos e oferecendo condições apropriadas para a efetivação do trabalho desenvolvido e um cuidado humanizado ao RN e seus familiares.

3.4 - CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica devem ser sustentados na prática baseada na evidência. O estudo do CPP permitiu uma visão de novos cenários do cuidar no pós-parto imediato, trazendo consigo a esperança numa humanização dos cuidados. De acordo com a OE (2019a), o EEESMO tem um papel determinante na promoção do CPP, pois este concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos.

No sentido de expandir as evidências apresentadas no capítulo anterior com a equipa, foi desenvolvida uma sessão de formação subordinada ao tema “Promoção da Vinculação Paterna nas duas primeiras horas de vida do RN” (Anexo III). Segundo a OE (2019b) o enfermeiro especialista interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Esta sessão foi dirigida aos enfermeiros do serviço de BP, estando presente também os enfermeiros do serviço de obstetrícia e de neonatologia. A sessão foi realizada no dia 21 de janeiro de 2020, tendo a duração de 45 minutos, conforme previsto no plano de sessão. Teve como objetivo capacitar os enfermeiros do serviço de obstetrícia sobre a vinculação nas duas primeiras horas de vida do RN. Teve também como objetivo específico dar a

compreender como o CPP tem influência na vinculação paterna. A sessão foi preparada após encontradas as melhores evidências científicas sempre com o objetivo principal de capacitar os profissionais de saúde, uma vez que estes não estavam sensibilizados para este cuidado e por isso não o realizavam. A realização desta sessão foi bastante enriquecedora, pois permitiu não só aprofundar conhecimentos, mas também capacitar os profissionais de saúde para a realização desta prática e perceber quais os motivos de não a utilizarem. A nível pessoal permitiu também aprofundar as competências enquanto formadora em serviço, pois o enfermeiro especialista atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2019b).

Ainda antes do término da sessão foi permitido um espaço de discussão onde se destacou alguns pontos essenciais referidos pela equipa, tais como: o interesse pela temática, total desconhecimento da prática e a aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática. Alguns elementos da equipa referiram que desconheciam este cuidado, outros conheciam mas não o realizavam por desconhecimento da prática ou por difícil gestão do tempo. Contudo existiram alguns elementos que referiram que não iriam aplicar os conhecimentos adquiridos.

Foi gratificante verificar que depois da realização da sessão, a equipa revelou ter sido um tema bastante interessante e que os capacitou para ser uma prática a utilizar no serviço. Assim sendo, o CPP passou a ser um cuidado disponibilizado ao pai e ao RN, traduzindo-se numa prática de excelência incentivada pela melhor evidência científica. Segundo a OE (2019b) o enfermeiro especialista atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde.

Como futura EEESMO existe a consciência que é difícil implementar mudanças, no entanto quando cientificamente comprovado o seu benefício, deve-se investir na mudança, não baixando os braços às adversidades. Foi ainda notória, a vontade dos EEESMO desenvolverem competências nesta área. A avaliação da sessão foi positiva e gratificante por esta ter correspondido às expectativas, objetivos e às necessidades sentidas pelos profissionais que estiveram presentes na sessão.

De acordo com os resultados que emergiram das evidências foram construídos alguns indicadores, sendo um deles **promotor da adaptação à vida extrauterina**, em que vários autores referem que o CPP possibilita inúmeras vantagens para o RN nesta fase. De acordo com o RCEEEESMO o EESMO promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extrauterina (OE, 2019a). Desta forma a OE (2018) refere que o EEESMO em parceria com o cliente promove processos eficazes de

adaptação a novas fases da vida. Swanson (1991) acrescenta que o enfermeiro permite e ajuda os outros a vivenciar algo para eles desconhecido. Consiste em usar da melhor forma o conhecimento e assistir o outro, compreendendo-o e avaliando os seus sentimentos **(possibilitar/capacitar)**.

De acordo com os indicadores **promotores do bem-estar emocional ou afetivo**, o facto do CPP fortalecer o vínculo afetivo estamos perante ao que Swanson (1991) defende, a humanização dos cuidados, que se deve apoiar a pessoa, escutá-la **(estar com)**, quando uma pessoa encontra um equilíbrio entre as suas crenças e valores e os dos outros **(manter a crença)**. A OE (2018) refere que são elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados EESMO entre outros o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente. Segundo OE (2019b) o enfermeiro especialista assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Por fim os indicadores **promotores da envolvimento do pai nas tarefas de cuidar do RN** que facilitam a transição para a parentalidade contribuem também para melhorar o crescimento e desenvolvimento infantil. A OE (2019b) defende que deve existir um estabelecimento de parcerias com o cliente, envolvendo os conviventes significativos, no planeamento do processo de cuidados. De acordo com Swanson (1991) deve-se ter em conta os valores da pessoa, ajudá-la a acreditar que consegue ultrapassar as dificuldades e alcançar os seus objetivos **(manter a crença)**. Também o pai ao ser envolvido nos cuidados e passar a participar nas tarefas de cuidar o EEESMO tem de o ajudar nesse sentido. Swanson (1991) refere que o enfermeiro deve significa realizar algo que a cliente faria se o conseguisse; baseia-se na preservação da dignidade do outro. Inclui uma atitude antecipatória e pró-ativa na resposta às necessidades dos pais, demonstrando competência na atuação e respeito pela sua dignidade **(fazer por)**.

Baseado na definição de cuidar de Swanson, foram prestados cuidados de enfermagem especializados, articulados com a equipa multidisciplinar, em parceria com a mulher/casal, planeando, implementando e avaliando as intervenções centrando o conhecimento das suas necessidades, sempre com uma visão holística da pessoa e com o objetivo de promoção do seu bem-estar (Swanson, 1993).

Desta forma, é fundamental que o enfermeiro procure proporcionar a possibilidade de o pai realizar o CPP após o parto, mantendo as suas crenças e valores, fundamentando a esperança da sua concretização se for esse o seu desejo. Este processo implica estar com o pai e pessoa significativa ao longo de todo o TP, assim como nas primeiras horas de vida do RN. É fundamental que o enfermeiro assista, apoie e procure fazer pelo pai o que for da sua vontade (Domingos, 2017).

Com todo este trabalho desenvolvido pretende-se dar contributos para a prática de enfermagem, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e principalmente para que a área de investigação aprofunde e se dedique a processos de compreensão da relação do pai com o RN.

4 - CONCLUSÃO

Neste contexto clínico, a oportunidade de acompanhar grávidas nos quatro estádios do trabalho de parto exigiu desenvolver a capacidade de correlacionar a teoria com a prática, necessária para a identificação eficaz da progressão do trabalho de parto. Para tal foi decisiva a pesquisa da literatura, a prática do cuidar, discussão de casos clínicos com a orientadora de estágio e observação de práticas realizadas por outros elementos peritos da equipa de enfermagem. Através da realização de 42 partos eutócicos, foi contemplado a singularidade que cada nascimento representa. Como tal, mais prática trará certamente maior desenvolvimento do conhecimento.

Ao longo do desenvolvimento de competências, com as inúmeras oportunidades de aprendizagem, vivenciando situações muito diversificadas e apesar das limitações mencionadas, os objetivos propostos para as 20 semanas de estágio foram atingidos. De realçar que a prestação de cuidados foi sempre centrada na mulher/família, tendo em vista a sua individualidade. Nesse sentido, sempre que possível e após ter o primeiro contacto com a mulher/família, esta foi assistida no decorrer de todo o TP e parto, estabelecendo assim uma relação de confiança. Desta forma foi possível diagnosticar as suas necessidades, perceber quais as suas expectativas (tendo em conta o seu quadro/referencial de crenças/valores). Por fim é de salientar que foram atingidas as competências exigidas, tendo sido desenvolvidas as capacidades de comunicação, compreensão, de raciocínio crítico e de argumentação, assim como a aquisição de novos conhecimentos.

No presente relatório, a SR foi a metodologia selecionada para ir ao encontro das evidências científicas que confrontam a prática dos cuidados prestados pelo EEESMO ao pai durante o TP, e desta forma refletir sobre um novo caminho a percorrer para prestar cuidados especializados e de qualidade. Analisar a prática com base na evidência permitiu compreender e valorizar a intervenção do EEESMO junto do pai durante o TP e ainda dar sustento, força e motivação para contrariar a tendência de centrar a prestação de cuidados apenas no bem-estar materno-fetal.

Foram analisados quatro artigos, permitindo uma visão abrangente do tema em estudo. Os resultados mostraram que o CPP após o parto é um cuidado com inúmeros benefícios para o pai e para o RN, sendo recomendado por várias organizações nacionais e internacionais. Assumindo que é da competência do EEESMO assegurar que a transição

para vida extrauterina ocorra da melhor forma possível, torna-se importante compreender as razões pelas quais este tipo de cuidado não é oferecido a todos os pais e conseqüentemente, analisar as possibilidades de contrariar este facto. Neste sentido, o presente trabalho foi desenvolvido com a finalidade de poder constituir um ponto de partida para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Em suma, esta Unidade Curricular constituiu um desafio, que foi alcançado com motivação, empenho e dedicação, numa procura constante em aperfeiçoar os cuidados prestados, satisfazendo as necessidades de cada mulher/família de forma holística e individual. É ainda importante dar o contributo enquanto futura EEESMO para o desenvolvimento de estratégias promotoras do CPP com o pai e por despertar o interesse de investigadores para esta temática tão pouco explorada e tão merecedora de atenção, dada a sua influência em aspetos tão benéficos. Existe ainda um longo caminho a percorrer no âmbito da temática aqui retratada e que cabe a todos os EEESMO a procura e partilha da evidência científica, possibilitando assim os cuidados de excelência a todas as mulheres/famílias (Domingos, 2017). A realização deste estudo deve incentivar todos os profissionais de saúde a promover a prática de CPP com o pai sempre que não seja possível realizá-lo com a mãe uma vez que esta, pode traduzir-se em resultados melhorados tanto paternos como para o RN.

Relativamente aos objetivos delineados, estes foram atingidos, mas a aplicação do CPP paterno foi dificultado pela inexistência de conhecimento desta prática pelo pai e profissionais de saúde. Em suma, deve ser colmatado a lacuna que existe relativamente aos estudos do CPP pai-bebé na promoção do vínculo afetivo, assim como aumentar a prevalência do mesmo nas unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, N. (2017). *A influência do contacto pele a pele após o nascimento e a amamentação*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Acedido em 16 de janeiro de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22675/1/A%20influência%20do%20contacto%20pele%20a%20pele%20após%20o%20nascimento%20e_%20a%20amamentação-%20Natalia%20bande.pdf.
- Balaskas, J. (2017). *Parto Ativo - Guia prático para o parto natural*. São Pedro do Estoril: 4Estações - Editora, Lda.
- Bayes, S. & Whitehead, I. (2018). Cardiotocography vs. Intermittent Auscultation in Assessing Fetal Well-Being. *American Journal of Nursing*, 118 (6). p. 23.
- Bowlby, J. (1989). Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto
- Bowlby, J. (1990). *Triologia do Apego e Perda* (1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Buckley, S. (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families.
- Camarneiro, A., Maciel, J. & Silveira, R. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), pp. 109-117. Acedido a 21 de janeiro de 2020 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a13.pdf>.
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (2), pp. 389-398. Acedido a 21 de janeiro de 2020 em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800020&script=sci_abstract&tIng=pt.
- Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. Dissertação de mestrado em supervisão clínica em enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em 10 de fevereiro de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf.

- Chen, E., Gau, M., Liu, C. & Lee, T. (2017). Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: a randomized controlled trial. *Hindawi – nursing Research and Practice* (2017), pp. 1-8. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/8612024/>.
- Chimuco, A. (2017). *Vinculação Parental Materna e Paterna: uma comparação entre o pré e o pós-parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. Acedido em 20 de janeiro de 2020 <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3027/1/TESE%20%20DE%20%20MESTRADO%20FINAL%202017%20UPGRADED.pdf>.
- Coutinho, E. (2006). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Rev. Sinais Vitais*, 68, pp. 61-66. Acedido a 21 de janeiro de 2020 em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf>
- Couto, C. & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global* (47), pp. 552-562.
- Decreto-Lei n.º 110/2019. Diário da República nº 172 de 14 de agosto - 1ª série. Assembleia da República. Lisboa
- Deliktas, A. & Kukulku, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (2), pp. 263-278. Acedido em 02 de fevereiro de 2020 em doi: 10.1111/jan.13447.
- DGS (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS (2016). *Prestação de Cuidados Pré-concepcionais*. Ministério da Saúde.
- DGS, APEO, & OE. (2012). Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada". Ordem dos Enfermeiros.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Domingos, S. (2017). *O contacto pele-a-pele: dos conceitos às práticas no parto por cesariana*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de janeiro de 2020 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18970/1/Relatório%20Susana%20Domingos.pdf>.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). *Trabalho de Parto*. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Baptista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, p. 308-320. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2013). Manual de perinatologia. São Paulo: FEBRASCO.
- Fernandes, C. (2017). *Ser Pai: O Ajustamento Diádico e a Vinculação Pré e Pós-natal Paterna ao Bebê*. Mestrado em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento), Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. Acedido em 16 de janeiro em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3071/1/Tese%20Final.pdf>.
- Ferreira, A., Ribeiro, M., Dias, L., Ferreira, J., Ribeiro, M., & Neto, F. (2013). Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, pp. 1398-1405. Acedido em 5 de fevereiro de 2020 em http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agnerreira2.pdf.
- Ferreira, C (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf.
- Ferreira, C. (2016). *O Livro de magia das mães*. Lisboa: Matéria Prima – edições.
- Ferreira, D., Silva, M., Galon, T., Goulart, B., Amaral, J. & Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 23 (4), pp. 1-7. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400217&script=sci_abstract.
- Frello, A., & Carraro, T. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 660-8. Acedido em 12 de janeiro de 2020 em <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>.
- Garcês, M. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1783/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>.
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: Lidel.
- Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E. & Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Revista Científica Mundial* (2017) pp. 1-5. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082306>.
- Hergessel, N. & Lohmann, P. (2017). *Aleitamento materno na primeira hora após o parto*. Centro Universitário Univates. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/cscv16n4v16n4a23.pdf>.

- Johansson, M., & Hildingsson, I. (2013). Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction. *Women and Birth*, 26(3), pp. 195-201.
- Johnson, J. (2012). *Enfermagem materna e do recém-nascido desmistificada: Um guia de aprendizado*. Macgraw-Hill. Artmed.
- Joy, S. (2015). *Abnormal Labor*. American College of Obstetrician and Gynecologists. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>.
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J., Alaofin, O., Argani, C. & Farzi, 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, pp. 1367–1376. DOI: 10.1111/jocn.13227
- Lopes, M. (2016). *Plano de Parto*. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Baptista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, p. 167-169. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). *Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo*. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Baptista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, p. 211-215. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Margalhos, M. (2018). *Contacto Pele a Pele Pai-Bebê: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de janeiro em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20971/1/relatório%20Sandra%20finalissimo.pdf>.
- Matos, M., Magalhães, A., Carneiro, T. & Machado, R. (2017). Construindo o vínculo pai-bebê: A experiência dos pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 2 (22), pp. 261-271. Acedido em 17 de Janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000200261&script=sci_abstract&tlng=pt.
- MCEESMO – OE. (2018). *Orientações técnicas para a transferência de grávidas em trabalho de parto*. Ordem dos enfermeiros
- Mendes, M., (2014). *Participação dos pais nos cursos de preparação para a parentalidade. Contributo para o desempenho da paternidade*. Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de mestre na especialidade de enfermagem saúde materna e obstetrícia, Escola superior de saúde de santarém, Santarém, Portugal.
- Montenegro, C. & Filho, J. (2014). *Rezende obstetrícia fundamental*. 13ª Edição. Guanabara Koogan Lda.

- Mouta, R., Silva, T., Melo, P., Lopes, N. & Moreira, V. (2017) - Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista baiana de enfermagem*, 31 (4). Acedido em 18 de janeiro de 2020 em doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275.
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel
- Oliveira, L., Oliveira L., Rezende, N., Pereira, T. & Abed, R. (2020). Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, 2 (3), pp. 2850-2869.
- Oliveira, S. (2017). *Nascer Saudável*. Porto Salvo: Edições Chá das Cinco Lda.
- OMS (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe: a summary report*. Copenhaga
- OMS (2017). *Guia de implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. Ariadne Labs.
- OMS (2018). *WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience*. Acedido em 5 de janeiro de 2020 em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde maternal, obstétrica e ginecológica.
- OE (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Gody SA.
- OE (2018). *Parecer nº 38/2018 da MCEESMO – Orientações técnicas para a transferência de grávidas em trabalho de parto*. Lisboa: MCEESMO-OE
- OE (2019a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- OE (2019b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. e Marques, R. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal-Uma visão partilhada*. Ordem dos enfermeiros.
- Pordata (2020). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho-Portugal. Consultado em 20 de julho de 2020. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.
- Pordata (2019). Cesarianas nos hospitais (%) - Portugal. Consultado em 12 de fevereiro de 2020. Disponível em [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985).
- Portugal (2019) - *Regulamento nº 140/2019*. Diário da República, 2ª série (26), pp 4744 – 4750.
- Possati, A., Prates, L., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. & Ressel, L. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Esc Anna Nery*, 21 (4).

- Acedido em 23 de janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400203&script=sci_arttext&lng=pt.
- PWC (2015). *Mulheres em Portugal - Onde estamos e para onde queremos ir*. Lisboa, Portugal: PWC.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rodrigues, C. (2014). O papel do pai na gravidez, parto e pós-parto: perceções paternas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, pp. 47-51.
- Sabino, A. (2010). *Tríade gestante-acompanhante-maternidade e a interação para o parto humanizado*. Projeto de Intervenção para obtenção do título de especialista em obstetrícia, Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins, Fortaleza, Brasil.
- Salas, S. (2015). Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. *Matronas Prof*, 16 (3), pp. 84-88. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-experiencia-del-padre-piel-con-piel.pdf>.
- Santos, C. (2018). *Cursos de preparação para o parto e o empowerment da mulher durante o trabalho de parto*. Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de mestre na Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal. Acedido a 25 de fevereiro de 2020 em <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2310/1/Relatório%20Mestrado.pdf>.
- Scism, A. & Coob, R. (2017) - Integrative review of factors and interventions that influence early father–infant bonding. *JOGNN*. (46), 163170. Acedido em 14 de janeiro em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.09.004>.
- Silva, A., Nascimento, E. & Coelho, E. (2015) - Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulher no parto normal. *Esc Anna Nery*, 19 (3), pp. 424-431.
- Stevens, J., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H. (2016). A juxtaposition of birth and surgery: Providing skin-to-skin contact in the operating theatre and recovery. *Midwifery*, 37, pp. 41–48.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of nursing scholarship*, 25 (4), pp. 352-357.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3), pp. 161-166.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers*. Manual: 2014 edition. The University of Adelaide - Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- The Royal College of Midwives (2012). *Positions for Labour and Birth: Evidence Based Guidelines*.

- UNICEF (2010). *Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Acedido em 17 de janeiro de 2020 em <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>.
- UNICEF (2011). *Skin-to-skin contact*. Acedido em 17 de janeiro de 2020 em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/>.
- Vilariça, L. (2019). *Envolver o pai no processo de nascimento: Uma estratégia para a promoção da ligação precoce pai/filho. Relatório final de estágio de natureza profissional*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Acedido em 18 de janeiro de 2020 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29469/1/Relatório%20de%20estágio%20final%20%283%29...pdf>.
- Álvarez, N. (2017). *A influência do Contacto Pele a Pele após o nascimento e a amamentação*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Acedido em 16 de janeiro de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22675/1/A%20influência%20do%20contacto%20pele%20a%20pele%20após%20o%20nascimento%20e_%20a%20amamentação-%20Natalia%20bande.pdf.
- Zwedberg, S., Blomquist, J. & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'Fighting an uphill battle'. *Midwifery*, 31, pp. 215–220.

ANEXOS

ANEXO I – Projeto Individual de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
5º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



ESTÁGIO IV- ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

Ana Margarida Dias de Jesus

Santarém, outubro de 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
5º CURSO DE MESTRADO



EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO IV-ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA NA GRAVIDEZ,
GINECOLOGIA E PUERPÉRIO

ESTÁGIO IV- ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

Projeto Individual de Estágio

Ana Margarida Dias de Jesus, Nº 170400166

Docente Responsável:

Hélia Maria da Silva Dias

Docente Orientadora:

Hélia Maria da Silva Dias

Santarém, outubro de 2019

LISTA DE ABREVIATURAS

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

RCT - Registo Cardiotocográfico

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RN - Recém-Nascido

TP- Trabalho de parto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1 – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER	5
2 – CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na sala de Partos, inserida no 2º ano do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) foi proposto a realização de um projeto individual. O estágio será desenvolvido no serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e no Bloco de Partos num Hospital de apoio perinatal da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no período de 14 de outubro de 2019 a 13 de março de 2020. O estágio tem uma carga horária de 760 horas totais, sob a orientação da Professora Hélia Dias e cooperação de duas Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia.

A elaboração do projeto permite desenvolver aprendizagens, bem como estratégias/ atividades necessárias para o desenvolvimento de competências, tendo por base o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, nº 140/2019 de 6 de fevereiro e o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º 391/2019 de 3 de maio, bem como o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMO de 26 de janeiro de 2018.

Os objetivos de aprendizagem para esta unidade curricular são: prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença; e integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença.

A realização deste trabalho tem como objetivo dar a conhecer a organização e desenvolvimento do estágio para atingir as competências do EESMO, à parturiente e RN em situação de saúde e doença. Deste modo começarei por realizar o quadro nº 1 para melhor compreensão, constituída pelas competências, objetivos específicos, atividades para desenvolver os mesmos, intervenientes, bem como o momento no qual se pretende desenvolver todos os aspetos para atingir as competências do EESMO. A consecução dos objetivos está definida de forma faseada em 3 momentos diferentes, nomeadamente: 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio. O presente projeto não é estanque, podendo sofrer alterações pertinentes e adequadas às necessidades e experiências ao longo do desenvolvimento do estágio e aquisição das respetivas competências.

1 – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

No quadro nº 1 encontram-se descritas as competências a desenvolver, os objetivos específicos e a planificação das atividades previstas com a respetiva calendarização, bem como os intervenientes no processo de aprendizagem.

Quadro nº 2- Planeamento de Atividades

Domínio de Competência	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Calendarização
C - Domínio da gestão dos cuidados.	Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica do CHMT.	<ul style="list-style-type: none"> - Receção pela Enfermeira Cooperante; - Realização de uma visita ao serviço e apresentação aos elementos que compõe a equipa multidisciplinar; - Apresentação da distribuição e organização do serviço: estrutura física, metodologia de trabalho, horários dos enfermeiros cooperantes e distribuição dos mesmos; - Consulta de protocolos, normas e processos clínicos existentes no serviço; - Tomada de conhecimento sobre projetos desenvolvidos na área da Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia; - Tomada de conhecimento do funcionamento do bloco de partos e da urgência obstétrica; - Demonstração de cooperação e assertividade na relação com os vários elementos da equipa multidisciplinar; 	Aluna	1ª e 2ª semana
			Enfermeira cooperante	Equipa multidisciplinar
			Aluna	

		<ul style="list-style-type: none"> - Observação das atividades desenvolvidas resultantes da prestação de cuidados, bem como do papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) no respetivo serviço; - Conhecimento da articulação entre do BP com os restantes serviços do CHMT e com o Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado; -Conhecimento do circuito da mulher/grávida/parturiente, admitida na urgência obstétrica; - Conhecimento do circuito da grávida/ parturiente/RN, desde a admissão até à transferência; - Estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de empatia, ser organizada, atenta e disponível; - Realização de registos de enfermagem decorrentes da prestação de cuidados em sistema informático- Sclínico.m 	<p>Enfermeira cooperante</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	
<p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>C - Domínio da gestão dos cuidados.</p>	<p>Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar implementada no serviço; - Observação das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro Chefe e/ou Responsável de Turno dos serviços, na gestão de recursos humanos e de materiais, bem como na gestão de espaço físico dos serviços; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados respeitando as normas de qualidade definidas, fazendo a gestão de recursos materiais e humanos; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira Chefe</p> <p>Enfermeira cooperante</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na seleção, requisição de materiais e equipamentos, atendendo à manutenção do stock e rentabilização de recursos; - Participação na distribuição e organização dos recursos humanos; - Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem; - Envolvimento da família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; - Aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas; - Atuação de modo a reduzir as situações de risco; - Delegação e supervisão de tarefas. 		
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>2- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/grávida/família no serviço de urgência obstétrica e ginecológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da admissão da mulher/grávida no serviço de urgência obstétrica e ginecológica; - Realização da avaliação inicial: identificação do motivo de recorrência à urgência e elaboração da história clínica e obstétrica; - Promoção do respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas da mulher/grávida/família; - Avaliação física e psicológica da mulher/grávida; - Identificação das necessidades de cuidados de enfermagem especializados da mulher/grávida; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>Mulher/grávida/família</p>	<p>Realização com colaboração até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>

<p>3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;</p> <p>6 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de ajuda; - Avaliação do bem-estar materno-fetal, quando aplicável; - Colaboração com o médico obstetra na realização de exames ginecológicos ou obstétricos, de acordo com a situação; - Realização de educação para a saúde de acordo com a situação que promovam o empoderamento da mulher/grávida face à sua situação; - Avaliação da informação transmitida; - Encaminhamento da mulher/grávida de acordo com a especificidade da situação; - Realização de registos de enfermagem no SClínico. 		
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>2- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/acomp anhande tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, na Admissão no BP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento da grávida/parturiente/acompanhante respeitando a sua individualidade sociocultural; - Utilização de uma linguagem coerente promovendo a envolvência e participação da grávida/parturiente/acompanhante em todo o processo; - Apresentação da EESMO que acolhe e restantes elementos da equipa multidisciplinar; - Apresentação do espaço físico, funcionamento do bloco de partos, sala do RN e circuito externo do acompanhante; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>Parturiente/acomp anhande</p> <p>Aluna</p>	<p>De forma autónoma à 5ª semana</p>

		<p>- Esclarecimento sobre a dinâmica do serviço minimizando a ansiedade da parturiente e acompanhante face ao internamento;</p> <p>- Planeamento de estratégias de intervenção em conjunto com a grávida/parturiente/acompanhante, incentivando a sua participação ativa no processo;</p> <p>- Realização da avaliação inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perceção e respeito pelas expectativas da grávida/parturiente/acompanhante relacionadas com o trabalho de parto, nomeadamente a existência de plano de parto; • Colheita de dados através do Boletim de saúde da grávida; • Colheita de dados através da entrevista presencial. <p>- Realização do exame físico e obstétrico;</p> <p>- Preparação física da parturiente, respeitando a vontade da parturiente, nomeadamente: tricotomia, aplicação de microclister e colocação de acesso venoso periférico com perfusão de soroterapia de acordo com a especificidade da situação;</p> <p>- Avaliação do bem-estar fetal através do registo cardiotocográfico (RCT);</p> <p>- Identificação de movimentos fetais;</p>	<p>Enfermeira cooperante</p> <p>Parturiente/acompanhante</p>	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Observação obstétrica através do toque vaginal, tendo em conta a situação; - Proporcionar conforto e privacidade à parturiente, procedendo ao esclarecimento dos procedimentos e o porquê dos mesmos; - Identificação de alterações vulvares e perineais; - Identificação da integridade do canal de parto; - Caracterização da bacia; - Avaliação das características do colo uterino; - Verificação da integridade das membranas, se rutura proceder à avaliação das características do líquido amniótico; - Determinação da posição e variedade da apresentação fetal, assim como da descida da apresentação, se possível; - Avaliação da evolução do TP; - Estabelecimento de prioridades de acordo com a situação; - Esclarecimento da parturiente/acompanhante sobre os diferentes tipos de analgesia existentes na instituição e pelos quais pode optar; - Informação da grávida/parturiente/acompanhante sobre quais os alimentos que pode ingerir de acordo com o estágio em que se encontra; 		<p>Com supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p> <p>De forma autónoma à 5ª semana</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Observação do relacionamento do casal e incentivar a presença permanente do companheiro ou pessoa significativa de forma a minimizar a ansiedade e o medo; - Aceitação da decisão da parturiente caso recuse o acompanhamento, ou se o acompanhante recusar participar ativamente querendo apenas manter-se informado da evolução do trabalho de Parto; - Envolvimento e integração do acompanhante na equipa saúde, incentivo à sua participação ativa neste processo como orientador e não como observador; - Encorajamento e reforço positivo aquando das suas intervenções; - Organização do processo da parturiente e do RN; - Realização de registo de todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes. 		
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/accompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 1º estágio do TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das diferentes fases do 1º estágio do TP; - Vigilância do progresso do TP promovendo o bem-estar materno-fetal; - Caracterização da contratilidade uterina através do RCT; - Realização do exame vaginal, observando as características do colo uterino atendendo à consistência, posição, apagamento e dilatação; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>Parturiente/accompanhante</p>	<p>De forma autónoma à 5ª semana</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de conhecimentos que a parturiente possui relativamente a todo o processo do TP; - Esclarecimento sobre a importância da eliminação vesical; - Realização de registos (informático e partograma); - Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2.º estágio do TP; - Prestação de cuidados especializados na vigilância e avaliação do TP de forma calma, consciente e autónoma; - Identificação dos conhecimentos que a parturiente adquiriu durante a gravidez relativos a todo o processo de trabalho de parto; - Observação do estado emocional e comportamento da parturiente, identificando qual a sua perceção perante a dor; - Implementação de técnicas não farmacológicas existentes no serviço; - Incentivo à utilização de técnicas de respiração (de acordo com as fases do 1º estágio) e relaxamento de forma a manter o controlo durante as contrações; - Execução de cuidados interdependentes relacionados com terapêutica habitualmente administrada durante o trabalho de parto; 		<p>semana de estágio</p>
--	--	--	--	--------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na colocação de cateter epidural e administração de terapêutica por esta via conforme protocolo ou prescrição médica; - Identificação da ação dos fármacos utilizados, bem como os efeitos secundários mais comuns; - Interpretação da resposta materno-fetal, através da interpretação do RCT e comportamento da parturiente; - Reconhecimento precoce de complicações associados à terapêutica administrada; - Avaliação da eficácia da administração da terapêutica; - Observação do relacionamento do casal/ acompanhante, incentivando a presença deste de forma a minimizar a ansiedade e o medo; - Envolvimento e integração do acompanhante na equipa, incentivando a sua participação ativa em todo o processo; - Esclarecimento da parturiente e do acompanhante sobre a evolução do TP e os procedimentos a realizar em cada uma das fases; - Realização de registos de enfermagem especializados de todos os procedimentos efetuados. 		<p>Realização com colaboração até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>
--	--	---	--	--

<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p> <p>3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 2º estágio do TP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação da funcionalidade do equipamento necessário para o parto e cuidados ao RN; - Preparação prévia do material necessário para os cuidados imediatos ao recém-nascido; - Posicionamento da parturiente, tendo em conta a sua preferência e condições disponíveis; - Desinfecção e abertura da trouxa, campo de parto e sutura colocando o material por ordem de utilização; - Avaliação contínua da progressão do TP e do bem-estar materno-fetal face à eminência do período expulsivo; - Observação da eficácia da contratilidade uterina; - Confirmação das condições da bacia, posição, variedade e grau de descida da apresentação; - Avaliação contínua do bem-estar materno-fetal; - Identificação da condição para esforços expulsivos; - Estimulação verbal, incentivando a parturiente a realizar os esforços expulsivos, apelando à participação do acompanhante; - Pedido de colaboração do obstetra caso se verifique alguma complicação; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>Parturiente/acompanhante</p>	<p>De forma autónoma à 5ª semana de estágio</p> <p>Realização com colaboração até à 5ª semana.</p> <p>Com Supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>
--	--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Execução de episiotomia médio lateral, quando necessário; - Execução de manobras de proteção do períneo prevenindo lacerações; - Execução de manobras de extração fetal; - Realização de pesquisa de circulares cervicais; - Determinação da hora de nascimento; - Prestação de cuidados imediatos ao RN: <ul style="list-style-type: none"> • Colocação do RN envolto em pano aquecido, no abdómen materno, executando massagem no sentido do tórax para a cabeça; • Laqueação provisória e definitiva do cordão umbilical, incentivando o acompanhante a executar o corte do mesmo; • Execução de colheita de sangue do cordão para tipagem ou para Kit de células estaminais, consoante necessidade; • Determinação do índice de apgar ao 1º minuto; • Promoção do contacto pele a pele com a mãe; - Identificação de desvios do padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da área de atuação; - Participação em partos distócicos (fórceps e ventosa); 		<p>Realização com colaboração até à 5ª semana.</p> <p>Com supervisão até à 12ª semana</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Observação do estado emocional e comportamento da puerpera perante a experiência do nascimento e quando confrontada com o bebé real; - Elaboração de registos de enfermagem específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas, utilizando linguagem especializada; - Observação e colaboração na prestação de cuidados especializados de enfermagem no 2.º estágio, através da realização de 4 partos eutócicos; - Prestação autónoma com supervisão, de cuidados especializados de enfermagem no 2.º estágio, através da realização de 16 partos eutócicos; - Prestação autónoma de cuidados especializados de enfermagem no 2.º estágio, através da realização de 40 partos eutócicos. 		<p>De forma autónoma até à 20ª semana</p> <p>5ª semana de estágio</p> <p>12ª semana de estágio</p> <p>20ª semana de estágio</p>
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 3º estágio do TP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento da parturiente acerca dos procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração; - Prestação autónoma de cuidados especializados de enfermagem no 3º estágio; - Esclarecimento à puerpera dos procedimentos a executar apelando à sua colaboração; - Identificação dos sinais de separação da placenta e o tipo de mecanismo de dequitação presente; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>Parturiente/acompanhante</p>	<p>Realização com colaboração até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até à 12ª semana</p>

<p>3- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Realização da tração controlada do cordão e massagem uterina; - Execução de movimentos circulares das membranas, durante a exteriorização da placenta, usando o seu próprio peso; - Observação rigorosa da placenta, membranas e cordão umbilical, despistando complicações; - Confirmação da contratilidade uterina – Globo de segurança de Pinard; - Administração de terapêutica ocitócica de acordo com prescrição médica ou protocolo da instituição; - Detecção precoce de complicações inerentes a este estágio; - Observação das reações do casal perante o nascimento do bebé; - Criação de condições técnicas para a reconstrução do períneo; - Identificação dos tecidos a suturar através da inspeção do canal de parto; - Classificação do tipo de laceração; - Colocação de tamponamento vaginal antes de iniciar a reconstrução perineal; - Execução autónoma de episiorrafias; - Remoção do tamponamento; 		<p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de revisão da vulva e períneo, pesquisa de hemorragia e integridade da ampola retal; - Realização de expressão uterina; - Reavaliação do globo de segurança de Pinard; - Detecção precoce de complicações; - Execução de cuidados perineais; - Promoção da higiene e conforto através da mudança de roupa e posicionamento adequado; - Promoção do processo de vinculação precoce e amamentação, respeitando a vontade da puérpera; - Elaboração de registos de enfermagem específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas, utilizando linguagem especializada. 		
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à puérpera/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 4º estágio do TP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento da parturiente acerca dos procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração; - Manutenção de ambiente calmo e seguro; - Avaliação de sinais vitais de acordo com protocolo da instituição; - Avaliação do globo de segurança de Pinard; - Avaliação de perdas sanguíneas; - Realização de cuidados perineais; - Satisfação das necessidades da parturiente, promovendo o conforto; - Administração de analgesia; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>Puérpera/acompanhante</p>	<p>Realização com colaboração até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até à 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>

<p>H3- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;</p> <p>3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do processo de vinculação; - Observação da relação da díade/tríade, promovendo a sua privacidade; - Esclarecimento acerca da importância do contacto pele a pele e do toque, como forma de promover a vinculação segura; - Esclarecimento aos pais acerca das competências do RN, respostas comportamentais; - Favorecimento do envolvimento afetivo de outros filhos do casal; - Promoção da amamentação; - Apoio durante a mamada, promovendo a confiança da parturiente; - Informar acerca das vantagens do aleitamento materno; - Esclarecimento acerca do processo de amamentação; - Observação da mamada e comportamento materno durante a mesma; - Confirmação das condições necessárias para a transferência para a unidade de internamento; - Realização dos procedimentos de transferência para a unidade de internamento; - Elaboração de registos de enfermagem específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas, 		
---	--	---	--	--

		respostas da díade/tríade, utilizando linguagem especializada.		
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p> <p>3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.</p>	<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN inerentes à adaptação à vida extrauterina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação do ambiente para a receção do RN; - Verificação de todo o material necessário para a prestação de cuidados imediatos ao RN; - Assegurar a presença do pediatra; - Observação da hora exata do nascimento; - Receção do RN em panos esterilizados e aquecidos; - Prestação de cuidados imediatos sob fonte de calor; - Colaboração na ressuscitação cardio-respiratória do RN, caso necessário; - Avaliação do Índice de Apgar; - Despiste de malformações externas; - Administração de terapêutica profilática; - Observação física inicial, neurológica e comportamental do RN, verificando a adaptação à vida extrauterina; - Avaliação de dados antropométricos; - Verificação da presença de micção e dejeção; - Minimização dos stressores do RN; - Promoção do processo de vinculação através do contacto precoce com os pais – contacto pele a pele; - Observação da mamada, reflexo de sucção e deglutição; 	<p>Aluna</p> <p>Enfermeira cooperante</p> <p>RN</p>	<p>Realização com colaboração até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até à 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>

		- Elaboração de registos específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas no suporte informático e BSI.		
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;</p> <p>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</p> <p>3 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.</p>	<p>Desenvolver um relatório de estágio sobre a promoção da vinculação precoce paterna, para submeter a discussão pública.</p>	<p>- Desenvolvimento do estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de acordo com a necessidade e a realidade do campo de estágio, assim como as motivações pessoais;</p> <p>- Realização de uma Scoping Review sobre o tema Promoção da Vinculação Paterna nas duas primeiras horas de vida do RN;</p> <p>- Realização de uma sessão de formação aos profissionais de saúde acerca de temática em estudo;</p> <p>- Apresentação do relatório em discussão pública.</p>	Aluna	Ao longo do estágio
<p>A - Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e Legal;</p> <p>B – Domínio da Melhoria da Qualidade;</p> <p>D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.</p>	<p>Avaliar o desempenho na concretização do projeto elaborado, durante o estágio.</p>	<p>- Realização de reuniões com as enfermeiras cooperantes e com a docente orientadora do ensino clínico, sempre que seja pertinente;</p> <p>- Discussão e reflexão de situações vivenciadas no contexto do ensino clínico, com as enfermeiras cooperantes e com a docente orientadora do ensino clínico, sempre que necessário;</p> <p>- Definição de estratégias de melhoria de desempenho com as enfermeiras cooperantes e com a docente orientadora do ensino clínico, sempre que necessário;</p>	<p>Aluna</p> <p>Enfermeiras cooperantes</p> <p>Docente orientadora</p>	Ao longo do estágio

		<ul style="list-style-type: none">- Apresentação e discussão do projeto individual de estágio na escola;- Ida à escola para partilha de atividades /experiências desenvolvidas no estágio – ponto da situação do desenvolvimento do estágio;- Execução da auto-avaliação em impresso próprio.- Elaboração do relatório final do estágio;- Realização de atividades na escola.		
--	--	---	--	--

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Projeto Individual de Estágio é essencial no processo de ensino-aprendizagem no contexto da prática clínica, tornando-se um guia orientador ao longo do estágio para caminhar na direção dos objetivos e competências a atingir ao longo do mesmo, enquanto futura ESMO.

Espero atingir os objetivos propostos e que este ensino clínico contribua positivamente para a construção da minha identidade enquanto EESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dias, H. (2019). *Ficha de Unidade Curricular*. Escola Superior de Saúde de Santarém.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa.

Portugal (2019) - *Regulamento n.º 391/2019*. Diário da República, 2ª série (85), pp 13560 – 13565.

Portugal (2019) - *Regulamento n.º 140/2019*. Diário da República, 2ª série (26), pp 4744 – 4750.

ANEXO II- Scoping Review



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA



PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO PATERNA NAS DUAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO

Autora:

Ana Margarida Jesus N.º 170400166

Santarém, março de 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SÁUDE MATERNA E OBSTÉTRICA
ESTÁGIO IV- ESTÁGIO E RELATÓRIO NO BLOCO DE PARTOS
ANO LETIVO 2019/2020



PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO PATERNA NAS DUAS PRIMEIRAS HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO: SCOPING REVIEW

Autora:

Ana Margarida Jesus N.º 170400166

Orientadoras:

Professora Doutora Hélia Dias

Santarém, março de 2020

Review Title

Promoção da Vinculação Paterna nas duas primeiras horas de vida do Recém-Nascido

Reviewers

Ana Margarida Jesus

Enf ESMO Hélia Dias

Center conducting the review

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS) - Escola Superior de Saúde de Santarém

Review question/objective

Questão: Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do recém-nascido?

Objetivo: Identificar como o contacto pele a pele tem influência na vinculação paterna.

Key word (MesH Descriptors):

Kangaroo-mother care (MesH); object attachment (MesH); fathers (MesH); infant, newborn (MesH).

Background

O método canguru surgiu em 1978 em Bogotá (Colômbia), com o Dr. Edgar Rey, após se deparar com um problema por falta de incubadoras, propôs colocar os recém nascidos (RN) em contato pele a pele com os seus progenitores, para que os mantivessem aquecidos, diminuindo a mortalidade infantil e acabando assim com uma prática vigente da época, que colocava dois ou três prematuros na mesma incubadora. A partir dessa altura o método foi expandido, tendo sido implementado na prática clínica em diversos países (Margalhos, 2018).

O contacto pele a pele consiste “na colocação do recém-nascido sobre o tórax materno/paterno, com a duração mínima de 60 minutos, sempre que possível, de modo a estimular o toque” (UNICEF, 2010:80). A OMS (2010) e a American Academy of Pediatrics (2010), acrescentam que os RN de termo saudáveis devem ser colocados no peito materno para proporcionar o contacto pele a pele através da colocação do RN nu, em posição ventral, em cima do peito nu da mãe, entre as mamas, imediatamente após o nascimento, após ser seco, para

diminuir o arrefecimento, deverão ser ambos embrulhados num tecido ou manta limpa. A UNICEF refere que o contacto pele a pele deve ser “estabelecido num ambiente sem pressa o mais cedo possível após o parto e, se tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do bebé, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível” (UNICEF 2011:86). Segundo Álvarez (2017) na primeira hora de vida o RN, encontra-se em estado de alerta, com os olhos abertos, atento e com os reflexos de busca, procura e sucção, sendo este o melhor momento para interagir. A UNICEF reconhece os seguintes benefícios do contacto pele a pele: promove o vínculo afetivo, acalma e relaxa o RN; regula a frequência cardíaca e respiratória do RN; estabelece a termorregulação; a exposição do RN à flora bacteriana da pele da mãe contribui para diminuir o risco de infeções; estimula o comportamento alimentar e estimula a libertação de hormonas para apoiar a amamentação e a maternidade (UNICEF, 2010).

Caso ocorra uma situação de urgência ou, emergência durante o parto, ou o parto seja distócico por cesariana, pode ser uma causa do adiamento deste primeiro encontro entre a díade mãe/filho. No caso de partos distócicos por cesariana, existem algumas limitações geradas pelas infra-estruturas e dinâmicas hospitalares que tornam inexecutável a realização deste contacto pele a pele em condições ótimas e, com isso, uma restrição dos benefícios para ambos. A cesariana é ainda responsável pela diminuição do estado de alerta do RN após o nascimento, associada ao tipo de analgesia utilizada durante o parto e o seu efeito na puérpera influenciam a disposição da mãe e do RN para o estabelecimento de um contacto pele a pele eficaz (Álvarez, 2017). De acordo com o mesmo autor nestes casos, o RN poderá ser colocado em contacto pele a pele com o pai, promovendo também a termorregulação e o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno, facilitando a transição do RN para a vida extrauterina, com os mesmos benefícios que teria com a mãe, incluindo a amamentação, promovendo o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno - rastejar sobre o peito e usar as mãos para estimular a mama em preparação para a primeira mamada, iniciando movimentos da boca e o reflexo de sucção – só não podendo cumprir o ato de amamentar, desta forma melhora a também a vinculação paterna. A prática do contacto pele a pele paterno, veio demonstrar que reforça não só a relação pai-bebé, mas também promove a vinculação afetiva familiar, e neste sentido, a OMS promove que esta prática seja implementada em todas as unidades de saúde (OMS, 2017).

O conceito de vinculação surge na segunda metade do século XX, criada por John Bowlby resultado da violência das separações e das carências precoces originadas pela guerra. Sendo assim começou por definir o sentimento de apego “como qualquer forma de comportamento que pretende alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo” (Bowlby, 1990:50). Mais tarde definiu a vinculação mãe-filho que consiste na “... busca e a manutenção da proximidade

de um outro indivíduo, ou seja, todos os comportamentos do RN têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação” (Bowlby, 2002:90). A gravidez, o parto e o pós-parto representam períodos críticos de adaptação do ciclo vital da mulher. Para Ramos o “conceito de vinculação é utilizado para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida” (Ramos, 2004:60). Bowlby (1989) menciona que o desenvolvimento da vinculação é uma adaptação essencial da espécie humana, uma vez que estes nascem vulneráveis ao perigo e o prestador de cuidados funciona como um refúgio seguro, de conforto e proteção.

O nascimento é um momento muito importante para a construção do vínculo entre o pai e o RN na medida em que representa o início da passagem do bebé imaginário para o bebé real. É onde se dá a primeira grande separação mãe-bebé. É no momento do parto que os pais vão ter a possibilidade de estabelecerem um primeiro contacto com seus filhos. Assim sendo, o envolvimento do pai durante a gravidez e no parto contribui para a vinculação precoce entre o pai e o bebé. A participação paterna no parto contribui igualmente para a ativação de respostas emocionais protetoras do pai em relação ao filho, favorecidas pela partilha de intimidade e proximidade com o RN nas primeiras horas de vida (Matos, Magalhães, Carneiro e Machado, 2017). A experiência do parto pode encorajar os homens a desenvolverem uma paternidade mais participativa, envolvendo-se mais nos cuidados do RN. De modo geral, os pais que participam no nascimento dos seus filhos tendem a considerar essa experiência como positiva, promotora do processo de transição para a parentalidade (Matos, Magalhães, Carneiro e Machado, 2017).

Para a identificação dos artigos utilizei as plataformas EBSCO que inclui CINAHL, NURSING, MEDLINE e MEDICLATINA, através da seguinte estratégia de pesquisa: Kangaroo-mother care method **AND** Object attachment **OR** Fathers **AND** Infant, Newborn.

Inclusion criteria

Types of participants

Enfermeiros ou pais e mães que vivenciaram esta experiência

Concept

Contacto pele a pele

Vinculação paterna

Recém-nascido

Context

No bloco de partos nas primeiras duas horas de vida do RN

Types of studies

Paradigma qualitativo, quantitativos ou ambos

Search strategy

Kangaroo-mother care method **AND** Object attachment **OR** Fathers **AND** Infant, Newborn

Encontra-se no Appendix II a tabela 1 que apresenta os descritores e as bases de dados com o número de artigos encontrados de acordo com as várias estratégias de pesquisa.

EBSCO

- Booleano
- Texto completo
- Data de Publicação: janeiro de 2015 – dezembro de 2019

CINAHL

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Prática baseada em evidência
- Humano
- Primeiro autor é enfermeira
- Qualquer autor é enfermeira
- Texto completo em PDF

MEDLINE

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Humano

NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION

- Texto completo em PDF

MEDICLATINA

-Texto completo em PDF

Study Selection

Para a identificação dos artigos utilizei as plataformas EBSCO que inclui CINAHL, NURSING, MEDLINE e MEDICLATINA onde foram identificados 260 artigos. Sendo que não se encontravam nenhuns duplicados. Posteriormente procedi à leitura do título e do abstract dos 260 artigos (screening) dos quais foram excluídos 257 artigos, pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão, uma vez que não abordavam os conceitos definidos e não davam contributos para o objetivo definido. Após o screening li o full text dos 3 artigos finais (eligibility) que considero serem os artigos que mais contributos davam à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão. Foi ainda incluído um artigo de literatura cinzenta, uma vez que a sua integração conduz à aquisição de conhecimento importante e apropriado sobre este tema.

(included):

1. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study.
2. Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo.
3. Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial.
4. Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras.

No appendix III encontra-se o PRISMA 2009 Flow Diagram, onde está esquematizado o processo de seleção dos estudos incluídos na «scoping review».

Data collection

Para a colheita de dados de cada artigo selecionado foi utilizado o instrumento: Data extraction instrument (Appendix IV) que tem as seguintes variáveis: Autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologias/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado e o contributo para a questão de revisão, que contribuiu essencialmente para validar a qualidade dos dados provenientes das fontes recolhidas.

Data synthesis

O principal objetivo desta «Scoping Review» é identificar como o contacto pele a pele tem influência na vinculação paterna.

Assim foi necessário fazer pesquisa na plataforma EBSCO, onde inclui as seguintes bases de dados: MEDLINE, NURSING, CINAHL e MEDICLATINA.

Durante a pesquisa, foi-me possibilitado fazer uma tabela com os resultados: primeiro com cada palavra individualmente, segundo com todos os cruzamentos possíveis entre as palavras e por fim com todas as palavras (Appendix I: Initial Search Strategy)

Com a pesquisa feita foram selecionados 4 artigos em que foram destacadas algumas interpretações. Os artigos foram analisados e as interpretações sintetizadas para determinar o conhecimento atual acerca da importância do contacto pele a pele na promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do RN (Anexo II). Principais indicadores são:

- **Promotores da adaptação à vida extrauterina:** previne a hipotermia do RN; estabilidade cardiorrespiratória do RN; estabilidade de níveis de oxigénio no sangue do RN;

- **Promotores de bem-estar emocional ou afetivo:** diminui o choro do RN; fortalece o vínculo afetivo; promove a amamentação precoce; fornece suporte emocional ao RN; reforça a vinculação paterna;

- **Promotores da envolvimento do pai nas tarefas de cuidar do RN/ transição para a parentalidade:** diminui a ansiedade do pai e aumenta a relação afetiva entre ambos; facilita a transição para a parentalidade; incentiva o pai a envolver-se ativamente nas responsabilidades com o cuidado ao bebé; melhora o crescimento e desenvolvimento infantil.

A análise descritiva dos resultados encontra-se realizada no presente trabalho no capítulo 3.

Conflicts of interest

Não se aplica.

Acknowledgements

Embora a concretização desta «Scoping Review» tenha resultado de um grande esforço, só se tornou possível pelo apoio e incentivos de múltiplos intervenientes, aos quais manifesto a minha gratidão, para a Excelentíssima Senhora Professora Orientadora e às Excelentíssimas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia que cooperaram no desenvolvimento do meu estágio, tendo contribuído para o meu processo de ensino aprendizagem.

References

- Álvarez, N. (2017). *A influência do contacto pele a pele após o nascimento e a amamentação*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Acedido em 16 de janeiro de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22675/1/A%20influência%20do%20contacto%20pele%20a%20pele%20após%20o%20nascimento%20e_%20a%20amamentação-%20Natalia%20bande.pdf.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Triologia do apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Chen, E., Gau, M., Liu, C. & Lee, T. (2017). Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: A randomized controlled trial. *Hindawi – nursing Research and Praticce* (2017), pp. 1-8. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/8612024/>.
- Domingos, S. (2017). *O contacto pele-a-pele: dos conceitos às práticas no parto por cesariana*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de janeiro de 2020 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18970/1/Relatório%20Susana%20Domingos.pdf>.
- Ferreira, D., Silva, M., Galon, T., Goulart, B., Amaral, J. &Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras *Escola Anna Nery*, 23 (4), pp. 1-7. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400217&script=sci_abstract.
- Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E. & Finale, E. (2017). Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *Revista Científica Mundial* (2017) pp. 1-5. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082306>.
- Margalhos, M. (2018). *Contacto pele a pele pai-bebé: Promoção do vínculo afetivo no pós-*

parto. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de janeiro em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20971/1/relatório%20Sandra%20finalissimo.pdf>.

Matos, M., Magalhães, A., Carneiro, T. & Machado, R. (2017). Construindo o vínculo pai-bebê: A experiência dos pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 2 (22), pp. 261-271. Acedido em 17 de Janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000200261&script=sci_abstract&tlng=pt.

OMS (2017). *Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos Seguros*. Ariadne Labs.

OMS (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positive*.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

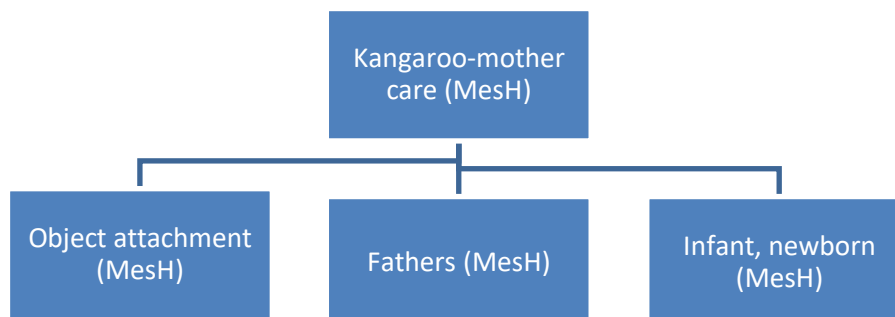
Salas, S. (2015). Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. *Matronas Prof*, 16 (3), pp. 84-88. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-experiencia-del-padre-piel-con-piel.pdf>.

UNICEF (2010). *Comissão Nacional - Iniciativa hospitais amigos dos bebês*. Acedido em 17 de janeiro em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>

Appendix I: Initial Search Strategy

1- Tópico/ área de interesse: Importância do contacto pele a pele na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do recém-nascido.

2-



3- Áreas de Interesse: Contacto pele a pele, Vinculação paterna, Enfermagem

Appendix II: Appraisal instruments

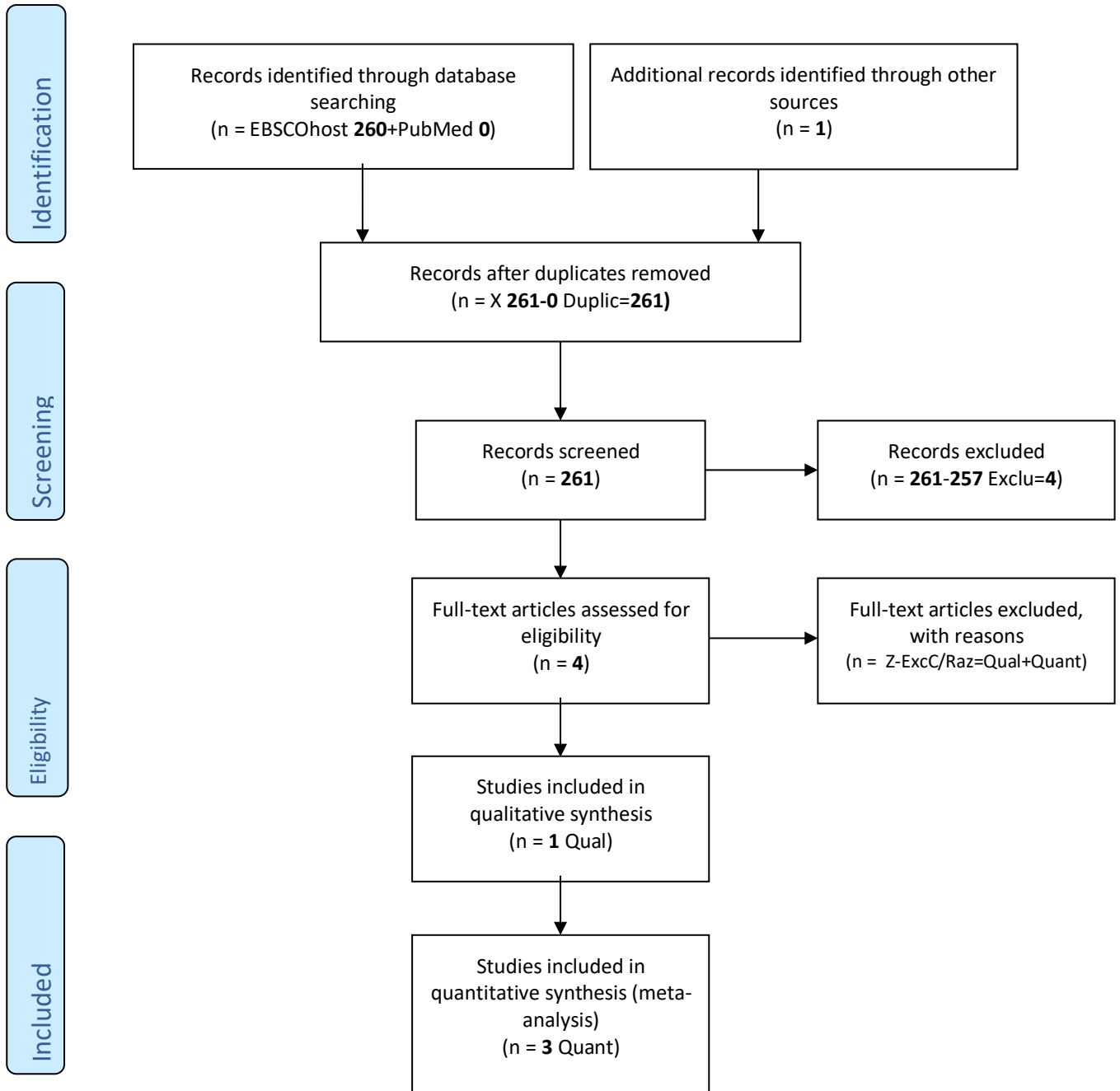
Tabela 1- Kangaroo-mother care method **AND** Object attachment **OR** Fathers **AND** Infant, Newborn

Base de dados Descritores	Plataforma EBSCO			
	CINAHL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA
1- Kangaroo-mother care	1	4	71	5
2- Object attachment	0	0	660	2
3- Fathers	2	554	2179	85
4- Infant, Newborn	5	31	20523	21
1 AND 2	0	0	3	0
1 AND 3	0	0	9	0
1 AND 4	1	0	64	0
2 AND 3	0	0	52	0
2 AND 4	0	0	37	0
3 AND 4	1	0	256	0
1 AND 2 OR 3	2	558	2227	86
2 OR 3 AND 4	1	0	923	2
1 OR 2 AND 3 AND 4	1	4	77	5
1 AND 2 OR 3 AND 4	1	0	259	0

Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: Promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do recém-nascido.

Questão: Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do RN?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiros ou pais e mães que vivenciaram esta experiência

Conceito: Contacto pele a pele, Vinculação paterna, Recém-nascido

Contexto: No bloco de partos nas primeiras duas horas de vida do RN

➤ **Autor/es:** *Guala, A., Boscardini, L, Visentin, R., Angellotti, P, Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E. e Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. Revista Científica Mundial (2017) pp. 1-5.*

➤ **Ano da Publicação:** 2017

➤ **País de origem:** Itália

➤ **Objetivos:** Analisar o contacto pele a pele com a mãe ou o pai no bloco operatório após uma cesariana e a sua relação com a duração da amamentação.

➤ **Metodologia/métodos:**

O artigo analisado corresponde a um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Segundo Creswell (2010), na abordagem quantitativa o investigador testa uma determinada teoria, especificando hipóteses escritas, sendo a colheita de dados utilizada para corroborar ou refutar as referidas hipóteses. Neste sentido, é utilizado um projeto experimental, cujas atitudes são avaliadas quer antes quer após o mesmo tratamento experimental. Os dados são colhidos através de um instrumento, sendo as informações obtidas analisadas através de procedimentos estatísticos, no sentido de testar as hipóteses. A amostra foi dividida em três grupos, dependendo dos resultados no bloco operatório: contacto pele a pele com a mãe, com o pai e não foi realizado contacto pele a pele.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Neste estudo participaram 252 mulheres que realizaram cesariana. O estudo inclui três formas de colheita de dados: o primeiro foi realizado por um pediatra na alta hospitalar. A segunda e terceira foram realizadas

através de entrevistas por telefone aos 3 e 6 meses após o parto. Todos os participantes completaram toda a série de 3 entrevistas. A análise estatística foi realizada com o software OpenEpi, Estatística Epidemiológica de Código Aberto para Saúde Pública. Os testes estatísticos utilizados incluíram tabelas de contingência e o teste de Kelsey para o cálculo do tamanho da amostra. Assim sendo, como critérios de inclusão tem: gravidez superior a 37 semanas; Índice de APGAR aos 5 minutos > 7; qualquer indicação para cesariana. Mulheres que receberam informações sobre amamentação durante gravidez, conforme exigido pela política da IHAC, e que foram motivadas a amamentar. Mesmo os companheiros de mulheres que decidiram participar no estudo expressaram apoio e motivação para a amamentação.

➤ **Interpretação desenvolvida:** “Early skin-to-skin contact (SSC) after birth is a physiological practice that is internationally recommended and has well-documented importance for the baby and for the mother: prevention of hypothermia, decreased crying time, neonatal bonding, cardiorespiratory stability, and early latching on to the breast which leads to breastfeeding. Babies born by Cesarean section do not acquire maternal vaginal microbes; thus SSC after birth permits microbial colonization of the newborn with maternal skin microbiota.” (Guala *et al.*, 2017: 1);

“While SSC should be the natural conclusion after a vaginal birth, it is not always feasible during a Cesarean section (C-section), especially an emergency one.” (Guala *et al.*, 2017: 1);

“If the mother is unable to do SSC for medical or personal reasons, the father remains na alternative to decrease crying time.” (Guala *et al.*, 2017: 1);

“If the woman does not want SSC in the operating room (OR) or is unable to the father can do it. Immediately after the pediatrician’s clinical evaluation of the infant, he/she is placed skin-to-skin contact with the father in a room adjacent to the operating room during the surgery and while the mother is transferred from the operating room to her hospital room. Once the mother is in the ward, SSC is continued by the mother until at least 2 hours afterbirth.” (Guala *et al.*, 2017: 2);

“(…) however, that if the mother is unwilling or unable to do SSC, this practice should still be encouraged in order to give fathers an opportunity to bond with their newborns.” (Guala *et al.*, 2017: 4).

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):*** Level 3.b – Cohort study (or control arm of RCT)

➤ ***Contributo para a questão de revisão:*** Os autores referem que o contacto pele a pele com a mãe após uma cesariana deve ser feito, pois os dados mostraram que existiu uma melhoria na taxa de amamentação em comparação com o grupo que não fez contacto pele a pele ou que fez com o pai. Contudo se a mãe não estiver disposta, ou seja, incapaz de executar o contacto pele a pele, essa prática ainda deve ser incentivada para que seja realizada com o pai, a fim de dar aos pais a oportunidade de se relacionar com o seu recém-nascido.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: Promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do recém-nascido.

Questão: Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do RN?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiros ou pais e mães que vivenciaram esta experiência

Conceito: Contacto pele a pele, Vinculação paterna, Recém-nascido

Contexto: No bloco de partos nas primeiras duas horas de vida do RN

➤ **Autor/es:** Salas, S. (2015). Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. *Matronas Prof*, 16 (3), pp. 84-88.

➤ **Ano da Publicação:** 2015

➤ **País de origem:** Espanha

➤ **Objetivos:** Identificar os conhecimentos e a satisfação dos pais sobre o contato pele a pele que eles realizam com o recém-nascido na sala de partos.

➤ **Metodologia/métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, realizado no Hospital Regional de Laredo. A colheita de dados foi através de um questionário telefónico, aos pais das crianças nascidas por cesariana entre janeiro e dezembro de 2011.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Neste estudo participaram 107 pais. Assim sendo, como critérios de inclusão tem: pais (homens) com idade superior a 18 anos que realizaram contacto pele a pele com seus filhos na sala de partos antes da primeira hora de vida do recém-nascido e aceitaram a participação no estudo com consentimento verbal. Os critérios de exclusão foram os seguintes: desejo do pai não realizar contacto pele a pele, companheiro da gestante ser diferente do pai do RN, crianças que obtiveram pontuação <8 no índice de Apgar ao quinto minuto e bebês de alto risco ou instáveis do ponto de vista cardiorrespiratório (diagnosticado pelo pediatra).

Em junho de 2011, o questionário foi realizado pelo investigador, e foi realizado um teste piloto em 2 fases: a primeira fase foi realizada com 10 profissionais de saúde,

dos quais 4 estavam diretamente relacionados com o contacto pele a pele e 6 não; foram selecionadas para a segunda fase mulheres que tiveram parto por cesariana no mês de Dezembro de 2010 e a pesquisa foi realizada por telefone para recolher informações dos pais. Os dados dos partos por cesariana foram obtidos do livro de nascimento do ano de 2011 e os dados telefónicos das mulheres, do arquivo do computador do hospital. As variáveis analisadas foram estudadas de forma qualitativa. A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS.

- ***Interpretação desenvolvida:*** “Aunque la evidencia científica muestra que el contacto piel con piel (CPP) es altamente beneficioso para la madre y el neonato, ya que reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al bebé y ayuda a amamantar satisfactoriamente, (...)” (Salas, 2015: 85);

“Algunos padres muestran altos niveles de ansiedad y miedo respecto al nacimiento, y esta sensación hace que lo vivan como un acontecimiento negativo. Es importante que los padres tengan una buena experiencia sobre el nacimiento para el correcto funcionamiento de la familia; por ello, los padres que realizan CPP se sienten más involucrados en el cuidado del bebé, aumenta su sentimiento de protección y están más satisfechos (...)” (Salas, 2015:85);

“Un alto porcentaje de los padres manifestó haber acudido a la sesión de educación sanitaria semanal que ofrecieron las matronas en el hospital sobre el apoyo a la lactancia materna, la atención al parto eutócico, etc., en las cuales adquirieron los conocimientos sobre el CPP, entre otros medios. Esto subraya la importancia de estas sesiones y la necesidad de su continuidad en el tiempo, para que los futuros padres y madres puedan recibir información de calidad de mano de profesionales sanitarios, a la vez que ofrece tranquilidad el hecho de conocer el área de partos y sus profesionales de forma directa.” (Salas, 2015:87).

- ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):*** Level 4.b – Cross-sectional study

- ***Contributo para a questão de revisão:*** Os autores referem que os resultados do estudo mostraram que a maioria dos pais se sentiram muito satisfeitos com o meio ambiente, o apoio e as informações oferecidas pelos profissionais de saúde. Ficaram satisfeitos com a experiência do contacto pele a pele com o seu recém-nascido. O contacto pele a pele entre o recém-nascido e o pai, quando não é possível fazê-lo com a mãe, é um procedimento benéfico para ambos.

O contacto pele a pele com o pai deve ser utilizado como segunda opção, incentivando o máximo possível que favoreçam o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido no bloco operatório após a realização de cesariana. Uma alta percentagem de pais disse ter participado na sessão semanal de educação para a saúde e existe a necessidade de sua continuidade ao longo do tempo, para que futuros pais e mães possam receber informações de qualidade por parte dos profissionais de saúde, enquanto oferece tranquilidade ao conhecer o serviço conhecem também os profissionais de saúde de forma direta.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: Promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do recém-nascido.

Questão: Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do RN?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiros ou pais e mães que vivenciaram esta experiência

Conceito: Contacto pele a pele, Vinculação paterna, Recém-nascido

Contexto: No bloco de partos nas primeiras duas horas de vida do RN

➤ **Autor/es:** Chen, E., Gau, M., Liu, C. e Lee, T. (2017). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Hindawi – nursing Research and Practice* (2017), pp. 1-8.

➤ **Ano da Publicação:** 2017

➤ **País de origem:** China

➤ **Objetivos:** Analisar como o contacto pele a pele entre o pai e o recém-nascido afeta a vinculação durante o pós-parto.

➤ **Metodologia/métodos:**

A investigação foi do tipo quantitativa. Para a colheita de dados foram utilizados dois instrumentos, nomeadamente o folheto sobre os cuidados iniciais infantis para os pais. O conteúdo foi organizado em 4 secções: A Natureza dos Recém-Nascidos, Sugestões para Interação com o Seu Recém-Nascido, Os Benefícios do Contacto Pele a Pele para Pais e Filhos e Dicas e Precauções sobre Cuidados. O segundo instrumento foi a escala de vinculação pai-filho, utilizada para medir os sentimentos do pai ou os comportamentos em relação ao bebé. A escala referida inclui 24 itens com quatro fatores: explorar (10 itens), tocar (6 itens), cuidar (4 itens) e falar (4 itens). As respostas são pontuadas em escala Likert de 4 pontos, variando de 1 (nunca) a 4 (geralmente).

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** Neste estudo participaram 83 pais pela primeira vez com 20 anos ou mais. O modo de colheita de dados foi realizado da seguinte forma: após a admissão no hospital, os participantes dos grupos de intervenção e controle receberam um panfleto de enfermagem “Assistência à Primeira Infância” para o Pai, a fim de promover a compreensão dos cuidados precoces da criança e completar o

instrumento (escala de vinculação pai-filho). Esses participantes subsequentemente envolveram-se em pelo menos uma sessão sobre o contacto pele a pele de 15 minutos com o bebê em cada um dos três primeiros dias após o parto. Após o período de três dias, todos os participantes preencheram e enviaram o formulário. Foi solicitado a todos os pais participantes que registassem o tempo total gasto no contacto pele a pele em cada um dos três primeiros dias pós-parto. A análise estatística foi realizada usando o SPSS para Windows 20.0. À luz dos objetivos do estudo, a estatística descritiva incluiu análise de frequência e cálculos dos valores de razão, média e desvio padrão. Assim sendo, como critérios de inclusão dos pais tem: devem ter mais de 20 anos; estar no hospital diariamente até à alta; não fumador; não ter dependência de álcool ou ter diagnosticado um distúrbio psicológico; como critérios de inclusão do RN inclui: idade gestacional superior ou igual a 37 semanas; sinais vitais estáveis e nenhuma anormalidade ou doença congénita.

➤ ***Interpretação desenvolvida:*** “(...) the significance of being a father begins at childbirth (Chen, Gau, Liu e Lee, 2017: 1);

“Children with positive father-child relationships may develop models of caregivers as trustworthy and supportive and later approach others with positive attitudes and expectations” (Chen, Gau, Liu e Lee, 2017: 1);

“Postpartum father-neonate SSC engenders strong feelings in the father for his newborn, increases the infant’s environmental stimulation, provides critical emotional support, and encourages the father to become actively involved in infant caring responsibilities. Touching, massaging, and hugging an infant as well as learning to respond appropriately to an infant’s crying each help new fathers properly interpret changes to infant appearance and behavior; provide appropriate information; reduce parenthood discomfort and anxiety; better prepare for parenting role responsibilities; and increase infant care confidence.” (Chen, Gau, Liu e Lee, 2017: 2);

“(…) early father-neonate contact not only fosters a close father-neonate relationship, butal so hastens the development of paternal attachments.” (Chen, Gau, Liu e Lee, 2017: 2);

“The lack of SSC behavior in the control group may relate to “being afraid of hurting the infant” [9]. Fear of holding their infants has previously been found among parents

of healthy preterm infants. This situation further supports that demonstrating SSC skills is a significantly more efficacious approach to promoting SSC than providing related information via a pamphlet. “(Chen, Gau, Liu e Lee, 2017: 7);

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):*** Level 1.c – RCT

➤ ***Contributo para a questão de revisão:*** Os resultados do estudo indicam que o contacto pele a pele tem um efeito positivo sobre a vinculação paterna. Embora seja facilitado o contacto pele a pele mãe-filho e a amamentação imediatamente após o parto, atualmente poucos pais beneficiam do contacto pele a pele com o RN durante a hospitalização no pós-parto. O contacto pele a pele é um cuidado de saúde centrado na família, que não beneficia apenas a saúde fisiológica dos bebés, mas também facilitam a relação de apego entre pais e filhos. Expandir a abordagem do contacto pele a pele com os pais pode ser uma estratégia de saúde eficaz, pois ajuda os pais a desenvolver autoconfiança e adotar uma perspectiva ativa e positiva na transição para a paternidade. Uma pequena percentagem de pais neste estudo expressou ansiedade sobre a técnica do contacto pele por falta de experiência. Assim, os autores sugerem que futuras instruções sejam realizadas em instituições de apoio pré-natal e incorporadas em cursos de preparação para o parto, permitindo tempo suficiente para a aprendizagem e a prática.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: Promoção da vinculação paterna nas duas primeiras horas de vida do recém-nascido.

Questão: Qual a importância do contacto pele a pele, na promoção da vinculação paterna nas primeiras duas horas de vida do RN?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiros ou pais e mães que vivenciaram esta experiência

Conceito: Contacto pele a pele, Vinculação paterna, Recém-nascido

Contexto: No bloco de partos nas primeiras duas horas de vida do RN

➤ **Autor/es:** Ferreira, D., Silva, M., Galon, T., Goulart, B., Amaral, J. e Contim, D. (2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 23 (4), pp. 1-7.

➤ **Ano da Publicação:** 2019

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:** Analisar o conhecimento, as potencialidades e as barreiras relacionadas à implantação do Método Canguru, na percepção de enfermeiras que trabalham nas unidades materno-infantil de um hospital-escola.

➤ **Metodologia/métodos:** Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Realizada entre janeiro e março de 2018, com oito enfermeiras de unidade materno-infantil. Os dados foram colhidos no período entre janeiro e março de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas. Para a realização das entrevistas foi construído um instrumento de coleta de dados, sendo este, adequado por meio de um pré-teste com duas residentes, da área de enfermagem neonatal. Após esse procedimento, as entrevistas foram realizadas em duas etapas: a primeira com a caracterização das participantes e, a segunda, composta por questões abertas: Você conhece o método canguru em todas as etapas? Você acha que o método canguru é uma medida humanizada? Você sente necessidade de implantar esse método na Unidade em que trabalha? Fale para mim sobre a importância desse método para a assistência de enfermagem? Fale sobre os significados que o Método Canguru tem para você enquanto enfermeiro? Você gostaria de falar algo mais sobre o assunto? A duração de cada entrevista foi em média de 18 minutos, e foram realizadas em sala privativa no setor de lotação das participantes. O estudo incluiu o discurso de oito enfermeiras

que atuam na Unidade Materno-Infantil, sendo duas do Alojamento Conjunto, duas da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e quatro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na faixa etária entre 24 e 35 anos de idade. O tempo de formação e de experiência profissional variou entre dois e 11 anos, e o tempo de atuação na Unidade Materno-Infantil da instituição entre dois e cinco anos.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:** O estudo incluiu enfermeiras que atenderam aos critérios de inclusão: prestarem cuidados nos setores incluídos na Unidade Materno-Infantil (Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), ter mais de um ano de exercício de funções e não estarem afastadas do trabalho, no período da produção de dados. Todas as enfermeiras dos setores envolvidos, foram convidadas a participar da pesquisa, as quais foram abordadas nos seus turnos de trabalho, a partir da apresentação do objetivo do estudo. Os dados foram armazenados no software Atlas ti versão 8.

➤ **Interpretação desenvolvida:** “It is known that continuing training is the way to qualify and prepare nurses for the development of skills related to the KM; however, the relation or association between knowledge and academic degree is not observed, which suggests that these nurses may be less focused on the opportunity for change and, in consequence, on working with this practice. Therefore, the multipliers must ensure benefits that involve attitude changes and, at the same time, a practice grounded on the policy to have a better awareness on the part of professionals. The success of the method's implementation is not only linked to trainings: it is necessary that the professionals are sensitized and motivated. Difficulties are found even after the educational activities and, thus, it is suggested to insert innovative educational strategies in this context, establishing partnerships with other institutions officially qualified for technical visits. Thus, training is based on the evidences produced by the research and conducted according to the current best practices in education. It is pertinent that the institution's managers sensitize about the implementation of good practices in neonatal health, aiming at the quality of the assistance provided, the training of the professionals involved and the offering of appropriate conditions for the execution of the work developed and a humanized care towards the NB and its relatives.” (Ferreira *et al.*, 2019:5)

“Even though the KM is not a model implanted in the nurses' care practice, the reports point out that they recognize it as an important way of interaction between

the baby and the family, which increases the bond and fosters its better evolution.”
(Ferreira *et al.*, 2019:5)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):** Single qualitative study

➤ **Contributo para a questão de revisão:** Os discursos das enfermeiras revelaram conhecimento parcial, ausência de experiência prática e barreiras relacionadas à resistência da equipe e à falta de apoio institucional, embora considerem o método com potenciais benefícios para proporcionar a construção de vínculo e indiquem a educação permanente como estratégia necessária para sua implementação.

ANEXO III – Sessão da formação aos Profissionais de Saúde

**PROMOÇÃO
DA VINCULAÇÃO
PATERNA
NAS DUAS
PRIMEIRAS
HORAS DE VIDA
DO RECÉM-
NASCIDO**



PLANO DE SESSÃO

LOCAL: Sala de Reuniões do serviço de Obstetrícia-CHMT

DATA: 21/02/2020 **DURAÇÃO:** 45 minutos

MESTRANDA: Ana Margarida Jesus

TEMA: Promoção da Vinculação Paterna nas duas primeiras horas de vida do Recém-nascido

OBJETIVO GERAL: Capacitar os enfermeiros do Serviço de Obstetrícia sobre a Vinculação nas duas primeiras horas de vida do Recém-Nascido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Compreender como o contacto pele a pele tem influência na vinculação paterna.

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEÚDO	MATERIAIS E MÉTODOS	PRELETOR
Introdução	2'	<ul style="list-style-type: none">Tema da SessãoObjetivos da Sessão	Data Show Oral Expositivo	
Desenvolvimento	38'	<ul style="list-style-type: none">ParentalidadeEtapas da VinculaçãoVinculação PaternaPapel do EESMO na Vinculação PaternaContacto pele a peleBenefícios do contacto pele a peleConsequências do não contacto pele a peleContacto pele a pele com o paiO que nos diz a evidência científica	Data Show Oral Expositivo	Ana Margarida Jesus
Conclusão	5'	<ul style="list-style-type: none">Conclusão e Discussão	Data Show Oral Expositivo	

PARENTALIDADE

- Os conceitos de Parentalidade e Paternidade têm-se modificado nas últimas décadas, assumindo o homem um papel mais ativo numa área que era identificada de domínio exclusivo da mulher.
- Embora cada vez mais os homens participem no projeto de parentalidade, gravidez, parto e cuidados aos RN, estes sentem-se excluídos, descrevendo não saber identificar o seu papel ou revelando insegurança e sentindo que os cuidados e informações dos profissionais de saúde continuam a ser muito dirigidos às mulheres. Por outro lado, também os profissionais de saúde têm dificuldade em dirigir a sua intervenção aos homens.

(Matos, Magalhães, Carneiro e Machado, 2017)

VINCULAÇÃO

■ APEGO

“Como qualquer forma de comportamento que pretende alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo.”

(Bowlby, 1990, p.50)

■ VINCULAÇÃO

“... busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo, ou seja, todos os comportamentos do RN têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação.”

(Bowlby, 2002, p.90)

O “Conceito de vinculação é utilizado para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida.”

(Ramos, 2004, p.60)



ETAPAS DA VINCULAÇÃO



ETAPAS DA VINCULAÇÃO

■ Vinculação Pré-natal

Existe um maior nível de vinculação na mãe relativamente ao pai. São os homens mais jovens e que são pais pela primeira vez aqueles que tendem a apresentar níveis mais elevados de vinculação, ainda no período de gestação.

(Chimuco, 2017; Fernandes, 2017)

■ Vinculação Perinatal

Envolve todos os acontecimentos inerentes aos processos de nascimento, bem como o primeiro contacto do RN com os pais. Neste âmbito, as práticas dos profissionais de saúde podem influenciar todo o processo vinculativo.

(Fernandes, 2017)

■ Vinculação Pós-natal

É efetivamente, mais intensa com a mãe, quando comparada com a vinculação à figura paterna. No entanto, tanto o vínculo materno, como o vínculo paterno, favorecem um desenvolvimento saudável e seguro da criança. A criança assimila estes vínculos, com ambos os pais, ao longo de todo o seu crescimento, pelo que é necessário criar estratégias para beneficiar o envolvimento da tríade.

(Chimuco, 2017)

VINCULAÇÃO PATERNA

- A participação paterna no parto contribui para a ativação de respostas emocionais protetoras do pai em relação ao filho, favorecidas pela partilha de intimidade e proximidade com o RN nas primeiras horas de vida.
- A experiência do parto pode encorajar os homens a desenvolverem uma paternidade mais participativa, envolvendo-se mais nos cuidados do RN. De modo geral, os pais que participam no nascimento dos seus filhos tendem a considerar essa experiência como positiva, promotora do processo de transição para a parentalidade.
- Ao prestar cuidados ao bebê, o pai desenvolve estratégias de comunicação com ele diferentes daquelas que o RN tem com a mãe, o que contribui para o fortalecimento do vínculo entre pai e filho. Dessa forma, o bebê aprende a reconhecer o pai e a esperar acolhimento também por parte dele. Ao mesmo tempo, o homem se sente incluído na medida em que é reconhecido pelo filho e estabelece com ele uma relação de proximidade.

(Matos *et al.*, 2017)



PAPEL DO EESMO NA VINCULAÇÃO PATERNA

- O EESMO apresenta um papel determinante e privilegiado na promoção de uma transição para a paternidade mais saudável através da implementação de intervenções que promovam o estabelecimento precoce da ligação entre pai e filho e no desenvolvimento das competências parentais necessárias ao desenrolar do seu papel de pai.

(Vilariça, 2019)



PAPEL DO EESMO NA VINCULAÇÃO PATERNA

Torna-se fundamental a implementação de intervenções, nomeadamente as que promovam o envolvimento físico:

- Envolvimento do pai durante o parto
- Corte do cordão umbilical
- Pegar
- Tocar
- CONTACTO PELE-A-PELE

(Scism e Cobb, 2017)

MÉTODO CANGURU

- O método canguru surgiu em 1978 em Bogotá (Colômbia), com o Dr. Edgar Rey.
- Após se deparar com um problema por falta de incubadoras, propôs colocar os RN em contato pele a pele com os seus progenitores, para que os mantivessem aquecidos, diminuindo a mortalidade infantil e acabando assim com uma prática vigente da época, que colocava dois ou três prematuros na mesma incubadora.

(Margalhos, 2018)



CONTACTO PELE A PELE

- Consiste “na colocação do recém-nascido sobre o tórax materno/paterno, com a duração mínima de 60 minutos, sempre que possível, de modo a estimular o toque”.

(UNICEF, 2010:80)

- Os RN de termo saudáveis devem ser colocados no peito materno para proporcionar o contacto pele-a-pele através colocação do RN nu, em posição ventral, em cima do peito nu da mãe, entre as mamas, imediatamente após o nascimento, após ser seco, para diminuir o arrefecimento por evaporação.

(OMS, 2010; American Academy of Pediatrics, 2010)

- O contacto pele-a-pele é uma medida recomendada pela OMS & UNICEF, que deve ser promovida imediatamente após o parto. A UNICEF refere que o contacto pele-a-pele deve ser “estabelecido num ambiente sem pressa o mais cedo possível após o parto e, se tiver que ser adiado ou interrompido, devido à saúde da mãe ou do bebé, ele deve ser iniciado ou retomado logo que possível.”

(UNICEF, 2011:86)

BENEFÍCIOS DO CONTACTO PELE A PELE

Promove o
vínculo afetivo

Acalma o RN

Regula a FC e FR
do RN

Estabelece a
termorregulação
do RN

Estimula o
comportamento
alimentar

(UNICEF, 2010; Domingos, 2017)

A evidência científica, mostra que para bebês saudáveis existem vários benefícios e nenhum efeito negativo, devendo por isso ser uma prioridade para os EEESMO.

(Domingos, 2017)

CONSEQUÊNCIAS DO NÃO CONTACTO PELE A PELE

Comportamento mais instável

Choro permanente

Aumento da pressão pulmonar

Diminuição dos níveis de oxigénio no sangue

Aumento do ritmo cardíaco e da pressão sanguínea cerebral

Aumento da libertação de somastatina

A promoção do contacto físico, imediatamente após o nascimento, é uma prioridade na prestação de cuidados humanizados. Tem como principal objetivo um acolhimento suave do RN, minimizando o impacto da transição do mundo intra-uterino para o extra-uterino.



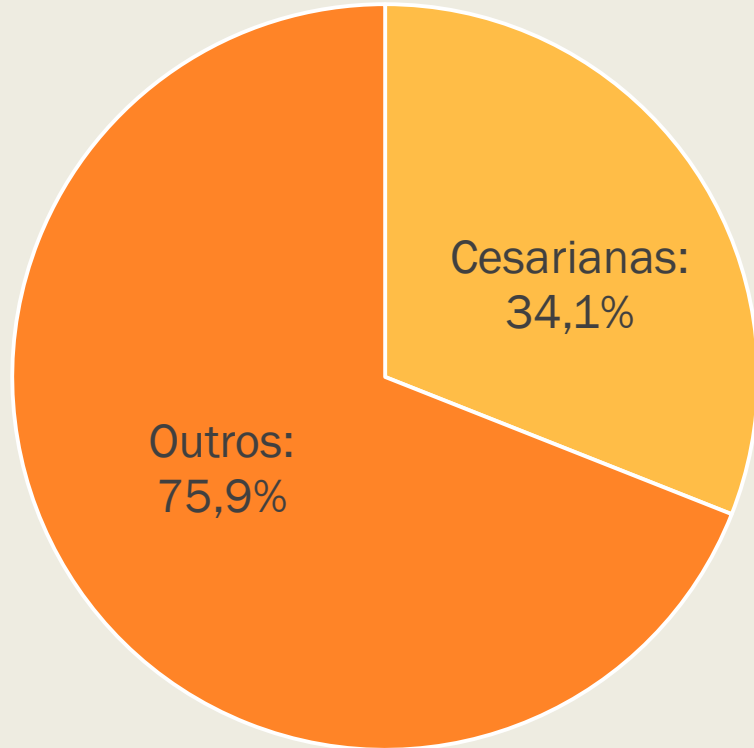
CONTACTO PELE A PELE COM O PAI

- Caso ocorra uma situação de urgência/emergência durante o parto ou o parto seja distócico por cesariana.
- Os casos de cesariana são ainda responsáveis pela diminuição do estado de alerta do RN após o nascimento, associada ao tipo de analgesia utilizada durante o parto e o seu efeito na puérpera influenciam a disposição da mãe e do RN para o estabelecimento de um contacto pele a pele eficaz. Nestes casos, o RN poderá ser colocado em contacto pele-a-pele com o pai, tendo os mesmos benefícios que teria com a mãe.

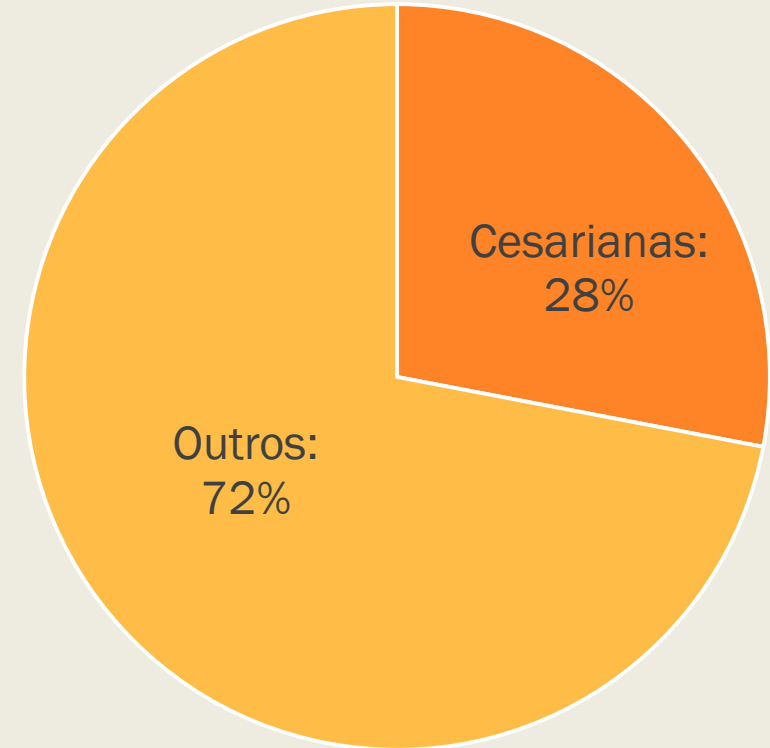
Álvarez (2017)

DADOS ESTATÍSTICOS EM 2018

PARTOS
EM PORTUGAL



PARTOS
NO CHMT





CONTACTO PELE A PELE COM O PAI

- A prática do contacto pele a pele paterno, veio demonstrar que reforça não só a relação pai-bebé, mas também promove a vinculação afetiva familiar, e neste sentido, a OMS promove que esta prática seja implementada em todas as unidades de saúde.
- Na primeira hora de vida o RN, encontra-se em estado de alerta, com os olhos abertos, atento e com os reflexos de busca, procura e sucção, sendo este o melhor momento para interagir.

Álvarez (2017)

CONTACTO PELE A PELE COM O PAI

- Assim, o contato precoce deve ocorrer com todos os bebês, sendo pertinente que os profissionais da saúde apoiem esta técnica, proporcionando o tempo, ambiente e o conforto necessário, afastando a interferência de práticas desnecessárias e inoportunas. Ao entenderem os vários benefícios do contacto pele a pele e as estratégias de implementação, os prestadores de cuidados podem melhor apoiar e promover esta prática baseada em evidências e de alta qualidade.

(Álvarez, 2017)



Research Article

Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study

Andrea Guala,¹ Luigina Boscardini,¹ Raffaella Visentin,¹ Paola Angellotti,¹ Laura Grugni,² Michelangelo Barbaglia,³ Elise Chapin,⁴ Eleonora Castelli,⁵ and Enrico Finale⁵

¹Department of Pediatrics, Castelli Hospital, Verbania, Italy

²Department of Anesthesia and Resuscitation, Castelli Hospital, Verbania, Italy

³SS Trinità Hospital, Borgomanero, Italy

⁴Baby Friendly Initiatives, Italian Committee UNICEF, Rome, Italy

⁵Department of Obstetrics and Gynecology, Castelli Hospital, Verbania, Italy

Correspondence should be addressed to Enrico Finale; enrico.finale@gmail.com

Received 25 February 2017; Revised 17 July 2017; Accepted 31 July 2017; Published 7 September 2017

Academic Editor: Zhe-Xue Quan

Copyright © 2017 Andrea Guala et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Early skin-to-skin contact (SSC) after birth is a physiological practice that is internationally recommended and has well-documented importance for the baby and for the mother. This study aims to examine SSC with a cohort of mothers or fathers in the operating room after a Cesarean section (C-section) and its relationship with duration of breastfeeding. From January 1, 2012, to December 31, 2012, at the Castelli Hospital in Verbania, Italy, a Baby Friendly designated hospital, 252 consecutive women who had a C-section were enrolled in the study and followed for 6 months. The sample was later divided into three groups depending on the real outcomes in the operating room: SSC with the mother (57.5%), SSC with the father (17.5%), and no SSC (25%). Our study showed a statistical association between skin-to-skin contact with the mother and the exclusive breastfeeding rates on discharge. This effect is maintained and statistically significant at three and six months, as compared to the groups that had paternal SSC or no SSC. After a C-section, skin-to-skin contact with the mother can be an important practice for support, promotion, and duration of breastfeeding.

1. Introduction

Early skin-to-skin contact (SSC) after birth is a physiological practice that is internationally recommended [1–3] and has well-documented importance for the baby and for the mother [4]: prevention of hypothermia [5], decreased crying time, neonatal bonding, cardiorespiratory stability, and early latching on to the breast which leads to breastfeeding [5–8]. Babies born by Cesarean section do not acquire maternal vaginal microbes; thus SSC after birth permits microbial colonization of the newborn with maternal skin microbiota [9]. Significant effects for the mother include the reduction of depressive symptoms and physiological stress during the postnatal period and the strengthening of the mother-baby relationship [10, 11].

SSC is an integral part of the World Health Organization (WHO) and UNICEF's Baby Friendly Hospital Initiative [3]

(BFHI) and a practice that requires minimal organizational effort or costs for the hospitals that offer it. SSC has also been shown to have important health impacts [12] and to save money in neonatal units [13]. While SSC should be the natural conclusion after a vaginal birth, it is not always feasible during a Cesarean section (C-section), especially an emergency one [5, 6]. If the mother is unable to do SSC for medical or personal reasons, the father remains an alternative to decrease crying time [14, 15]. This study aims to examine skin-to-skin contact with mother or father in the operating room in the case of a C-section and its relationship to the onset and duration of breastfeeding.

2. Materials and Methods

From January 1, 2012, to December 31, 2012, at the Castelli Hospital in Verbania (a Baby Friendly Hospital designated

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

- O contacto pele a pele é uma prática recomendada e tem vários benefícios tais como: prevenção de hipotermia, diminuição do choro, ligação neonatal, estabilidade cardiorespiratória e início precoce da amamentação.
- Nos casos de cesariana ou em alguma situação de emergência em que não seja possível realizar contacto pele a pele com a mãe o mesmo é realizado com o pai, a fim de dar aos pais a oportunidade de se relacionar com o seu RN.

(Guala, Boscardini, Visentin, Angellotti, Grugni, Barbaglia, Chapin, Castelli e Finale, 2017)

Research Article

Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study

Andrea Guala,¹ Luigina Boscardini,¹ Raffaella Visentin,¹ Paola Angellotti,¹ Laura Grugni,² Michelangelo Barbaglia,³ Elise Chapin,⁴ Eleonora Castelli,⁵ and Enrico Finale⁵

¹Department of Pediatrics, Castelli Hospital, Verbania, Italy

²Department of Anesthesia and Resuscitation, Castelli Hospital, Verbania, Italy

³SS Trinità Hospital, Borgomanero, Italy

⁴Baby Friendly Initiatives, Italian Committee UNICEF, Rome, Italy

⁵Department of Obstetrics and Gynecology, Castelli Hospital, Verbania, Italy

Correspondence should be addressed to Enrico Finale; enrico.finale@gmail.com

Received 25 February 2017; Revised 17 July 2017; Accepted 31 July 2017; Published 7 September 2017

Academic Editor: Zhe-Xue Quan

Copyright © 2017 Andrea Guala et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Early skin-to-skin contact (SSC) after birth is a physiological practice that is internationally recommended and has well-documented importance for the baby and for the mother. This study aims to examine SSC with a cohort of mothers or fathers in the operating room after a Cesarean section (C-section) and its relationship with duration of breastfeeding. From January 1, 2012, to December 31, 2012, at the Castelli Hospital in Verbania, Italy, a Baby Friendly designated hospital, 252 consecutive women who had a C-section were enrolled in the study and followed for 6 months. The sample was later divided into three groups depending on the real outcomes in the operating room: SSC with the mother (57.5%), SSC with the father (17.5%), and no SSC (25%). Our study showed a statistical association between skin-to-skin contact with the mother and the exclusive breastfeeding rates on discharge. This effect is maintained and statistically significant at three and six months, as compared to the groups that had paternal SSC or no SSC. After a C-section, skin-to-skin contact with the mother can be an important practice for support, promotion, and duration of breastfeeding.

1. Introduction

Early skin-to-skin contact (SSC) after birth is a physiological practice that is internationally recommended [1–3] and has well-documented importance for the baby and for the mother [4]: prevention of hypothermia [5], decreased crying time, neonatal bonding, cardiorespiratory stability, and early latching on to the breast which leads to breastfeeding [5–8]. Babies born by Cesarean section do not acquire maternal vaginal microbes; thus SSC after birth permits microbial colonization of the newborn with maternal skin microbiota [9]. Significant effects for the mother include the reduction of depressive symptoms and physiological stress during the postnatal period and the strengthening of the mother-baby relationship [10, 11].

SSC is an integral part of the World Health Organization (WHO) and UNICEF's Baby Friendly Hospital Initiative [3]

(BFHI) and a practice that requires minimal organizational effort or costs for the hospitals that offer it. SSC has also been shown to have important health impacts [12] and to save money in neonatal units [13]. While SSC should be the natural conclusion after a vaginal birth, it is not always feasible during a Cesarean section (C-section), especially an emergency one [5, 6]. If the mother is unable to do SSC for medical or personal reasons, the father remains an alternative to decrease crying time [14, 15]. This study aims to examine skin-to-skin contact with mother or father in the operating room in the case of a C-section and its relationship to the onset and duration of breastfeeding.

2. Materials and Methods

From January 1, 2012, to December 31, 2012, at the Castelli Hospital in Verbania (a Baby Friendly Hospital designated

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

- Após a avaliação clínica do RN realizada pelo pediatra ele é colocado em contacto pele a pele com o pai até que a mãe seja transferida para a enfermaria. Logo que possível o contacto pele a pele deve ser mantido pela mãe até pelo menos 2 horas depois do nascimento.
- O contacto pele a pele com a mãe após uma cesariana deve ser realizado, pois os dados mostraram que existiu uma melhoria na taxa de amamentação em comparação com o grupo que não fez contacto pele a pele ou que fez com o pai.

(Guala *et al.*, 2017)

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

- O contacto pele a pele entre o recém-nascido e o pai, quando não é possível fazê-lo com a mãe, é um procedimento benéfico para ambos.
- A maioria dos pais sentiram-se muito satisfeitos com o meio ambiente, o apoio e as informações oferecidas pelos profissionais de saúde.
- Ficaram satisfeitos com a experiência do contacto pele a pele com o seu recém-nascido.

(Salas, 2015)

matronas
profesión

Matronas Prof. 2015; 16(3): 84-88

Artículo original

Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo

Experience of the father during skin-to-skin contact with the infant at Laredo Hospital

Sara Silló Salas
Matrona. Servicio de Partos. Residencia Cantabria. Santander

RESUMEN
Objetivo: Identificar los conocimientos y la satisfacción de los padres sobre el contacto piel con piel (CPP) que realizan con el recién nacido en el área de partos.
Sujetos y método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en el Hospital Comarcal de Laredo, a través de cuestionario telefónico, efectuado a los padres de los niños que nacieron por cesárea entre enero y diciembre de 2011.
Resultados: La muestra estuvo formada por 107 padres encuestados. El 71% de los padres tenía conocimientos previos del CPP; adquiridos la mayor parte a través de los profesionales de la salud. El tiempo de permanencia en CPP fue >30 minutos en el 63,6% de los casos, y un 71% observó un intento de inicio de lactancia. La satisfacción percibida por los padres durante el CPP con el recién nacido se evaluó como «buena» o «muy buena» en la totalidad de las encuestas (12,1% y 87,9%, respectivamente).
Conclusiones: La mayoría de los padres tenían conocimientos previos sobre el CPP, y valoran de forma muy positiva su experiencia al respecto, por lo que sería recomendable continuar con esta práctica.

ABSTRACT
Aim: To identify the familiarity and satisfaction of fathers with skin-to-skin contact (SSC) undertaken with the infant in the deliveries area.
Persons and method: Observational, descriptive, transversal and retrospective study, performed in Laredo Regional Hospital, by means of a telephone questionnaire, undertaken on fathers of children born by cesarean between January and December 2011.
Results: The sample was comprised of 107 surveyed parents. A total of 71% of fathers had prior knowledge of SSC, mostly acquired by means of healthcare professionals. The duration of SSC was >30 minutes in 63.6% of cases, and 71% observed an attempt to commence breast-feeding. The satisfaction perceived by fathers during SSC with the infant was evaluated as "good" or "very good" in all surveys (12.1% and 87.9%, respectively).
Conclusions: Most fathers had prior knowledge of SSC and evaluate their experience and satisfaction in this regard very positively, whereby continuing this practice would be recommendable.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.
©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Palabras clave: Piel con piel, padre, satisfacción, recién nacido.
Keywords: Skin to skin, father, satisfaction, infant.

INTRODUCCIÓN
Desde la Antigüedad, los recién nacidos han permanecido junto a sus madres en estrecho contacto, con el objetivo fundamental de mantener su temperatura y comenzar la alimentación^{1,2}. Este hábito ha sido necesario para garantizar la supervivencia del neonato^{3,4}. Pero a lo largo del siglo XX, en las sociedades industrializadas, en las que la mayoría de los bebés nacía en hospitales, los cambios en el manejo del parto y el recién nacido impusieron una pauta de separación temprana con el objetivo, no demasiado claro, de vigilar la correcta adaptación a la vida extruterina del neonato^{5,6}. En los últimos años, la tendencia es «volver a los orígenes», es decir, retomar la práctica de mantener al recién nacido junto a su madre⁷; sin embargo, las rutinas hospitalarias y la falta de entrenamiento de algunos profesionales de la salud pueden interrumpir de forma significativa la interacción madre-hijo, además de alterar las conductas innatas características en las primeras horas

Fecha de recepción: 14/10/13. Fecha de aceptación: 07/10/14.
Correspondencia: S. Silló Salas. Matrona. Servicio de Partos. Residencia Cantabria. Avda. Cardenal Herrera Orta, s/n. 39011 Santander. Correo electrónico: sasarillo@hotmail.com

Silló Salas S. Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. Matronas Prof. 2015; 16(3): 84-88.

84

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

- O contacto pele a pele com o pai deve ser utilizado como segunda opção, incentivando o máximo possível que favoreçam o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido no bloco operatório após a realização de cesariana.
- Uma alta percentagem de pais disse ter participado na sessão semanal de educação para a saúde e existe a necessidade de sua continuidade ao longo do tempo, para que futuros pais e mães possam receber informações de qualidade por parte dos profissionais de saúde, enquanto oferece tranquilidade ao conhecer o serviço conhecem também os profissionais de saúde de forma direta.

matronas
profesión

Matronas Prof. 2015; 16(3): 84-88

Artículo original

Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo

Experience of the father during skin-to-skin contact with the infant at Laredo Hospital

Sara Silló Salas
Matrona. Servicio de Partos. Residencia Cantabria. Santander

RESUMEN
Objetivo: Identificar los conocimientos y la satisfacción de los padres sobre el contacto piel con piel (CPP) que realizan con el recién nacido en el área de partos.
Sujetos y método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en el Hospital Comarcal de Laredo, a través de cuestionario telefónico, efectuado a los padres de los niños que nacieron por cesárea entre enero y diciembre de 2011.
Resultados: La muestra estuvo formada por 107 padres encuestados. El 71% de los padres tenía conocimientos previos del CPP; adquiridos la mayor parte a través de los profesionales de la salud. El tiempo de permanencia en CPP fue >30 minutos en el 63,6% de los casos, y un 71% observó un intento de inicio de lactancia. La satisfacción percibida por los padres durante el CPP con el recién nacido se evaluó como «buena» o «muy buena» en la totalidad de las encuestas (12,1% y 87,9%, respectivamente).
Conclusiones: La mayoría de los padres tenían conocimientos previos sobre el CPP, y valoran de forma muy positiva su experiencia al respecto, por lo que sería recomendable continuar con esta práctica.

ABSTRACT
Aim: To identify the familiarity and satisfaction of fathers with skin-to-skin contact (SSC) undertaken with the infant in the deliveries area.
Persons and method: Observational, descriptive, transversal and retrospective study, performed in Laredo Regional Hospital, by means of a telephone questionnaire, undertaken on fathers of children born by cesarean between January and December 2011.
Results: The sample was comprised of 107 surveyed parents. A total of 71% of fathers had prior knowledge of SSC, mostly acquired by means of healthcare professionals. The duration of SSC was >30 minutes in 63.6% of cases, and 71% observed an attempt to commence breastfeeding. The satisfaction perceived by fathers during SSC with the infant was evaluated as "good" or "very good" in all surveys (12.1% and 87.9%, respectively).
Conclusions: Most fathers had prior knowledge of SSC and evaluate their experience and satisfaction in this regard very positively, whereby continuing this practice would be recommendable.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.
©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Palabras clave: Piel con piel, padre, satisfacción, recién nacido.
Keywords: Skin to skin, father, satisfaction, infant.

INTRODUCCIÓN
Desde la Antigüedad, los recién nacidos han permanecido junto a sus madres en estrecho contacto, con el objetivo fundamental de mantener su temperatura y comenzar la alimentación^{1,2}. Este hábito ha sido necesario para garantizar la supervivencia del neonato^{3,4}. Pero a lo largo del siglo XX, en las sociedades industrializadas, en las que la mayoría de los bebés nacía en hospitales, los cambios en el manejo del parto y el recién nacido impusieron una pauta de separación temprana con el objetivo, no demasiado claro, de vigilar la correcta adaptación a la vida extruterina del neonato^{5,6}. En los últimos años, la tendencia es «volver a los orígenes», es decir, retomar la práctica de mantener al recién nacido junto a su madre⁷; sin embargo, las rutinas hospitalarias y la falta de entrenamiento de algunos profesionales de la salud pueden interrumpir de forma significativa la interacción madre-hijo, además de alterar las conductas innatas características en las primeras horas

Fecha de recepción: 14/10/13. Fecha de aceptación: 07/10/14.
Correspondencia: S. Silló Salas. Matrona. Servicio de Partos, Residencia Cantabria. Avda. Cardenal Herrera Orta, s/n. 39011 Santander. Correo electrónico: sasarillo@hotmail.com

Silló Salas S. Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. Matronas Prof. 2015; 16(3): 84-88.

84

Clinical Study

Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial

Er-Mei Chen,¹ Meei-Ling Gau,² Chieh-Yu Liu,² and Tzu-Ying Lee³

¹Keelung Hospital, Ministry of Health and Welfare, Keelung, Taiwan

²Graduate Institute of Nurse-Midwifery, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan

³Department of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan

Correspondence should be addressed to Meei-Ling Gau; meeling@ntunhs.edu.tw

Received 30 June 2016; Revised 23 November 2016; Accepted 20 December 2016; Published 17 January 2017

Academic Editor: Lesley Wilkes

Copyright © 2017 Er-Mei Chen et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

This study examines how skin-to-skin contact between father and newborn affects the attachment relationship. A randomized controlled trial was conducted at a regional teaching hospital and a maternity clinic in northern Taiwan. The study recruited 83 first-time fathers aged 20 years or older. By block randomization, participants were allocated to an experimental ($n = 41$) or a control ($n = 42$) group. With the exception of skin-to-skin contact (SSC), participants from each group received the same standard care. Both groups also received an *Early Childcare for Fathers* nursing pamphlet. During the first three days postpartum, the intervention group members were provided a daily SSC intervention with their respective infants. Each intervention session lasted at least 15 minutes in length. The outcome measure was the Father-Child Attachment Scale (FCAS). After adjusting for demographic data, the changes to the mean FCAS were found to be significantly higher in the intervention group than in the control group. We recommend that nurses and midwives use instructional leaflets and demonstrations during postpartum hospitalization, encouraging new fathers to take an active role in caring for their newborn in order to enhance father-neonate interactions and establish parental confidence. This trial is registered with clinical trial registration number NCT02886767.

1. Introduction

Perinatal care typically focuses on the postpartum mother and her newborn infants. Reflecting this phenomenon, most perinatal care research has focused on the mother during the pregnancy and birthing experience, excluding the feelings and functions of the father [1]. A qualitative study by Hsieh (2001) [2] found that new parents begin to experience parenting anxiety from the moment their child is born. They accumulate the experience necessary to realize their ideal parenting roles using adjustments, tradeoffs, trial and error, and external assistance. Apart from confronting the needs of new mothers and newborn infants, postnatal care delivered by nurses and midwives should benefit new fathers as well. For some men, the significance of being a father begins at childbirth [3].

Numerous studies have demonstrated the efficacy of “kangaroo care” (skin-to-skin contact, SSC) in stabilizing the blood-oxygen level, body temperature, and breathing

rate of neonates. Moreover, SSC reduces infant crying, enhances infant growth and development, stimulates early breastfeeding, increases lactation, and enhances the parent-child attachment relationship [4–7]. Further, parental SSC with one’s child that is performed with the intention of deepening attachment and emotional relationships has been shown to raise parental confidence toward child care [8]. Activities, such as allowing new fathers to see the face of their newborn, hug or touch their newborn, and engage in SSC, facilitate the role transition of expectant fathers [9, 10]. The first instance of intimate contact between a father and his child creates self-awareness for the former—who is a key provider for the newborn—and may further catalyze feelings of affinity and protectiveness [11].

New fathers have been shown not only to develop close emotional ties with their child 3 days postpartum, but also to invest and sustain a strong interest in him or her during this period [12, 13]. Consequently, skin-to-skin contact may help decrease parental anxiety and enhance the dependency

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

- O contacto pele a pele tem um efeito positivo sobre a vinculação paterna.
- Embora seja facilitado o contacto pele a pele mãe-filho e a amamentação imediatamente após o parto, atualmente poucos pais beneficiam do contacto pele a pele com o RN durante a hospitalização no pós-parto.
- O contacto pele a pele é um cuidado de saúde centrado na família, que não beneficia apenas a saúde fisiológica dos bebés, mas também facilitam a relação de apego entre pais e filhos.

(Chen, Gau, Liu e Lee, 2017)

Clinical Study

Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial

Er-Mei Chen,¹ Meei-Ling Gau,² Chieh-Yu Liu,² and Tzu-Ying Lee³

¹Keelung Hospital, Ministry of Health and Welfare, Keelung, Taiwan

²Graduate Institute of Nurse-Midwifery, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan

³Department of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan

Correspondence should be addressed to Meei-Ling Gau; meeling@ntunhs.edu.tw

Received 30 June 2016; Revised 23 November 2016; Accepted 20 December 2016; Published 17 January 2017

Academic Editor: Lesley Wilkes

Copyright © 2017 Er-Mei Chen et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

This study examines how skin-to-skin contact between father and newborn affects the attachment relationship. A randomized controlled trial was conducted at a regional teaching hospital and a maternity clinic in northern Taiwan. The study recruited 83 first-time fathers aged 20 years or older. By block randomization, participants were allocated to an experimental ($n = 41$) or a control ($n = 42$) group. With the exception of skin-to-skin contact (SSC), participants from each group received the same standard care. Both groups also received an *Early Childcare for Fathers* nursing pamphlet. During the first three days postpartum, the intervention group members were provided a daily SSC intervention with their respective infants. Each intervention session lasted at least 15 minutes in length. The outcome measure was the Father-Child Attachment Scale (FCAS). After adjusting for demographic data, the changes to the mean FCAS were found to be significantly higher in the intervention group than in the control group. We recommend that nurses and midwives use instructional leaflets and demonstrations during postpartum hospitalization, encouraging new fathers to take an active role in caring for their newborn in order to enhance father-neonate interactions and establish parental confidence. This trial is registered with clinical trial registration number NCT02886767.

1. Introduction

Perinatal care typically focuses on the postpartum mother and her newborn infants. Reflecting this phenomenon, most perinatal care research has focused on the mother during the pregnancy and birthing experience, excluding the feelings and functions of the father [1]. A qualitative study by Hsieh (2001) [2] found that new parents begin to experience parenting anxiety from the moment their child is born. They accumulate the experience necessary to realize their ideal parenting roles using adjustments, tradeoffs, trial and error, and external assistance. Apart from confronting the needs of new mothers and newborn infants, postnatal care delivered by nurses and midwives should benefit new fathers as well. For some men, the significance of being a father begins at childbirth [3].

Numerous studies have demonstrated the efficacy of “kangaroo care” (skin-to-skin contact, SSC) in stabilizing the blood-oxygen level, body temperature, and breathing

rate of neonates. Moreover, SSC reduces infant crying, enhances infant growth and development, stimulates early breastfeeding, increases lactation, and enhances the parent-child attachment relationship [4–7]. Further, parental SSC with one’s child that is performed with the intention of deepening attachment and emotional relationships has been shown to raise parental confidence toward child care [8]. Activities, such as allowing new fathers to see the face of their newborn, hug or touch their newborn, and engage in SSC, facilitate the role transition of expectant fathers [9, 10]. The first instance of intimate contact between a father and his child creates self-awareness for the former—who is a key provider for the newborn—and may further catalyze feelings of affinity and protectiveness [11].

New fathers have been shown not only to develop close emotional ties with their child 3 days postpartum, but also to invest and sustain a strong interest in him or her during this period [12, 13]. Consequently, skin-to-skin contact may help decrease parental anxiety and enhance the dependency

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

- Expandir a abordagem do contacto pele a pele com os pais pode ser uma estratégia de saúde eficaz, pois ajuda os pais a desenvolver autoconfiança e adotar uma perspectiva ativa e positiva na transição para a paternidade. Uma pequena percentagem de pais neste estudo expressou ansiedade sobre a técnica do contacto pele por falta de experiência.
- Os autores sugerem que futuras abordagens deste tema sejam realizadas em instituições de apoio pré-natal e incorporadas em cursos de preparação para o parto, permitindo tempo suficiente para a aprendizagem e a prática.

(Chen *et al.*, 2017)

O QUE NOS DIZ A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA?

Esc Anna Nery 2019,23(4):e20190100

RESEARCH | PESQUISA www.eaan.br **EAN**

Kangaroo method: perceptions on knowledge, potentialities and barriers among nurses

Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras
Método canguru: percepciones sobre el conocimiento, potencias y barreras entre enfermeros

Débora de Oliveira Ferreira
Maria Paula Custódio Silva
Tanyse Galoni
Bethania Ferreira Goulart
Jesielle Bonolo do Amaral
Divanice Contim

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Mestrado em Atenção à Saúde, Uberaba, MG, Brasil.
2. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar, Uberaba, MG, Brasil.
3. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento Distrital Científico de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Uberaba, MG, Brasil.

ABSTRACT
Objective: To analyze the knowledge, potentialities and barriers related to the implantation of the Kangaroo Method in the perception of nurses who work in the maternal-infant units of a school hospital. **Method:** An exploratory-descriptive research with a qualitative approach, guided by the Policy of Humanized Attention to the Low Weight Newborn, Kangaroo Method. **Period:** Held between January and March 2018, with eight nurses from a maternal-infant unit. **Data:** was collected between January and March 2018, through semi-structured interviews, transcribed and submitted to Thematic Content Analysis associated with Atlas Ti version eight resources. **Results:** Three categories emerged: Barriers to the development of the Kangaroo Method, Knowledge about the Kangaroo Method, and Potentialities of the Kangaroo Method. **Conclusions and implications for practice:** The nurses' speeches revealed partial knowledge, lack of practical experience and barriers related to team resistance and lack of institutional support, although they considered the method with potential benefits to provide bonding and indicate continuing education as a necessary strategy for its implementation.

Keywords: Infant; Newborn; Kangaroo-Mother Care Method; Nurses; Knowledge.

RESUMO
Objetivo: Analisar o conhecimento, as potencialidades e as barreiras relacionadas à implantação do Método Canguru, na percepção de enfermeiras que atuam nas unidades materno-infantis de um hospital-escola. **Método:** Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, orientada pela Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, Método Canguru. **Realizada:** entre janeiro e março de 2018, com oito enfermeiras de unidade materno-infantil. **Os dados foram coletados:** no período entre janeiro e março de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Temática associada aos recursos do Atlas Ti versão oito. **Resultados:** Emergiram três categorias: Barreiras para o desenvolvimento do Método Canguru; Conhecimento sobre o Método Canguru; e Potências do Método Canguru. **Conclusão e implicações para a prática:** Os discursos das enfermeiras revelaram conhecimento parcial, ausência de experiência prática e barreiras relacionadas à resistência de equipe e à falta de apoio institucional, embora considerem o método com potenciais benefícios para proporcionar a construção de vínculo e indiquem a educação permanente como estratégia necessária para sua implantação.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro; Método Canguru; Enfermeiras e Enfermeiras; Enfermagem Materno-Infantil.

RESUMEN
Objetivo: Analizar el conocimiento, las potencialidades y las barreras relacionadas con la implantación del Método Canguru en la percepción de enfermeras que actúan en unidades materno-infantis de un hospital-escola. **Método:** Investigación exploratoria-descriptiva, con abordaje cualitativo, orientada por la Política de Atención Humanizada al Recién Nacido de Bajo Peso, Método Canguru. **Realizada:** entre enero y marzo de 2018, con ocho enfermeras de unidad materno-infantil. **Los datos fueron recolectados:** en el período entre enero y marzo de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas, transcritas y sometidas al Análisis de Contenido Temático asociado a los recursos del Atlas Ti versión ocho. **Resultados:** Emergieron tres categorías: Barreras para el desarrollo del Método Canguru; Conocimiento sobre el Método Canguru; y Potencias del Método Canguru. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Los discursos de las enfermeras revelaron conocimiento parcial, ausencia de experiencia práctica y barreras relacionadas con la resistencia del equipo y la falta de apoyo institucional, aunque consideran el método con potenciales beneficios para proporcionar la construcción de vínculo e indiquen la educación permanente como estrategia necesaria para su implantación.

Palabras clave: Recién Nacido; Método Canguru; Enfermeras y Enfermeras; Enfermería Materno-Infantil.

Corresponding author:
Divanice Contim,
E-mail: d.contim@uoi.com.br

Submitted on 04/04/2019,
Accepted on 07/02/2019,
DOI: 10.1590/2177-9488-ean-2019-0100

ESCOLA ANNA NERY 23(4) 2019
1

- Os discursos das enfermeiras revelaram conhecimento parcial, ausência de experiência prática e barreiras relacionadas à resistência da equipe e à falta de apoio institucional, embora considerem o método com potenciais benefícios para proporcionar a construção de vínculo e indiquem a educação permanente como estratégia necessária para sua implantação.

(Ferreira, Silva, Galoni, Goulart, Amaral e Contim, 2019)



CONCLUSÃO

- O contacto pele-a-pele pode traduzir-se num cuidado que implica conhecer a parturiente/casal e as pessoas significativas, estabelecendo com elas uma relação de confiança, de forma a perceber quais as perceções sobre o contacto pele-a-pele e a promovê-lo, realizando educação para a saúde sobre os seus benefícios caso seja necessário.
- Desta forma, é fundamental que o enfermeiro procure proporcionar a possibilidade de o pai realizar o contacto pele-a-pele sempre que possível, mantendo as suas crenças e valores, fundamentando a esperança da sua concretização se for esse o seu desejo. Este processo implica estar com o pai e pessoa significativa ao longo de todo o trabalho de parto (parto vaginal ou parto por cesariana), assim como nas primeiras horas de vida do RN.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, N. (2017). *A influência do Contacto Pele a Pele após o nascimento e a amamentação*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Acedido em 16 de janeiro de 2020 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22675/1/A%20influência%20do%20contacto%20pele%20a%20pele%20após%20o%20nascimento%20e_%20a%20amamentação-%20Natalia%20bande.pdf.
- Bowlby, J. (1990). *Triologia do Apego e Perda* (1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Chen, E., Gau, M., Liu, C. e Lee, T. (2017). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Hindawi – nursing Research and Practice* (2017), pp. 1-8. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/8612024/>.
- Chimuco, A. (2017). *Vinculação Parental Materna e Paterna: uma comparação entre o pré e o pós-parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3027/1/TESE%20%20DE%20%20MESTRADO%20FINAL%202017%20UPGRAD ED.pdf>.
- Domingos, S. (2017). *O contacto pele-a-pele: dos conceitos às práticas no parto por cesariana*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de janeiro de 2020 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18970/1/Relatório%20Susana%20Domingos.pdf>.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernandes, C. (2017). *Ser Pai: O Ajustamento Diádico e a Vinculação Pré e Pós-natal Paterna ao Bebê*. Mestrado em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e de Aconselhamento), Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3071/1/Tese%20Final.pdf>.
- Ferreira, D., Silva, M., Galon, T., Goulart, B., Amaral, J., Contim, D. (2019). Kangaroo method: perceptions on knowledge, potentialities and barriers among nurses. *Escola Anna Nery*, 23 (4), pp. 1-7. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000400217&script=sci_abstract.
- Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E., e Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *Revista Científica Mundial* (2017) pp. 1-5. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082306>.
- Margalhos, M. (2018). *Contacto Pele a Pele Pai-Bebê: Promoção do Vínculo Afetivo no Pós-Parto*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem em Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de janeiro em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20971/1/relatório%20Sandra%20finalissimo.pdf>.
- Matos, M., Magalhães, A., Carneiro, T. e Machado, R. (2017). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 2 (22), pp. 261-271. Acedido em 17 de Janeiro de 2020 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000200261&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Salas, S. (2015). Experiencia del padre durante el contacto piel con piel con el recién nacido en el Hospital de Laredo. *Matronas Prof*, 16 (3), pp. 84-88. Acedido em 20 de janeiro de 2020 em <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-experiencia-del-padre-piel-con-piel.pdf>.
- Scism, A., Coob, R. (2017) - Integrative Review of Factors and Interventions That Influence Early Father-Infant Bonding. *JOGNN*. (46), 163170. Acedido em 14 de janeiro em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.09.004>.
- UNICEF (2010). *Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Acedido em 17 de janeiro em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>
- UNICEF (2011). *Skin-to-skin contact*. Acedido em 17 de janeiro em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/>
- Vilarica, L. (2019). *Envolver o pai no processo de nascimento: Uma estratégia para a promoção da ligação precoce pai/filho. Relatório final de estágio de natureza profissional*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29469/1/Relatório%20de%20estágio%20final%20%283%29...pdf>.



OBRIGADO