

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

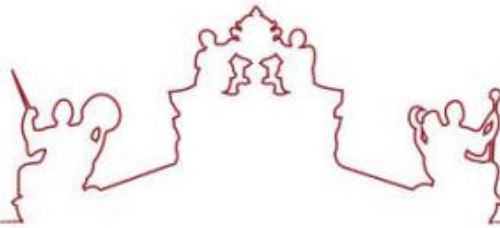
Relatório de Estágio

**Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade:
Perspetiva Paterna**

Helena Isabel Tomé Sousa

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

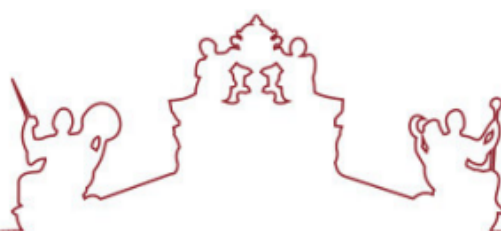
Relatório de Estágio

**Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade:
Perspetiva Paterna**

Helena Isabel Tomé Sousa

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Universidade de Évora e em particular à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus pela oportunidade de realizar este percurso académico

À Professora Doutora Maria Otília Brites Zangão pela disponibilidade e ensinamentos durante toda esta caminhada

Às colegas do curso pela luta que juntas partilhamos

A todas as orientadoras de estágio pela partilha de conhecimentos e pelas experiências fornecidas que em muito contribuíram para a melhor pessoa e profissional que sou hoje

Aos amigos/as por cada palavra

Ao Nuno pelos momentos de ausência

Aos meus pais e irmão pelo apoio e força dia após dia

Em especial à minha mãe, por nunca me ter deixado recuar e por tudo o que significa enquanto mulher e mãe.

Ao Leonardo
Pelos abraços nos regressos a casa

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	14
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	14
2.1.1. Caracterização do Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Unidade de Faro	15
2.1.2. Caracterização do Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Hospital José Joaquim Fernandes	16
2.1.3. Caracterização Unidade de Cuidados Continuados Olharmais do Centro de Saúde de Olhão	18
2.1.4. Caracterização do Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE	20
2.1.5. Caracterização do Serviço de Obstetrícia-Puerpério do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Unidade de Faro	22
2.1.6. Caracterização Bloco de Partos do Centro Hospitalar e Universitário - Unidade de Portimão	23
2.1.7. Análise dos dados estatísticos do Blocos de Parto da ULSBA, HGO e CHUA	25
2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	26
2.2.1. Objetivos	27
2.2.2. População Alvo	27
3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	29
3.1. CONCEPTUALIZAÇÃO	29
3.2. METODOLOGIA	34
3.2.1. Instrumento de recolha de dados	35
3.3.2. Amostra/População alvo	35
3.3.3. Abordagem	36
3.3.4. Resultados Obtidos	37
3.4.5. Análise dos Resultados	39
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	50
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	50

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	52
4.2.1. Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro	53
4.2.2. Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Hospital José Joaquim Fernandes	57
4.2.3. Unidade de Cuidados Continuados Olharmais- Centro de Saúde de Olhão	64
4.2.4. Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE	69
4.2.5. Serviço de Obstetrícia-Puerpério do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro.....	74
4.2.6. Bloco de Partos do Centro Hospitalar e Universitário - Unidade de Portimão	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	90
APÊNDICE A - Revisão da Literatura.....	91
APÊNDICE B - Proposta de Projeto de Estágio	92
APÊNDICE C - Entrevista	94
APÊNDICE D - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	97
APÊNDICE E - Apresentação da Sessão Trabalho de Parto e Bem-estar Fetal	98
APÊNDICE F - Apresentação da Sessão da Respiração durante o Trabalho de Parto .	105
APÊNDICE G - Apresentação da Sessão - Comunicação Intra Uterina.....	110
APÊNDICE H - Consulta de Enfermagem- Avaliação Inicial.....	118
ANEXOS	119
ANEXO A - Cronograma do Curso de Preparação para a Parentalidade e Nascimento	120
ANEXO B - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	121
ANEXO C - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve	122

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Organização temporal dos campos de estágio.....	14
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Número de Partos	26
Figura 2 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente	38

RESUMO

Objetivos: Analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Natureza Profissional, para aquisição de competências de enfermagem especializada no âmbito da saúde materna e obstétrica; descrever os resultados obtidos pela análise da perceção paterna acerca dos CPPP.

Método: Estágio realizado sob metodologia de supervisão clínica. A população foram todas as mulheres e casais das áreas de residência afetas às instituições onde decorreram os estágios, a amostra os pais cujo parto tenha ocorrido nas instituições onde decorreram os estágios e aos quais tenha prestado cuidados.

Resultados: Foram cumpridas as experiências do ensino prático. A pesquisa revelou que de uma forma geral, os pais consideram os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) como uma mais-valia na sua transição para a parentalidade.

Conclusões: Objetivos do estágio atingidos. Tendo em conta as suas distintas características, é necessário continuar a investir nas reais necessidades dos pais.

Descritores (DeCs): Parenting; Prenatal Education; Fathers; Midwifery; Men.

Childbirth Preparation and Parenting Courses: Paternal Perspective.

ABSTRACT

Goals: To analyze the activities developed during the Professional Nature Internship, for the acquisition of specialized nursing skills in the scope of maternal and obstetric health; description of the results obtained by the analysis of the paternal perception about the CPPP.

Method: Internship performed under clinical supervision methodology. The sample were all women and couples from the areas of residence related to the institutions where the internships took place, the sample was the parents whose births took place in the institutions where the internships took place and to whom they provided care.

Results: They were fulfilled as a practical teaching experience. The survey revealed that, in general, parents consider CPPP as an asset in their transition to parenthood.

Conclusions: Stage goals achieved. Considering their different characteristics, it is necessary to continue to invest in the real needs of parents.

Descriptors (DeCs): Parenting; Prenatal Education; Fathers; Midwifery; Men.

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora.

Deste modo, no âmbito da frequência do MESMO, com o intuito de obter o grau académico de mestre pela Universidade de Évora, e após conclusão do primeiro ano letivo, foi-nos proposta a realização de um Estágio de Natureza Profissional e elaboração do seu respetivo relatório final. De acordo com o Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) “os estágios têm como principal objetivo a aprendizagem do conteúdo funcional de uma determinada profissão/tema de investigação, desenvolvendo-se, em geral, sob a supervisão de um docente especialista da área e/ou a orientação de um profissional experiente, docente ou não” (p. 63).

O presente estágio, decorreu entre 17 de setembro e 28 de junho do ano letivo de 2018/2019 sob a orientação docente da Professora Doutora Maria Otília Brites Zangão, e com a supervisão clínica de especialistas/mestres em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Durante o respetivo período, foi-nos facultada a possibilidade de adquirir e desenvolver competências em diversos campos de estágio, nomeadamente nos serviços de ginecologia/grávidas, bloco de partos, cuidados de saúde primários e puerpério. Para além desta diversidade, o mesmo decorreu em instituições distintas, nomeadamente nos distritos de Faro, Beja e Setúbal.

Com o início do segundo ano letivo, foi-nos solicitado, para além do desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no decorrer do estágio de natureza profissional, a entrega de uma proposta de projeto de estágio acerca de uma temática de interesse, sobre a qual nos propuséssemos a estudar e aprofundar.

Terminado o primeiro ano letivo do MESMO, que proporcionou o contato com diferentes temas da área da saúde materna e obstétrica, foi suscitado um maior interesse por uma temática, nomeadamente os CPPP, mais especificamente a perspetiva paterna. A curiosidade por esta área surgiu, inicialmente, com a frequência da disciplina Preparação para o Nascimento, disciplina integrante do plano de estudos do MESMO da Universidade de Évora. Posteriormente, foi realizada uma breve pesquisa, onde foi possível constatar que se trata de uma área em estudo, contudo ainda pouco aprofundada, devido ao reduzido número de estudos encontrados.

Num passado recente, os estudos relativos à experiência de homens na transição para a parentalidade eram frequentemente extrapolados de pesquisas sobre a experiência materna ou através de relatos de mães sobre o comportamento dos pais (Halle et al., 2008). Apesar de continuarmos a verificar um conjunto de literatura que aborda as questões sobre a transição para a maternidade, a transição para a paternidade começa também a ser objeto de estudo de diversas investigações (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Contudo, na procura por respostas ligadas às questões relacionadas com a parentalidade do homem, tentou-se compará-lo com a mãe. A ideia do pai moderno, acabou por ser a de um pai tao bom que é igual à mãe, mas que deve ser entendido em si mesmo com base naquilo que o torna diferente da mãe, isto porque, as especificidades, características e talentos comuns aos homens, nenhuma mulher as terá iguais, pela simples razão de que é um ser diferente (Balacho, 2003).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015), a parentalidade caracteriza-se por “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (p.71).

No âmbito da educação pré-natal, os CPPP surgiram, com o objetivo de desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho. Estes, constituem-se como uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decurso da gravidez, uma vez que, são experiências que permitem 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 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015a).

A participação do pai e/ou de outra pessoa significativa para a grávida deve assim ser promovida. Contudo, é necessário ter em conta que os homens têm necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas relacionadas com a sua adaptação à paternidade. Assim, os pais evidenciam-se como uma figura de extrema importância, pelo que devem ser escutados, esclarecidos e apoiados (DGS, 2015a). Neste sentido, recentemente, a DGS (2020a) mobilizou esforços no sentido de promover novas formas de paternidade mais envolvidas e cuidadoras, promovendo a equidade entre homens e mulheres através do projeto “Iniciativa Mobilizadora da Paternidade Envolvida e Cuidadora”. Este

projeto, defende que, o homem deve ser entendido como verdadeiro (co)protagonista da ação, não como mero acompanhante das mulheres, quer seja numa consulta de planeamento familiar ou de vigilância da gravidez, ou num curso de preparação para o parto e parentalidade.

Desta forma, torna-se pertinente perceber em que sentido estas preocupações com a figura paterna se constituem como um foco de atenção das instituições e profissionais de saúde, através da realização de um estudo sobre a perspetiva paterna acerca dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade.

Enquanto estrutura, o relatório iniciar-se-á com a caracterização dos vários contextos clínicos onde decorreu o estágio de natureza profissional, onde se descrevem as práticas de cuidados de enfermagem especializados desenvolvidos, com o objetivo de demonstrar a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). De seguida, proceder-se-á à exposição do contributo da temática em estudo para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, onde se inclui a conceptualização, metodologia utilizada e resultados obtidos. Posteriormente irá ser realizada uma análise reflexiva acerca da temática em estudo efetuando uma correlação com o processo de mobilização de competências do EEESMO. Por fim, as considerações finais onde se efetuará uma síntese dos principais conceitos e contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como uma análise crítica das principais limitações e dificuldades e recomendações para futuras pesquisas.

Este relatório tem como objetivos, analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Natureza Profissional, para aquisição de competências de enfermagem especializada no âmbito da saúde materna e obstétrica e descrever os resultados obtidos pela análise da perceção paterna acerca dos CPPP.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o RAUÉ, despacho nº 3144/2019 de 21 de março. As normas utilizadas para referenciação bibliográfica serão as normas American Psychological Association (APA), 7ª edição.

De referir que, a terminologia adotada no início do estudo foi a de Curso de Preparação para a Parentalidade. Contudo, nas novas orientações da DGS (2020) é utilizada a terminologia, Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, tendo-se optado por seguir as novas orientações na elaboração deste relatório, não alterando, porém, os conteúdos provenientes da proposta de projeto.

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O enquadramento nos contextos onde se realizaram os estágios, demonstra-se como fundamental, dado que, permite compreender as diferentes metodologias do cuidar, adequadas a cada realidade organizacional e populacional. Paralelamente, demonstrar-se-á a metodologia utilizada na realização do estágio visando o cumprimento das competências específicas do EEESMO.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Durante todo o período de estágio, foram proporcionadas um vasto número de experiências nos diferentes campos de estágio que, em muito enriqueceram todo o percurso, quer pela diversidade das suas equipas como pelas diferentes estruturas e metodologias de trabalho que, adaptadas a cada realidade populacional, procuram dar uma resposta eficaz e adequada às suas necessidades. A caracterização temporal que se expõe na Tabela 1, apresenta-se numa ordem cronológica tendo em conta o seguimento dos diferentes campos de estágio ao longo do ano letivo.

Tabela 1- Organização temporal dos campos de estágio

INSTITUIÇÃO/ SERVIÇO	PERÍODO TEMPORAL
1º SEMESTRE	
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro Serviço de Ginecologia	17/09/2018 a 26/10/2018
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE Serviço de Obstetrícia	29/10/2018 a 7/9/2018
Centro de Saúde de Olhão Unidade de Cuidados Continuados Olharmais	10/10/2018 a 21/12/2018 Interrupção para férias 7/1/2019 a 1/2/2019
2º SEMESTRE	
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Unidade de Faro Serviço de Obstetrícia/Puerpério	11/2/2019 a 24/3/2019
Hospital Garcia de Orta, EPE Bloco de Partos	25/ 3/2019 a 14/04/2021 Interrupção para férias 23/4/2019 a 28/04/2019
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Unidade de Portimão Bloco de Partos	29/04/2019 a 24/05/2019 Interrupção para férias 2/06/2019 a 28/06/2019

2.1.1. Caracterização do Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Unidade de Faro

O Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Entidades Públicas Empresarial (CHUA, E.P.E.), resultou, em 2017, da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Este caracteriza-se como uma das unidades hospitalares de referência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e assume a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve, garantindo a segurança da saúde de todos os que habitam ou visitam a região (SNS, 2021a). No ano de 2020 o CHUA deu resposta a uma população residente de cerca de 438 mil habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021a).

No ano de 2018, no setor público do Algarve, foram realizadas 2343 cirurgias na área de ginecologia/obstetrícia (INE, 2020). Relativamente ao cancro, na mulher, o cancro da mama é o mais comum e representa cerca de 30% do total de casos de cancro na mulher. De notar que, na europa a região sul de Portugal é onde se verifica a maior taxa de incidência (SNS, 2021c).

O serviço clínico de ginecologia do CHUA-Unidade de Faro, é composto pela urgência, consulta de especialidade e internamento de ginecologia. A urgência, possui uma equipa de atendimento especializado em urgência/emergência obstétrica e ginecológica, e o seu acesso é realizado pela urgência geral. Relativamente às consultas de especialidade, a mulher tem ao seu dispor, consultas de ginecologia geral, patologia do colo, ginecologia oncológica, senologia, apoio à infertilidade, planeamento familiar e uroginecologia.

O internamento de ginecologia, local onde decorreu o estágio, tem uma equipa formada por médicos ginecologistas/obstetras, duas EEESMO, onde se inclui a enfermeira chefe, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, enfermeiras de cuidados gerais, assistentes operacionais e administrativas. Este, situa-se no quinto piso e é composto por diferentes gabinetes, salas de tratamentos e enfermagem e sete enfermarias que contemplam 17 unidades de tratamento. Por cada turno, estão escalados três enfermeiros para prestação cuidados, sendo que, como apenas existe um EEESMO na prestação direta de cuidados na equipa, a sua presença só se verifica em alguns dias.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019c), existem um número mínimo de EEESMO por turno, de forma a garantir as dotações seguras em cada serviço, que nesta situação seria de um EEESMO em permanência durante as 24 horas. Pelas competências que o EEESMO adquire durante o seu processo formativo, e ao longo da sua experiência profissional, torna-se assim evidente que para estas mulheres seria uma mais-valia poderem

ter continuamente acesso a profissionais com conhecimentos especializados na área da saúde materna e obstétrica, podendo assim usufruir de cuidados de qualidade com base em evidência científica. Diariamente, é realizada uma distribuição das utentes pelos enfermeiros escalados em cada turno, caso existam utentes internadas por motivo de interrupção da gravidez, estas são atribuídas ao EEESMO.

O internamento de ginecologia, procura dar resposta a utentes com necessidade de internamento médico e /ou cirúrgico que careçam de cuidados de saúde com patologia do foro da senologia, ginecologia, oncologia/ginecologia. Paralelamente, é responsável, pelo internamento de mulheres sujeitas a interrupção da gravidez, nas situações previstas pelo quadro legal do nosso país, aquando da necessidade de cuidados de saúde hospitalares. De notar que, em 2018, a interrupção da gravidez até às 10 semanas pelo método medicamentoso foi de 67,6%, sendo que nas instituições públicas o medicamentoso ocorreu em 92,7% dos casos, enquanto nas privadas predominou o método cirúrgico com 93,3% (DGS, 2019).

Neste serviço, a admissão é realizada através de internamento programado para cirurgia e/ou por encaminhamento após episódio de urgência/ consulta das especialidades referidas anteriormente. O horário das visitas inicia-se às 13:00h e termina às 21:00h (1 visita), sendo que entre as 13:00h e as 16:00h e as 19:00h e as 21:00h destina-se a visita familiar e o período entre as 16:00h e as 19:00h destina-se a visita social. Os registos de enfermagem são realizados informaticamente no SClinco®.

2.1.2. Caracterização do Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Hospital José Joaquim Fernandes

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), é uma entidade pública empresarial integrada no SNS que resultou de uma preocupação pela mais-valia que pode trazer à efetiva prestação de cuidados aos cidadãos a articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados (USLBA, 2018). Esta instituição dá resposta à população residente do Baixo Alentejo, exceto o concelho de Odemira, que em 2020 era de cerca de 155 mil habitantes (INE, 2021a).

De forma a dar resposta à grande dispersão geográfica da população da área de influência da ULSBA, esta entidade estabeleceu como objetivos, a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. Para tal, atua em três níveis de prestação de cuidados, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde

Hospitalares e Cuidados Paliativos (USLBA, 2018). Relativamente aos Cuidados de Saúde Hospitalares, podemos identificar como parte integrante desta unidade o Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF), no qual decorreu o segundo contexto do estágio.

O serviço de obstetrícia deste hospital situa-se no quinto piso, onde se encontra a urgência de ginecologia/obstetrícia, bloco de partos, internamento de grávidas e internamento de puerpério. A equipa é constituída por médicos obstetras, elementos EEESMO e enfermeiras de cuidados gerais, assistentes operacionais e administrativas. Para além disso, existe uma estreita colaboração com médicos anestesistas e pediatras, bem como com as restantes especialidades. Relativamente à equipa de enfermagem, em cada turno existe, um elemento EEESMO responsável pela urgência de ginecologia/obstetrícia e internamento de grávidas, outro elemento EEESMO no bloco de partos e um enfermeiro de cuidados gerais no internamento do puerpério.

A ULSBA procura dar resposta a todas as grávidas do Baixo Alentejo que necessitem de cuidados de saúde hospitalares. No ano de 2019, ocorreram nesta instituição 1012 partos, sendo que 522 foram eutócicos, 315 foram cesarianas e 175 corresponderam a partos distócicos/outros (PORDATA, 2021).

No que respeita ao seu espaço físico, o serviço de obstetrícia é composto por uma sala de urgência ginecológica /obstétrica; um bloco de partos composto pela sala de parto A, sala de parto B e uma sala para os cuidados imediatos ao recém-nascido; duas enfermarias destinadas ao internamento de grávidas num total de cinco unidades; cinco enfermarias destinadas ao internamento de puerpério num total de catorze unidades, gabinetes e salas de trabalho para médicos e enfermeiros, registo do recém-nascido, copa de leites e secretariado. Cada sala de parto está equipada com todo o material necessário aos profissionais de saúde durante o trabalho de parto, equipamento de monitorização cardiotocográfica, com e sem wireless, bem como música ambiente, caso a grávida assim o deseje.

Relativamente ao circuito de internamento grávida, nas situações em que esta esteja em fase ativa do trabalho de parto, esta é admitida diretamente para a sala de partos. A decisão da admissão da grávida no internamento de grávidas, pode ocorrer por início de trabalho de parto espontâneo, em fase latente, ou para início de indução do trabalho de parto, numa gestação de termo. Por outro lado, pode ocorrer também o internamento de grávidas com patologia associada que necessitem de cuidados de saúde especializados com baixo risco de parto pré-termo. Quando existe risco de parto pré-termo, desde que reunidas todas as condições clínicas, poderá ser necessário proceder à transferência da mesma para um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), uma vez que, o HJJF designa-se como

Hospital de Apoio Perinatal (HAP). Para se proceder à transferência, é contactado o hospital de destino, de forma que, se consiga efetuar uma gestão das vagas existentes na origem e no destino. No caso do ULSBA, que pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo, as transferências são realizadas, tendo em conta primeiramente a rede de referenciação estabelecida, que neste caso será para o Hospital Garcia de Orta (SNS, 2015).

Durante o internamento, a grávida/puérpera tem direito a dois períodos de acompanhamento destinados a um familiar/amigo, que engloba o período entre as 11:30h e as 13:30h e entre as 18:30h e as 20:00h. Tem ainda direito a um período de visita social entre as 14:30h e as 16:30h que se destina a duas visitas em rotação. Durante o trabalho de parto, a grávida tem direito, a seu pedido, a um acompanhante a tempo inteiro, quer seja o futuro pai ou pessoa significativa que o substitua.

Os registos das intervenções realizadas às utentes e recém-nascido são efetuados informaticamente no SClinco[®], exceto as utentes que apenas se dirigem à urgência, onde os registos são efetuados informaticamente no Alert[®].

2.1.3 Caracterização Unidade de Cuidados Continuados Olharmais do Centro de Saúde de Olhão

A Unidade de Cuidados Continuados (UCC) Olharmais é uma unidade de cuidados continuados pertencente ao Centro de Saúde de Olhão, inserido no Agrupamento de Centros de Saúde Centro (ACES Central) da ARS do Algarve, IP. A sua intervenção, tem como alvo a população residente no concelho de Olhão, que no ano de 2020 era cerca de 44 mil habitantes (INE, 2021a). Esta unidade tem ao seu dispor um conjunto de serviços incluídos numa carteira básica e numa carteira adicional. A sua missão define-se como “*prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, ou dependência física, funcional ou doença, que requeira acompanhamento próximo [...]*” (SNS, 2017, s/p).

A equipa é composta por assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermeiros (onde se incluem dois EEESMO), técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos superiores de saúde. O seu horário de funcionamento é das 8:30h às 20:00h de segunda a sexta, e sábados das 8:30h às 16:00h apenas com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Enquanto espaço físico, a UCC Olharmais é composta por vários gabinetes destinados às diferentes áreas de atuação como sendo coordenação, ECCI, cantinho de

amamentação, reuniões, higiene oral, assistente social, nutricionista, intervenção precoce, secretariado, e tem ainda ao dispor uma sala de formações e um ginásio.

Na área de intervenção do EEESMO, e dentro da carteira básica desta unidade, existem, ao dispor da população, o Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP) englobando o pré-parto, pós-parto e massagem infantil, bem como o Cantinho da Amamentação, sendo este último, parte integrante dos serviços da carteira adicional. Estes serviços, surgiram para responder às necessidades na área da saúde materna e infantil, pelo número de nascimentos existentes no concelho, que no ano de 2020, segundo o INE (2021b), foram 403 nascimentos.

Os CPNP estão organizados em 14 sessões de duas horas, duas vezes por semana, definidas através de um cronograma realizado para cada curso (Anexo A). Existe ao dispor dos pais, dois grupos com dois horários distintos a decorrer em simultâneo, sendo que um deles decorre entre as 9:30 e as 11:30h e o outro grupo entre as 17:00 e as 19:00h. A existência destes dois horários, veio procurar disponibilizar aos pais duas alternativas horárias, de forma que lhes seja possível conciliar o curso com os seus horários laborais. O CPNP é ministrado por um conjunto de profissionais de saúde, em que seis sessões estão atribuídas ao EEESMO, duas sessões ao fisioterapeuta, duas à nutricionista, duas à enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária, uma à psicóloga e uma à higienista oral.

Para ter acesso ao CPNP, durante o seguimento da gravidez, na Unidade de Saúde Familiar (USF), é entregue pelo enfermeiro de família, um formulário à grávida que deve ser preenchido por ambos e encaminhado para a EEESMO na UCC. Posteriormente, a grávida é contactada telefonicamente pelo EEESMO, para que seja efetuado o agendamento do início do curso.

O curso de massagem infantil é ministrado pela fisioterapeuta e é realizado uma vez por semana numa sessão de duas horas. O curso do pós-parto é ministrado por uma EEESMO, fisioterapeuta, nutricionista e tem a duração de quatro semanas. O cantinho de amamentação faz parte da carteira adicional, e pretende dar resposta a todas as puérperas do concelho que se dirijam ao mesmo.

Os registos das intervenções realizadas às utentes e recém-nascido são realizados em documentos próprios e informaticamente no SClinco®

2.1.4. Caracterização do Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE

O Hospital Garcia de Horta (HGO) tem como missão, prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, e em algumas especialidades à zona sul do país, de acordo com o contrato celebrado com o Ministério da Saúde e regras de contratualização com subsistemas de saúde. Neste momento, tem como população de influência cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal sendo que nas áreas de neonatologia e neurocirurgia dão ainda resposta à população de toda a península de Setúbal (SNS, 2021b).

O HGO é responsável por um vasto número de grávidas dado que se trata do HAPD geograficamente mais próximo de toda a região sul, logo a seguir ao CHUA. No ano de 2019, ocorreram nesta instituição 2800 partos, sendo que destes 1681 foram eutócicos, 784 cesarianas e 335 outros/distócicos (PORDATA, 2021).

O Bloco de Partos do HGO, situa-se, a par do serviço de ginecologia e urgência de ginecologia/obstetrícia, no primeiro andar do edifício. Este dispõe de quatro salas de parto individuais, uma sala de observação com capacidade para quatro camas, sala de cuidados imediatos ao recém-nascido, duas salas operatórias e uma sala de cuidados especiais com capacidade para duas camas. São assegurados os cuidados de saúde a todas as grávidas e puérperas em situações de baixo, médio e alto risco. Os blocos operatórios, destinam-se a dar resposta exclusivamente a cirurgias das especialidades de ginecologia/obstetrícia programadas ou de urgência/emergência, onde se incluem as cesarianas. A sala de cuidados especiais é destinada ao puerpério imediato, recobro anestésico e vigilância /tratamento de utentes com patologia na gravidez que exija vigilância hemodinâmica constante. Após o parto, as puérperas e recém-nascido, permanecem cerca de duas horas no bloco de partos de modo a cumprirem o puerpério imediato, após este período e reunidas as condições clínicas, ambos são transferidos para o serviço de internamento de puerpério no quinto piso.

Quando as grávidas recorrem ao serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia, é feita uma avaliação da mesma no que se refere ao seu estado de saúde e do feto, através de realização de cardiotocografia, avaliação de parâmetros vitais, e caso seja necessário, outros exames/análises tendo em conta a pertinência dos mesmos. Dependendo do motivo/queixas da recorrência ao serviço de urgência, e após ser feita a avaliação opta-se ou não pelo internamento no serviço de grávidas /bloco de partos. No caso das grávidas com gestação de termo, sem início de trabalho de parto e com indicação para indução do mesmo, são encaminhadas para o internamento de grávidas para darem início à indução do trabalho de

parto. No caso das grávidas em trabalho de parto, dependendo da fase, latente ou ativa, é encaminhada para a sala de observação/sala de partos, respetivamente.

Nas situações, onde existe patologia obstétrica/materna, como por exemplo pré-eclampsia, síndrome de HELLP, ameaça de parto pré-termo, com diferentes causas e/ou alteração do estado de saúde por patologia prévia à gravidez, em fase e com necessidade de internamento, dependendo da patologia e gravidade da mesma, este pode ocorrer no serviço de grávidas ou na sala de observação. Nesta sala, é possível realizar uma vigilância obstétrica e hemodinâmica contínua da gravidez, devido a todos os recursos disponíveis.

Pela necessidade de resposta constante a várias instituições, esta metodologia de organização do internamento das grávidas, permite uma melhor gestão das salas de partos, dado que, como são ocupadas apenas por mulheres em fase ativa do trabalho de parto, evitam-se, frequentemente, partos em lugares que não o local mais indicado, permitindo que as mulheres tenham as melhores condições oferecidas pela instituição para um momento tão importante nas suas vidas.

Cada sala de partos está equipada com uma marquesa de parto, equipamento de monitorização cardiotocográfica com e sem wireless, e cada mulher tem ao seu dispor diversos recursos não farmacológicos para alívio da dor, tais como bola de pilates, rebozo, música ambiente, entre outros. Possui ainda um banco de parto se assim o desejar, e um cadeirão destinado ao seu acompanhante.

O horário de visitas no internamento de grávidas para o pai/companheiro e filhos, engloba o período das 13:00h às 14:00h e das 19:00h às 20:00h, para as restantes visitas (familiares e amigos) esta designado o período entre as 17:00h e as 18:30h. No bloco de partos não são permitidas visitas, contudo a grávida tem o direito, durante todo o trabalho de parto e puerpério imediato, se assim o desejar, de um acompanhante.

A equipa é composta por médicos obstetras, EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais; assistentes operacionais e assistentes técnicas, contando ainda com o apoio permanente de médicos anestesistas e pediatras, bem como de todas as especialidades médicas e cirúrgicas existentes HGO. Em cada turno, encontram-se no serviço quatro enfermeiros, três EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, que são responsáveis pelas utentes internadas no serviço bem como por dar assistência ao bloco operatório para cirurgias planeadas ou de urgência.

Os registos das intervenções realizadas às utentes e recém-nascidos são efetuados informaticamente no SCLinco®.

2.1.5. Caracterização do Serviço de Obstetrícia-Puerpério do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Unidade de Faro

A procura da excelência do serviço de obstetrícia do CHUA- Unidade de Faro é uma constante e encontra-se envolvido em projetos de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente «Maternidade com Qualidade» e «Hospital Amigo dos bebés», estando desde 2014 certificado, pela DGS, com nível de qualidade bom (SNS, 2021a). Tendo por base, o trabalho em equipa e a multidisciplinaridade, articula-se com os serviços de pediatria, neonatologia, ginecologia, anestesiologia, psicologia clínica, psiquiatria, cirurgia geral e de medicina interna, diabetologia e nutrição (SNS, 2021a).

O serviço de obstetrícia do CHUA- Unidade de Faro encontra-se situado no quinto piso. Neste piso podemos encontrar ainda os internamentos de ginecologia, grávidas e puerpério e a urgência de ginecologia/obstetrícia, onde se inclui também o bloco de partos onde se inclui uma sala operatória destinada às cesarianas.

A equipa do serviço de obstetrícia-puerpério, local onde decorreu o estágio, é composta por enfermeiros, médicos obstetras e pediatras, assistentes operacionais e administrativas. A equipa de enfermagem é composta por enfermeiras de cuidados gerais, um EEESMO e duas enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica. No turno da manhã podemos encontrar quatro enfermeiros de cuidados gerais e por vezes, um EEESMO, uma vez que o serviço apenas possui um EEESMO na equipa. Esse número reduz-se para três no turno da tarde e noite. Do mesmo modo, não se verifica o rácio de EEESMO's definidos para o internamento de puerpério, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019c) deve ser de um EEESMO para seis puérperas.

O internamento no serviço, ocorre por puérperas transferidas do bloco de partos ou por puérperas com necessidade de reinternamento durante o puerpério tardio. O puerpério precoce é definido como o período que decorre até ao fim da primeira semana e o puerpério tardio até às 6 semanas após o parto (Ferreira, 2016). Após cumprirem o puerpério imediato no bloco de partos, confirmando-se a estabilidade hemodinâmica, são então transferidas juntamente com o recém-nascido, salvo nas situações em que este necessite de cuidados diferenciados na unidade de neonatologia.

O serviço é composto por 34 unidades de internamento divididas em 10 enfermarias de 3 unidades e 4 quartos individuais. Para além disso, possui um gabinete para o projeto denominado Alta Segura. Este projeto destina-se à realização de ensinamentos, aos pais, acerca dos cuidados a ter com a segurança e a prevenção de acidentes em casa e na rua, onde se inclui a correta colocação nos bebés nas cadeiras de transporte. Este ensinamento, é realizado no

dia da alta por uma enfermeira, em que para além da exposição de um vídeo que aborda questões de segurança de forma a prevenir acidentes, é requerido aos pais, que coloquem em prática o ensino acerca da correta colocação do recém-nascido na cadeira de transporte.

Neste mesmo gabinete, funciona o cantinho da amamentação, com um horário de funcionamento das 9:00h às 17:00h. A todas as mulheres no momento da alta, é disponibilizada esta informação, bem como o contacto telefónico de modo que possam entrar em contacto com o cantinho para esclarecimento de questões. Poderá ainda, caso a enfermeira considere pertinente, ser efetuada a marcação de uma consulta presencial, para observação da mamada, onde são efetuadas sugestões e esclarecidas dúvidas, bem como proceder à pesagem do recém-nascido. Para além disso, cerca de uma semana após a alta, são contactadas as puérperas, de modo a perceber a adaptação entre a tríade.

Existe ainda, o gabinete destinado ao “nacer cidadão”, sala de trabalho de enfermagem e uma sala de cuidados ao recém-nascido utilizada para observação do recém-nascido, realização de colheitas e diferentes ensinamentos, tais como o banho.

Os registos das intervenções realizadas às utentes e recém-nascido são efetuados informaticamente no SCLinco®.

2.1.6. Caracterização Bloco de Partos do Centro Hospitalar e Universitário - Unidade de Portimão

No segundo piso do CHUA- Unidade de Portimão, encontra-se o Serviço de Obstetrícia que engloba o internamento de ginecologia, o bloco de partos, onde se inclui um bloco operatório destinado às cesarianas e serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, e o internamento de obstetrícia-puerpério, local onde, no caso de necessidade, poderão ser internadas grávidas com necessidade de vigilância sem risco de parto pré-termo.

Esta unidade hospitalar, devido à sua localização geográfica é responsável, a nível público, por dar resposta às grávidas com residência no Barlavento Algarvio bem como, frequentemente às grávidas provenientes do litoral do Baixo Alentejo, uma vez que, a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano não possui unidade de obstetrícia.

No ano de 2019 verificaram-se, nesta instituição, 3813 partos, sendo que, 2650 foram partos por via vaginal e 1163 partos por cesariana. Estes valores são referentes a todo o CHUA, onde se inclui a Unidade de Portimão e Faro não tendo sido possível verificar com exatidão os números específicos de cada unidade (SNS, 2021d).

O Bloco de Partos, no qual decorreu o estágio, tem como missão a “assistência às grávidas na preconceção gravidez, parto e puerpério. Este encontra-se, desde 2008,

certificado pela Organização Mundial de Saúde/ *United Nations International Children's Emergency Fund* (OMS/UNICEF) como «Hospital Amigo dos Bebés», procurando deste modo, a promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, disponibilizando a ajuda necessária a mães e bebés” (SNS, 2021^a, s/p).

A equipa do Bloco de Partos do CHUA- Unidade de Portimão, é composta por médicos obstetras, enfermeiras de cuidados gerais e EEESMO, assistentes operacionais e assistentes técnicas, contando ainda com a colaboração dos serviços clínicos de pediatria, anestesiologia, bem como os demais serviços que sejam necessários. Em cada turno, existem dois elementos EEESMO, distribuídos pela sala de partos e urgência, uma enfermeira de cuidados gerais destinada à unidade de recobro, bem como duas enfermeiras de cuidados gerais distribuídas na sala operatória.

Ao dispor da grávida em trabalho de parto, esta instituição possui um conjunto de medidas não farmacológicas de alívio da dor tais como, música (regulável pela grávida), deambulação, bola de pilates, controlo de iluminação na sala, ingestão de alimentos e kit para massagem de relaxamento e alívio da dor. Para além disso, a grávida e o acompanhante têm ainda a possibilidade de entregar um plano de parto disponibilizado pela instituição. Para aceder a este plano de parto devem, entre as 28 e 32 semanas, aceder ao site da instituição, preencher devidamente o documento e em conjunto com uma carta dirigida ao diretor e enfermeira chefe, enviar por correio eletrónico.

Relativamente à sua disposição física, o bloco de partos é composto por uma ala destinada à urgência de ginecologia/obstetrícia, existindo duas salas reservadas a atender utentes do foro ginecológico e duas salas de urgência destinadas às grávidas. Existe ainda um gabinete equipado com dois cardiocógrafos para vigilância do bem-estar materno-fetal aquando da recorrência das grávidas a este serviço.

Para além disso, existe ainda, uma ala composta por cinco salas de parto, duas salas destinadas ao puerpério imediato e um bloco operatório a funcionar entre as 8:00h e as 20:00h onde se realizam cesarianas eletivas e urgentes, bem como cirurgias do foro ginecológico. Caso exista necessidade de realizar uma cirurgia/cesariana de urgência fora deste horário, estas ocorrem no bloco operatório central com a própria equipa. Existe ainda um conjunto de salas e gabinetes de trabalho para médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativa.

Cada sala de parto, está equipada com todo o material necessário aos profissionais de saúde para a prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto, onde se inclui um cardiocógrafo com e sem wireless e uma bancada para os cuidados imediatos ao recém-

nascido. A grávida tem ainda ao seu dispor um conjunto de medidas não farmacológicas para alívio da dor, tais como, música ambiente, bola de pilates, um kit de massagem de relaxamento e alívio da dor e controlo de iluminação.

No que respeita ao percurso da grávida, quando esta recorre ao serviço de urgência, é feita uma primeira avaliação do bem-estar materno-fetal, através da monitorização cardiotocografia, avaliação de parâmetros vitais, colheita de sangue para análises e outros exames que sejam oportunos. Assim, dependendo do motivo da recorrência ao serviço de urgência, avalia-se a existência de critérios para o internamento no bloco de partos ou no serviço de obstetrícia. No caso de uma gestação de termo, com indicação para indução de trabalho de parto, por REBA, ou em caso de trabalho de parto em fase latente ou ativa, esta é admitida imediatamente numa das salas de parto.

Por outro lado, caso se verifique a ameaça de parto pré-termo, proceder-se-á, reunidas as condições clínicas, à transferência da grávida para um HAPD. Embora esteja integrado no CHUA, a Unidade de Portimão não se constitui como um HAPD. Deste modo, a Unidade de Faro encontra-se como sua primeira opção, seguindo-se, de acordo com a rede de referenciação Hospitalar, o HGO (SNS, 2015).

Após o parto, a puérpera e o recém-nascido, são transferidos para o recobro para cumprir o puerpério imediato, e em caso de estabilidade hemodinâmica, a díade é posteriormente transferida para o serviço de obstetrícia.

No que respeita às visitas, estas não são permitidas nas salas de parto, contudo, a grávida tem a possibilidade de estar acompanhada pelo pai/pessoa significativa, durante todo o período em que se encontra no bloco de partos.

Os registos das intervenções realizadas às utentes e recém-nascido são realizados informaticamente no SCLinco®.

2.1.7. Análise dos dados estatísticos do Blocos de Parto da ULSBA, HGO e CHUA

De acordo com os dados obtidos, podemos verificar que o maior número de partos ocorreu no CHUA, facto que se relaciona com a assistência a um maior número de habitantes, por ser, no Algarve, a única instituição pública com bloco de partos.

Analisando a percentagem de partos via vaginal e partos por cesariana, podemos concluir que a percentagem de cesarianas foi de 31,1% na ULSBA, 28% no HGO, e 30,5% no CHUA. De acordo com a OCDE (2019), em Portugal o número médio de cesarianas encontra-se nos 32,5 %. Assim, pode-se constatar que nestas instituições, no ano de 2019, a

taxa de cesarianas foi inferior à média nacional, sendo que o CHUA ultrapassou a média europeia de 28,1% (Fig. 1).

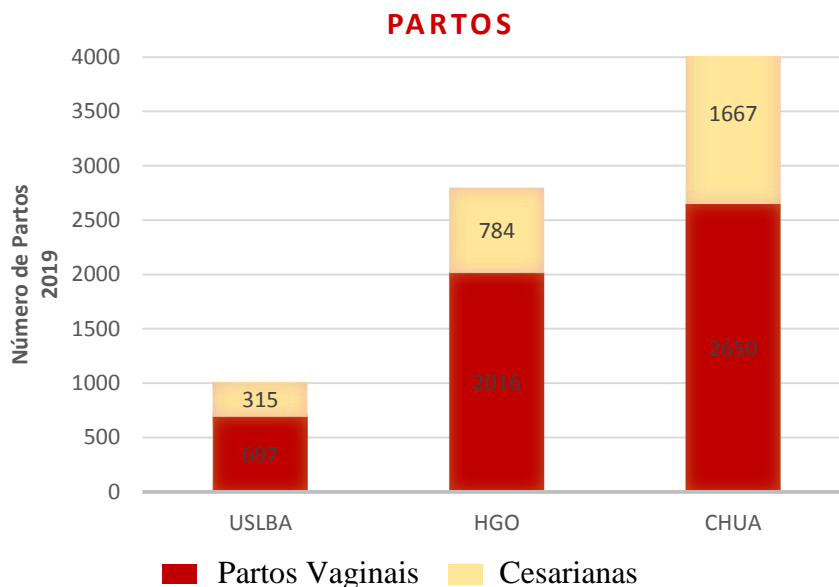


Figura 1 - Número de Partos

2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Para que um conhecimento possa ser considerado científico, é necessário identificar as operações mentais e as técnicas que permitem a sua verificação, ou seja, determinar o método que possibilita chegar ao conhecimento. A metodologia consiste assim como o caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade (Vilelas, 2017).

Para atingir este conhecimento, e considerando o estágio de natureza profissional, podemos afirmar que a metodologia utilizada para atingir este conhecimento foi a supervisão clínica. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018) a supervisão clínica demonstra-se como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, que visa estruturar a aprendizagem, construir conhecimento e desenvolver competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo procura promover a decisão autónoma do supervisionado, como objetivo de desenvolver competências no âmbito do estágio por meio da valorização da proteção da pessoa, segurança e qualidade dos cuidados.

2.2.1. Objetivos

Iniciado o estágio, foram definidos objetivos pessoais de aprendizagem que procuram dar resposta ao conjunto de competências específicas do EEESMO estabelecidos no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, despacho nº 391/2019. Deste modo, estabeleceram-se como objetivos de estágio que vão ao encontro deste mesmo regulamento:

- a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional;
- b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2.2.2. População Alvo

A população alvo define-se como sendo a população do objeto de estudo (INE, 2021c). Assim, a população alvo do estágio define-se então como sendo todas mulheres/casais das áreas de residência afetas às instituições onde decorreram os estágios, nomeadamente no Algarve, Baixo Alentejo e Península de Setúbal, bem como aquelas que, apesar de a área de residência não estar inserida nestes distritos, são o hospital de referência com resposta na área da saúde materna e neonatologia mais próximo.

Um aspeto importante durante os contextos de estágio realizados no CHUA, quer na Unidade de Faro como na Unidade de Portimão, foi a elevada afluência de casais estrangeiros provenientes de países como o Bangladesh, Nepal e Índia. Este aspeto, tem como base o aumento do número de pessoas destas nacionalidades a residir em Portugal, com aumentos em 2018 de 165,1%, 141,2%, e 127,3%, respetivamente face a 2017 (Serviço de Estrangeiros e Fonteyras [SEF], 2019). Em 2020 a distribuição geográfica da população estrangeira, incidiu sobretudo no litoral, sendo que 68% está registada nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal, totalizando 450.074 cidadãos residentes, por oposição a 405.089 em 2019 (SEF, 2021).

No caso do HGO, por ser um HAPD, para além da população residente na região correspondente, a população que recorre a este hospital poderá também advir de toda a Península de Setúbal, Algarve, Baixo Alentejo, Litoral Alentejano e Alentejo Central. Por outro lado, o facto de o Estágio de Natureza Profissional ter decorrido maioritariamente região do Algarve, local privilegiado para férias, conduziu a que os cuidados prestados, por vezes, ocorressem a mulheres/casais fora da sua área de residência por necessidade de recorrerem a uma instituição hospitalar.

3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Contribuir para uma prática baseada na evidência, torna-se uma mais-valia para o processo contínuo de formação do EEESMO, e conseqüentemente para uma melhoria dos cuidados prestados. No presente capítulo, procura-se descrever quais as estratégias utilizadas e conseqüentes contributos que o estudo realizado tem para esse processo.

3.1. CONCEPTUALIZAÇÃO

Gerar uma nova pessoa, traduz-se numa adaptação a uma nova situação de ser mãe/pai e a uma modificação fisiológica corporal que culmina no desfecho do nascimento de uma criança. A forma como se vivem estas transições e transformações é individual e única (DGS, 2015a). O EEESMO, assume assim, um papel de extrema relevância neste momento de adaptação a um novo desafio que é a parentalidade. A literacia em saúde evidencia-se como um aspeto fundamental nesta adaptação, e os CPPP surgem assim como um momento privilegiado de contato com os pais, onde, através da partilha de conhecimentos, baseados em evidência científica, e experiências o EEESMO procura acompanhar este caminho vivido pelos pais.

O EEESMO, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019b), tem como competência conceber, planear, coordena, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. Com o objetivo de aprofundar conhecimentos e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO, surgiu interesse em compreender de que forma a figura paterna vive e experiência este momento da sua vida e de que forma os CPPP estão estruturados para a figura paterna, dando resposta às suas necessidades, dúvidas e receios.

O nascimento de uma criança, particularmente do primeiro filho constitui-se como um evento que transforma e reestrutura inegavelmente a vida dos pais (Sousa e Silva & Carneiro, 2014). Este momento assinala o início de uma nova fase de transição para a função parental (Araújo Martins et al., 2014)

Apesar da intenção de envolver os parceiros durante a gravidez, estes foram frequentemente descritos como tendo um papel secundário durante a educação pré-natal (Erlandsson & Häggström-Nordin, 2010). A experiência que o homem tem da gravidez não é desencadeada por alterações hormonais ou corporais, contudo a sua transformação pessoal

e social pode ser tão grande quanto a da sua companheira, porém não raras vezes, sentem-se marginalizados e desvalorizados (Colman & Colman, 1994). Grande parte dos relatos e estudos efetuados sobre a gravidez recaírem sobre a vertente feminina, contudo é cada vez maior a importância dada aos homens em todo o processo de gravidez/parentalidade (Correia e Sereno, 2005 cit in (Rodrigues et al., 2010)

O conceito de parentalidade tem vindo assim, a adquirir uma nova perspetiva, refletindo-se nas transformações económicas, sociais e culturais da sociedade (Araújo Martins et al., 2014). Segundo Narvaz & Koller (2006, cit. in Araújo Martins, 2014), na sociedade ocidental, as características dos papéis e interações familiares, têm passado de um modelo patriarcal, para uma sociedade multifacetada com novos arquétipos de família. Durante muito tempo, as mães e os filhos foram considerados como os “atores principais” onde o pai aguardava pela notícia do nascimento do seu filho de forma ansiosa e passiva. Hoje, o perfil da figura paterna, em nada lembra o passado, dado que os homens são um elemento cada vez mais ativo e empenhado em fazer ver reconhecidos os seus direitos como pais durante todo o processo de parentalidade, não querendo abdicar de nada do que diz respeito aos seus filhos (Rodrigues et al., 2010).

Apesar de, do ponto de vista fisiológico, a experiência do homem face a todo o processo de gravidez terminar com a conceção, este homem que vai ser pai também “engravidar”, na cabeça e no coração, e deste modo a maternidade e paternidade devem fundir-se contribuindo assim para o sucesso da evolução familiar (Mós, 2009 cit. in (Rodrigues et al., 2010).

Neste momento, o EEESMO adquire assim, um papel essencial no que respeita a acompanhar, elucidar e apoiar o pai nesta nova fase da sua vida através da educação pré-natal. A educação pré-natal tem como objetivo preparar os futuros pais para o parto e parentalidade (Gagnon, 2011), bem como ajudar os homens a entender como podem apoiar a mulher durante a gravidez (Smyth et al., 2015). Neste sentido, os cursos CPPP têm vindo a merecer atenção crescente, quer no domínio da prestação de cuidados em saúde reprodutiva como no apoio à transição para a maternidade e a paternidade, ao reforçarem o apoio dos serviços de saúde às mulheres e casais numa fase da vida em que surgem, por vezes, vulnerabilidades acrescidas (DGS, 2020b). Estes surgiram com o intuito de reduzir o impacto que, frequentemente, as dificuldades na transição para a parentalidade representam nas vivências relacionadas com o período da gravidez, parto e pós-parto (DGS, 2020b).

Tendo em conta o enquadramento e as características destes cursos, seus objetivos, temas e atividades a desenvolver, tal responsabilidade deve ser atribuída ao EESMO, dada a

abrangência da sua intervenção nos domínios da gravidez, parto e puerpério e pelas competências que lhes são outorgadas legalmente (DGS, 2020b).

A educação pré-natal, abrange uma série de medidas educacionais e de apoio que ajudam os futuros pais a compreender as suas próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas durante a gravidez, o parto e a paternidade (Gagnon, 2011). Compreender em que medida os CPPP vão ao encontro das expectativas, necessidades e receios de uma figura paterna com um papel cada vez mais ativo, tornou-se assim fundamental durante a gravidez, parto e pós-parto.

Num estudo realizado por Thomas et al., (2011), os autores sugerem que deve ser dada mais atenção aos pais durante a gravidez e na transição para a paternidade, uma vez que, se por um lado a educação pré-natal parece dar resposta às necessidades das mulheres, muitos homens ainda se sentem excluídos. Os pais consideram que o cuidado pré-natal, onde se incluem os CPPP, os fez sentir mais envolvidos com o bebé, contudo, essa premissa não estava significativamente relacionada com a mudança de sentimentos relacionados com as dificuldades que a parentalidade lhes exige.

Apesar de, os CPPP estarem a ser uma realidade cada vez mais presente, a maioria dos programas têm como alvo as mulheres, contudo os homens podem sentir mais dificuldade do que as mulheres em obter informações sobre o parto e cuidados ao recém-nascido. A frequência às aulas de educação pré-natal para o parto pode afetar positivamente a saúde mental pós-natal dos homens e ajudar os pais a apoiar as mães e seus pais (Suto et al., 2017). Contudo no estudo realizado pelos autores citados, nenhuma evidência científica foi suficientemente conclusiva no que diz respeito a clarificar se a educação pré-natal dirigida aos companheiros de mulheres grávidas tem influência positiva no que diz respeito a ajudar os homens a lidar com as alterações emocionais aquando do parto e de como este aspeto influencia a saúde mental paterna após o parto.

Da mesma forma Warriner et al., (2018), referem que, não parecem existir melhorias significativas relativamente à auto percepção de stress por parte dos pais, contudo no que respeita ao autorrelato de depressão e ansiedade associados a experiências positivas e negativas relacionadas com a gravidez, trabalho de parto e parto, após a frequência do CPPP, os pais apresentam melhorias significativas. Da mesma forma Douglas e Bateson (2017), parecem concordar que os CPPP parecem não contribuir significativamente para a diminuição dos níveis de ansiedade.

Um aspeto fundamental que preocupa os pais são os cuidados ao recém-nascido, e neste sentido, num estudo realizado por Douglas e Bateson (2017), a frequência dos CPPP mostra que os homens parecem sentir-se mais preparados para cuidar do seu filho.

Como referido anteriormente, na sua maioria, os CPPP estão dirigidos para o casal dando-se mais enfoque à figura materna, por este motivo Nash (2018) procurou compreender, num estudo qualitativo descritivo, de que forma os pais enquanto figura paterna percecionavam os cursos dirigidos exclusivamente para pais. No seu estudo, os participantes sentiram-se mais envolvidos e entenderam melhor o seu papel enquanto pais. Consideraram esta metodologia de educação pré-natal mais eficaz, demonstrando sentirem-se mais à vontade para esclarecer dúvidas, uma vez que, a parentalidade é uma questão íntima, colocar questões fora desse contexto poderia colocar em causa a sua masculinidade. Para além de denotarem uma mudança de atitude no que à inclusão dos pais na educação pré-natal diz respeito, consideraram que o curso tem em consideração as múltiplas e complexas construções da figura paterna adequando-se melhor ao pai.

Paralelamente, noutro estudo realizado por Lönnberg et al., (2018), os casais entrevistados consideraram que existiram melhorias na sua vida, uma vez que, sentiram que a sua participação permitiu-lhes adquirir novas maneiras de se relacionar com os seus pensamentos e emoções. Os pais consideraram que desenvolveram estratégias para enfrentar os desafios da parentalidade, tais como, saber lidar com sentimentos de stress e ansiedade associados à gravidez, ao momento do parto, problemas de amamentação, privação do sono e momentos de stress com o bebé. Para além disso consideraram que a comunicação entre o casal melhorou.

Para além da auto perceção dos pais relativamente à sua participação nos CPPP emerge outra temática onde, alguns autores parecem concluir e demonstrar, que existem estratégias que devem ser adotadas para que a educação pré-natal seja mais efetiva. De acordo com Thomas et al., (2011), no seu estudo realizado, estas estratégias, devem-se essencialmente pela questão de os pais considerarem que os cursos não estão direcionados para a figura paterna e por isso não se sentem como sendo um elemento fundamental. Alguns pais, consideraram que, o EEESMO não oferece um efeito protetor contra o pensamento sobre as dificuldades da parentalidade para os pais. O autor afirma ainda que, deve existir por parte dos profissionais de saúde, um maior esforço no que respeita a dirigir os cursos para as reais necessidades dos pais, mudando o foco do cuidado centrado na mulher para o cuidado centrado na família.

No estudo efetuado por Nash (2018), os pais identificaram algumas estratégias tais como, aumentar a duração do curso, ampliar os grupos de educação pré-natal, criar uma linha telefónica para os pais e desenvolver redes sociais após o nascimento. Os pais referiram que as metodologias devem assentar na importância do desenvolvimento de novas formas de apoio aos pais, onde os programas devem ser mais inclusivos de forma a reconhecer os seus sentimentos e necessidades de enquanto homens.

Numa revisão narrativa, foram estabelecidos objetivos na preparação dos pais para os desafios da parentalidade tais como, prepará-los para as mudanças de relacionamento e papel que irão experimentar, bem como consciencializá-los para o risco aumentado de depressão e a importância de procurar apoio caso ocorra; melhorar a capacidade dos pais em apoiar a sua parceira, fornecendo-lhes estratégias eficazes para o fazer, com o intuito de melhorar a sua compreensão relativamente às dificuldades que a mãe atravessa e ser um elemento ativo no cuidar; promover o desenvolvimento de vínculos precoces e fortes entre pais e filhos, melhorando a capacidade do pai em interpretar a comunicação infantil; auxiliar os pais a compreender os padrões de choro infantil de forma a conseguirem atuar de forma eficaz evitando sentimentos de frustração (May & Fletcher, 2013).

Segundo (Kirven, 2014), devem então ser adotadas estratégias de educação promovendo o envolvimento dos pais no período pré-natal, trabalho de parto, nascimento e no desenvolvimento da criança. Do mesmo modo, os pais devem ser incentivados a participar nos cursos pré-natais onde deverão ser desenvolvidas temáticas fundamentais tais como, anatomia e fisiologia da gravidez, nutrição e higiene, bem como deverão ser abordadas estratégias para lidar com o trabalho de parto e nascimento do seu filho.

Com a análise dos diferentes artigos selecionados pode-se constatar que existem poucos estudos focados em compreender os desafios que o pai, enquanto figura paterna, enfrenta na transição para a parentalidade, sendo encontrados mais estudos mistos. Com estes resultados obtidos, torna-se evidente compreender que, ainda existe uma divergência de opiniões no que se refere à perceção dos pais relativamente ao contributo que os CPPP têm nos novos desafios da parentalidade.

Para que as questões relacionadas com a figura paterna, sejam cada mais um tema emergente, os autores sugerem determinados aspetos que deverão ser tidos em consideração na educação pré-natal. Deve ser dada mais atenção aos pais nomeadamente às suas necessidades emocionais, bem como haver uma maior preocupação com os aspetos com os quais sentem maiores dificuldades de adaptação, de forma que a se sintam encorajados e incentivados a participar nos CPPP.

3.2. METODOLOGIA

Alguns investigadores defendem a elaboração de um marco teórico antes do início do estudo para que possibilite focalizar o estudo. Assim, é importante fazer uma revisão da literatura após análise dos dados pela necessidade de enquadrar os resultados no contexto que já é conhecido (Vilelas, 2017).

Deste modo, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura (Apêndice A), com o objetivo analisar os conhecimentos já existentes acerca da temática em estudo, em que foi inicialmente estabelecida uma questão de investigação “Qual a perceção paterna acerca da sua participação nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade”. Posteriormente a esta fase, conduziu-se uma pesquisa através da plataforma EBSCOhost de artigos publicados entre as linhas temporais de 2008 e 2020 com os descritores father AND prenatal education AND parenting, tendo obtido 8 artigos.

Posteriormente, procedeu-se ao estudo da temática “Vantagens Cursos de Preparação para a Parentalidade- Perspetiva Paterna” através da definição de um objetivo geral: Compreender em que medida os Cursos de Preparação para a Parentalidade contribuem na transição para a parentalidade, de acordo com perspetiva paterna. Como referido anteriormente, durante o estágio de natureza profissional, foi-nos proposto a realização de uma pesquisa acerca de uma temática que nos suscitasse interesse e que contribuísse para o nosso desenvolvimento de competências enquanto EEESMO. Deste modo, e após discussão com o docente orientador e numa primeira fase foi realizado uma proposta de projeto (Apêndice B), posteriormente submetido e aprovado pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus e pela Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo B).

Decorrente deste projeto, surgiu como objetivo geral compreender em que medida os Cursos de Preparação a Parentalidade contribuem na transição para a parentalidade, segundo de acordo com perspetiva paterna. Para tal, foram definidos objetivos específicos:

- a) Aprofundar conhecimentos acerca da adequação dos CPP, nos atuais moldes, à figura paterna.
- b) Aprender de que forma os CPP vão ao encontro das necessidades e expectativas da figura paterna.
- c) Desenvolver competências no âmbito do conhecimento das vivências e sentimentos dos pais que frequentaram os CPP.

Para a escolha da metodologia a utilizar, estabeleceu-se como ponto de partida, os objetivos da temática anteriormente descritos. Tendo por base esta premissa, a ideia da realização de um estudo que se focaliza na forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências provenientes do contexto da vida. Desta forma procurou-se junto dos casais que realizaram os CPPP no decurso do Estágio de Natureza Profissional, obter a sua perceção.

3.2.1. Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados, optou-se pela utilização de uma entrevista semiestruturada, onde se define a parte I que inclui pequeno questionário com dados sociodemográficos e obstétricos e a parte II que inclui um guião orientador da entrevista com 16 questões semiestruturadas de resposta aberta (Apêndice C). A utilização deste instrumento teve como base, o facto de que, a entrevista semiestruturada permitir a possibilidade de aceder a uma grande riqueza informativa e por outro lado, possibilita ao entrevistado uma certa liberdade para desenvolver as suas respostas segundo uma direcção que considere adequada, onde de um modo flexível e profundo poderá explorar os aspetos que considera mais importantes. Desta forma, a entrevista permite “«sentir o real» na medida em que o investigador esclarece junto do entrevistado, desde o início, os seus objetivos, estrutura que pretende dar ao evoluir do inquérito e a finalidade a que se destina o material a recolher” (Vilelas, 2017, p.309).

3.3.2. Amostra/População alvo

Relativamente à população alvo do estudo esta foi definida como sendo os casais, cujo parto tenha ocorrido nas instituições onde decorreram os estágios e aos quais tenha prestado cuidados. Sendo a amostra o subconjunto do universo de referência (INE, 2021c), para este estudo definiu-se então os homens que tenham frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade e que ao momento da entrevista se encontrem no espaço temporal entre o nascimento e as 6 semanas pós-parto. A escolha deste período, assentou no facto de algumas questões da entrevista, abordarem temáticas no âmbito do pré parto, parto e pós-parto imediato, onde os pais são questionados acerca de momentos específicos, sentimentos e estados emocionais que posteriormente poderiam ser esquecidos ou dissolvidos da memória.

De seguida, definiu-se a amostra da população a quem iriam ser realizadas as entrevistas para que os objetivos da pesquisa fossem atingidos. Considera-se assim que, para

este estudo trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência. Não probabilística porque a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes, e acidental, casual ou conveniente, uma vez que se trata de uma amostra onde os elementos são selecionados pela sua conveniência, por voluntariado ou acidentalmente (Marôco, 2014). Neste caso em particular, os elementos foram selecionados tendo por base os critérios previamente estabelecidos.

Por fim, foi estabelecido como critério, de que os entrevistados teriam de ser pais a quem tivesse prestado cuidados durante o desenvolvimento do trabalho de parto, e/ou parto e/ou puerpério imediato. Esta escolha, deveu-se ao facto de a relação com o entrevistado durante a entrevista deverá transformar-se numa relação de confiança pressupondo uma certa familiaridade com a população em estudo, onde o entrevistado deve sentir-se à vontade e ser levado a ocupar o lugar central durante a entrevista (Vilelas, 2017). Desta forma, havendo à priori uma relação de empatia estabelecida durante um momento tão importante da vida destes pais, considerou-se como um aspeto facilitador para uma entrevista bem-sucedida.

Tendo por base os critérios definidos e o facto de apenas ter procedido à colheita de dados após parecer positivo da comissão de ética das instituições, que neste caso ocorreu apenas no CHUA-Unidade de Portimão, obteve-se uma amostra de 8 casais.

3.3.3. Abordagem

Seguindo Vilelas (2017), de forma a garantir a total disponibilidade dos entrevistados quando da realização da entrevista, estes foram contactados presencialmente de forma antecipada, onde foi combinado o dia, o local e a hora onde a entrevista se iria realizar. No primeiro contato, foram referidos alguns pontos essenciais, nomeadamente identificação pessoal, enquanto aluna EEESMO.

Para a colheita de dados foi estabelecido um período mínimo de 24 horas após o parto, esta escolha assentou no fato de que, o trabalho de parto é um momento que, geralmente tem a duração de algumas horas e requer por parte dos pais um desgaste físico, psicológico e emocional que não permite aos mesmos uma total disponibilidade para a realização de uma entrevista. Para além deste fato, considerou-se pertinente permitir ao pai que tenha à priori um momento de reflexão acerca das questões abordadas durante o curso e posteriormente da sua colocação em prática onde tenha a experiência da realização dos primeiros cuidados ao recém-nascido, como o primeiro banho, a muda da fralda, bem como viver e disfrutar de outros momentos de interação entre a tríade.

Após a realização de três entrevistas, foi possível perceber que, as questões elaboradas não iam ao encontro da informação que se pretendia obter. O guião, não disponibilizou aos entrevistados um número de questões suficientes que possibilitassem aos mesmos falar sobre a temática em estudo de uma forma completa, não permitindo assim atingir os objetivos do estudo. Concluiu-se então que, seria necessária a realização de ajustes de forma a aumentar o número de questões, perfazendo assim uma totalidade de 16 questões.

Como em qualquer estudo, antes da aplicação das entrevistas, existem algumas considerações éticas a ter em conta. Para além do pedido de parecer à comissão de ética para a investigação nas áreas da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora, foi realizado um pedido de parecer à comissão de ética do local onde iria ser realizada a colheita de dados, nomeadamente o CHUA, EPE. Em ambos os locais foram consentidos pareceres positivos (Anexo C).

Ultrapassada esta fase, e tendo por base esta premissa, antes da realização da entrevista foram entregues dois consentimentos informados, um que ficou na minha posse outro na posse do entrevistado. Nesse consentimento informado (Apêndice D), foi pedida a colocação de uma cruz, como consentimento favorável, de forma que não fossem identificados posteriormente os entrevistados, garantido assim a sua confidencialidade. Esta participação foi efetuada de forma livre e esclarecida.

A amostra foi constituída por oito (8) casais, aos quais foi aplicado um questionário sociodemográfico e obstétrico e com questões relativas ao Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade. Para tratamento dos dados optou-se pela utilização de dois sistemas informáticos. Para tratamento dos dados sociodemográficos optou-se pela utilização do software IBM SPSS, versão SPSS Statistics 24.0 para o Windows e para o tratamento da entrevista utilizou-se o software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0,7 alpha 2.

3.3.4. Resultados Obtidos

Relativamente á caracterização sociodemográfica do casal, verificou-se que todos os casais eram de nacionalidade portuguesa, a maioria (75%) dos casais (6) viviam em união de facto/casados. Relativamente ao local de residência, a maioria (62,5%) dos casais (5) habitavam numa cidade sendo que, o local onde frequentaram o curso foi na sua maioria (87,5%) num centro de saúde. No que respeita ao tipo de parto, a maioria (62,5%) dos casais (5) teve parto eutócico, dois (2) tiveram parto por cesariana e um (1) o parto foi por fórceps/ventosa.

Em relação à figura paterna, a totalidade dos pais encontrava-se em situação de empregabilidade, a maioria (75%) dos pais (6 pais) tinham escolaridade igual ou superior ao ensino secundário. Quando abordada a questão do conhecimento do curso previamente à gravidez, apenas um (1) pai (12,5%) não tinha conhecimento, quatro (4) pais referiram que tiveram conhecimento do curso através de familiares e outros quatro (4) pela instituição/profissional de saúde.

Quanto às mães, no que respeita à sua situação de empregabilidade apenas uma (1) mãe referiu não estar empregada e quando questionadas em relação à sua escolaridade, a maioria (87,5%) das mães (7) tem escolaridade igual ou superior ao ensino secundário. O conhecimento do curso antes da gravidez verificou-se todas (100%) as mães já haviam adquirido este conhecimento previamente à gravidez tendo adquirido o mesmo na sua maioria (87,5%) através da instituição/profissional de saúde.

Após a transcrição das respostas e preparação do corpus de acordo com o protocolo com o Software IRaMuTeQ versão 0,7 alpha 2., as entrevistas analisadas foram constituídas por Unidades de Contexto Elementares, sendo que o *software* classificou 117 segmentos de texto com uma riqueza de vocabulário de 75% de onde emergiram seis classes por Classificação Hierárquica Descendente (Figura 2).

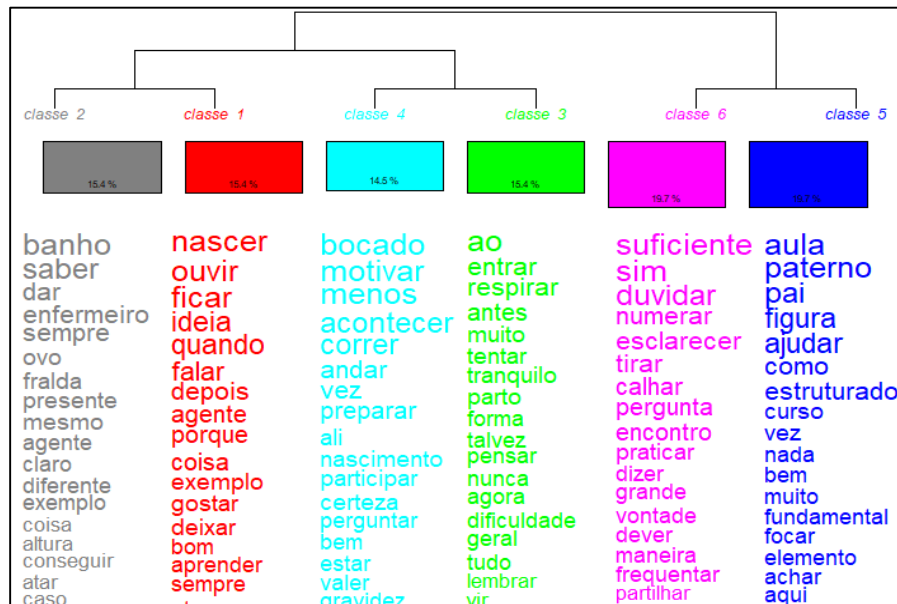


Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Na visualização da figura 1, é possível constatar que se formaram primeiramente as classes 5 e 6. Posteriormente surgiram a divisão das classes 1 e 2, bem como da 3 e 4. Constata-se assim, que o corpus foi dividido em duas grandes categorias em que uma delas se refere à aplicação prática do curso, classes 1,2,3 e 4 e outra grande categoria relacionada

com a estruturação do curso tendo em conta as expectativas dos pais, classe 5 e 6. Relativamente às percentagens obtidas podemos observar que as classes 5 e 6 são as mais representativas, com uma percentagem de 19,7% cada. Seguem-se as classes 1,2 e 3 com 15,4% cada, e por último a classe 4 com 14,5%.

O processamento dos dados obtidos permitiu assim agrupar o corpus da entrevista em 6 classes, que foram nomeadas de acordo com a representatividade do conteúdo e das palavras mais evocadas:

- Classe 1- Motivação para participar no curso, relacionada com os cuidados ao RN.
- Classe 2- Contributo para os cuidados ao recém-nascido.
- Classe 3- Contributo para a participação no trabalho de parto e parto.
- Classe 4- Motivação para participar no curso, relacionada com o apoio à mãe.
- Classe 5- Estruturação do curso.
- Classe 6- Expectativas do curso.

3.4.5. Análise dos Resultados

Classe 1- Motivação para participar no curso, relacionada com os cuidados ao RN e Classe 2- Contributo para os cuidados ao recém-nascido

Ser pai significa ter a capacidade de cuidar de outro ser humano, e se esse objetivo for conseguido, fortalece o ego no sentido de atender e cuidar de outrem e preocupar-se, dando valor a si próprio e à vida (Balanchó, 2006). Um dos aspetos fundamentais que conduz o pai a participar no curso deve-se essencialmente à necessidade que este sente para cumprir o seu papel enquanto figura paterna no que à preparação para os cuidados ao recém-nascido diz respeito: *“Como é uma primeira gravidez, para me sentir mais preparado para a altura em que o meu filho estivesse cá fora” (ent_06). “Depois também quando o bebé nasce que não é nada fácil, no meu caso como é o primeiro é sempre mais difícil esta adaptação à criança.” (ent_04).*

De uma forma geral, os homens parecem estar a tornar-se mais participativos (Gomez, 2005): *“O que me motivou foi preparar-me melhor para o nascimento da minha filha, saber o que tinha de fazer o que ia acontecer” (ent_05).*

Com as novas metodologias de educação para a saúde o pai de hoje prepara de forma diferente a sua paternidade durante a gravidez, elaborando de outra forma a existência do bebé. O pai exerce assim, uma influência direta logo após o nascimento e, sobretudo nos dias de hoje, onde os pais se envolvem mais neste processo interativo, aprendendo a descodificar precocemente os sinais do bebé (Bayle, 2005). Os pais percecionam que as temáticas

abordadas durante o curso têm um papel efetivo, uma vez que adquirem noções básicas acerca dos desafios que vão enfrentar no cuidado ao recém-nascido: *“todas são importantes, dentro das temáticas todas elas são importantes, desde a alimentação desde o banho, desde todos os acessórios que temos de comprar, tudo é importante”* (ent_6); *“falamos só em mudar fraldas, mas não é isso, por exemplo o choro, a falar com as pessoas eu também já estava preparado para isto, foi uma coisa que o enfermeiro também falou durante o curso, que íamos aprender a distinguir o choro, [...] passamos a conhecer-nos uns aos outros, entre os três percebemos o que é que se passa”* (ent_8); *“de uma forma geral foi o que vem depois, o que é que pode aparecer na cara, no corpo do bebé que é normal, nas fezes, na urina, tudo e mais alguma coisa.”* (ent_07).

O nascimento de uma criança é marcado também pelas responsabilidades geradas com o nascimento do filho o que permite o nascimento de um pai, que será educador, protetor e cuidador (Jardim & Penna, 2012). Emerge no pai, frequentemente, um sentido de proteção do seu filho e um sentimento de responsabilidade por garantir os cuidados de higiene, conforto e segurança: *“todas as que falamos de segurança são completamente, sou muito paranoico com a segurança do bebé, para mim acho que foram as mais importantes, coisas que tenham a ver com segurança, aquela imagem do ovo não me sai da cabeça”* (ent_08); *“ajuda a prepararmo-nos para as coisas que não sabemos lidar, para os imprevistos, mesmo o uso dos ovinhos no carro”* (ent_08).

Acariciar, beijar, acompanhar, pegar ao colo, dar de comer, mudar fraldas, brincar às casinhas, são hoje uma das inúmeras formas de comportamentos que os filhos, mães e sociedades em geral esperam que o pai desempenhe. Ao pai de hoje exige-se que um cuidado mais lato e abrangente, emocional, próximo, íntimo, que advém também, numa bola de neve interativa, do envolvimento diário nos cuidados directos (Balanchó, 2003). A vida renova-se e transforma-se, passando o homem a repensar nos seus valores, atitudes e pensamentos. O novo pai que rompe com os estereótipos preconcebidos do macho dominador e insensível (Balanchó, 2003) e preocupado com a forma como vai desempenhar a função paterna através dos modelos anteriores vividos na sua infância (Bayle, 2005). Deste modo, podemos falar em pai-expectante que se esforça por integrar o papel paterno como parte relevante da sua identidade e por obter o reconhecimento externo desse papel (Gomez, 2005): *“as expectativas sobre os pais, eu noto isso, mudaram muito, isto mudou muito evoluiu muito, até sem querer eu comparo com o meu pai, eu falo com a minha mãe e com a minha mulher, não tem comparação, os pais não faziam nada”* (ent_05).

Assim nas novas conceções de género, nas quais o homem participa ativamente no cuidar dos filhos, o homem demonstra o seu envolvimento emocional e afetivo, onde se afirma com uma responsabilidade compartilhada com a mulher, marca dos novos tempos ditados pela nova sociedade (Jardim & Penna, 2012): *“aprender a pegar na bebé, acho que foi talvez das coisas, para mim mais importantes, porque era uma coisa que tem de acontecer de certeza”* (ent_7); *“apesar de eu ter já um filho, mas que já é um adulto, ajudou bastante a compreender porque tudo mudou e que nesta altura as coisas são completamente diferentes de como eram há 20 anos atrás. Pronto e então consegui me por a par para me preparar para receber o novo filho”* (ent_02.)

A grande maioria dos pais atuais concorda, com razão, que o pai tem uma contribuição única nas vidas da sua família. Tem sonhos, procura e esforça-se, acreditando em si e na sua importância, dá tudo por tudo (Balanchó, 2003). Assim, a paternidade torna-se um momento favorável para a incorporação do homem, desde o processo gestacional até a consolidação de relações equitativas no quotidiano doméstico (Vidal Lima et al., 2021). Hoje conquistou-se um maior enriquecimento da família, uma vez que se tentam partilhar e dividir os afazeres de um modo mais igualitário, e se fomenta claramente a participação e a cooperação de todos (Ballenato, 2009).

Denota-se que o pai percebe que, ser pai na atualidade, é saber fazer, não apenas por partilhar tarefas com a mãe, mas por compreender que, assumir a paternidade é assumir essas responsabilidades como sendo de ambos: *“então o pai também tem de estar preparado para se desenrascar sozinho, não é o caso que ela é que tem feito sempre, agora até lhe deu o banho e muda sempre a fralda, mas eu também tenho de saber fazer, então também tenho de aprender qualquer coisa”* (ent_08).

Classe 3 - Contributo para a participação no trabalho de parto e parto e Classe 4- Motivação para participar no curso, relacionada com o apoio à mãe

A presença de um acompanhante, por parte da mulher, se esta assim o entender, evidencia-se como uma forte recomendação feita pela Organização Mundial de Saúde (2018). Do mesmo modo, na legislação portuguesa, decreto de lei n.º 110/2019 de 9 de setembro de 2019 “é reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto”.

Denota-se assim, um esforço por parte das organizações envolvidas em atribuir uma maior responsabilidade e colaboração da família durante o trabalho de parto e parto. Esta

nova visão de atribuir ao pai um papel na gravidez e no trabalho de parto, não é inovadora, mas antes atualizada (Couto, 2003). De facto, a sociedade tem vindo a acompanhar as novas conceções de parentalidade, permitindo através da elaboração de leis de proteção à parentalidade, que a mulher, durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério tenha o direito à presença de uma pessoa significativa, em que na grande maioria das vezes, essa escolha passa pela presença do pai.

O parto preparado surgiu como uma revolução sobre estruturas envelhecidas, em que, ao pedir-se ao marido a sua assistência à mulher durante a gravidez, parto e cuidados à criança, está a criar-se uma elo muito forte entre a tríade (Couto, 2003).

O pai de hoje compreende que, ao assistir ao parto, possui um espaço próprio e único num momento que antigamente era exclusivamente atribuído às mulheres: *“a ideia que eu tinha era cumprir as expectativas do pai que é acompanhar o parto, acompanhar a mãe, [...] porque eu não tinha o conhecimento concreto daquilo que iria acontecer, sabia, nos sabemos, mas depois ali, a ideia era um bocadinho essa”* (ent_05).

Os CPPP surgiram com o objetivo, entre outros, de proporcionar ao futuro pai a informação e os conselhos necessários para que em todos os momentos, incluindo o do parto, possa estar o mais perto possível da futura mãe (Couto, 2003). Frequentemente, o discurso do pai quando abordada a temática do parto, revela sentimentos de medo e tensão, pelo fato de permanecerem mais tempo com sua companheira, sentem-se responsáveis diretos pelo cuidado, gerando assim sentimentos como medo pela saúde da mulher e do filho (Maria Farias Sousa et al., 2020): *“Antes do curso, eu sempre quis assistir, sempre tive a ideia de assistir ao parto. O que é que eu pensava? Sinceramente estava mais preocupado com a mãe do que propriamente com tudo o resto, preocupava-me mais era mesmo a mãe”* (ent_08).

O envolvimento do homem em toda a experiência da gravidez pode ser especialmente importante para os homens dado que, comparativamente às mulheres, reduzem a diferença de conhecimento entre ambos, o seu sentimento de exclusão, bem como reforçam sua identidade (Sandelowski, 1994, cit in (Gomez, 2005): *“Acho que foi muito importante, até porque eu passei por um período de, sem saber o que ia fazer, e no curso aprendi o que fazer o como ajudar a minha mulher a passar pela gravidez”* (ent_01).

A frequência de um CPPP pode contribuir para que os homens mais receosos tenham uma perspetiva positiva durante o parto (Pereira, 2016): *“no pré parto tinha alguns receios por causa das contrações que ela ia ter e assim. Depois com as aulas que eu fui foram a três e duas delas foram para ajudar a mulher a ultrapassar essas dores. Acho que ajudaram bastante e fiquei mais relaxado porque vi que até tinha jeito para ajudá-la a ultrapassar*

aquilo” (ent_03); “ficou-se mais tranquilo porque é tudo natural, acho que estive sempre calmo, [...] e bem-disposto porque já estava preparado, tinha já a noção mais ou menos do que é que ia e para o que é que ia, não sabia que ela tinha tanta força” (ent_08); “acerca do parto [...], como é que era o parto, [...], tudo aquilo que eu assisti ontem já sabia que ia ser assim, [...] vamos já com uma ideia muito boa do que é que vai acontecer” (ent_08).

Durante os CPPP, a presença do pai é muito importante, uma vez que, este poderá compreender melhor o que se passa com a sua mulher. Convém que conheça as respirações e as técnicas de relaxamento para que possa recordar-lhas durante o parto e orientá-la caso se sinta desorientada em algum momento (Couto, 2003). Com estas aprendizagens, os pais entendem que, durante o parto podem intervir de forma positiva contribuindo para o bem físico e emocional da mulher. Podemos então, falar em “parentalização recíproca”, em que os progenitores influenciam-se e, idealmente, apoiam-se mutuamente (Gomez, 2005): *“as aulas de exercícios de preparação para o parto foi o que gostei mais e achei importante depois de viver isto, acho que para quem tiver uma boa presença de espírito e consegui, pronto não se deixar levar pelas dores, que chegam a um ponto que elas não conseguem [...]. O que se pretende aqui é o mais saudável possível, o parto mais natural possível e aquilo que nos ensinam no curso é para [...] para as mulheres terem menor dor, mas conseguirem suportar e conseguir [...] que corra tudo bem” (ent_05.)*

A presença física do pai da criança será essencial para ajudar à grávida na redução da ansiedade, do medo, da própria dor nas contrações uterinas, bem como aumentar da sua realização pessoal (Couto, 2003): *“foi mais fácil com o curso, a parte das massagens, da respiração tornou-se tudo muito mais fácil senão agente não sabia como havia de estar ao pé da esposa e ela com as dores. Dúvidas, com o curso continuaram algumas dúvidas, mas é completamente diferente” (ent_04).*

Recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (2018), as técnicas de relaxamento, devem ser treinadas nas aulas, uma vez que, são técnicas de alívio da dor que podem ser realizadas pela própria mulher ou com o apoio do acompanhante. Deste modo, acompanhamento do pai, poderá assim ajudar a diminuir o eventual stress que ocorre durante o trabalho de parto e parto. Assim, a presença paterna pode ser considerada como método não farmacológico de alívio da dor, fortalecendo a relação afetiva do casal. Para isso deve fazer-se uma preparação efetiva dos pais, para que o casal sinta-se seguro (Maria Farias Sousa et al., 2020). De facto, os pais referem frequentemente algumas das técnicas que utilizaram aquando do parto que consideram de extrema importância terem sido abordadas durante o curso, nomeadamente técnicas de relaxamento, respiração e massagem: *“Sim*

principalmente nas aulas práticas, porque ajudei-a a ultrapassar aquelas dorezinhas” (ent_03); “a mulher ou o marido é respirar e fazer força, o resto é estar ali e tentar acalmar-se ao máximo para não entrar em stress” (ent_07).

Torna-se visível o facto de o homem ter passado a fazer parte ativa do processo de preparação para o parto, mostrando-se envolvido, carinhoso, participativo, atento, preocupado e quase a sentir as dores com a mulher. Atualmente o pai ajuda a mulher a respirar, em vez de esperar fora da sala de partos, nervosamente, os resultados do nascimento (Balancho, 2003): *“fazemos aquilo que já sabemos que temos de fazer que é estar calmos, e eu acalmá-la e fazer as respirações e tudo mais” (ent_07).*

Existem situações, porém, em que alguns pais consideram que apesar de o CPPP ter um contributo bastante positivo, sentem-se limitados relativamente à sua capacidade de intervir durante o parto e trabalho de parto, principalmente por não perceberem de que forma o podem fazer: *“foi bom, eu gostei, porque eu achei a informação pertinente, não vou dizer que fiquei muito mais preparado, mas ouvimos algumas coisas, por exemplo a história da respiração foi uma coisa que se falou lá muito” (ent_05); “em relação ao parto, [...] não era algo que eu achasse que fosse relevante para mim, não que não achasse que não fosse relevante para ela, [...] porque não há muito, a meu ver, posso estar em erro, não há assim muito que possa fazer” (ent_07); “o sentimento de impotência, de não conseguir ajudar, de não conseguir fazer passar melhor as dores, poderia, posso, poderia fazer muita coisa para ajudar mas coisas físicas, agora emocionais é completamente, então os sentimentos iam-se agravando” (ent_01).*

Classe 5- Estruturação do curso e Classe 6- Expetativas do curso.

Os CPPP têm por finalidade promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança das mulheres, dos homens e dos casais no que concerne à gravidez, parto, pós-parto, transição e exercício da parentalidade, mediante um processo informativo, esclarecedor e participado (DGS, 2020b). Segundo um parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2012), não existe um número mínimo de aulas assistidas pelas grávidas e acompanhantes para que esta seja considerada boa prática. Contudo, considera de boa prática *“empoderar as grávidas e acompanhantes de forma a estes se sentirem prontos e capazes de enfrentar as situações de parto e parentalidade” (p.1).*

O pai apresenta, por vezes, opiniões distintas relativamente a se o número de aulas que frequentaram foram em número suficiente ou não, apontando vários motivos para que isso aconteça. Na sua perspetiva, um dos motivos, assenta na questão de, nem todas as

temáticas estarem dirigidas para o pai, e que por esse motivo existe um menor interesse da sua parte em assistir a essas aulas, dado que, da sua participação não advém qualquer benefício: *“foram duas de pré parto, as que ajudam nas contrações, e fui a uma dos cuidados dos bebé, foram quatro. Sim, das que eu fui, nos vimos segundo a planificação as que eram mais importantes eu ir e fui a essas, as outras eram questões mais da parte da mãe, acho que se eu fosse lá podia aprender algumas coisas, mas não fazia grande diferença”* (ent_03); *“Devo ter frequentado para aí umas 5/6, não foram muitas [...] o que eu senti também em conversas é que se eu tivesse ido às aulas todas eu ai tinha achado chato.”* (ent_05).

O fato de não terem ido a todas as aulas, mas terem estado presentes naquelas que consideram as mais importantes, surgiu como justificação para afirmarem que o número de aulas que frequentaram terem sido em número suficiente: *“acho que foram cinco, se foram suficiente, não sei lá esta, aquilo que aprendi lá foi interessante, provavelmente, houve uma que fui que secalhar não era tao dedicada para os pais, que era aquela da amamentação, acho que essa secalhar o pai não tem muita coisa para aprender, acho que ai é mesmo o bebé e mãe, faltei a mais umas quantas, mais uma ou duas, de resto, acho que sim , acho que foi suficiente”* (ent_08); *“acho que foram em número suficiente, fizemos prática e ela fez mais uma ou duas, mas era só para as senhoras, com ginástica [...] mas não me importava de fazer mais, do género isto há sempre duvidas para se tirar, há sempre, e de outra maneira essas vão continuar por acontecer”* (ent_07).

Contrariamente, existem outros que consideram que as que frequentaram não foram em número suficiente e gostariam de ter estado presentes em todos os momentos de aprendizagem. Denota-se assim, a existência de um pai expressivo, que procura envolver-se a nível emocional e comportamental, onde toma consciência desta importante transição na sua vida desejando partilhar ao máximo a experiência da gravidez (Gomez, 2005): *“Não, acho que deveria ter ido a todas”* (ent_01).

De notar que apenas um dos pais entrevistados referiu ter frequentado a totalidade das aulas programadas: *“Sim, nos frequentamos 10 aulas, foram 10 aulas, e o enfermeiro ainda disponibilizou mais uma aula extra que nos não tivemos oportunidade de frequentar porque tínhamos consulta”* (ent_06).

Por outro lado, apresentam frequentemente outra justificação para que não tenham frequentado todas as aulas, nomeadamente a conciliação da sua vida familiar com as questões laborais. Os pais de hoje vivem num mundo competitivo organizado em volta das divisões entre trabalho e família, tempo livre e profissão, vida pública e privada o que não

facilita seguramente as mudanças desejadas (Balancho, 2003). Este facto evidencia-se como uma das principais preocupações dos pais atuais, principalmente porque, se por um lado surge cada vez mais como um pai envolvido e responsável, emergem também ansiedades e preocupações quanto à reduzida disponibilidade para ser pai, na qualidade e quantidade desejadas (Balancho, 2003). O pai de hoje, nem sempre consegue estar presente em todos os momentos de acompanhamento da gravidez, onde se inclui a educação pré-natal, por dificuldade de flexibilização do seu horário laboral (Castoldi et al, 2014). Assim, as políticas de saúde devem, cada vez mais, abordar estas questões com o intuito de encorajar os pais a serem participantes mais ativos no cuidado de seus filhos evidenciando-se ganhos de igualdade de género nas famílias a longo prazo (Thomas et al., 2011). Apesar de, as leis dos países ocidentais contemplarem cada vez mais estas questões, são muito poucos aqueles que sentem espaço nos seus empregos para usufruir dos seus direitos legais (Balancho, 2003): *“frequentei cerca de, se calhar 70 por cento. As outras não consegui por questões profissionais” (ent_01); “a questão do trabalho que não é muito fácil de gerir, eu por acaso tenho um trabalho onde as pessoas não vão cobrar muito se sair [...], mas sei que há pessoas que não, e as vezes chegavam mais tarde, eu também cheguei [...] A questão do horário às vezes coincide com o horário do trabalho” (ent_05); “Dificuldade acaba sempre por ser a vida profissional, no meu caso pois se conseguirem ajustar o horário de trabalho ou os turnos ao curso é o ideal” (ent_08)*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), existem um conjunto de temáticas que devem ser abordadas nas sessões, nomeadamente trabalho de parto, analgesia de parto, aleitamento, puerpério, cuidados ao recém-nascido, células estaminais, sexualidade na gravidez e puerpério. Recentes orientações da Direção Geral de Saúde (2020), vieram corroborar este parecer incluindo também temáticas como igualdade de género, literacia em saúde, direitos humanos e sociais, plano de nascimento, alta e transição para a parentalidade.

Abordadas as questões acerca da estruturação do curso, sua importância e se vão ao encontro das expectativas é visível que os pais consideram que os CPPP têm um contributo fundamental na sua adaptação ao seu novo papel: *“ dentro das temáticas todas elas são importantes, desde a alimentação desde o banho, desde todos os acessórios que temos de comprar, tudo é importante” (ent_06); “Esclarecedor, [...] um descanso, no sentido para o futuro, um descanso de saber como é que as coisas, estar mais calmo. Descanso, calmo e esclarecedor” (ent_07); “estão muito bem estruturados [...] eu acho que até deviam obrigados a ir, [...] porque há la coisas muito importantes” (ent_08); “São importantes porque ajudam-nos a perceber algumas coisas que antes de termos o bebe não sabemos,*

tirar algumas dúvidas também, também desvendar alguns mitos, quando temos esses cursos percebemos bem como as coisas se desenrolam [...] acho que foi uma boa ajuda para preparar-me.” (ent_03); “Sim, as expectativas acho que foram acima da minha expectativa” (ent_04); “Foi melhor porque eu não sabia o que é que era, foi depois comecei a gostar daquilo sempre que conseguia ia” (ent_08).

Os pais encontram nos CPPP um momento de partilha de questões, dúvidas receios e sentimentos. A troca de experiências possibilita a perceção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos similares (Pereira, 2016). Para além da informação transmitida pelo ESMO, os pais sentiram assim que a troca de experiências, contribuiu para que se sentissem mais integrados e envolvidos no curso retirando de todos as sessões uma grande riqueza de informação: *“O curso é muito objetivo, rico em informação porque há sempre muitas discussões e há sempre muitas partilhas de informação e é agradável o convívio com os outros pais e as outras mães” (ent_08).*

Alguns pais consideram assim, que os cursos estão bem estruturados e vão ao encontro das suas expectativas. Contudo, apontam algumas sugestões de melhoria para que a assimilação da informação seja efetiva, nomeadamente diminuição da duração de cada aula, que o curso seja ministrado mais perto do momento do parto, e que as informações transmitidas fossem partilhadas em algum tipo de suporte, por exemplo informático: *“ não faz sentido para uma grávida duas horas numa sala a ouvir a questão da nutrição, eu não estou a dizer que o conteúdo que eles falam lá não é interessante, agora é muito tempo” (ent_05); “se calhar foi um pouco antecipado de mais porque a pessoa ouve muitas coisas nos powerpoints, quando a criança nasce a maior parte das coisas não ficou retida [...] se aquelas informações são dadas nos cursos, é a melhor informação que podem passar, então também podiam ceder essas informações aos pais e às mães, e podiam passar essa informação ou mandar para o email ou assim” (ent_03); “Eu gostava de ficar com algum tipo de suporte,[...] é que muitas coisas que nos estão a dizer aqui dizem-nos lá, só que são informações que agente não retém” (ent_05);*

Do mesmo modo, no seu estudo Nash (2018), identificou três estratégias para melhorar o apoio pré-natal nomeadamente, ampliar os grupos de apoio pré-natal para além das semanas finais da gravidez, fornecer uma linha telefónica de apoio de pares, e oferecer mais oportunidades para desenvolver redes sociais pós-nascimento.

De acordo com a DGS (2015a), 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 (positivos e negativos) e competências inerentes à

gravidez, nascimento e parentalidade”. Nesta perspetiva, os profissionais de saúde possuem um papel extremamente importante na partilha de informações, contribuindo para a participação ativa dos pais (Maria Farias Sousa et al., 2020). Contudo, verificaram-se situações em que os pais não encontraram no CPPP um espaço convidativo a colocar questões, nomeadamente por não se sentirem confortáveis em fazê-lo: *“eu não esclareci muitas questões [...] acho que é a questão da comunicação [...] tirando as aulas que nos temos práticas onde as pessoas interagem de outra maneira eu senti, depende dos grupos, que as pessoas praticamente não falavam, [...] acho que o clima também não era aquele para esclarecer muitas dúvidas (ent_05).*

Ser pai, é também fonte de preocupação, sobretudo quando se questiona sobre a forma como vai exercer a sua função de responsabilidade parental em relação ao novo ser. O desconhecido acorda sonhos, temores e ansiedades (Bayle, 2005). Na atualidade, considera-se algo de normal que o pai intervenha de modo ativo nos cuidados dos mais pequenos (Ballenato, 2009). Torna-se assim fundamental enquadrar de que forma os CPPP estão preparados e voltados para a figura paterna e de que forma os pais se percecionam que se integram nos cursos: *“Em termos dessas aulas que eu fui, o pai, a figura masculina, tem um papel importante na parte de ajudar e no alívio das dores” (ent_03); “estão muito bons para a parte paterna [...] os cursos fazem muito bem tanto ao pai como à mãe” (ent_04); “Sim, acho que estão, até porque muitas vezes [...] acabam por se focar, não vou dizer mais no pai do que na mãe, mas muitas coisas são específicas para o pai” (ent_07).*

No que respeita a se considerarem como parte fundamental de todo o processo, os pais que frequentaram o curso consideram que podem ter um papel ativo principalmente durante o parto: *“Sim eu acho que sim. Porque eu assisti a bem dizer a todas as sessões e foi sempre realçado o papel do pai por isso penso que sim (ent_02); “Sim, especialmente nas aulas práticas que nos tínhamos de ajudar nos exercícios” (ent_05).*

Se por um lado, existiram pais que consideraram que os CPP estão devidamente estruturados para a figura paterna, considerando que tem um papel essencial, outros consideram que, apesar de já se verificar uma maior preocupação com o pai e se sentirem importantes em todo o processo, o principal foco continua a ser a mãe: *“é tudo muito mais virado para a mãe [...] a forma como se comunica é para a mãe [...] depois o pai está ali, faz-se algumas perguntas ao pai” (ent_05); “acho que é difícil fugir ou tirar um pouco do protagonismo da mãe nesse processo [...] mas eu acho que está bem feito o curso relacionado com o pai, isto dirigido ao pai, eu acho que esta bem direcionado” (ent_06).*

A parentalidade, é uma fase do desenvolvimento humano que exige uma intensa adaptação psicológica e afetiva (Leal, 2005). Se por um lado, os pais consideraram que os CPPP foram um momento para esclarecer todas as suas dúvidas e assim atenuar sentimentos de ansiedade: *“Ansiedade e receio porque é sempre um momento um pouco crítico. O pós muito tranquilo, tranquilidade, na verdade porque realmente, da forma como todos os profissionais trabalharam ao longo desse período foi transmitindo uma tranquilidade muito boa, muito grande”* (ent_06); *“Os sentimentos atenuaram-se completamente sim. Dissiparam-se algumas dúvidas, porque é importante, é muito importante”* (ent_06.)

Por outro lado, existiram relatos em que os pais consideram que para além de os CPPP estarem voltados maioritariamente para a mãe, deveria existir uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde, com o pai e as suas questões emocionais. De acordo com a DGS (2015a), este aspeto deve assim, ter uma preocupação crescente por parte de todos os intervenientes uma vez que, a gravidez e a parentalidade implicam um processo de adaptação psicológica e social que poderá conduzir a um aumento da incidência de perturbações mentais: *“eu senti que era para a mulher”* (ent_05); *“não considero que estejam virados para a figura paterna, estão virados si para a mulher. Existe uma pequena vertente, o que é que o marido pode ajudar, o pai, as massagens, apenas isso. No que toca a parte psicológica não existe, então devia de se focar um pouco mais nessa parte”* (ent_01).

Torna-se evidente a necessidade de uma sinergia de esforços, entre as entidades políticas e as instituições de saúde para que a participação dos pais na educação pré-natal, seja mais facilitada, com o intuito de contribuir para uma vivência positiva da parentalidade.

A participação dos pais nos CPPP, é uma realidade cada vez mais presente, dado que os pais encontram nesta participação uma oportunidade de esclarecer as suas dúvidas num espaço onde partilham, com os outros casais, os mesmos receios e ansiedades.

O EEESMO, assume assim um papel importante na transição de paradigmas, uma vez que, através das competências que lhe são atribuídas, poderá contribuir no empoderamento do homem no que ao seu papel nesta fase da sua vida diz respeito. Torna-se evidente que, os profissionais devem procurar reconhecer que, o homem de hoje, sabe o que quer, e reconhece que não é apenas o homem que ajuda a mulher, e que no meio das suas ansiedades e receios quer ter uma participação na vida dos filhos.

Neste âmbito, o EEESMO evidencia-se como um elemento de proximidade dos pais, que deve procurar ter um contributo efetivo para que os homens se sintam, cada vez mais, um elemento fundamental nos CPPP, considerando o pai não apenas como companheiro, mas como alguém que tem particularidades únicas e por isso receios e medos diferentes.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019a), “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (p. 4744). Neste capítulo irá descrever-se de que forma, através das intervenções realizadas, se desenvolveu o processo de mobilização de competências com o intuito de atingir os objetivos estabelecidos.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Para a Ordem dos Enfermeiros o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (O.E., 2019a, p. 4744).

Ao enfermeiro especialista é exigido em primeira instância, um conjunto de competências comuns, que sustentam todas as especialidades, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a) se designam pelas “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

Durante todo o estágio de natureza profissional, a procura por orientar a prestação de cuidados tendo por base o Regulamento de Competências Profissionais do Enfermeiro Especialista foi uma constante. O regulamento é composto por quatro domínios, nomeadamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; e por fim o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei em todos os momentos da prestação de cuidados à mulher, recém-nascido e acompanhante respeitar todas as suas tomadas de decisão, através da realização de ensinamentos de forma a que os intervenientes tomassem decisões autónomas, conscientes e informadas procurando ser um elemento a consultar no âmbito da especialidade. Concomitantemente, e tendo em

consideração os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, na prestação de cuidados, imperou sempre o respeito pelos diferentes valores/crenças de cada mulher/casal com diferentes raças e nacionalidades. Desta forma, a minha atuação diária foi pautada pela compreensão de vontades e desejos dos diferentes intervenientes nos distintos momentos de cuidar, tendo sempre por base a segurança, dignidade e privacidade.

O segundo domínio diz respeito à melhoria contínua de qualidade, em que o enfermeiro especialista deve procurar um ambiente terapêutico e seguro, demonstrar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de estratégias dinamizadoras, bem como desenvolver práticas de qualidade. De acordo com a DGS (2015b), a qualidade em saúde identifica-se como um dos quatro principais eixos estratégicos, e define-se como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, e que implique ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão com o melhor desempenho possível. Para a OMS (2020), não existe um conceito de qualidade universalmente aceite, contudo, considera que de uma forma geral, os cuidados de qualidade devem ser eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Assim, procurar uma melhoria contínua da qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas (DGS, 2015b).

Durante as práticas diárias em estágio, foi possível ir ao encontro dos aspetos inseridos no presente domínio. Exemplo disso, o contacto com mulheres em trabalho de parto, onde se associa um nível de dor elevado e que pode levar a comportamentos de descontrolo emocional e físico que podem conduzir a situações de risco físico para a mulher, recém-nascido e profissionais envolvidos. Assim, na procura pela promoção de um ambiente seguro e terapêutico, foram sempre explicados os riscos derivados da não colaboração em determinados procedimentos, nunca descurando o respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais como parte das perceções de segurança do indivíduo. Estes momentos, foram verificados com alguma frequência, uma vez que, foram prestados cuidados a mulheres de diferentes nacionalidades, raças e religiões em que se associam diferentes vontades e desejos. Como forma de manter também a segurança e qualidade nos

cuidados, o registo constante de intervenções de enfermagem em *software* informático foi uma constante.

O cumprimento deste domínio, com o objetivo de promover práticas de qualidade, verificou-se também pelo aprofundamento da temática em estudo, contribuindo assim, para a melhoria dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O domínio seguinte diz respeito à gestão dos cuidados em saúde, em que deve existir uma gestão de cuidados de enfermagem, onde se procure otimizar e articular a resposta da equipa de saúde, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e contextos, visando a garantia da qualidade dos cuidados. A consciencialização da importância deste domínio verificou-se, como exemplo, na referenciação realizada durante o internamento das puérperas, para o cantinho da amamentação aquando da perceção de dificuldades por parte dos pais nesta área, com o intuito de criar um elo de ligação e encaminhamento aquando do momento da alta. Outro exemplo disso, foi a estreita articulação estabelecida entre os vários elementos envolvidos em todo o trabalho de parto, nomeadamente o EEESMO, enfermeiro de cuidados gerais, médicos e assistentes operacionais, onde tendo em conta os diferentes momentos, é possível constatar como sendo de extrema importância para o cuidado da tríade.

Por fim, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais onde o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, bem como basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Exemplos da importância deste domínio foram os momentos de identificação de uma dificuldade de resposta, onde procurei dirigir-me a um elemento EEESMO com mais experiência, de forma a que, nunca fosse descurada a qualidade dos cuidados. Para além disso, encontrando-me num processo contínuo de aprendizagem, a constante procura por adquirir conhecimentos com base em evidência científica foi uma preocupação frequente com o objetivo sempre de adquirir e desenvolver competências.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Abordadas as competências comuns aos enfermeiros especialistas, torna-se evidente a importância de refletir acerca dos momentos de aprendizagem focados nas competências específicas do EEESMO. Para a Ordem dos Enfermeiros (2019b) as competências específicas caracterizam-se por “*competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada*

área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

Todo e qualquer caminho de desenvolvimento profissional e pessoal engrandece-se tanto mais, quanto mais variadas forem o número de experiências vividas durante esse percurso. O caso da enfermagem de saúde materna e obstétrica não é distinto. Os diferentes contextos onde se realizou o estágio de natureza profissional, inseridos nas diferentes áreas do cuidar no âmbito da saúde da mulher permitiram enriquecer e tornar este caminho um autêntico momento de aquisição de competências, evolução e aprendizagem. Deste modo, foi um percurso que se pautou sempre pelo foco nas competências específicas do enfermeiro de saúde materna e obstetrícia, competências essas regulamentadas e referidas anteriormente. Dentro de cada momento de aprendizagem serão então referidas as competências adquiridas de acordo com o regulamento de competências específicas do EEESMO.

4.2.1. Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro

No primeiro estágio, no serviço de ginecologia, foram prestados cuidados a mulheres com diferentes patologias no âmbito da ginecologia e mastologia, e conseqüentemente com diferentes necessidades de cuidados de saúde. No caso do serviço de ginecologia do CHUA – Unidade de Faro, este é responsável pelo internamento de mulheres com as mais diferentes patologias com ou sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Todo o processo de internamento, no que se refere aos cuidados pré e pós-operatórios evidenciou-se como um verdadeiro momento de aprendizagem e conseqüentemente um complemento importante a todo o conhecimento adquirido no período teórico. Durante o decorrente estágio, foi possível desenvolver competências no campo da prestação de cuidados à mulher sujeita a cirurgia, nomeadamente, mastectomia total/parcial ou radical, histerectomia total/parcial (via laparotómica, via vaginal, via laparoscópica) ou radical, salpingectomia (via laparotómica, via laparoscópica), salpingo-ooforectomia (via laparotómica, via laparoscópica), Ooforectomia (via laparotómica, via laparoscópica), quistectomia (via laparotómica, via laparoscópica), laqueação tubar bilateral laparoscópica, salpingo-ooforectomia, ooforectomia e tumorectomia.

Transversalmente a todas as mulheres sujeitas aos mais variados tipos de cirurgias, foram prestados cuidados no âmbito de admissão da utente, verificação de análises e exames pré-operatórios, preparação pré-operatória, realização de penso à ferida cirúrgica, cuidados

de higiene e conforto, avaliação do estado hemodinâmico, esclarecimento de dúvidas, apoio emocional e preparação para a alta. Assim, foram desenvolvidas competências específicas do EESMO no que se refere a informar e orientar a mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, bem como conceber, planear implementa e avaliar intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama (O.E., 2019b).

Durante este período, o contacto com mulheres com doença oncológica, onde a cirurgia se evidencia como uma das soluções de tratamento, foi uma constante. De facto, foi com estas mulheres e suas famílias, em diferentes faixas etárias, que existiu uma permanente proximidade e conseqüentemente uma necessidade de desenvolver conhecimentos nesta área, mais especificamente no que se refere a cuidados à mulher com cancro foro da ginecologia/ mastologia. A partilha destes momentos permitiu-me, para além de viver verdadeiros momentos de aprendizagem, evidenciar um crescimento pessoal e profissional.

No momento da admissão, a todas as mulheres, é realizado, numa sala particular, o acolhimento no serviço em que são anotadas um conjunto de informações necessárias ao processo da utente. Esta primeira abordagem, permite-nos compreender que também a área da ginecologia é uma especificidade em que o EEESMO possui um papel decisivo, uma vez que, me foi possível desenvolver competências específicas do EEESMO no que respeita a providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação (O.E., 2019b).

De facto, o conhecimento técnico/científico que o EEESMO adquire no processo de desenvolvimento de competências no momento de saúde/doença ginecológica permite dar uma resposta significativa a estas mulheres que chegam com um nível de ansiedade elevado e com uma grande necessidade de informação. Por norma, nesta fase, a mulher possui à priori algum conhecimento acerca do que se vai acontecer, contudo, devido à particularidade de cada patologia, são utentes que se encontram fragilizadas e que procuram esclarecimentos que as deixe mais tranquilas e conhecedoras da sua situação.

Para além do medo que consigo trazem devido à incógnita de como se vai resolver o seu estado de saúde/doença, denotam uma preocupação elevada quanto à possível alteração da sua imagem corporal. Transversalmente à generalidade das diferentes patologias foi possível denotar que a saúde/doença ginecológica trata-se de uma área extremamente sensível para a mulher e respetiva família. No que concerne, em particular, à confirmação do diagnóstico de cancro da mama, é possível denotar um elevado impacto a nível psicológico, emocional e social como também uma forte influência da alteração da sua

imagem corporal e qualidade de vida. Desta forma, verificam-se frequentemente diagnósticos de enfermagem de coping comprometido, ansiedade, estado psicológico alterado e fadiga (Dias et al., 2018).

A cirurgia, sendo a primeira linha de tratamento do cancro da mama, causa uma disrupção da imagem corporal, que é considerada central para o sofrimento destas doentes. Para as mulheres, a mama é considerada um símbolo de sexualidade e feminilidade e assim evidencia-se como um elemento essencial na autoimagem da mulher (Andersen & Jochimsen, 2009). Perante estas situações, o EEESMO evidencia-se como um elemento fundamental no cuidar destas mulheres, dado que, tem como competência conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos (O.E., 2019b).

O serviço de ginecologia, como referido anteriormente, é responsável também pelo internamento de mulheres com necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e/ou de cuidados hospitalares no âmbito da ginecologia geral, uroginecologia, obstetrícia e mastologia que não necessitam, à priori, de cirurgia. Deste modo, foi-me possível cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde, uma vez que desenvolvi competências aquando da prestação de cuidados à mulher sujeita a interrupção voluntária da gravidez, doença inflamatória pélvica, endometriose, sangramento uterino anormal, entre outras patologias (O.E, 2019b).

Em Portugal, de acordo com a lei nº 16/2007, a interrupção voluntária da gravidez pode ser realizada por vários motivos, contudo, a pedido da mulher apenas desde 2007 após referendo, e até as 10 semanas de gestação. Nestes casos, a sua maioria não necessita de internamento, sendo os tratamentos em regime de ambulatório. Porém, existem situações em que, pelo avançado estado da gestação, é necessário internamento para que seja realizado todo o procedimento de interrupção, garantindo desta forma uma recuperação adequada do estado de saúde antes do momento da alta. Estas situações, verificam-se, de acordo com a lei suprarreferida, no caso de “Haver seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo (p.2417)”.

Durante o período de estágio, foi-me possível prestar cuidados a duas mulheres em processo de aborto por duas situações distintas. Uma delas por motivo de malformação, às

23 semanas, e a outra devido à constatação de feto morto às 25 semanas. Durante estas duas situações foi-me possível prestar cuidados às mulheres em diferentes fases do processo de aborto, contudo em ambos os momentos foram tidos em consideração vários aspetos. Para além dos cuidados de higiene e conforto, e administração de terapêutica para a interrupção e alívio da dor, existiram outros pontos fundamentais e transversais a estes momentos. Esses pontos passaram por explicar como as diferentes fases do processo se iriam desenrolar, garantir a presença constante de uma pessoa significativa durante todo o processo, prestar apoio psicológico à mulher e pessoa significativa, bem como realizar pedidos de colaboração por parte do psicólogo da instituição. Por fim, outro aspeto tido em conta, foi a constante procura em ir ao encontro das vontades e desejos das mulheres e pessoa significativa durante este processo, de forma a tornar este momento menos difícil.

Deste modo, foi-me possível adquirir e desenvolver competências do EEESMO nomeadamente identificar e monitorizar trabalho de abortamento, conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto, bem como identificar complicações pós-aborto, referenciando as situações que estariam para além da minha atuação (O.E., 2019b).

Desenvolvi ainda, competências do EEESMO no que respeita a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento, tal como cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto (O.E., 2019b).

Para além destes aspetos, foi-me dado a conhecer o projeto “Almofadas de Coração”. Este projeto teve início nos Estados Unidos da América, quando, Janet Kramer Mai, enfermeira do serviço de oncologia do Erlanger Medical Center em Chattanooga, foi diagnosticada com cancro da mama. Nesse momento, três tias suas fizeram e enviaram-lhe uma almofada em forma de coração para usar após a cirurgia. A almofada, que se encaixa sob o braço, tem vários benefícios, tais como aliviar a dor da ferida cirúrgica, proteger contra traumatismos acidentais, ajudar a aliviar o edema e a tensão no ombro. O facto de Kramer Mai ter retirado partido destes benefícios foi um motivo impulsionador deste projeto que foi iniciado por si no seu hospital, onde grupos voluntários de mulheres faziam as almofadas. Estas almofadas eram entregues imediatamente às pacientes no pós-operatório de forma a ajudar na sua recuperação. Para além disso, as almofadas de coração vão além dos seus objetivos práticos, uma vez que dão às mulheres, familiares e pacientes a oportunidade de contribuir para o alívio de sintomas (Friis-Jensen, 2009).

O CHUA tem ainda ao dispor da população a consulta da patologia do colo do útero. Para este local, são encaminhadas mulheres após rastreio positivo, de forma que sejam realizados exames específicos e efetuada vigilância e tratamento. Surgiu então a oportunidade de estar presente num dos dias da realização desta consulta onde me foi permitido assistir à realização de alguns procedimentos, tais como citologia, conização, bem como na realização de ensinamentos referentes à prevenção da transmissão do papiloma vírus humano (HPV). Estes ensinamentos passam pelo incentivo à utilização de métodos contraceptivos, manter a vigilância regular médica e possibilidade de administração da vacina contra o HPV, nomeadamente a vacina nonavalente que permite a prevenção do HPV por 9 tipos diferentes de variantes do vírus.

Durante as 6 semanas nas quais decorreu o estágio neste contexto de cuidados, foi possível prestar cuidados diretos a cinquenta e cinco mulheres com uma faixa etária compreendida entre os 22 e os 83 anos. Na sua maioria eram de nacionalidade portuguesa, sendo que prestei cuidados a uma mulher de nacionalidade ucraniana e outra cabo-verdiana. Relativamente às patologias/cirurgias que justificaram o internamento constata-se que 36,3% foram por histerectomia (parcial, total ou radical), mastectomia (simples ou radical) 32,7%, salpingectomia (unilateral ou bilateral) 9% e outras patologias do foro ginecológico 22%

4.2.2. Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Hospital José Joaquim Fernandes

Findado o anterior contexto do estágio, seguiu-se a primeira experiência no bloco de partos, nomeadamente no serviço de obstetrícia da ULSBA. Como referido anteriormente, a população da área de influência desta unidade de saúde, onde se incluem as grávidas, apresenta uma grande dispersão geográfica, originando dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente pelas longas distâncias entre as suas casas e hospital.

Com o início deste contexto de estágio, surgiu a oportunidade de, pela primeira vez, prestar cuidados a mulheres grávidas, fora do contexto de interrupção de gravidez, colocando em prática os conhecimentos teóricos previamente adquiridos. Sendo o HJJF uma unidade que dá resposta à população de concelhos do interior de Portugal, o número de partos é naturalmente inferior aos hospitais das grandes áreas populacionais, conduzindo a um número de experiências inferior ao desejado. Contudo, por ser a primeira experiência neste âmbito, foi possível desenvolver competências de forma mais tranquila e ponderada.

O serviço de obstetrícia deste hospital engloba a urgência de ginecologia/obstetrícia, sala de partos e puerpério. Assim, as 6 semanas em que decorreu o estágio, existiu a oportunidade de desenvolver competências nestas diferentes áreas de intervenção do EEESMO, sendo que foram maioritariamente prestados cuidados a mulheres em trabalho de parto latente e ativo, bem como mulheres com patologia associada à gravidez.

Durante o período em que permaneci na urgência de ginecologia/obstetrícia prestei cuidados a mulheres grávidas com diferentes idades gestacionais, bem como a mulheres com patologia do foro ginecológico. No contexto da ginecologia, estabeleceu-se uma colaboração com a equipa médica na observação e realização de ecografia e exame ginecológico, administração de terapêutica e encaminhamento, se necessário, para outros serviços. Assim, foi possível desenvolver competências do EEESMO no âmbito da cooperação com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, referenciando em determinados contextos as situações que estariam para além da área de atuação (O.E., 2019b).

Relativamente à prestação de cuidados a mulheres grávidas em contexto de urgência, existe uma estreita colaboração entre a equipa médica e o EEESMO, dado que, frequentemente são necessários cuidados como sendo a avaliação de parâmetros vitais, toque vaginal para verificação do estágio do trabalho de parto e a cardiotocografia (CTG) para avaliação do bem-estar fetal. Neste momento, foi-me possível, aplicar os conhecimentos adquiridos nomeadamente na realização do CTG onde, à priori, eram efetuadas as manobras de Leopold e medição da altura do fundo uterino (AFU), de forma a que exista uma correta realização do CTG. Posteriormente, e durante 30 minutos, é realizada uma avaliação contínua relativamente a todas as características do CTG, no que se refere à contratilidade uterina, nomeadamente frequência e intensidade, bem como a frequência cardíaca fetal, linha basal, existência de acelerações e desacelerações. Todas estas características permitem-nos então perceber o bem-estar fetal, bem como um possível início de trabalho de parto.

Nas situações em que se verifique que não existe motivo para internamento e a grávida retorna a casa, deverão ser realizados ensinamentos nomeadamente de sinais e sintomas de risco que deverão ser tidos em conta pela grávida para retornar ao serviço de urgência, nomeadamente, sangramento vaginal ou perda de líquido pela vagina, corrimento vaginal com comichão, ardor ou cheiro não habitual, dor abdominal/pélvica contínua, arrepios ou febre, dor ou ardor ao urinar, presença de sangue na urina, vômitos persistentes, dor de cabeça forte ou contínua, perturbações da visão, subida da tensão arterial, inchaço repentino dos pés, mãos ou rosto e diminuição dos movimentos fetais. Por este motivo, e tendo em

conta as várias experiências vividas em contexto de urgência de ginecologia/obstetrícia foi claro o desenvolvimento de competências do EEESMO em diagnosticar e monitorizar a gravidez, identificar e monitorizar a saúde materno fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, assim como informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco (O.E., 2019b).

Relativamente às grávidas com patologia associada e com necessidade de internamento, foi-me possível acompanhar grávidas com hipertensão gestacional, diabetes gestacional e hiperémese gravídica, tal como com algumas patologias que, apesar de não estarem exclusivamente associadas à gravidez podem surgir ou agravar-se nesta fase, tais como infeção do trato urinário, asma e anemia.

Concomitantemente, foram prestados cuidados a mulheres com ameaça de parto pré-termo e rotura prematura de membranas, sendo que, na sua maioria, estas mulheres são transferidas para um HAPD. Contudo, o facto de em determinadas situações existir a necessidade de estabilização da grávida relativamente à sua situação clínica, permitiu-me acompanhar e aplicar protocolos existentes na instituição, nomeadamente para a realização de tocólise, maturação pulmonar fetal e neuroprotecção fetal. Assim, verificou-se o desenvolvimento de competências do EEESMO no âmbito da cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante (O.E., 2019b).

O acompanhamento da mulher em trabalho de parto foram as situações que, nesta fase, trouxeram mais momentos de ansiedade, mas não obstante, momentos de aprendizagem e desenvolvimento, uma vez que foi possível desenvolver competências do EEESMO designadamente cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019b).

A mulher grávida em trabalho de parto passa por quatro estádios, o primeiro estádio, que se define por apagamento ou extinção e dilatação do colo, segundo estádio que se define como o período expulsivo, o terceiro estádio que se designa pela dequitação, e por fim, o quarto estádio, que se refere ao puerpério imediato, que compreende as duas horas após o parto. O primeiro estádio divide-se ainda em fase latente e fase ativa, sendo que a fase latente compreende o apagamento e o início da dilatação entre os 0 e 4 cm, e a fase ativa entre os 4 e os 10 cm de dilatação do colo (Fatia & Tinoco, 2016).

Aquando da observação da grávida, ainda na urgência, por parte do médico obstetra é realizada avaliação de parâmetros vitais, toque vaginal e a cardiocotografia para

verificação do estágio do trabalho de parto, bem como do bem-estar fetal. Neste momento e aquando da decisão de internamento da grávida, em trabalho de parto, é realizada por parte do EEESMO uma avaliação inicial em que é efetuada uma colheita de dados relativamente à idade gestacional, índice obstétrico, confirmação da existência de todas as análises laboratoriais (realização de colheita de sangue caso necessário) e exames necessários, existência de patologias associadas e outros dados relevantes a serem registados para uma adequada assistência durante todo internamento.

De registar ainda que, existiram situações de admissão, em que após avaliação médica, haveria a hipótese de regressarem ao hospital mais tarde, nomeadamente mulheres em fase latente de trabalho de parto e com membranas integras ou sem início de trabalho de parto, mas com contratilidade regular. Todavia, a questão da distância da residência verificada frequentemente nas mulheres grávidas assistidas neste hospital e o medo da própria de um parto no domicílio, conduziu a que permanecessem no mesmo.

Posteriormente, são admitidas em sala de parto quando em fase ativa de trabalho de parto ou em enfermaria quando em fase latente. Durante todo este período, é permitida ainda, se a grávida assim o desejar, a presença de um acompanhante, a quem são explicados todos os procedimentos de forma que possa também ter um papel ativo neste momento tão importante nas suas vidas. Assim, foram desenvolvidas competências do EEESMO dado que foram concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos (O.E. 2019b).

Durante este período, seguindo uma avaliação constante, é realizada monitorização cardiotocografia, de forma contínua ou intermitente, caso estejam em sala de partos ou enfermaria respetivamente. Concomitantemente é realizado o toque vaginal, cerca de 2/2 horas ou apenas e quando se justifique, de forma a haver uma avaliação da evolução do trabalho de parto nomeadamente, integridade das membranas, características da pelve materna e do colo do útero (dilatação e apagamento), bem como de outras características, tais como a apresentação, variedade, situação e atitude do feto. Assim, foram desenvolvidas competências do EEESMO no âmbito de identificar e monitorizar trabalho de parto (O.E., 2019b). Contudo, por ter sido a primeira oportunidade de vigiar o trabalho de parto, existiram situações nas quais ainda não tinha adquirido algumas competências, contudo foram desenvolvidas outras competências do EEESMO, nomeadamente identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão

para além da minha área de atuação quer seja para um elemento EEESMO quer para a equipa médica (O.E., 2019b).

Para além disso, é ainda avaliada a necessidade de medicação para condução do trabalho de parto, através da administração de ocitocina em perfusão apenas nas situações em que não existe uma contratilidade regular e que se verifique o bem-estar fetal. Deste modo, foram desenvolvidas competências do EEESMO no que respeita a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (O.E. 2019b).

Como métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, foram disponibilizados às mulheres métodos não farmacológicos e farmacológicos. Os métodos não farmacológicos sugeridos foram a deambulação, o chuveiro, a bola de pilates e musicoterapia. Como métodos farmacológicos foram disponibilizados a analgesia via intravenosa e a analgesia via epidural. A analgesia epidural é o método farmacológico mais utilizado em Portugal para o alívio da dor no trabalho de parto e parto. Esta metodologia consiste na punção do espaço epidural, a nível lombar (L3- L4 ou L4-L5) e administração de terapêutica analgésica, sendo que os fármacos mais utilizados são anestésicos locais (cloridrato de levobupivacaina ou cloridrato de ropivacaína) e um opióide (citrato de sufentanil) (Guerra, 2016). Relativamente a esta técnica, foi possível colaborar na colocação de cateter via epidural, nomeadamente preparação de material, avaliação de parâmetros vitais e posicionamento da grávida. Deste modo, caso as grávidas pretendam analgesia epidural, é-lhes entregue primeiramente um consentimento informado e com médico anestesista são esclarecidas todas as dúvidas existentes. Posteriormente à colocação do cateter pelo médico é iniciada uma perfusão contínua e administrados bólus em caso de necessidade (sob prescrição médica). Durante este período, é inviabilizada à mulher a possibilidade de deambulação. Com esta colaboração, foi possível desenvolver competências do EEESMO no que respeita à cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (O.E. 2019b).

Acompanhar este estágio de trabalho de parto permitiu compreender que é um momento de extrema importância onde, para além dos métodos farmacológicos e não farmacológicos que o EEESMO pode disponibilizar, é um momento em que se deve procurar responder aos desejos e vontades da grávida/acompanhante mantendo sempre um ambiente seguro. Existiram algumas situações onde a grávida fazia-se acompanhar por um plano de parto elaborado por si, com algumas diretivas de vontade que foram sempre, quando possível, tidas em consideração. Na impossibilidade de corresponder a essas vontades, de

forma clara e com base em evidência científica, foi explicado o porquê de adotar uma forma de atuação diferente. Desta forma, foram desenvolvidas competências do EEESMO no âmbito da promoção do plano de parto, aconselhamento e apoio da mulher na decisão (O.E., 2019b).

Acompanhado todo o primeiro estágio de trabalho de parto, e atingida a dilatação e apagamento completo do colo, chega o momento de acompanhar a mulher no segundo estágio de trabalho de parto. Inicialmente, de forma calma, encoraja-se a mulher a iniciar esforços expulsivos, procurando fazê-lo aquando do momento da contração, para que de forma sinérgica se procure a descida progressiva do feto pelo canal de parto, não descurando nunca o controlo rigoroso dos batimentos cardíacos fetais. Procedeu-se ao posicionamento da mulher e à abertura da trouxa de parto e o kit de ferros de parto. De seguida, a lavagem e desinfeção das mãos, colocação de equipamento de proteção individual e limpeza do períneo. Nesta fase, procura-se incentivar a parturiente a manter os esforços expulsivos, acompanhados de uma adequada respiração, respeitando o seu tempo, enquanto se constata a progressão fetal e a distensão do períneo. De seguida dá-se a coroação e neste momento decide-se pela realização de episiotomia, ou não, através da avaliação da progressão do feto e da distensão da musculatura. Caso se opte pela realização de episiotomia, esta deve ser feita aquando da contração, com um ângulo entre 30° a 60° e com um corte de aproximadamente 3 a 4 cm, podendo ser administrada neste momento, e caso necessário, analgesia local. Aquando da saída do polo cefálico, deve ser tido em atenção a manutenção da flexão do mesmo, bem como a proteção do períneo posterior. De seguida, procede-se à verificação de circulares cervicais apertadas e a necessidade de sua laqueação, segue-se o desencravamento do ombro anterior e do posterior e sustentação do corpo do recém-nascido aquando da expulsão. Devido a todos estes momentos foram verificou-se a possibilidade de desenvolver competências do EEESMO no que respeita a avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto, como também aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (O.E. 2019b).

Como referido anteriormente, neste serviço existem por turno, dois EEESMO, um responsável pelas duas salas de parto e outro responsável pela urgência de ginecologia/obstetrícia, internamento de obstetrícia bem como por prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido. Tendo em conta que, temporalmente este estágio decorreu com outro estudante do MESMO, e pelo fato de existirem turnos em simultâneo foi possível

desempenhar as várias funções, prestar cuidados a mulheres no contexto da urgência de ginecologia/obstetrícia, acompanhar as grávidas em trabalho de parto e parto e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido. Desta forma, o EEESMO que está responsável pela mulher em trabalho de parto, tem a total disponibilidade para acompanhar a mulher em todas as fases de trabalho de parto enquanto o outro elemento EEESMO recebe o recém-nascido.

Relativamente aos recém-nascidos foram prestados os cuidados imediatos, nomeadamente realização de uma primeira observação física, administração de vitamina K 1mg via intramuscular, pesagem, banho (apenas quando necessário), promover o contato pele a pele e a relação entre a tríade. Neste sentido, desenvolveram-se competências do EEESMO no que se refere a conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (O, E., 2019b).

Após o parto, e reunidas as condições clínicas da puérpera e do recém-nascido, ambos são transferidos para uma das unidades de puerpério onde irão cumprir o puerpério imediato e as restantes 48 horas de internamento. Durante este período, são realizados ensinamentos à puérpera e respetivo acompanhante nomeadamente no que se refere aos cuidados ao recém-nascido e à puérpera durante o período de internamento e após a alta.

Neste hospital, não possuindo uma sala operatória no serviço, todas as cesarianas são realizadas no bloco operatório central. Neste caso, o enfermeiro EEESMO tem como função preparar a grávida para a cesariana, nomeadamente permeabilizar um acesso venoso periférico, colocar cateter vesical, bem como realizar CTG antes da mulher ser transferida para o bloco operatório. Transferida a mulher para a sala operatória, este aguarda pelo nascimento do recém-nascido, onde em conjunto com o pediatra fazem uma primeira avaliação física, sendo posteriormente levado para o serviço de obstetrícia e prestados os primeiros cuidados. Neste momento o mesmo fica junto do companheiro/pessoa significativa enquanto aguardam pela puérpera.

Durante as seis semanas de estágio neste hospital, tive a possibilidade de acompanhar e prestar cuidados diretos e indiretos a 110 mulheres, na sua maioria, de nacionalidade portuguesa, 76%, sendo que as restantes eram de outras nacionalidades como brasileira, nepalesa, indiana e ucraniana. Das 110 mulheres, 98 eram grávidas e 12 mulheres no âmbito da ginecologia em contexto de urgência.

Das 98 grávidas, os cuidados prestados foram em contexto de urgência de obstetrícia, internamento de grávidas e sala de partos. Sendo que, 17 eram gravidezes de risco com diferentes patologias como hipertensão gestacional e prévia, diabetes gestacional, hiperémese gravídica e rotura prematura de membranas.

No que respeita a mulheres em contexto de sala de parto foi possível realizar 10 partos eutócicos e colaborar em 3 partos distócicos, um por fórceps e dois por ventosa.

Dos 10 partos realizados procederam-se a 3 episiotomias, verificaram-se 6 lacerações, uma de grau II e cinco de grau I, e um períneo intacto. Procedeu-se assim a 9 suturas do períneo. Foram ainda, prestados cuidados a 11 recém-nascidos normais e um de risco.

4.2.3. Unidade de Cuidados Continuados Olharmais- Centro de Saúde de Olhão

Posteriormente seguiu-se a experiência nos cuidados de saúde primários na UCC Olharmais. Esta unidade dá resposta à população de todo o concelho de Olhão dentro das várias áreas de cuidados. Inerente a este fato, constitui-se assim como a única UCC que presta cuidados na comunidade no âmbito da saúde materna e obstetrícia.

Como referenciado anteriormente, esta UCC oferece alguns serviços no âmbito da saúde materna e obstétrica, que me permitiram desenvolver competências do EEESMO, nomeadamente cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Como também cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (O.E. 2019b).

Durante as 6 semanas que decorreu este estágio foi-me proporcionada a oportunidade prestar cuidados a puérperas e recém-nascidos no contexto do cantinho da amamentação, bem como ter um papel ativo no planeamento e implementação do CPNP. Para além disso, existiu a oportunidade de assistir a duas sessões do Curso de Pós-Parto. Contudo, devido ao fato de, a nível de orientação clínica ter ficado a prestar cuidados com a enfermeira EEESMO responsável pelo cantinho da amamentação e pelos CPNP, foi nesta área que existiu um maior aprofundamento dos conhecimentos. Concomitantemente, o fato de a temática que pretendia aprofundar se relacionar com esta área conduziu, naturalmente, a um maior interesse e investimento, não descurando nunca as oportunidades existentes nas outras áreas.

Durante o presente contexto de estágio foi-me sugerida a realização de duas sessões incluídas no cronograma estabelecido, bem como a realização de uma temática extra ao curso. De acordo com as temáticas abordadas pelo EEESMO, surgiu a oportunidade de realizar uma sessão acerca do “Trabalho de Parto e Bem-Estar Fetal” (Apêndice E) e uma

segunda sessão de componente mais prática acerca da “Respiração durante o Trabalho de Parto” (Apêndice F). Relativamente à temática que não se inseria no cronograma do curso, surgiu interesse pela realização de uma sessão intitulada “Comunicação Intra uterina” (Apêndice G). Para a divulgação da sessão foram informadas oralmente as grávidas e profissionais participantes no CPNP. Aquando da apresentação, verificou-se a presença de cinco grávidas e um profissional de saúde. A temática abordou a vinculação pré-natal e formas de comunicação intrauterina, tendo sido mostrado no final da apresentação, um vídeo para exemplificar mais claramente de que forma os pais podem comunicar com os seus bebés. Assim, foi possível abordar uma temática não incluída no cronograma do curso, mas que se revelou extremamente interessante, não apenas pelo conhecimento adquirido na pesquisa realizada, como também pela partilha de conhecimentos com os restantes participantes revelando-se como um momento positivo de troca de experiências.

Estes momentos, foram assim uma mais-valia no processo de ganho e desenvolvimento de competências, visto que, acompanhei e participei em toda a organização e gestão de um CPNP, bem como observei algumas sessões realizadas pelo EEESMO e por outros profissionais de saúde, tais como a psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista. Facto que destaco como uma mais-valia devido ao contributo que estes profissionais podem trazer pelo seu conhecimento profundo dentro das suas áreas.

Segundo o parecer nº15/2016 emitido pela Ordem dos Enfermeiros, toda a organização do CPPP é da responsabilidade do EEESMO. Embora na maioria dos locais, este não ser ministrado unicamente pelo EEESMO, pela sua competência, cabe-lhe a si toda a gestão e organização do mesmo, de forma a existir uma sequência, interligação e coerência de entre todas as temáticas.

A gestão das inscrições dos casais, que procuraram o CPNP desta UCC nos dois horários disponibilizados, constitui-se como outro aspeto fundamental. A existência de um equilíbrio entre os dois grupos, é de extrema importância, não apenas pela distribuição equitativa de todos os casais, mas acima de tudo pela tentativa de compatibilização dos horários existentes com a disponibilidade dos mesmos, de forma a que uma eventual incompatibilidade não seja um motivo de impedimento à sua participação. O processo de inscrição no CPNP é realizado através do preenchimento de um impresso próprio, facultado às grávidas, aquando da sua consulta no médico de família. Neste momento, o casal é informado, por parte do enfermeiro e/ou médico de família, da existência do curso e preenchido o referido impresso, posteriormente encaminhado para o EEESMO responsável pelo curso. Posteriormente, é realizada, pelo EEESMO uma primeira triagem, tendo em

conta a idade gestacional da grávida, e convocadas através de uma chamada telefónica, efetuada pelo mesmo, a estarem presentes numa entrevista individual prévia ao início do curso.

Para a realização desta entrevista inicial, foi-me proposta a elaboração de um impresso a ser preenchido aquando da realização desta primeira consulta (Apêndice H), impresso esse que, após validação da orientadora clínica foi implementado na UCC. O objetivo deste impresso, apresentava-se como sendo um documento de registo de elementos importantes tais como, idade gestacional, índice obstétrico, alergias, antecedentes obstétricos, patológicas associadas e seus antecedentes, antecedentes familiares, bem como algumas informações relacionadas o com apoio familiar, sentimentos relativos à gravidez, entre outras informações pertinentes. Este momento inicial revela-se extremamente importante, uma vez que, permite realizar o despiste de algumas situações e, se necessário, o seu encaminhamento. Para além disso, é um momento em que as grávidas se sentem mais confortáveis em partilhar alguns receios/dúvidas que dificilmente as colocariam num contexto de grupo. Para além disso, é uma forma de entender se estas dúvidas são partilhadas por outros elementos, e deste modo, abordar determinadas temáticas que à priori não seriam debatidas de uma forma espontânea e sem constrangimentos. De facto, em algumas entrevistas, foram despistadas algumas alterações físicas e emocionais em que foi sugerido à grávida o seu encaminhamento para consultas de psicologia e/ou nutricionista da UCC. Desta forma, nestes momentos foi possível desenvolver competências do EEESMO pela promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade (O.E., 2019b).

Durante a realização das sessões, foi constatada a presença dos pais, figura masculina, nas sessões. Esta presença, verificou-se em maior número em alguns dias, comparativamente com outros, nomeadamente as sessões com componente mais prática, tais como as sessões de técnicas de respiração e de alívio da dor, e cuidados ao recém-nascido. De acordo com os dados recolhidos pelo EEESMO desta UCC, no ano de 2018, na referida unidade, realizaram-se uma totalidade de 11 cursos, sendo que a média de elementos que participaram nos cursos foi entre 10 e 25 participantes/casais. Verificou-se ainda que, os acompanhantes mais frequentes são os maridos/companheiros, existindo, contudo, situações em que o acompanhante é a mãe da grávida.

Devido a toda esta experiência foi possível desenvolver competências do EEESMO no que respeita a conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal, bem como conceber,

planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (O.E., 2019b).

Paralelamente a estas experiências vividas, num dos dias acompanhei uma enfermeira não especialista na consulta de saúde materna e planeamento familiar numa Unidade de Saúde Familiar. Por outro lado, acompanhei a mesma consulta, em dois dias, com a EEESMO, supervisora clínica, no âmbito da consulta dos sem médico de família atribuído. Durante estes dois dias, existiu a possibilidade de perceber o papel importante que o EEESMO tem nestas consultas, devido a um maior número de conhecimentos adquiridos e competências desenvolvidas proporcionados pelo EEESMO.

Durante esta fase da gravidez, é notório o contributo que o EEESMO tem, pela realização de ensinamentos, despiste de situações de risco e encaminhamento que efetua para outros profissionais ou instituições, quando necessário. Por outro lado, existem mulheres, com menores recursos financeiros, que realizam o acompanhamento da gravidez exclusivamente nos centros de saúde, sendo, onde os profissionais assumem um papel fundamental na saúde da sua gravidez. Nestas consultas, foram realizados ensinamentos acerca de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação e consumo de substâncias nocivas, informadas acerca dos desconfortos da gravidez e como prevenir algumas situações, enumeração dos sinais e sintomas de risco que devem conduzir a grávida a dirigir-se à urgência, bem como esclarecimento de dúvidas/questões. Assim, foi possível desenvolver competências do EEESMO, uma vez que, em todas as consultas procurei informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez (O.E. 2019b).

Para além dos ensinamentos realizados, foram desenvolvidas competências do EEESMO no âmbito da monitorização e vigilância da gravidez, no âmbito das competências que adquire, nomeadamente avaliação da AFU e auscultação da frequência cardíaca fetal, avaliação do estado nutricional, evolução ponderal e parâmetros vitais, avaliação do consumo de substâncias nocivas para a gravidez e avaliação da adaptação à gravidez no âmbito da saúde mental e dos fatores psicossociais. Para além disso, e em estreita colaboração com o médico de família confirmar o cumprimento dos rastreios ecográficos e analíticos.

Simultaneamente, nesta consulta, foram prestados cuidados no âmbito do planeamento familiar a adolescentes e a mulheres em idade adulta. Nesta consulta, foram esclarecidas questões relacionadas com a sua sexualidade, realizados ensinamentos acerca de infeções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos ao dispor da mulher e quais os mais indicados em cada situação particular, sendo fornecidos alguns quando solicitados, tais

como, a pilula e/ou o preservativo. Deste modo, foram desenvolvidas competências do EEESMO em matéria de conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, bem como informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.

Outra experiência bastante enriquecedora verificou-se aquando da prestação de cuidados a puérperas e recém-nascidos em contexto de cantinho da amamentação. O encaminhamento para o mesmo pode ser realizado pela estreita colaboração entre a UCC e restantes profissionais do centro de saúde. Nas consultas, e aquando da identificação de alguma situação onde as puérperas e recém-nascido beneficiem de ensinamentos neste âmbito, estes profissionais entram em contato com o EEESMO para agendamento de atendimento. Outra forma de acompanhamento das puérperas e recém-nascidos do concelho verifica-se através do contato telefónico após o centro de saúde receber as notícias de nascimento. Aquando deste telefonema, são ainda questionadas as puérperas relativamente à sua intenção de participar no curso pós-parto, bem como interrogadas acerca da sua adaptação aos primeiros dias após o parto. Neste momento, marca-se um atendimento, caso a puérpera assim o deseje, para esclarecimento de dúvidas relativamente a cuidados à puérpera recém-nascido e amamentação. A maioria dos agendamentos foram efetuados pelo contato direto com a UCC.

Numa situação em particular, foi constatado por parte da enfermeira de uma USF, a existência de dificuldade na amamentação, nomeadamente pelos insuficientes conhecimentos demonstrados como pela dificuldade na adaptação do recém-nascido à mama. Assim, após encaminhamento, foram realizados ensinamentos sobre cuidados/aspectos a ter em consideração durante a amamentação, tais como os cuidados à mama, importância da ingestão de líquidos, frequência e duração das mamadas, posicionamento do bebé e adequada pega. Contudo, constatada a perda de peso significativa, optou-se por aconselhar a mãe a dirigir-se a um pediatra ou serviço de urgência pediátrica para observação do recém-nascido. Desta forma, foram desenvolvidas competências do EEESMO no âmbito de orientar, esclarecer dúvidas, solucionar problemas e/ou encaminhar para outro profissional de saúde, caso sejam identificados problemas que saiam do seu campo de atuação.

À parte destes momentos, foi possível assistir a uma sessão de educação para a saúde, no âmbito da saúde escolar com o projeto da Educação para os Afetos e Sexualidade, numa escola de ensino básico, realizada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pertencente à UCC. Com esta experiência, foi perceptível a importância

dos enfermeiros neste tipo de projetos, uma vez que, os adolescentes vêm nestes profissionais de saúde, alguém com quem podem esclarecer as suas dúvidas e questões, que em alguns casos, dificilmente colocariam a outras pessoas.

Apesar destas experiências terem decorrido num curto espaço de tempo, não havendo oportunidade de desenvolver e implementar programas de intervenção e educação para a saúde no âmbito do planeamento familiar, foi possível ter uma perceção de como estes projetos se desenvolvem e implementam e do importante papel que o EEESMO pode ter nestas consultas.

Durante o período decorrente deste contexto de estágio, foi possível colaborar na prestação de cuidados a 12 grávidas em contexto de vigilância da gravidez de baixo risco, em regime de consulta. Para além disso foram prestados cuidados a sete puérperas e respetivos recém-nascidos em contexto de ensinos no cantinho da amamentação. De referir que todas as mulheres eram de nacionalidade portuguesa. Relativamente à colaboração com o CPPP, o grupo ao qual foram realizadas as sessões era composto por um total de 10 mulheres e respetivos acompanhantes. Sendo que dependendo das sessões existiam mais ou menos acompanhantes.

4.2.4. Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE

No bloco de Partos do HGO, onde permaneci quatro semanas, parti com a premissa de que, se as competências adquiridas no primeiro estágio de bloco de partos tinham sido uma primeira oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos previamente, neste estágio iria procurar adquirir novas competências do EEESMO e aprofundar/melhorar as já adquiridas.

Sendo o HGO um HAPD, a possibilidade de ter contato com grávidas com diferentes patologias associadas, seria uma possibilidade evidente, fato que se veio a constatar. Efetivamente, este estágio relevou-se como um momento único de experiências enriquecedoras, uma vez que, foi possível prestar cuidados a grávidas provenientes de várias regiões, com gravidez de baixo risco ou risco elevado. Para além do enriquecimento profissional enquanto enfermeira, as distintas vivências permitiram-me adquirir novas competências e melhorar as anteriormente adquiridas.

Durante o presente contexto de estágio, a prestação de cuidados ocorreu principalmente a mulheres em sala de partos, contudo sempre que existiu possibilidade, acompanhei grávidas internadas na sala de observação e puérperas na sala de cuidados especiais. Por conseguinte, para além de ter acompanhado mulheres em trabalho de parto

prestei cuidados a mulheres com gravidez de risco, nomeadamente com diagnóstico de pré-eclampsia, ameaça de parto pré-termo devido a hemorragia no 3º trimestre, placenta prévia e/ou encurtamento do colo. Deste modo, foram conhecidos e aplicados protocolos do serviço dirigidos às diferentes patologias, e assim desenvolver competências do EEESMO no que se refere a conhecer, preparar e administrar terapêutica dirigida às diferentes patologias (O.E., 2019b).

No que respeita à sala de partos, e aquando da admissão da grávida, é realizado o seu acolhimento e, para além de serem explicadas algumas regras e procedimentos do serviço, procura-se perceber se possui um plano de parto ou se demonstra algumas diretivas de vontade para este momento da sua vida. Durante a sua permanência na sala de parto, é proporcionado sempre a presença de um acompanhante, sendo que maioritariamente se verificou a presença do pai e esporadicamente a mãe da grávida. Posteriormente são explicadas as técnicas de alívio da dor disponibilizadas pelo serviço.

A dor em obstetrícia, não diferente de outras, é uma dor subjetiva, maioritariamente influenciada e experienciada tendo em conta as crenças, valores, religião, comunidade/família em que a grávida/casal de insere (Guerra, 2016). Por isso, para além do apoio emocional prestado pelo EEESMO e a possibilidade de ter um acompanhante no momento do parto, fatore importante para a grávida/casal viverem este momento de forma positiva, são ainda disponibilizados métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio e controlo da dor.

Relativamente aos métodos farmacológicos, para além da analgesia via intravenosa, a mulher tem ao dispor protóxido de azoto e a analgesia epidural. O protóxido de azoto, é um gás composto por 50% de protóxido de azoto e 50% de oxigénio, que através da autoadministração por máscara ou bucal específico, provoca um alívio significativo da dor no pico da contração. Apesar de não ser um método muito utilizado em Portugal, a sua utilização diminui a ansiedade e conduz a uma sensação de autocontrolo e autonomia por parte da grávida/casal durante o trabalho de parto e parto, uma vez que, a grávida decide quando colocar a máscara aquando da sensação do estímulo doloroso (Guerra, 2016). De facto, existiram poucos momentos em que presenciei a sua utilização, contudo por duas vezes foi possível colocar ao dispor da grávida admitida em fase ativa do trabalho de parto com dilatação quase completa e que por algum motivo já não era possível a realização de analgesia epidural. No momento, ao questionar as grávidas relativamente à eficácia deste método, estas referiram que sentiram um alívio substancial da dor aquando da sua utilização no momento da contração.

Por outro lado, existiu a possibilidade de colaborar também na colocação de cateter epidural na analgesia epidural e sequencial, nomeadamente fornecimento de consentimento informado, preparação de material, posicionamento da grávida, avaliação de parâmetros vitais e posterior administração de terapêutica via epidural. A analgesia sequencial é utilizada maioritariamente em fase latente do trabalho de parto, porém pode ser também administrada em fase ativa. Esta combina a administração de opióide no espaço subaracnoideu e posterior colocação de cateter no espaço epidural para manutenção da analgesia durante todo o trabalho de parto, permitindo assim um alívio mais rápido da dor devido ao local de administração da terapêutica (Guerra, 2016). Posteriormente à colocação do cateter e administração de terapêutica de forma intermitente, é possibilitado à grávida, se esta assim o desejar, deambular na sala de parto ou no corredor existente numa zona traseira da sala de partos. Sempre que esta referir dor, e segundo protocolo existente no serviço, são administrados bólus de terapêutica analgésica de forma a proporcionar alívio da dor e existir uma maior colaboração da grávida em todo o trabalho de parto e parto.

Como métodos não farmacológicos, a mulher pode então utilizar a bola de pilates, o rebozo, musicoterapia bem como a adoção da posição que para si for mais confortável, tendo sempre em consideração o bem-estar materno-fetal. Durante a permanência na sala de parto é colocada monitorização cardiotocográfica contínua, contudo, e avaliado caso a caso, é ainda possível colocar de forma intermitente o que favorece a utilização de métodos não farmacológicos. Caso seja necessário uma monitorização contínua o serviço tem ainda a possibilidade de o fazer via wireless.

Neste bloco de partos, foi assim possível, contatar com outras metodologias de trabalho, nomeadamente formas de condução do trabalho de parto e métodos de controlo de dor diferentes. Tendo em conta a experiência do EEESMO e o bem-estar materno-fetal, foi possibilitado, variadas vezes partos em posições distintas, caso estas assim o desejassem. Por este motivo, tive oportunidade de realizar partos em diferentes posições, tais como a posição de decúbito dorsal, mais frequentemente adotada pela facilidade de acesso ao períneo, bem como em posição de cócoras, de gatas e sentada no banco.

A posição de cócoras é vista como uma das posições em que existe uma maior modificação do estreito inferior, ampliando sagitalmente o seu diâmetro ântero-posterior. Nesta posição, a rotação interna das pernas é favorecedora do aumento dos estreitos médio e inferior abrindo os espaços entre as espinhas isquiáticas e a gravidade dirige a cabeça fetal para o triângulo anterior, urogenital do estreito inferior, o que coloca o períneo em tensão máxima. A posição de gatas permite à grávida adotar diversos apoios como sendo a cabeceira

na cama ou a bola de pilates. Esta posição permite a escavação pélvica e uma ampliação do diâmetro do estreito inferior. Verifica-se a ação da gravidade, em que a apresentação fetal é dirigida em direção ao púbis, para o triângulo anterior urogenital, do estreito inferior (Mineiro et al., 2016).

Por fim, a posição de sentada no banco em que a grávida está sentada num banco de pouca altura, permitindo que as pernas estejam em flexão superior a 90°, esta deve colocar as pernas em rotação interna mantendo os joelhos verticais sobre os pés e os pés paralelos. Ao ser escolhida esta posição, é fulcral orientar a mulher para um adequado posicionamento no banco de forma a permitir uma correta mobilização do sacro. Por outro lado, exige também um trabalho postural da mulher que é facilitado pelo apoio do tronco num rebozo ou no acompanhante de forma a poder descansar (Mineiro et al. 2016).

Fazendo uma retrospectiva a todos estes momentos, onde foi possível realizar partos em posições distintas, constatou-se que, de facto, são posições que requerem alguma experiência por parte do EEESMO, de forma a compreender quais as posições mais adequadas a cada momento do trabalho de parto, bem necessidade de existir como disponibilidade física para o fazer principalmente na posição de sentada no banco. Por tudo isto, considero como tendo sido momentos de verdadeira aprendizagem e mobilização de competências onde, não raras vezes, se verificou um sentimento de gratidão por parte dos pais por verem as suas vontades atendidas.

Com estas oportunidades, foi mantido o processo contínuo de desenvolvimento de competências no âmbito da evolução do trabalho de parto e parto, nomeadamente realização do toque vaginal para avaliação da integridade das membranas, características da pelve e do colo do útero, bem como apresentação, variedade, situação e atitude do feto. Por outro lado, foram desenvolvidas competências do EEESMO no que respeita à técnica de realização do parto, reparação do períneo pela sutura de laceração do períneo, verificação da presença do globo de segurança de Pinard, perdas hemáticas e avaliação hemodinâmica da puérpera.

Desta forma, verificou-se o desenvolvimento de competências do EEESMO no que respeita a aplicar técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto; avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto; avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estariam para além da minha área de competência de atuação, bem como conceber, planear, implementar

e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos (O.E., 2019b).

Neste serviço, aquando da realização do parto é verificada uma colaboração com outro elemento EEESMO aquando do nascimento do recém-nascido, que após avaliado o índice de APGAR, é colocado em contato pele a pele com a mãe, se esta assim o desejar. Posteriormente, são prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido, em que é encaminhado para a sala de cuidados ao recém-nascido, realizado um primeiro exame físico, observadas as características da pele, olhos, palato e permeabilidade nasal, avaliadas as extremidades quanto a sua simetria e tónus, avaliação das características da respiração e do abdómen, confirmação da existência de 3 vasos no cordão umbilical, observação das características geniturinárias externas e permeabilidade do ânus. Posteriormente é pesado, administrada vitamina K 1mg intramuscular, colocada uma pulseira eletrónica de identificação, vestido e colocado novamente junto dos pais. Desta forma, foram desenvolvidas competências do ESMO dado que foi assegurada a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (O.E., 2019b).

Posteriormente ao parto, a puérpera cumpre ainda no serviço, as primeiras duas horas do puerpério imediato na sala de cuidados especiais, onde são avaliados os sinais vitais, as características da pele e das mamas, as características do útero, nomeadamente a sua involução, os lóquios em quantidade e características, o períneo, a eliminação vesical e intestinal, bem como é prestado apoio ao aleitamento materno e ligação entre a tríade. Por fim, é removido o cateter epidural, com a certificação da integridade da sua ponta. Garantida a estabilidade hemodinâmica da mãe e bem-estar do recém-nascido é transferida para o internamento do puerpério.

Durante as quatro semanas em que decorreu o estágio neste contexto clínico, foi possível prestar cuidados a 38 mulheres, sendo que destas sete mulheres tinham gravidez de risco, com patologias como pré-eclampsia, rotura prematura de membranas pré-termo, hipertensão gestacional e síndrome de HELLP.

Relativamente ao número de partos, foram efetuados 10 partos eutócicos, tendo colaborado em um parto por ventosa. Resultante destes partos existiram oito lacerações, sendo seis de grau I e duas de grau II, com posterior sutura. De evidenciar que dos 10 partos realizados, dois foram realizados com recurso ao banco de parto, dois em posição de gatas e os restantes em decúbito dorsal. Relativamente aos recém-nascidos foram prestados cuidados a 11 recém-nascidos normais e colaborado na prestação de cuidados a um recém-

nascido de risco por parto pré-termo. No que respeita à sua nacionalidade, 75% das mulheres eram de nacionalidade portuguesa, sendo as restantes de nacionalidade brasileira, cabo-verdiana, angolana e ucraniana.

4.2.5. Serviço de Obstetrícia-Puerpério do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Unidade de Faro

Durante este estágio, foi tido como principal objetivo desenvolver competências do EEESMO, no que se refere a cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (O.E., 2019b).

Relativamente às puérperas transferidas do bloco de partos, o protocolo do serviço preconiza que o internamento decorra por um período de 48 horas, quando o parto ocorre por via vaginal, sendo que esse período aumenta para as 72 horas nos partos por cesariana. A alta ocorre no dia em que completa esse período, contudo só é efetivada quando é completado antes das 17:00h do dia, caso contrário, a alta ocorre no dia seguinte. Estes critérios foram estabelecidos por uma questão de gestão e organização do serviço, nomeadamente pela disponibilidade dos profissionais de saúde, em conseguir fazer uma correta avaliação da puérpera e recém-nascido para garantir uma alta segura.

Aquando da chegada da puérpera e do recém-nascido ao serviço, esta vem acompanhada pelo enfermeiro responsável pela transferência de ambos e é realizado o acolhimento da mesma na sua unidade, recebida e anotada toda a informação respetiva. Inicialmente, são avaliados os parâmetros vitais, e realizado um primeiro exame físico à puérpera, em que são avaliadas as características da pele e mucosas, consistência das mamas, características e integridade dos mamilos, involução uterina, realizada expressão uterina de forma a verificar a características e quantidade de saída de lóquios, observado o períneo nomeadamente a sutura, verificar a presença de edema, varizes ou hematoma, bem como a presença de hemorroidas. Todos estes cuidados têm como objetivo manter uma correta adaptação da puérpera a esta fase do puerpério bem como identificar problemas de forma a que, na sua presença, sejam resolvidos o mais precocemente possível. Do mesmo modo, é realizada uma primeira observação do recém-nascido aquando da sua admissão, em que são avaliadas as características da pele e choro, temperatura das extremidades, e vitalidade, garantido que se mantém aquecido. Posteriormente, é colocada uma pulseira de identificação eletrónica no membro inferior, sendo que já vem com uma pulseira de identificação colocada no bloco de partos no membro superior.

Durante o período em que a puérpera se mantém internada, o principal papel do EEESMO na prestação de cuidados à mulher e recém-nascido assenta na prevenção de complicações e na promoção da educação para a saúde através da realização de ensinamentos. De forma a auxiliar a mulher nesta transição, os enfermeiros devem centrar a sua intervenção na prevenção de complicações e na promoção da autonomia da mulher no autocuidado bem como no cuidado ao seu filho (Santos & Batista, 2016).

Relativamente à prevenção de complicações da puérpera durante o período que permanece internada, existem um conjunto de cuidados que foram tidos em consideração e que são de extrema importância, nomeadamente:

- Avaliação dos parâmetros vitais: aquando da admissão, instabilidade hemodinâmica, antes do primeiro levante e uma vez turno, no caso das cesarianas;
- Monitorização da dor: a nível abdominal, perineal e mamas;
- Avaliação das características da pele e mucosas: risco de anemia no pós-parto;
- Observação das mamas: pelo risco de ingurgitamento mamário;
- Avaliação das características do útero: correta involução uterina com o objetivo de prevenir a atonia uterina;
- Observação dos lóquios: quantidade e características, de forma a despistar a presença de restos placentares, lacerações não suturadas e endometrite;
- Observação do períneo: pela vigilância de sinais inflamatórios na episiorrafia e/ou sutura perineal;
- Eliminação vesical: vigilância do retorno aos padrões normais de micção;
- Eliminação intestinal: vigilância do retorno aos hábitos intestinais, bem como a presença de hemorroidas;
- Abdómen: observação da presença de distensão abdominal e observação de sinais inflamatórios na ferida cirúrgica abdominal (cesariana);
- Observação dos membros inferiores: vigilância da presença de edema e varizes pelo risco de trombose venosa profunda
- Estado nutricional: vigilância do retorno a uma adequada ingestão nutricional/hídrica

Para além de todos estes aspetos, a intervenção do EEESMO no cuidado à puérpera passa pelo acompanhamento no primeiro levante. No caso do parto via vaginal, o primeiro levante ocorre, nos casos de estabilidade hemodinâmica, o mais precocemente possível e

quando a puérpera assim o desejar. No caso das cesarianas, quando sujeitas a anestesia epidural/geral o primeiro levante ocorre 12 horas pós-parto e quando sujeitas a raquianestesia, 24 horas após o parto. Durante o período que permanecem em repouso no leito, as puérperas mantêm-se algaliadas sendo que o cateter urinário é removido aquando do primeiro levante. Por todos estes cuidados prestados foram desenvolvidas competências do EEESMO no que se refere a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto (O. E, 2019b).

Relativamente ao seu autocuidado, foram realizados ensinamentos no que respeita aos aspetos acima referidos tendo em conta também as alterações físicas e emocionais decorrentes do processo de recuperação do puerpério imediato e tardio. Essencialmente, foram abordadas questões relacionadas com cuidados de higiene do períneo, devendo a puérpera aplicar gelo no caso de dor e/ou edema associado quer à sutura perineal quer à possível presença de hemorroidas, manter uma adequada higiene do local, mantendo-o o mais seco possível, e trocar os pensos higiénicos com frequência. Relativamente à dor na região abdominal, esta pode advir da ferida cirúrgica em caso de cesariana, onde se devem evitar esforços. A dor abdominal pode advir da normal contração uterina, aquando das mamadas, devendo assim a puérpera, adotar estratégias que aliviem a dor. Paralelamente, foram efetuados ensinamentos relacionados com a eliminação e nutrição, reforçando uma adequada ingestão de água e fibras, como também o seu retorno à atividade física.

Não menos importante, foram os aspetos abordados relacionados com o bem-estar emocional da puérpera, orientando-a e alertando-a para alguns sinais importantes bem como dos recursos existentes na instituição e na comunidade. De facto, a sociedade vincula a imagem de que, a mulher vive a sua gravidez de forma positiva, não havendo lugar para que todas as transformações físicas e emocionais que sofre tenham um impacto negativo na sua vida. Esta situação conduz a que frequentemente se sinta pouco confortável em abordar questões com as quais não se sente incomodada, o que conduz, em algumas situações, a perturbações psicológicas não detetadas atempadamente (Leitão, 2016). Deste modo, foi possível desenvolver competências do EEESMO no que se refere a conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos (O.E., 2019b).

Simultaneamente a todas estas temáticas abordadas, as questões relacionadas com a amamentação, devido a todas as suas dúvidas e receios, foi onde verificou, por parte do casal, um maior interesse. Por este motivo, verificou-se como um dos ensinamentos mais importantes relacionados com o autocuidado da puérpera e recém-nascido e consequentemente onde

existiu um maior investimento, não só com questões que surgem durante o internamento, como também pelos aspetos a ter em consideração após o momento da alta.

A amamentação é um ato natural, contudo requer determinados conhecimentos e técnicas que fazem do EEESMO um elemento fundamental para o seu sucesso (Santos & Baptista, 2016). Relativamente aos ensinamentos realizados relativos aos cuidados à mama, fui abordada frequentemente com questões que se relacionam com a tensão mamária, ingurgitamento mamário e a alteração da integridade dos mamilos. Nas primeiras 24 horas, as mamas permanecem moles e produzem colostro e posteriormente ficam mais tensas com produção de leite. São nestes momentos que podem ocorrer o ingurgitamento mamário e tensão mamária, por este motivo as mulheres foram instruídas a prevenir tais situações, através da adaptação do bebé à mama, ou nos casos em que existe uma aumentada produção de leite a fazer extração manual através de massagem com água quente. Por outro lado, a alteração da integridade do mamilo tais como, maceração, fissuras e possível infeção são outro problema recorrente, onde a prevenção passa por uma correta higiene das mãos, uma pega adequada, aplicação de colostro/leite após cada mamada, e realizar um correto arejamento dos mamilos entre as mamadas. Deste modo, foram desenvolvidas competências do EEESMO no que respeita a conceber, planear, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (O.E, 2019b).

Para o sucesso da amamentação existem também outros aspetos importantes que correlacionam os cuidados à mama com o correto aleitamento materno com o objetivo de se verificar um aumento de peso do recém-nascido e consequente bem-estar. Durante o internamento são reforçados alguns aspetos nomeadamente a amamentação em horário livre, tendo sempre presente que deverá mamar entre 08 a 10 vezes nas 24 horas, alternado sempre a mama oferecida até total esvaziamento, bem como realizar uma pega adequada de forma a que o recém-nascido se alimente em qualidade e quantidade. Juntamente a todos estes ensinamentos a puérpera tem ao dispor o cantinho da amamentação existente no serviço, que aquando do momento da alta é disponibilizado o contato em que poderá realizar um agendamento para esclarecimento de dúvidas. Para além disso é informada acerca da existência do cantinho da amamentação no centro de saúde da sua área de residência, onde se poderá deslocar igualmente. Assim, foram desenvolvidas competências no que se refere a informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.

Relativamente aos ensinamentos efetuados sobre os cuidados ao recém-nascido, foram abordadas questões relacionadas com os cuidados de higiene e conforto. O ensino do banho

é realizado no turno da manhã, no dia seguinte à puérpera efetuar o primeiro levante, havendo à priori uma avaliação do seu bem-estar, para que permaneça confortável durante este momento. Este ensino é efetuado preferencialmente com a presença do pai/pessoa significativa em que, inicialmente, é realizada uma demonstração dos principais aspetos a ter em conta relativamente ao modo de como segurar o recém-nascido, como também aos cuidados a ter nas diferentes zonas do corpo.

Durante este momento, foram mencionados aspetos a ter em consideração neste momento, bem como realizados ensinamentos acerca de cuidados a ter com o coto umbilical e unhas, alterações da integridade e coloração da pele, correta manutenção da temperatura corporal do recém-nascido, bem como para uma observação física onde podem ser detetados alguns sinais de alerta que deverão justificar uma ida ao seu médico/urgência. Nestes momentos foram reforçados também os ensinamentos da mudança da fralda e cuidados de segurança a ter com o recém-nascido. Assim, foram desenvolvidas competências do EEESMO no que respeita a informar e orientar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido, bem como informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho (O.E., 2019b).

Neste contexto clínico, foram prestados cuidados a 123 puérperas, sendo que destas duas eram puérperas de risco por complicações pós-parto como sendo a atonia uterina e pré-eclampsia. Relativamente aos recém-nascidos foram prestados cuidados a 110 recém-nascidos, destes 10 eram de risco devido à necessidade de fototerapia, por parto pré-termo ou por consumo materno de estupefacientes.

Relativamente às suas nacionalidades 65% eram de nacionalidade portuguesa e as restantes de nacionalidade indiana, nepalesa, colombiana, ucraniana e brasileira.

4.2.6. Bloco de Partos do Centro Hospitalar e Universitário - Unidade de Portimão

De modo a manter o processo contínuo de desenvolvimento de competências do EEESMO, no que respeita a cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (O.E., 2019b), finalizei este meu percurso de contexto clínico no bloco de partos do CHUA – Unidade de Portimão.

O processo de admissão neste serviço, mostrou-se semelhante aos já abordados em outras instituições onde, por norma, a admissão da grávida é realizada por internamento programado para indução de trabalho de parto ou proveniente da urgência de

ginecologia/obstetrícia. Aquando da admissão na sala de partos, foi realizado o acolhimento à grávida/acompanhante e explicadas algumas normas do serviço.

Contrariamente, o CHUA – Unidade de Portimão não detém um serviço de internamento específico para grávidas para indução do trabalho de parto ou em fase latente do trabalho de parto, por esse motivo são admitidas diretamente na sala de partos. Este facto, contribuiu para que desenvolvesse competências do EEESMO no que se refere a identificar a monitorizar o trabalho de parto em fases mais precoces do, permitindo assim desenvolver competências do EEESMO no que se refere a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (O.E. 2019b).

Durante a fase latente do trabalho de parto, é permitido às parturientes a ingestão de alimentos em pequena quantidade, sendo que em fase ativa apenas é possível a ingestão de água em pequenas quantidades, sumos de fruta de consistência líquida e gelatina.

Relativamente à vigilância do bem-estar fetal através da monitorização cardiotocográfica, neste serviço é utilizada a monitorização contínua ou intermitente. No caso das mulheres a quem prestei cuidados, em fase latente do trabalho de parto e no caso de bem-estar fetal mantido, foi efetuada uma monitorização de forma intermitente, facto que permite às grávidas uma maior liberdade de movimentos. Durante a fase ativa de trabalho de parto, a monitorização cardiotocográfica foi colocada continuamente de forma a garantir uma adequada vigilância do trabalho de parto numa fase mais crítica para o feto. Em ambas as situações, é possível acompanhar essa monitorização na sala de trabalho de enfermagem.

Durante este estágio, e sendo que já havia estado em sala de partos anteriormente, foi perceptível, não só por todo o investimento no conhecimento já efetuado, mas como pela experiência adquirida, uma melhor compreensão do bem-estar materno e fetal pela análise da monitorização cardiotocográfica. Este facto, permitiu-me perceber mais aprofundadamente a dinâmica do trabalho de parto, tendo em conta as ações realizadas para evolução do mesmo e o efeito dessas essas mesmas ações, traduzidas na monitorização cardiotocográfica. Assim, foram desenvolvidas competências do EEESMO no que respeita a avaliar bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (O.E., 2019b).

Neste serviço, o EEESMO escalado para a sala de partos, fica e exclusivamente responsável pelas mulheres internadas na mesma, sendo que, após o parto são transferidas para o recobro, onde e ficam em média duas horas à responsabilidade da enfermeira escalada para o recobro. Para além do acompanhamento da evolução do trabalho de parto, foi possível continuar a desenvolver competências, nomeadamente pela colaboração na técnica de

analgésia epidural e disponibilização de técnicas de alívio e controlo da dor não farmacológicas, tais como a bola de pilates, musicoterapia e kit de massagem. O serviço dispõe de um amplo corredor onde as grávidas podem deambular durante o trabalho de parto.

Aquando da colaboração nos partos por ventosa ou fórceps, foi-me permitido prestar cuidados imediatos ao recém-nascido. Não obstante da responsabilidade pelas salas de parto, nas situações em que não se verificava o internamento de mulheres neste local, foi possível desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido nas unidades de recobro, quer seja por parto via vaginal como por cesariana.

Durante o período do contexto clínico existiram situações, em que não se verificou a presença de pediatra na instituição, facto que contribuiu para a necessidade de transferência das grávidas para outra instituição, sendo que a mais próxima seria sempre o CHUA – Unidade de Faro. Se por um lado, este aspeto contribuiu para que realizasse menos partos, conduziu a uma melhor perceção do processo de transferência da grávida para outra instituição. Avaliada a situação por parte do obstetra, e após constatação da necessidade de internamento da grávida, quando se verifica a ausência de pediatra na instituição, é realizado um contacto telefónico para a instituição que irá receber a mulher, de forma a averiguar a possibilidade de transferência. Previamente à transferência, foram avaliados parâmetros vitais, avaliado o bem-estar fetal através da monitorização cardiotocográfica e averiguada a necessidade de colheita de sangue para análise. Reunidas as condições de segurança para a mãe e feto para que se realize a viagem, esta é transferida de ambulância acompanhada pelo EEESMO. Deste modo, foi possível compreender como todo o processo se desenrola.

Durante este estágio foram prestados cuidados a 103 mulheres, sendo que destas 14 foram em contexto de urgência de ginecologia. Das 103 mulheres sete tinham uma gravidez de risco, devido a patologias como diabetes gestacional, hipertensão gestacional e prévia, e rotura prematura de membranas. Relativamente aos partos, foram realizados 19 partos e colaborado na realização de dois partos distócicos. Dos 19 partos realizados, resultaram quatro lacerações de grau I e II e foram realizadas 11 episiotomias e dois partos em que resultou períneos intactos. Analogamente à sua nacionalidade, 68% das mulheres eram de nacionalidade portuguesa, sendo que as restantes eram de nacionalidade nepalesa, indiana, brasileira, belga e ucraniana. Quanto aos recém-nascidos, foram prestados cuidados a 20 recém-nascidos, sendo que nenhum deles era de risco.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investir na aprendizagem e evolução profissional evidencia-se como uma conduta que deve pautar a nossa vida. Transforma o modo como encaramos a nossa prática e conduz à existência de melhores profissionais e conseqüentemente a melhores cuidados. A prática baseada na evidência científica, deve ser uma preocupação constante para o EEESMO, e foi com essa premissa que foi marcado todo este percurso. A procura por retirar o maior partido das aprendizagens adquiridas tornou-se assim, essencial, para o processo de evolução constante no cuidar da mulher, casal e recém-nascido.

Com a realização deste relatório demonstra-se todo o caminho realizado e o seu importante contributo no que à aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO diz respeito. A consciência de que cada mulher/casal são seres individuais com diretivas de vontade, crenças e valores diferentes foi uma mais-valia para enriquecer todo o percurso e futura prática enquanto EEESMO.

Ressalta-se como uma mais-valia, a possibilidade de realizar os estágios em diferentes instituições com diferentes metodologias de trabalho. De facto, este aspeto enriqueceu em grande medida este percurso pois, faz-nos refletir acerca das nossas práticas anteriores e sobre alguns conceitos que consideramos como adquiridos. Torna-se assim fundamental, assentar a nossa prática com base na evidência mais recente e adotar estratégias adequadas a cada realidade, com a finalidade de proporcionar às pessoas com quem cuidamos e melhor que temos para dar.

Analisando todas as oportunidades existentes e experiências demonstradas, no que se refere aos objetivos propostos para o estágio de natureza profissional, relativamente às competências do EEESMO, considera-se que na sua maioria foram atingidos. Apenas de ressaltar que, relativamente à competência “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério”, devido aos locais onde decorreu o estágio e às oportunidades existentes, não é possível afirmar que tenha sido atingida na totalidade, contudo, existiu a oportunidade de desenvolver alguns aspetos durante o estágio no contexto de ginecologia.

Para além deste aspeto, a possibilidade de contribuir para uma temática, cada vez mais, emergente na nossa sociedade, enriqueceu em grande medida este percurso. Através da realização da pesquisa, foi possível compreender que, os pais de hoje ocupam um lugar fundamental, num momento que antigamente era atribuído exclusivamente à mulher. Facto

disso, é a perceção que os pais têm do importante papel que detêm no processo que envolve o nascimento e o cuidar de um filho. Da sua participação no CPPP, evidenciam sentirem-se melhor preparados, e que o curso, constitui-se como uma mais-valia para este momento das suas vidas. Contudo, em determinadas situações, ainda encontram algumas dificuldades em retirar o máximo partido de toda esta experiência que é a parentalidade. Quer seja pelas dificuldades de acesso que por vezes encontram, quer por considerarem que os CPPP continuam a ser dirigidos principalmente para a figura materna. Continuar a investir nas políticas de saúde para tornar os pais, cada vez mais, parte integrante neste processo torna-se essencial. Para além disso, torna-se fundamental o investimento que os profissionais de saúde devem fazer no conhecimento das reais necessidades dos pais, com o objetivo de ir ao encontro dos seus receios e dúvidas enquanto pais. Estes são seres individuais com características que os distingue da mãe. Assim, e pelo papel de proximidade que possui, o EEESMO evidencia-se como um pilar essencial no acompanhamento e preparação para este importante momento das suas vidas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo Martins, C., Pinto de Abreu, W. J. C., & Barbieri de Figueiredo, M. d. C. A. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Convertirse en padre y madre: un papel socialmente construido.*, 4(2), 121-131. <https://doi.org/10.12707/RIII1394>
- Andersen, B. L., & Jochimsen, P. R. (1985). Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer, and healthy women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(1), 25–32. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.53.1.25>
- Balancho, L. (2003). *Ser Pai, Hoje*. Queluz de Baixo: Editorial Presença
- Ballenato, G. (2009). *Educar sem gritar. Pais e Filhos: Convivência ou Sobrevivência*. Lisboa: A esfera dos Livros.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 317-335). Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade. Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In L. Balancho (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.
- Castoldi L., Gonçalves T.R. (2014). Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebé. *Psicologia em estudo*, 19(2), 247-59. <https://doi.org/10.1590/1413-737222105008>.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência Psicológica*. Lisboa: E. Colibri Ed.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Dias, M. J., Gomes, C., & Machado, S. (2018). Qual a eficácia da aplicação do programa de mindfulness na qualidade de vida em doentes com cancro da mama? *Onco.news*(36), 36-40.
- Direção Geral de Saúde (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa

- Direção Geral de Saúde (2015b). Plano Nacional de Saúde- Revisão e extensão a 2020.<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2020a). Iniciativa mobilizadora da paternidade envolvida e cuidadora - IMPEC 2020. Lisboa
- Direção Geral de Saúde. (2020b). Cursos de Preparação para o Parto e a Parentalidade – CPPP, Cursos de Recuperação Pós Parto - CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Lisboa
- Douglas, H., & Bateson, K. (2017). A service evaluation of the Solihull Approach Antenatal Parenting Group: integrating childbirth information with support for the fetal-parent relationship. *Evidence Based Midwifery*, 15(1), 14-19. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/741f0935f657fb142a4c718d2f188c37/1?pq-origsite=gscholar&cbl=506296>
- Erlandsson, K., & Häggström-Nordin, E. (2010). Prenatal parental education from the perspective of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth: a phenomenographic study. *The Journal Of Perinatal Education*, 19(1), 19-28. <https://doi.org/10.1624/105812410X481537>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1 ed., pp. 308-320). Lidel.
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., pp. 438-442). Lisboa: Lidel.
- Friis-Jensen, N. (2009). Real nursing. The heart that keeps on going. *OR Nurse*, 3(3), 13-14. Disponível em: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=860699&Journal_ID=682710&Issue_ID=860690
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. The Cochrane database of systematic reviews, 2007(3), CD002869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
- Guerra, A. (2016). Analgesia e anestesia em obstetria. In M. Néné, R. Marques, & A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (1 ed., pp. 425-432). Lisboa: Lidel.
- Gomez, R. (2005). Paternidade em transição. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 257-285). Lisboa: Fim de Século.

- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary nurse*, 31(1), 57–70. <https://doi.org/10.5172/conu.673.31.1.57>
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Estatísticas da Saúde 2018. Lisboa
- Instituto Nacional de Estatística (2021a). População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2021b). Nados vivos por local de residência da mãe, sexo, idade da mãe e ordem de nascimento, anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008092&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística (2021c). Conceito população alvo. Disponível em: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1583>
- Jardim, D., & Penna, C. (2012). Pai- Acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 373-381. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n3a09.pdf>
- Kirven, J. (2014). Helping Teen Dads Obtain and Sustain Paternal Success. *International Journal of Childbirth Education*, 29(2), 85-88. Disponível: <https://www.proquest.com/openview/bab3b31db5b153d6a5a75f91baf549e5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32235>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Leitão, M. (2016). Alterações psicológicas no puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., pp. 443-454). Lisboa: Lidel.
- Lönnerberg, G., Nissen, E., & Niemi, M. (2018). What is learned from Mindfulness Based Childbirth and Parenting Education? - Participants' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2098-1>
- Maria Farias Sousa, C., Monteiro da Silva, M. A., Campos Sousa, A. J., Abdul Nour, G. F., & Araújo Moreira, A. C. (2020). Perceção dos pais sobre a sua participação no parto e nascimento. *Enfermagem Em Foco*, 11(4), 29-34. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3378/947>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o Spss Statistics*. (6ªed) Pêro Pinheiro: Report Number.

- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29(5), 474-478. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>
- Mineiro, L., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1 ed., pp. 335-347). Lisboa: Lidel.
- Nash, M. (2018). Addressing the needs of first-time fathers in Tasmania: A qualitative study of father-only antenatal groups. *The Australian Journal Of Rural Health*, 26(2), 106-111. <https://doi.org/10.1111/ajr.12371>
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. Paris
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 11/ 2012. Número mínimo de sessões de preparação para o parto
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa Diário da República n.º 2/2015 de 23 de Abril de 2015, Série n.º. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 15/2016. Responsabilidade em realizar os cursos de preparação para o parto e Parentalidade.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. Diário da República n.º366/2018, série n.º2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Diário da República n.º 26/2019, Série n.º2. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa. Diário da República n.º 85/2019, Série n.º2. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ordem dos Enfermeiros (2019c). Mesa do Colégio de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 43/2019. Calculo de dotações seguras de enfermagem nos cuidados de saúde materna e obstétrica.

- Organização Mundial de Saúde (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pereira, M. (2016). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M. Néné, R. Marques, & M. Amado batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1 ed., pp. 158-162. Lisboa: Lidel.
- PORDATA (2021). Partos nos hospitais: total e por tipo. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Portugal (2007). Assembleia da República Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário da República n.º 75/2007, Série nº1 de 17 de abril de 2007, pp.2417–2418. <https://files.dre.pt/1s/2007/04/07500/24172418.pdf>
- Rodrigues, C., Domingues, G., Duarte, H., & Franco, J. (2010). Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 11, 6-9. Disponível em: <https://rapeo.apeo.pt/index.php/rapeo/issue/view/6/26>
- Santos, M., & Batista, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém Nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª ed., pp. 455-472. LKisboa: Lidel.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2019). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2018. Oeiras
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2021). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020. Oeiras
- Smyth, S., Spence, D., & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? [Article]. *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336-342. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.5.336>
- Serviço Nacional de Saúde (2015). Texto Síntese da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Sa%C3%BAde-Materna-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Unidade de Cuidados Continuados Olhar Mais. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50001/5081051/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2021a). Posicionamento estratégico. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>

- Serviço Nacional de Saúde (2021b). História do Hospital Garcia de Orta. Disponível em: <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Serviço Nacional de Saúde (2021 c). Registo Oncológico nacional. <https://ron.min-saude.pt/pt/tumor/top5/mama/epidemiologia/>
- Serviço Nacional de Saúde (2021d). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Algarve&refine.tempo=2019>
- Sousa e Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptation to parenthood: the birth of the first child [Article]. *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho.*, 4(3), 17-25. <https://doi.org/10.12707/RIII13143>
- Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y., & Ota, E. (2017). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 210, 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.025>
- Thomas, J. E., Bonér, A.-K., & Hildingsson, I. (2011). Fathering in the first few months [Article]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 499-509. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00856.x>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (2018). Plano Local de Saúde 2018-2010. Beja.
- Universidade de Évora (2019). Regulamento académico da Universidade de Évora. Despacho nº 3144/2019 Diário da República 2.a série-nº 57 -21 de março de 2019
- Vidal Lima, K. S., de Barros Carvalho, M. M., Cerqueira Lima, T. M., de Carvalho Alencar, D., Reis de Sousa, A., & Pereira, Á. (2021). Father's participation in prenatal and childbirth: contributions of nurses' interventions [Article]. *La participación del padre en la atención prenatal y en el parto: contribuciones de las intervenciones de las enfermeras.*, 39(2), 175-186. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e13>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*. 2ª ed.. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Warriner, S., Crane, C., Dymond, M., & Krusche, A. (2018). An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses of pregnant women and prospective

fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS) *Midwifery*, 64, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.004>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Revisão da Literatura

Perspetiva Paterna dos Cursos de Preparação para a Parentalidade:

Revisão da Literatura

RESUMO

Enquadramento: A transição para a função parental requer, dos profissionais de saúde uma atenção particular de forma apoiar a figura paterna nesta fase da sua vida.

Objetivo: Identificar a evidência científica sobre a perspetiva paterna acerca dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade.

Métodologia: Revisão da literatura com artigos pesquisados na plataforma EBSCOhost, através dos descritores em língua inglesa: father, prenatal education e parenting, de janeiro de 2008 a dezembro de 2020, em português ou inglês e texto integral.


Resultados: A análise dos 8 artigos revelou que, na sua maioria os pais consideram que, a participação nos CPPP os torna mais preparados para cuidar do bebé, porém não conduz a uma maior capacidade de lidar com a ansiedade e o stress. Devido às especificidades da figura paterna, devem ser adotadas estratégias para que os CPPP tenham um contributo efetivo.

Conclusões: Deve ser dada mais atenção aos pais, nomeadamente às suas necessidades emocionais e haver uma maior preocupação com os aspetos com os quais sentem maiores dificuldades de adaptação.

Descritores (DeCs): prenatal education, father, parenting, midwifery, men

Nota: A revisão denominada Perspetiva Paterna dos Cursos de Preparação para a Parentalidade, aguarda publicação.

APÊNDICE B - Proposta de Projeto de Estágio

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: 2018 / 2019
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA		
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante): Data: _____ Assinatura: _____		
2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)		
Data: _____ Assinatura: _____		
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Helena Isabel Tomé Sousa</u> Número: <u>39537</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Especialidade: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>912370649</u> E-mail: <u>helenatomesousa@gmail.com</u>		
5. PROPOSTA		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. TÍTULO DO TRABALHO		
Título em Português: <u>Vantagem dos Cursos de Preparação para a Parentalidade. Percepção paterna.</u>		
Título em Inglês: <u>Advantage of Parenting Courses. Paternal perception</u>		

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação) Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> N.º Identificação Civil: <u>09294982 7ZY3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>266 730 300</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8788</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): <u>Ciências da Saúde</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Parenting, Prenatal education, Fathers, Midwifery, Men</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA <u>Cursos de Preparação para a Parentalidade</u>				
12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA <u>Em anexo.</u>				
13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)				
14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Comprovativo do pedido</u>	15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP. Data _____ Assinatura _____			
16. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table border="1"> <tr> <td data-bbox="220 1816 614 1926">Receção (Data e Assinatura)</td> <td data-bbox="614 1816 1008 1926">Registo (Data e Assinatura)</td> <td data-bbox="1008 1816 1361 1926">Observações:</td> </tr> </table>		Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:
Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:		

APÊNDICE C - Entrevista

Guião da entrevista

Objetivo: Compreender em que medida os Cursos de Preparação para a Parentalidade contribuem na transição para a parentalidade de acordo com perspetiva do pai

Procedimento:

- Apresentação da temática e objetivo da entrevista
- Solicitar autorização para gravar a entrevista
- Manter garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e anonimato do entrevistado

Entrevista nº ____

Data: ____/____/____

Parte I. Dados sociodemográficos

Dados Sociodemográficos- Pai	
Data de Nascimento: ____/____/____	Nacionalidade: _____
Idade do Recém-Nascido: ____ semanas ____ dias	
Profissão: _____	Estado civil:
Situação de Empregabilidade:	Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>
Empregado <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/>
Desempregado <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>
Escolaridade:	Local de Residência:
1º Ciclo <input type="checkbox"/>	Cidade <input type="checkbox"/>
2º Ciclo <input type="checkbox"/>	Vila <input type="checkbox"/>
3º Ciclo <input type="checkbox"/>	Aldeia <input type="checkbox"/>
Secundário <input type="checkbox"/>	Local onde frequentou o CPP:
Licenciatura <input type="checkbox"/>	Centro de Saúde <input type="checkbox"/>
Mestrado <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>
Doutoramento <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
De que forma teve conhecimento da existência do CPP?	Tinha conhecimento do CPP antes da gravidez?
Redes Sociais <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Familiares/Amigos <input type="checkbox"/>	
Instituição/Profissional de Saúde <input type="checkbox"/>	
Televisão <input type="checkbox"/>	

Dados Sociodemográficos- Mãe	
Data de Nascimento: __/__/____	Nacionalidade: _____
Idade Gestacional: __ semanas	
Tipo de Parto Parto eutócico <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Fórceps/Ventosa <input type="checkbox"/>	
Profissão: _____ Situação de Empregabilidade: Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/>	Estado civil: Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>
Escolaridade: 1º Ciclo <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/> 3º Ciclo <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/>	Local de Residência: Cidade <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/>
De que forma teve conhecimento da existência do CPP? Redes Sociais <input type="checkbox"/> Familiares/Amigos <input type="checkbox"/> Instituição/Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/>	Tinha conhecimento do CPP antes da gravidez? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Parte 2. Questões

1. O que o motivou a participar nos CPP?
2. De que forma considera que os CPP são uma mais valia para a construção o seu papel como pai?
3. Descreva com 3 palavras o que foi para si o CPP.
4. Antes da frequência do CPP, quando pensava no momento do parto e pós-parto que sentimentos o assolavam?
5. Esses sentimentos alteraram-se ou atenuaram-se após a frequência do CPP?
6. Considera que os cursos de preparação para a parentalidade estão devidamente estruturados para a figura paterna? Se não, de que forma poderia ser melhorado?
7. O CPP foi ao encontro das suas expetativas?

8. Encontrou nos CPP um espaço para esclarecer todas as suas questões?
9. Durante as aulas, enquanto homem/pai, sentiu-se à vontade para esclarecer as suas dúvidas quando estas surgiam?
10. Sentiu que os CPP era um espaço para a mulher ou para o casal?
11. Durante os CPP sentiu-se como sendo um elemento fundamental no casal?
12. A frequência do CPP foi decisão sua ou foi incentivado pela sua companheira/familiares?
13. Quantas aulas frequentou? Considera que foram em número suficiente?
14. Quais as aulas que considera terem sido as mais importantes? Considera que alguma foi menos importante?
15. Encontrou algum obstáculo/dificuldade para a frequência dos CPP?
16. Foi-lhe permitida a presença durante o parto?

APÊNDICE D - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

No âmbito da conclusão e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, sob orientação da Professora Doutora Maria Otilia Zangão, foi-nos proposta a realização de um relatório de estágio. O presente relatório tem por objetivo “Compreender em que medida os Cursos de Preparação para a Parentalidade contribuem na transição para a parentalidade de acordo com perspetiva paterna”. Deste modo pretende-se a realização de uma entrevista a pais (figura paterna) que tenham frequentado o Curso de Preparação para o Parto e que se encontrem entre os períodos compreendidos entre o nascimento e as 6 semanas pós-parto. Para facilitar a análise e posterior tratamento de dados proceder-se-á à utilização de um gravador.

A sua participação tem um caráter voluntário com ausência de prejuízos e contrapartidas caso não pretenda participar. Na participação deste estudo está garantida a confidencialidade e anonimato sendo que os dados serão usados exclusivamente para o mesmo.

Por favor, de claramente o seu consentimento assinalando com um X neste espaço _____, se concorda com a seguinte frase: “Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos”

Este consentimento é assinado por mim em duplicado, ficando em minha posse um exemplar.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Helena Sousa

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus- Universidade de Évora

Email: helenatomesousa@gmail.com

Telemóvel: 012370640

APÊNDICE E - Apresentação da Sessão Trabalho de Parto e Bem-estar Fetal



1



2



3



4

Sinais premonitórios do Trabalho de Parto



- Desida fetal (aproximadamente 2 semanas antes do parto)
- Amplitude respiratória da mulher aumenta
- Lombalgias
- Relaxamento das articulações pélvicas
- Contrações Braxton-Hicks
- Secreções vaginais rosadas
- Eliminação vesical frequente (pressão uterina sobre o útero)
- Perda de peso (perda de líquidos)
- Energia (Reação "NestingInstinct" - Aninhamento)

5

Sinais premonitórios do Trabalho de Parto

Evitar alarme se:

Perda de rolhão mucoso

- Amolecimento e ligeiro apagamento do colo do útero
- Podem ocorrer vários dias antes do parto (24-48h antes do parto)

6

Sinais de Ida para a Maternidade



- Rotura da bolsa de águas
- Contrações (Inicialmente - contrações Braxton-Hicks: Irregulares, Imprevisíveis, Indolores, Cominham para descomforço)
- Aumento de secreções vaginais com aspeto sangüinolento (se acompanhadas de rotura e/ou contrações)
- Aquando das 41 semanas

7

Sinais de Ida para a Maternidade

Verdadeiro Trabalho de Parto		Falso Trabalho de Parto	
Contrações	Intervalos regulares e progressivamente mais curtos; 5-6 contrações em 10 minutos	Contrações	Espaçadas e não progredem
Dor	No início semelhante ao período menstrual	Dor e Desconforto	Alivia com mudança de atividade física
Duração e Força	Aumenta progressivamente	Duração e Força	Não aumenta progressivamente
Localização	Comçam nas costas e irradiam para o ventre	Localização	Apenas no abdómen
Desambulação	Aumenta a intensidade	Desambulação	Não aumenta a intensidade
Membranas	Podem romper		
Perdas Sanguinolentas	Podem perder rolhão mucoso, secreções rosadas		

8



9

Avaliação do Bem Estar Fetal

Monitorização Cardiotocográfica

CTG

Permite registar a frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina

10

Trabalho de Parto

Série de processos através dos quais a mulher expulsa os produtos da concepção e que tendo vários períodos ou fases, se inicia com contrações regulares e termina quando a placenta é libertada

Parto Eutóxico - Parto normal, efetuado sem intervenção instrumental, com ou sem episiotomia

Parto Distóxico - Parto efetuado com intervenções instrumentais tais como: fórceps, ventosa ou cesariana

Sala de Partos → Sala preparada para a realização do período expulsivo do parto

11

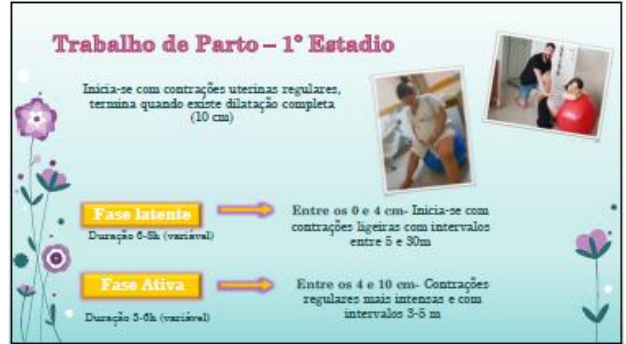
Trabalho de Parto

- ✓ Teoria do Controlo Endócrino Fetal ou do Sinal Fetal
- ✓ Teoria de Privação de Progesterona
- ✓ Teoria da Ocitocina
- ✓ Teoria da Produção de Prostaglandinas
- ✓ Teoria do Relógio Placentário: organismo reconhece a maturidade da placenta e o parto desencadeia-se
- ✓ Teoria do Volume uterino- estiramento do corpo uterino aumentando as contrações

12



13



14



15



16



17



18



19




20

Trabalho de Parto - 2º Estadio (Expulsivo)

Episiotomia


Pequeno corte com o objetivo de facilitar a expulsão do bebé e evitar laceração do perineo



21

Trabalho de Parto - 3º Estadio


Inicia-se após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta
Duração em média de 30 a 45 minutos



22

Trabalho de Parto - 3º Estadio

Mãe	Bebé
Sutura da episiotomia Avaliação da contração do útero e perdas hemáticas	Peço e bebé Administração de fármacos Índice de Apgar Contacto pele a pele



✓ O recém-nascido é colocado, despido ou só com fralda, sobre o peito materno. O toque, odor e temperatura proporcionados pelo contacto pele a pele é um poderoso estimulante dos sentidos.
✓ Promove-se a vinculação materna.

23

Trabalho de Parto - 4º Estadio

Puerpério Imediato - Recobro (2 horas)

Avaliação do bem estar Mãe-Bebé

1ª mamada

Avaliação de parâmetros vitais
Avaliação da episiorrafia
Avaliação das perdas hemáticas
Cuidados de Higiene

Transferência para o internamento de Puerpério

24



25

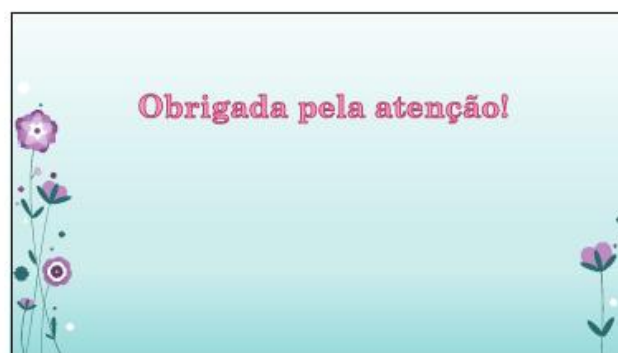


26

Bibliografia

- SNS (2019), Serviço Nacional de Saúde. Posicionamento estratégico. Disponível em: <http://www.dsa.algarve.mta-sns.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/>
- [Visita à Maternidade do Hospital de Faro - YouTube](#)
- Graça, L. (2018). Medicina Materno Fetal. Lidel: Lisboa.
- Nicolá, M., Marques, R., Ruzizi, M. (2014) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lidel: Lisboa.

27



28

APÊNDICE F - Apresentação da Sessão da Respiração durante o Trabalho de Parto

SESSÃO PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

Bom dia, a sessão de hoje vai ser sobre respiração e relaxamento. Existem várias técnicas de relaxamento associadas a respiração que nos podem ajudar num maior e melhor controlo do alívio da dor nos vários estádios do trabalho de parto e mesmo como forma de relaxamento durante a gravidez em momentos de stress e desconforto.

Existem vários tipos de respiração de acordo com o momento ou fase que nos encontramos de trabalho de parto.

Podemos falar em 2 tipos de respiração

- **Respiração tipo I**- abdominal- que pode ser utilizada durante a gravidez e e em todo o trabalho, trabalho de parto.

-**Respiração tipo II**- que deverá ser apenas utilizada em determinados momentos

Então vamos exercitar a **respiração tipo I** associado ao relaxamento que podem e devem utilizar na gravidez.

Antes de mais vou pedir para colocarem uma mão na barriga e outra no tórax e vão inspirar profundamente. Se respirarem fundo qual é a zona com maior expansão? o Tórax – mas para existir um maior relaxamento devemos ter uma respiração de predomínio abdominal, num movimento em que a barriga deve ir para fora na inspiração e recolher na expiração e a inspiração deve ser feita pelo nariz e a expiração pela boca. **(Repetir)**

Com o relaxamento existe a **libertação da ansiedade e da tensão muscular**. O objetivo deste método é capacitar a pessoa de habilidades de controlar situações de stress e dor diminuindo a fadiga e tensão emocional, em que

permite à mulher perceber a **contração** muscular e a sensação provocada pela **descontração**. A intenção é que durante o trabalho de parto exista o mínimo de tensão dos músculos que não intervêm no processo, contraindo-se apenas os músculos necessários.

Muitas grávidas tem a sensação que os seus músculos estão em repouso, mas na realidade existe um estado de “**tensão neuromuscular residual**” que não é mais que pequenas contrações involuntárias, como por exemplo, enrugamento da testa, os movimentos dos olhos...

Para tentarmos perceber como funciona vamos realizar um **exercício com o polegar**

RELAXAMENTO – EXERCÍCIO

Durante a realização da técnica vão fixar a vossa atenção num determinado grupo de músculos, devendo contrair, apenas de uma vez e repentinamente o respetivo grupo muscular mantendo-o contraído intensamente durante 5 segundos, mas sem forçar de mais, e posteriormente descontraír repentinamente voltando à posição inicial. A atenção deverá incidir apenas nas sensações da contração e descontração muscular. Se sentir algum tipo de desconforto ou dor em algum grupo muscular sinta-se à vontade para saltar algum exercício.

Então..antes de mais e reforço que se sentirem algum desconforto em algum momento sintam-se a vontade para saltar algum movimento. O movimento de contração deve ser o máximo que conseguirem e o de descontração subitamente.

Agora vou-vos pedir que fiquem o mais confortáveis possível.. Caso se sintam à vontade **encerrem os olhos** (se não podem mantê-los abertos), tomem consciência da superfície que esta debaixo de vós...deixem que o

vosso corpo se ajuste a ela...reparem como o apoia.. tenham atenção aos pontos de contato entre vocês e a superfície onde se encontram: a cabeça... ombros ...coluna ..ancas... calcanhares... cotovelos.. antebraços e mãos sintam o corpo a afundar-se na superfície sobre a qual está deitado... e a tornar-se mais pesado à medida que a tensão se desvanece... inspirem fundo e, à medida que expiram o ar, sintam-o transportar para fora todas as tensões... Enquanto fazem os passos lembrem-se sempre de continuar a respirar BARRIGA PARA FORA...BARRIGA PARA DENTRO.

1- Agora contraiam os **músculos da testa** levantando as sobrancelhas o máximo que conseguirem, continuem assim com a testa contraída por 5..4..3..2..1.. e subitamente deixe relaxar, sentindo toda a tensão ir embora, façam uma pausa de 10 segundos (contar em silêncio).

2-Agora **sorriam de orelha a orelha** tensionando a boca e bochechas, segurem essa posição por 5..4..3..2..1.. e soltem sentindo a tensão que se vai embora...Mais uma pausa por 10 segundos, não se esqueça de continuar a respirar (contar em silêncio).

3-Agora contraiam os **músculos dos olhos** fechando-os com a maior força que conseguirem, segurem por 5..4..3..2..1.. e soltem...pausa novamente por mais 10 segundos (contar em silêncio).

4- Agora de forma contraída **fechem as mãos** como se estivessem a apertar uma bola e segurem-na por 5..4..3..2..1..e soltem.. pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio). Inspire e expire.

5-Agora levem a **mão esquerda até ao ombro** e sintam a tensão de contrair o bicep, mantenha essa contração por 5..4..3..2..1.. e solte totalmente, pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio).

6-Agora levem a **mão direita até ao ombro** sintam a tensão de contrair o musculo, mantenha essa contração por 5..4..3..2..1.. e solte totalmente, pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio).

7-Agora vão estender e contrair o **braço esquerdo**, deixando totalmente reto e sentindo o tricep, segurem por 5..4..3..2..1..e solte..pause por 10 segundos

8- Agora vão estender e contrair o **braço direito**, deixando totalmente reto e sentindo o tricep, segurem por 5..4..3..2..1..e solte..pause por 10 segundos

9- Agora contraiam os **ombros** levantando-os como se tentassem tocar com estes nas orelhas..segurem-nos contraídos por 5..4..3..2..1.. e rapidamente relaxem..sentido como estavam pesados (10 segundos)

10- Tensionem a parte superior das costas puxando os ombros para trás como se os pudessem encostar atrás da coluna..mantenham-nos contraídos por 5..4..3..2..1.. e relaxe...10 segundos

11- Quero que sintam como relaxada livre de tensão e stress e descontraída esta a parte superior do vosso corpo..mergulhem nessa sensação por alguns segundos e relaxe..Estao a ir muito bem..

12- Agora contraiam as **nádegas**..segurem por 5..4..3..2..1..e soltem sentindo a descontração.. pause por 10 segundos..nao esqueça de continuar respirando...

13- Contrainham as suas pernas pressionando os joelhos um contra o outro como se estivessem a segurar uma moeda entre eles..mantenham-nas contraídas por 5..4..3..2..1.. e soltem..libertando a tensão acumulada..pause novamente por 10 segundos

14- Agora para finalizar.. imagine uma onda de relaxamento lentamente espalhando-se pelo seu corpo.. começando na cabeça e descendo devagar até a ponta dos pés.. sinta por alguns instantes o peso do corpo relaxado e afundado. inspire e expire lentamente.. inspire e lentamente.. gradualmente quando quiserem vão abrindo os olhos...

Este tipo de exercícios pode levar algum tempo até serem realizados com eficácia. Esta técnica é algo que se vai desenvolvendo em termos de habilidade, o que leva a um maior grau de relaxamento à medida que a mesma se vai repetindo. Em casa deve ser repetida várias vezes por semana para promover o seu domínio, se for possível deve ser executada **diariamente**.

Respiração tipo II é aquela respiração que podem utilizar apenas quando existe uma vontade enorme de fazer puxos (força) mas que é-vos pedido que não façam força. Na verdade, este tipo de respiração deve ser utilizado por um curto período de tempo devido à possibilidade de existência de tonturas.

APÊNDICE G - Apresentação da Sessão - Comunicação Intra Uterina



1



2



3



4

Vinculação pré-natal

Vinculação- relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de modo gradual, desde os primeiros contactos e traduz-se num processo de adaptação mútua no qual os intervenientes participam ativamente.



5

Vinculação pré natal

O bebé é um ser ativo que filtra e integra competências que vão sendo construídas e preparadas ao longo do desenvolvimento pré natal e acredita-se que estas competências são convergentes às competências parentais.

Alterações emocionais → O bebé "in útero" ← Ritmos de sono
Níveis intensos de ansiedade → ← Atividade



6

Vinculação pré natal

As interpretações dos pais em relação aos movimentos fetais, assim como o comportamento de acarinhar o feto através da região abdominal materna e de falar com o bebé promove

↓

Relação e comunicação



7

Vinculação pré natal

Progenitores → Pais → Criança → Vinculação

↓

- Fantasia dos pais
- Desejos da família
- Vivências dos pais ao longo da gravidez

↓

Laços que perduram



8

Vinculação pré natal

O feto, necessita de se sentir acolhido, desejado e compreendido, para se sentir seguro, ainda no útero da mãe.



9



10

Comunicação Intra Uterina



11

Quando iniciar?

A partir das 22 a 24 semanas de gravidez

Sentir Ouvir

Responder a estímulos



É importante que esta comunicação se tome num hábito familiar de relaxamento e de troca de experiências, ou seja, uma constante diária da vida do casal, para que este comece a construir a passagem de casal para pais.

12

Comunicação Intra Uterina

Fisiológico	Comportamental	Empática
<ul style="list-style-type: none">• Troca de Nutrientes e Oxigénio através do cordão umbilical e placenta	<ul style="list-style-type: none">• Reações que a mãe, pai e bebé vão desenvolvendo aos estímulos	<ul style="list-style-type: none">• Estados de tranquilidade e/ou ansiedade maternos devido à produção de hormonas

13

Como posso comunicar com o meu bebé?



14

Som



15

Som

O aparelho auditivo humano do feto torna-se funcional a partir das vinte semanas de gestação.

Endógenos
Origem cardiovascular e intestinal materna, respiratória, placentária, fetal e o som da sua voz

Exógenos
Música, ruídos, etc



16

Som

O som, o ritmo e, em particular, a voz materna, parecem constituir algumas das primeiras experiências sensoriais e emocionais da criança no seu ambiente primordial.

Música
Permite construir um momento agradável de partilha de sentimentos



17

Som

Música
Constitui-se como uma ponte entre o casal e o seu bebé e um espaço agradável de partilha de sentimentos e afetos

Importante:

- ✦ Escolher um momento do dia
- ✦ Sonoridade da música escolhida bem como o ritmo deve ser sempre semelhante.
- ✦ Música calma e relaxante que transmita tranquilidade p.ex: música clássica, de relaxamento, sons da natureza, etc
- ✦ Volume médio (fones na barriga contraindicados)



18

Som

Música & Períodos de Tranquilidade e Serenidade

Maior disponibilidade para a troca de estímulos com o bebé e para o seu próprio autoconhecimento.

Após o nascimento

O reconhecimento de um estímulo sonoro familiar, como a música que foi utilizada durante a gravidez para a comunicação intra uterina, facilita a acalmia do recém nascido, visto que o mesmo identifica-a como associado a um período de tranquilidade e bem estar



19

Conversar com o bebé



20

Conversar com o bebé

Fonte de estímulos externos relacionados com os diálogos dos pais direcionados para o bebé




- ◆ Ajudam a fortalecer as laços emocionais
- ◆ Ajudam a manter a serenidade durante a gravidez
- ◆ Após o nascimento existe um reconhecimento e preferência do bebé das vozes que lhe foram significativas durante a gravidez (virar a cara em direção a estas vozes)

Entender a Parentalidade de forma positiva

Curiosidade: a comunicação mãe-feto pode ter como uma das suas funções preparar o feto para uma eventual ameaça de parto pré termo

21




Toque

22

Toque

Via de transmissão de afeto que permite o desenvolvimento e aprofundamento das relações de confiança e do estabelecimento de uma personalidade mais consistente e equilibrada



No toque transmite-se pressões, texturas, temperaturas e sensações todas elas apreendidas pelo sistema sensorial que é tocado

O bebé sente a diferença entre os vários toques realizados na barriga da mãe respondendo de forma diferente. P. ex: massagem da barriga

Pais mais conscientes do impacto dos seus comportamentos na relação com o seu bebé.

23



Pensamentos positivos

24

Pensamentos positivos

Privilegio a mãe pois ela é a única que pode ter pensamentos positivos direcionados para o seu bebé.



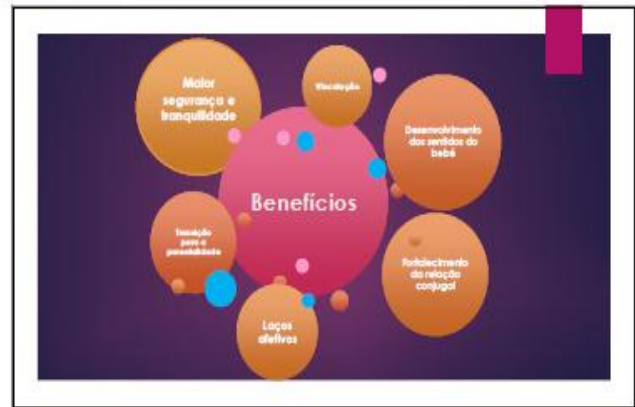
Fisiológico - há uma resposta hormonal associada ao relaxamento e à tranquilidade.

Troca de sentimentos positivos caracterizada pela afecção entre a mãe e o bebé

Importâncias:

- Disponibilidade afetiva da mãe
- Concentração no seu bebé
- Concentração nos benefícios

25



26

Em suma...

- A comunicação Intra-uterina deve fazer parte do dia-a-dia do casal, devendo ser reservado um momento de tranquilidade e disponibilidade da mãe e do pai, bem como de convivência com a família.
- A comunicação Intra-uterina estimula o bebé a desenvolver comportamentos de serenidade que se poderão prolongar após o nascimento
- A qualidade dos laços construídos entre os pais e o bebé no processo de troca e partilha de estímulos é muito importante, visto que afetos positivos geram sentimentos de segurança e de prazer.

27



dos movimentos fetais e mostrando-lhe o feto através da fala e das carícias.

<https://www.janela-aberta-familia.org/>

28

Bibliografia

- Leal, I. (2005). Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Am de Século.
- Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2014) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Uidel Lisboa
- Simoes C., Pereira, C., Rodrigues J. Bruno, R. (2014) O processo de vinculação no meio intrauterino. Congresso Internacional Psicologia da Criança e do Adolescente. Disponível em http://actas.fk.uilabada.pt/index.php/cipca/article/view/148/pdf_15

29



30

APÊNDICE H - Consulta de Enfermagem- Avaliação Inicial

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE
CONSULTA DE ENFERMAGEM- AVALIAÇÃO INICIAL

Data: ___/___/___ Nº de Utente: _____

Nome: _____

DUM: _____ Idade Gestacional: _____ Grupo Sanguíneo _____ Fator Rh: _____

Gama Globulina Anti D: Sim Não Índice Obstétrico: PT ___ PPT ___ AGE ___ FV ___

Peso inicial: ___ kg Peso Atual: ___ Kg Alergias _____

Antecedentes Pessoais

Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	Dor/Desconforto <input type="checkbox"/>	_____
Doença Renal/Urinária <input type="checkbox"/>	Doença Cardíaca <input type="checkbox"/>	_____	_____
Hipo/Hipertiroidismo <input type="checkbox"/>	Doença Respiratória <input type="checkbox"/>	Intervenções Cirúrgicas <input type="checkbox"/>	_____
Doença Imunológica <input type="checkbox"/>	Doença Osteoarticular <input type="checkbox"/>	_____	_____
Consumo de Álcool <input type="checkbox"/>	Consumo de Tabaco <input type="checkbox"/>	_____	_____
Doença Mental/Depressão <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Intercorrências da Gravidez Atual

APPT RCIU DG HTA Outro: _____

Antecedentes Familiares

Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus Doença Oncológica Outro _____

Antecedentes Obstétricos

Ano	Alt Gravidez	Tipo de Parto	Tempo de Gestação	Peso do bebé e Sexo	Estado do bebé	Complicações pós-parto	Aumento ponderal	Amamentação e Duração

Apoio Familiar/Envolvimento do Companheiro: _____

Acompanhante no CPP e Parto: _____

Sentimentos predominantes associados à gravidez: _____

Expectativas relativamente ao CPP: _____

ANEXOS

ANEXO A - Cronograma do Curso de Preparação para a Parentalidade e Nascimento



sessão	1º Curso de Preparação para a Parentalidade e Nascimento de 2019 Janeiro -Fevereiro Olhão (9.30h-11.30h)	Data	Hora
1	Introdução ao curso Estilos de vida saudáveis na gravidez As alterações na gravidez e Sinais de Alerta	04-01	9.30h
2	Postura e exercícios de Keguell na gravidez	08-01	11.00h 14.00h
3	Alimentação na gravidez	11-01	9.30h
4	A Higiene oral na grávida e na criança dos 0 aos 3 anos	15-01	9.30h 11.00h
5	Trabalho de parto, parto e controle do bem-estar fetal-	17-01	9.30h
6	Vivências Psicológicas na gravidez Desenvolvimento emocional do bebé /Parentalidade	22-01	9.30h
7	Posturas e massagem no trabalho de parto	24-01	11.00h 14.00h
8	Treino de padrões respiratórios Esclarecimento de duvidas sobre Plano de parto	28-01	9.30h
9	Preparar a ida para maternidade e Criopreservação de células estaminais Métodos de alívio da dor no trabalho de parto	01-02	9.30h
10	Cuidados ao bebé 1	05-02	9.30h
11	Aleitamento materno-	08-02	9.30h
12	Cuidados ao bebé 2	12-02	9.30h
13	Alimentação da mulher no aleitamento materno-	15-02	9.30h
14	O Puerperio-	19-02	9.30h

ANEXO B - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 1 3 3

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof. Doutor Armando Raimundo,
Prof. Doutor Fernando Capela,
e Prof. Doutor Luís Sebastião,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto:


"*Vantagem dos cursos de preparação para a parentalidade. Percepção paterna*" pela investigadora **Helena Isabel Tomé Sousa** (Mestranda) sob a supervisão da Prof.ª Doutora Maria Otilia Brites Zangão (responsável académica).

Universidade de Évora, 12 de Dezembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO C - Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Proposta Autorizada  Caixa de entrada x



Emanuel Jose Martins Mourao <mourao@ch Algarve.min-saude.pt>
para mim, Helena, Enfermeira, Enfermeiro, Director ▾

sexta, 22/03/2019, 16:29 ☆ ↶ ⋮

Sr.ª Enf.ª Helena Sousa, mestranda,

Esta mensagem serve para informá-la que a sua proposta de investigação no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Universidade de Évora intitulada *Vantagem dos Cursos de Preparação para a Parentalidade. Percepção Paterna* foi autorizada pelo Conselho de Administração do CHUA a 21-03-2019.

Poderá desta forma iniciar a sua investigação como foi proposta, devendo informar-nos quando der por terminada a sua investigação para questão de actualização da base de investigação do CFIC. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourão.

Enfermeiro | **CFIC - Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE)** | Unidade Hospitalar de Faro do **CHUA**, EPE;
289001900 | Extensão Interna.: 11534.
mourao@ch Algarve.min-saude.pt