



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

**Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da
transição para a parentalidade**

Catarina da Silva Ferreira

**Lisboa
2021**



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

**Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da
transição para a parentalidade**

Catarina da Silva Ferreira



Orientador: Maria Helena Bértolo Pereira Gomes Ferreira
Coorientador: Esmeralda Maria Batalha Henriques Afonso



Lisboa
2021

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para quem, de uma forma ou de outra, marcou este meu percurso, contudo é imprescindível sublinhar algumas presenças que, sem as quais, este percurso seria impossível ou, indubitavelmente, muito mais penoso.

- Aos meus pais, irmã e sobrinha, e amigos do coração por todo o tempo e disponibilidade que não tive durante este período;
- À professora Esmeralda Afonso por ter aceite a tutoria deste percurso, por nunca me ter dito como fazer, mas sim por ter partilhado a sua tão sincera opinião, por ter acreditado nas minhas escolhas e demonstrado o seu apoio;
- À professora Helena Bértolo pela participação numa fase tão importante deste percurso;
- À Enfermeira Violante Nunes pela chefia nestes últimos dez anos da minha prática profissional;
- Aos meus colegas do serviço e do curso, por acreditarem nas minhas capacidades e competências, e por terem um sorriso e uma palavra de apoio nos momentos mais escuros. À Andreia, Diana, Graça, e “Inêzes” que fizeram deste percurso algo tão mais especial. Obrigado por aturarem o meu mau humor e as minhas neuras, e por me incentivarem para eu dar sempre mais um pouco de mim;
- Aos orientadores que tive ao longo dos ensinamentos clínicos, pela paciência e pelo conhecimento que partilharam comigo, pelo apoio nos momentos difíceis e por me ajudarem a adquirir competências tão valiosas;
- À EEESMO G. pela paciência, pela companhia, por ter sempre a palavra certa no momento certo. Obrigado, por aqueles momentos em que tudo parecia muito negro me teres mostrado que por detrás das nuvens de chuva também há um arco-íris;
- Por fim...a ti ♥. Obrigado pela confiança, pela segurança, pelo ombro amigo e pelos abraços. Obrigada por acreditares mais em mim do que eu alguma vez acreditei.
Obrigada♥

ACRÓNIMOS E SIGLAS

BP – Bloco de Partos

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

CPPN – Cursos de Preparação Pré-Natal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

JBI – Joanna Briggs Institute

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RN – Recém-nascido

SR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

OE – Ordem dos Enfermeiros

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VD - Visita Domiciliária

VPH – Vírus do Papiloma Humano

WHO – World Health Organization

RESUMO

Tornar-se pai ou mãe representa um processo de incorporação e transição para a parentalidade, iniciando-se ainda antes da gravidez e concluindo-se quando há um sentimento de conforto e confiança no desempenho do papel correspondente. O processo de transição para a parentalidade é reconhecido como um dos âmbitos de atuação dos enfermeiros, sendo o Enfermeiro Obstetra um profissional a quem são reconhecidas as competências necessárias para poder planejar e implementar intervenções, em parceria com a mulher/casal, que promovam uma vivência da gravidez, parto e pós-parto em pleno.

Este relatório dá visibilidade às competências por mim desenvolvidas ao longo da minha formação especializada na área da saúde sexual e reprodutiva, em diversos contextos de prestação de cuidados.

O desenvolvimento de uma *scoping review* permitiu-me obter evidência científica para dar resposta à questão “**Quais as intervenções do enfermeiro obstetra promotoras do processo de transição para a parentalidade?**” e, assim, planejar intervenções que me permitissem desenvolver competências nesta área específica – transição para a parentalidade. Como resultados mais relevantes são de destacar a abrangência de ação que o Enfermeiro Obstetra tem na promoção da transição para a parentalidade, sendo que esta intervenção passa pelo processo de gravidez, parto e pós parto, pela importância da acessibilidade e continuidade dos cuidados, integrando sempre os elementos significativos para a mulher/casal. De referir é também a intervenção na saúde mental e o acompanhamento relacionado com a amamentação. É de realçar, também, a necessidade de desenvolver investigação direcionada para o processo de transição para a parentalidade.

Palavras-chave: Enfermeiro(a) obstetra, Transição para a parentalidade, Intervenções de enfermagem

ABSTRACT

Becoming a father or mother represents a process of incorporation and transition to parenthood, starting even before pregnancy and culminating when there is a feeling of comfort and confidence in playing the corresponding role. The transition processes are recognized as one of the scopes of action of nurses, being midwives the professionals to whom the knowledge and skills needed to plan and implement interventions that promote an experience of pregnancy, childbirth and postpartum in full.

This report gives visibility to the competencies I developed during my midwife course, from sexual health, to pregnancy, birth and postpartum, in different health care contexts.

The development of a scoping review allowed me to obtain scientific evidence to answer the question "**What are the obstetric nurse's interventions that promote the transition to parenthood?**" and plan nursing interventions that allowed me to acquire competencies in this specific nursing area – transition to parenthood. The most relevant results are that midwives have a large scope of action related to the promotion of the process of transition to parenthood, being able to plan interventions that goes through the process of pregnancy, childbirth and postpartum, the importance of accessibility and continuity of care and the integration of significant others for the woman/couple. It is also noteworthy the intervention in mental health and breastfeeding.

It is also worth highlighting the need to develop more research directed to the process of transition to parenthood.

Keywords: Midwife; Transition to parenthood, Nursing interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 Transição para a parentalidade	25
1.2 O EEESMO como promotor do processo de transição para a parentalidade	28
2. METODOLOGIA.....	31
2.1 Enfermagem e prática baseada na evidência	32
2.2 <i>Scoping review</i>	33
2.2.1 Apresentação e análise dos resultados dos artigos.....	37
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA ...	47
3.1 Prática de cuidados – uma abordagem ética e deontológica.....	49
3.2 O cuidado à mulher/casal em processo de saúde e doença ginecológica	52
3.3 O cuidado à mulher/casal em processo de abortamento	54
3.4 O cuidado à mulher hospitalizada com gravidez de risco.....	56
3.5 O cuidado à mulher/casal na Urgência Obstétrica e BP	58
3.5.1 Cuidar a mulher/casal durante o TP e na adaptação do RN à vida extrauterina	61
3.5.2 Promoção do processo de transição para a parentalidade no BP	65
3.6 O cuidado à mulher/família no pós-parto	69
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	
Anexo 1 – Resultados da primeira pesquisa na base de dados CINAHL® Complete	
Anexo 2 – Resultados da primeira pesquisa na base de dados MEDLINE® Complete.....	
Anexo 3 – Resultado da primeira pesquisa na base de dados COCHRANE®.....	
Anexo 4 – Resultado da segunda pesquisa na base de dados CINAHL® Complete	
Anexo 5 – Resultado da segunda pesquisa na base de dados MEDLINE® Complete.....	
Anexo 6 – Resultado da segunda pesquisa na base de dados COCHRANE®	

APÊNDICES
Apêndice 1 - Teoria das transições de Afaf Meleis
Apêndice 2 – Extração de dados da SR

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prisma flow dos resultados da primeira SR	36
Figura 2. Prisma flow dos resultados da segunda SR.....	36
Figura 3. Transições: Uma teoria de médio alcance.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos	34
Tabela 2. Termos indexados de pesquisa nas bases de dados	35

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), estando sujeito a apresentação e discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O relatório tem como base o projeto construído na UC de opção e nele se faz a descrição e análise crítica de atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos (EC) realizados ao longo do 9º CMESMO, de acordo com o previsto no Despacho N.º/PRES/2020. Os referidos EC decorreram entre 2017 e 2019, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, em diversos contextos de cuidados hospitalares e comunitários.

A elaboração do relatório e as atividades desenvolvidas nos EC tiveram como objetivo não só a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica¹ (EEESMO) (Regulamento n.º 391/2019, 2019), mas também as competências para a obtenção do grau de mestre de acordo com o art.º do Decreto-Lei n.º 74/2006. Como enfermeira especialista, é essencial a presença de um conjunto de competências que me permitam a atuação em situações complexas, muitas vezes novas e em contexto multidisciplinar, mobilizando para isso toda a informação disponível, as normas ético-deontológicas, os padrões de qualidade da prática associados à saúde materna e obstétrica, assim como a evidência científica atual e pertinente.

Neste relatório encontra-se também retratado o projeto iniciado no âmbito da UC opção referente às intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da transição para a parentalidade. De forma a procurar a evidência científica mais atual sobre esta temática, foi realizada uma *Scoping Review* (SR) recorrendo às orientações do Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2017). A opção por esta temática específica está relacionada com o meu percurso pessoal e profissional onde fui sentindo que o acompanhamento realizado durante a gravidez, parto e pós parto era maioritariamente centrado na avaliação física, nos desconfortos, na preparação para o momento do nascimento, tornando a abordagem da conjugalidade, da relação com o recém-nascido (RN), das mudanças psicológicas associadas e da prestação de cuidados ao RN no domicílio aparentemente insuficientes.

¹ Ao longo deste relatório os termos EEESMO e enfermeiro obstetra são utilizados de forma equivalente. Neles estão incluídos os equivalentes legalmente reconhecidos noutros países nomeadamente “matronas” e “midwives”.

O enfermeiro de cuidados gerais encontra descrito para si competências que norteiam a prática de enfermagem geral (Regulamento n.º 190/2015). Contudo, quando falamos do enfermeiro especialista, acrescem a estas competências outras que refletem um conhecimento aprofundado dos domínios específicos da enfermagem e que têm em conta as respostas humanas, os processos de vida e os problemas de saúde relativos a um campo de intervenção específico, estando previstas competências de “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744). Estas competências pressupõem um elevado juízo clínico e a capacidade de tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo a International Confederation of Midwives (ICM) (2019) e a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) são várias as competências específicas dos enfermeiros obstetras. No âmbito da temática deste projeto, são de destacar as competências relacionadas com a obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética, que constroem a base para uma prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade, culturalmente sensíveis e apropriados ao cuidado à mulher e família durante a gravidez, parto, pós-parto e ao RN, nomeadamente no que respeita à promoção do processo de parentalidade positiva.

Atendendo aos objetivos dos EC e às competências descritas pela OE e pela ICM defini, no meu projeto de aprendizagem, os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar a mulher, inserida na família e comunidade:
 - em processos de saúde/doença ginecológica;
 - durante o período pré-concepcional e pré-natal, potenciando a sua saúde, detetando e tratando precocemente complicações;
 - durante o trabalho de parto (TP) promovendo o bem-estar materno-fetal e no período pós-natal, otimizando a saúde da mulher e do RN;
 - durante o período pós-natal, promovendo o processo de transição para a parentalidade e adaptação ao período pós-natal.
- Desenvolver competências no âmbito da enfermagem obstétrica para a promoção do processo de transição para a parentalidade
- Realizar uma abordagem reflexiva, com base na evidência científica, sobre os cuidados prestados durante os EC;

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo do meu percurso no CMESMO tiveram subjacentes a teoria das transições de Afaf Meleis, uma vez que os processos de transição enfrentados por cada pessoa ao longo da sua vida são um dos focos dos cuidados de enfermagem (Meleis, 2012). Estes processos de transição podem estar relacionados com mudanças de papel, expectativas ou capacidade, sendo que estas mudanças provocam uma alteração nas necessidades sentidas e conduzem à incorporação de um conjunto de conhecimentos que promovem a reestruturação do “eu” de forma a desenvolver respostas a essas novas necessidades (Meleis, 2012). Assim, a mudança do papel não parental para o papel parental é um claro domínio dos cuidados de enfermagem, uma vez que esta representa uma fase de transição (Meleis, 2012; Schumacher & Meleis, 2010).

Este relatório estrutura-se em quatro pontos principais. O primeiro ponto aborda o enquadramento teórico necessário para a fundamentação adequada desta temática, nomeadamente os conceitos e dimensões fundamentais da mesma. No segundo ponto é abordada a metodologia utilizada. No terceiro ponto, são abordadas as competências desenvolvidas ao longo dos EC. No quarto ponto, considerações finais, é apresentada uma síntese dos aspetos mais importantes deste relatório e algumas das conclusões obtidas com o desenvolvimento do mesmo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tornar-se pai ou mãe representa um período de mudança e instabilidade, podendo ser visto como um processo de “incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis” (Manning, 2008, p.522). Para alguns autores este processo começa, muitas vezes, antes da gravidez (Bayle, 2006)

Os processos de transição são reconhecidos como um dos âmbitos de atuação dos enfermeiros (Meleis, 2012). No caso particular do enfermeiro obstetra, estes detêm os conhecimentos e as competências necessárias que permitem o planeamento e implementação de um conjunto de intervenções que, em parceria com a mulher, têm o objetivo de promover uma vivência da gravidez, parto e pós-parto em pleno (ICM, 2017a). Estas intervenções passam pela colocação em prática de medidas preventivas e deteção precoce de complicações, sendo a educação para a saúde um dos pilares de ação (ICM, 2017a).

Este ponto aborda as duas temáticas basilares acima referidas nomeadamente a transição para a parentalidade e as competências específicas do EEESMO no âmbito da transição para a parentalidade. A teoria das transições de Afaf Meleis foi o referencial teórico que esteve na base da minha abordagem das competências específicas do EEESMO, uma vez que esta identifica a importância da atuação do enfermeiro nos momentos de mudança, reconhecendo neste as competências para intervir como um agente promotor da mesma (Meleis, 2012). No apêndice 1 encontra-se descrita, de forma mais pormenorizada, a teoria das transições de Afaf Meleis.

1.1 Transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade é vista pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma transição crítica da vida humana (World Health Organization (WHO), 1999). De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com revisão e extensão até 2020, são reconhecidos a longo prazo benefícios de saúde provenientes de intervenções desenvolvidas no âmbito da preparação para a parentalidade e nascimento, prevendo o mesmo a formulação de políticas promotoras do desenvolvimento de programas nesta área (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015a). O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco refere que questões relacionadas com a parentalidade podem ter um efeito na grávida e na sua família, implicando a necessidade de uma abordagem proativa, principalmente na educação pré-natal, remetendo-nos para a importância da preparação para o nascimento e parentalidade (DGS, 2015b).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a parentalidade é descrita como:

[o] assumir [das] responsabilidades de ser mãe/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 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2020).

Assim este conceito de parentalidade pressupõe a coresponsabilização e partilha de um conjunto de tarefas, por parte dos progenitores, com o intuito de cuidar dos filhos dando resposta às necessidades dos mesmos (Balancho, 2003).

Para Bayle (2006) a parentalidade é vista como um processo que leva o homem e a mulher a um estado parental, através de uma reestruturação psicoafetiva que permite responder às necessidades dos filhos. Ainda, para esta autora, este é um processo que tem início muito antes da gravidez sendo que, no caso da função materna, existe uma relação com a identificação da mulher com a sua mãe e a forma como estas se relacionaram, indo para além do desejo de ter um filho ou do fenómeno da gravidez. Por outro lado, a função paterna está relacionada com a transmissão de valores morais e sociais, sendo que, a progressiva integração do homem no fenómeno da gravidez fez com que o mesmo se tornasse cada vez mais um elemento indispensável, permitindo que o processo de parentalidade fosse vivido como um processo de parceria (Bayle, 2006).

De acordo com Cardoso & Nené (2016, p.481)

a adaptação à parentalidade aponta para as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados. (...) Já a parentalidade envolve o assumir a responsabilidade do exercício efetivo do papel; o otimizar o crescimento e o desenvolvimento da criança; o integrar a criança na família; e o agir de acordo com os comportamentos esperados de alguém que é mãe/pai.

O parto é o momento em que se dá a separação física entre a mãe e o seu filho podendo gerar receios e angústias na mulher quando esta se confronta com uma “barriga vazia” e com um bebé real perante si, com necessidades individuais e com uma linguagem própria e nova (Bayle, 2006). Para além de toda esta mudança é também de referir que o “centro de atenção” passa da mulher para o bebé de uma forma súbita, podendo criar uma sensação de abandono nesta (Bayle, 2006).

Com o nascimento do primeiro filho surgem modificações no estilo de vida e na identidade pessoal, marcando a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar e uma

complexificação do mesmo (Canavarro & Pedrosa, 2005). As mudanças associadas ao processo de gravidez e transição para a parentalidade podem ser geradoras de *stress*, nomeadamente devido às alterações relacionadas com as representações e significados individuais de cada pessoa, o que faz com que possa ser necessário criar um conjunto de estratégias que permitam lidar positivamente com estes processos (Canavarro & Pedrosa, 2005). A integração do papel parental encontra-se muito ligada ao período pós-parto, uma vez que “as mulheres são confrontadas com grandes alterações nas suas vidas, as noites sem dormir, o choro de uma criança em casa, pouco tempo disponível para si, que exigem adaptações e reestruturações nos seus relacionamentos e rotinas” (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006, p.47).

Ter um filho representa um dos acontecimentos mais desafiadores na vida da mulher e do homem, sendo uma oportunidade de crescimento pessoal e colocando neles a responsabilidade por outro ser, tornando-se assim real a oportunidade de se transformarem numa família (Brazelton, 1992). O processo de vinculação vai-se desenvolvendo e mantendo pela interação estabelecida entre os pais e o feto/bebé, sendo que o enfermeiro obstetra desempenha um papel importante no reforço positivo relativamente às competências destes, identificando problemas reais e potenciais, trabalhando em parceria com os pais (Manning, 2008).

É referido por Palacios (2013) que, comparada com outras transições da vida adulta (como a entrada no mundo de trabalho e o início da vida conjugal), a transição para a parentalidade tem um traço que lhe é único: a sua irreversibilidade pois, uma vez mãe ou pai, nunca deixaremos de o ser. No caso da transição para a parentalidade, os cuidados a prestar ao RN, exigem dos pais a existência de um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades que sejam facilitadores para uma prestação de cuidados com mestria, de forma a garantir que é atingido um potencial máximo de crescimento e desenvolvimento daquela criança (Cardoso, 2011).

A estratégias de educação pré e pós-natal, particularmente as que são desenvolvidas nos cursos de preparação pré-natal (CPPN) são uma ferramenta de intervenção que pode ser utilizada no período pré-natal, nascimento e pós-natal, com o objetivo de preparar os pais para o nascimento e para a parentalidade através da partilha de informação que possa promover uma tomada de decisão informada e a criação de competências específicas (DGS, 2015b). Desta forma, é importante que os pais identifiquem e reconheçam as suas necessidades para atingirem sentimentos de autorrealização, sendo necessário, na maioria das vezes, a criação de um ambiente facilitador para que o processo de maturação individual possa ocorrer tendo em conta a situação de complexidade crescente (Winnicott, 1994). De acordo com Winnicott (1994) é importante que os profissionais de saúde reconheçam a diferença entre a especificidade das suas

funções e as dos pais promovendo um trabalho em parceria ao invés de uma substituição das funções dos pais.

1.2 O EEESMO como promotor do processo de transição para a parentalidade

O EEESMO tem como foco de intervenção a mulher, no âmbito do ciclo reprodutivo, devendo esta ser percebida como um ser individual inserido num contexto de inter-relação com conviventes significativos e num ambiente específico onde vive e se desenvolve (Regulamento nº391/2019, 2019). Assim, tendo em conta este foco de intervenção, são reconhecidos aos enfermeiros obstetras as competências para uma intervenção no domínio do planeamento familiar, gravidez, parto e puerpério.

A educação para a vivência de uma sexualidade saudável, para o planeamento de uma gravidez, o acompanhamento durante o período pré-natal, em situações de doença e saúde, de forma a promover o bem-estar materno-fetal, a promoção de um ambiente seguro no TP para permitir uma melhor adaptação do RN à vida extrauterina e uma relação entre a parturiente e o seu filho, a promoção de saúde da puérpera e do seu RN são etapas essenciais na promoção da transição para a parentalidade (Regulamento nº391/2019, 2019).

Ao longo da vida são várias as mudanças com que vamos sendo confrontados, sendo algumas delas cruciais no nosso desenvolvimento pessoal. Algumas destas mudanças podem ser vistas como transições. Os processos de transição são processos que envolvem mudanças e um movimento nos padrões de vida de cada indivíduo causando uma mudança na identidade, papel, relações, capacidades e padrões de comportamento, sendo que estes processos são complexos e multidimensionais (Im, 2014; Chick & Meleis, 2010). Um dos exemplos de transição é a mudança que ocorre de um papel não parental para um papel parental, sendo esta considerada uma transição desenvolvimental (Im, 2014; Meleis, 2012; Chick & Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 2010).

De acordo com Afaf Meleis, um dos focos centrais da enfermagem, diz respeito às transições desenvolvimentais, como é o caso da transição para a parentalidade (Im, 2014; Meleis, 2012; Chick & Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 2010) O enfermeiro tem um papel fundamental no apoio à pessoa que se encontra a vivenciar um processo de transição, prestando cuidados com o intuito de assegurar uma adaptação eficaz (Im, 2014; Chick & Meleis, 2010). O sucesso de uma transição traduz-se por determinados padrões de resposta, como é o caso do desenvolvimento de uma identidade fluída e integradora e de uma mestria, sendo esta definida

pelo desempenho de um determinado papel com elevada qualidade, refletindo um domínio de competências, bem como, um conforto no comportamento necessário para realizar a gestão de novas situações e/ou ambientes (Meleis, 2010). No caso específico da transição para a parentalidade, esta mestria, diz respeito a um conjunto de atitudes e comportamentos que permitam uma tomada de decisão e um domínio nos cuidados parentais, bem como a capacidade de procurar recursos e negociar os cuidados a prestar (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade é vista como um fenómeno de extrema complexidade com grandes exigências a nível psicológico que poderá ter impacto ao nível da saúde física e emocional dos elementos envolvidos (Henriques et al., 2015; Hattar-Pollara, 2010). Este processo, que decorre ao longo de um determinado período, permite ao enfermeiro obstetra um vasto campo de atuação, dependendo da fase do ciclo reprodutivo em que a mulher se encontra (Regulamento n.º 391/2019, 2019; ICM, 2017a), sendo que, ao trabalhar em conjunto com a mulher/família as suas necessidades, permite que estes tenham maior liberdade e capacidade para desenvolver a sua autonomia e envolvimento num processo que é deles.

O EEESMO, independentemente da área onde desenvolva as suas intervenções, possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que permitem um julgamento clínico e, conseqüentemente, uma tomada de decisão, de acordo com as necessidades de saúde/ cuidados de cada uma das pessoas que têm perante si, atuando nos diversos níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A presença do enfermeiro obstetra durante a gravidez, TP e pós-parto tem uma importância por vezes incalculável. Por exemplo, e de acordo com Larsson et al. (2018), a presença e o apoio do enfermeiro obstetra durante o TP facilita a criação de uma experiência de parto positiva, promovendo sentimentos de segurança e calma. O apoio fornecido, principalmente a nível emocional, é um dos aspetos que as mulheres mais recordam no pós-parto (Dahlberg et al., 2016), sendo que o apoio contínuo durante o TP revela ter um conjunto de benefícios significativamente positivos do ponto de vista clínico (Isbir & Serçekus, 2015).

O apoio e o incentivo ao envolvimento do companheiro no processo de gravidez e TP é fundamental, não só na construção de um vínculo paterno, como no apoio e incentivo à mulher durante todo este processo e na diminuição de intercorrências negativas, promovendo assim uma experiência positiva para aqueles elementos (Holanda et al., 2018).

Tendo em conta a importância do papel do EEESMO no processo de transição para a parentalidade é esperado que este desenvolva competências relacionadas com o planeamento e implementação de intervenções antecipatórias, nomeadamente no âmbito da parentalidade, das

respostas psicológicas de adaptação à maternidade e das mudanças na família (ICM, 2019). O enfermeiro ao participar neste processo de transição trabalha não apenas com a mulher mas com o ambiente, família e comunidade que a rodeia uma vez que estes elementos desempenham um papel importante na forma como ela gere essa transição, sendo que o que a rodeia poderá potencializar as suas forças contribuindo para o regresso a níveis de saúde, função, conforto e autorrealização ótimos (Meleis, 2012). É ainda importante referir que a educação para a saúde, por parte do enfermeiro obstetra, tem um papel central no desenvolvimento do conforto e confiança dos pais para a prestação de cuidados ao RN, assim como no treino dos mesmos para a consciencialização das necessidades do filho (Perry & Potter, 2003).

2. METODOLOGIA

A enfermagem encontra-se em constante mudança e o papel desempenhado pela evidência nesta mudança ocupa um destaque importante. A prática baseada na evidência (PBE) tem como principal objetivo minimizar a lacuna entre a teoria e a prática, promovendo a utilização do pensamento crítico e a colocação de questões pertinentes, permitindo o avanço da prática de enfermagem (International Council of Nurses (ICN), 2012; Mackey & Bassendwoski, 2017; Craig e Smyth, 2004; Atallah & Castro, 1998). Assim, o termo PBE refere-se à utilização de evidência científica como um guia para o planeamento e execução de práticas de enfermagem (Fawcett & Garity, 2009; Atallah & Castro, 1998).

A evidência pode ser considerada uma compilação de factos com a intenção de suportar uma conclusão, sendo estes factos obtidos através da experiência e da observação, recorrendo a um método sistematizado para a organização, clarificação e análise dos resultados das pesquisas (Okuno, Belasco & Barbosa, 2014). De acordo com a ICN (2012) uma má tomada de decisão pode levar a uma prática de cuidados pouco eficiente, pouco eficaz e desigual, o que faz com que a PBE se torne imprescindível na prática de enfermagem (Lomas et al., 2005). De acordo com a OE a existência de guias orientadores de boas práticas para os cuidados de enfermagem, baseados em evidência, constituem uma base estrutural necessária para a existência de uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional realizado pelos enfermeiros (OE, 2001, p.12).

Para a PBE são identificados três elementos chave: a melhor evidência disponível, as necessidades e preferências dos profissionais de saúde e a perícia, habilidades e julgamento crítico da enfermeira (ICN, 2012). À semelhança do referido pelo ICN (2012), Sousa et al. (2017) referem que a PBE incorpora em si a melhor e mais recente evidência científica, a competência clínica do profissional e, os valores e as preferências do utente em causa, dentro de um contexto de cuidados. De acordo com a JBI (Peters et al., 2017) a utilização de investigação qualitativa desempenha um papel importante na forma como a pessoa e a comunidade percebem, gerem e tomam decisões relacionadas com a saúde.

Assim, é inegável a importância da investigação e da evidência científica na qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo esperado que o EEESMO aplique, na sua prática, a mais recente e comprovada evidência científica de forma a enriquecer a sua prática de cuidados (ICM, 2019). Desta forma, neste ponto é realizada uma abordagem acerca da importância da PBE, bem como, uma exposição da metodologia utilizada, nomeadamente a SR e os resultados obtidos na mesma.

2.1 Enfermagem e prática baseada na evidência

De acordo com a posição tomada pela OE (2006) os trabalhos científicos contribuem positivamente para o aumento de conhecimentos em enfermagem, promovendo uma PBE de forma a melhorar os cuidados e otimizar os resultados em saúde para que se possa trabalhar em prol do benefício dos utentes, famílias e comunidades. Assim, a SR contribuiu para que a minha prestação de cuidados tivesse subjacente a mais recente e pertinente evidência científica pesquisada no âmbito da promoção da parentalidade.

Cada um dos EC que realizei foram suportados por projetos de aprendizagem adequados às competências a desenvolver. Os resultados obtidos na SR foram articulados com os pressupostos da teoria das transições de Afaf Meleis e o preconizado pela ICM, ICN e OE para a prática de enfermagem e, a partir daí, nos diferentes contextos de EC, desenvolvi diferentes intervenções atendendo à individualidade e às necessidades da pessoa/grupo a quem prestei cuidados.

As minhas opções metodológicas ao longo deste processo foram sendo ajustadas de acordo com os achados na literatura, bem como com as características dos locais onde foram realizados os EC. No EC em contexto de bloco de partos (BP), elaborei e utilizei um diário de interação/intervenção para a recolha de informações acerca das intervenções de enfermagem desenvolvidas neste contexto, pertinentes para a temática específica do meu projeto de estágio – “Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da transição para a parentalidade”. Tendo em conta esta decisão metodológica o meu plano de trabalho apresenta um continuum em que os EC realizados ao longo do curso foram utilizados como uma ferramenta clarificadora e agregadora de conhecimentos e competências que culminam na realização dos EC e, consequentemente, deste relatório.

Ao longo do curso recorri a uma prática reflexiva, sendo esta um instrumento imprescindível no desenvolvimento dos estudantes de enfermagem no contexto de prática clínica, pois promove o autoconhecimento e autoconsciência, melhorando a prática de cuidados através de atitudes pré, pós e durante a ação (Peixoto & Peixoto, 2016), sendo esta ferramenta essencial para o desenvolvimento de profissionais autónomos, críticos e avançados (Caldwell & Grobbel, 2013). Desta forma, durante os diversos EC, partindo de situações clínicas, recorri aos diários de aprendizagem como uma ferramenta para desenvolver a minha prática reflexiva refletindo acerca das minhas ações e procurando uma base científica que me permitisse olhar de uma forma externa e, assim, conseguir desenvolver a minha capacidade de avaliação crítica e de tomada de decisão em situações potencialmente dilemáticas.

Ao longo dos EC realizei sessões de apresentação do meu projeto às equipas de enfermagem, nomeadamente em contexto comunitário e no BP, tendo sido sempre bastante bem recebida a abordagem da temática. Foram também realizadas, no contexto dos EC, sessões de grupo com utentes dos cuidados de saúde primários (CSP), sessões de CPPN e visitas domiciliárias (VD) em contexto de pós-parto.

A aplicação deste projeto teve um enfoque principal no EC realizado em BP e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), contudo foi realizada uma abordagem da temática nos EC em que o mesmo foi pertinente, de forma a promover o enriquecimento da prática com a evidência obtida e, de certa forma, enriquecer o conteúdo deste relatório com os achados e as reflexões recolhidas ao longo dos momentos de prática. Os recursos utilizados foram os recursos informáticos, nomeadamente as bases de dados onde foram realizadas as pesquisas, a orientação das professoras nos EC, bem como de alguns dos profissionais de enfermagem onde decorreram os EC, as observações realizadas durante os EC e a biblioteca da escola para realização de pesquisa bibliográfica.

2.2 Scoping review

Ao longo do meu percurso académico no âmbito do curso a vertente científica esteve sempre presente, nomeadamente com a elaboração e concretização de uma SR no âmbito da UC opção. Essa SR permitiu-me mapear o conhecimento existente relacionado com as intervenções do enfermeiro obstetra na promoção do processo de transição para a parentalidade.

A realização da SR funcionou como uma das bases de trabalho para o que foi desenvolvido na minha prática de cuidados e, conseqüentemente, na realização deste relatório.

A questão de pesquisa para a SR foi a seguinte: “Quais as intervenções do enfermeiro obstetra promotoras do processo de transição para a parentalidade?”. Relativamente aos critérios de inclusão, e de acordo com a mnemónica preconizada pela JBI, a população diz respeito aos enfermeiros obstetras, o conceito refere-se às intervenções de enfermagem promotoras do processo de transição para a parentalidade e o contexto escolhido é Europa pela influência exercida pelos padrões culturais, crenças e interpretações relacionadas com o género, família e parentalidade na maternidade (Leal, 2005, Yerkes et al., 2018).

De forma a limitar a pesquisa efetuada foram incluídos todos os artigos escritos na língua inglesa, portuguesa e castelhana que tivessem a totalidade do texto disponível. Foram excluídos todos os artigos referentes a situações particulares e específicas, nomeadamente situações patológicas, de alto risco, mulheres adolescentes, mulheres com necessidade de internamento

ou cujo RN ficou hospitalizado, uma vez que todas estas situações requerem uma intervenção muito específica e direcionada ao problema em causa.

Tendo em conta que o desenvolvimento deste trabalho foi realizado em duas fases a SR foi efetuada em dois momentos distintos: a primeira em março de 2019 e a segunda em maio de 2020. Em ambas utilizei o mesmo protocolo, exceto no que respeita às datas de publicação dos artigos. Na primeira foram incluídos todos os artigos publicados entre 01.01.2013 e 31.12.2018 inclusive (resultados de pesquisa nos anexos 1,2 e 3), e na segunda os artigos publicados entre 01.01.2019 e 31.12.2019 (resultados de pesquisa nos anexos 4,5 e 6).

Assim são de referir que os critérios de inclusão e exclusão para os artigos a selecionar foram os seguintes:

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos publicados entre 01.01.2013 e 31.12.2019	Artigos referentes a situações particulares e específicas (situações patológicas, de alto risco, mulheres adolescentes, mulheres/RN com necessidade de hospitalização)
Artigos escritos na língua inglesa, portuguesa e castelhana	Artigos desenvolvidos fora do contexto europeu
Artigos com texto completo disponível	
Artigos desenvolvidos no contexto europeu	

Para a caracterização dos artigos incluídos no protocolo de SR foi construída uma grelha onde foram incluídos elementos indispensáveis à mesma, nomeadamente o autor do artigo, o ano, o título, o tipo de artigo, instrumento/s de colheita de dados utilizado/s e quais os resultados significativos tendo em conta a questão de pesquisa. A extração dos dados dos artigos selecionados nas duas SR é apresentada no apêndice 2.

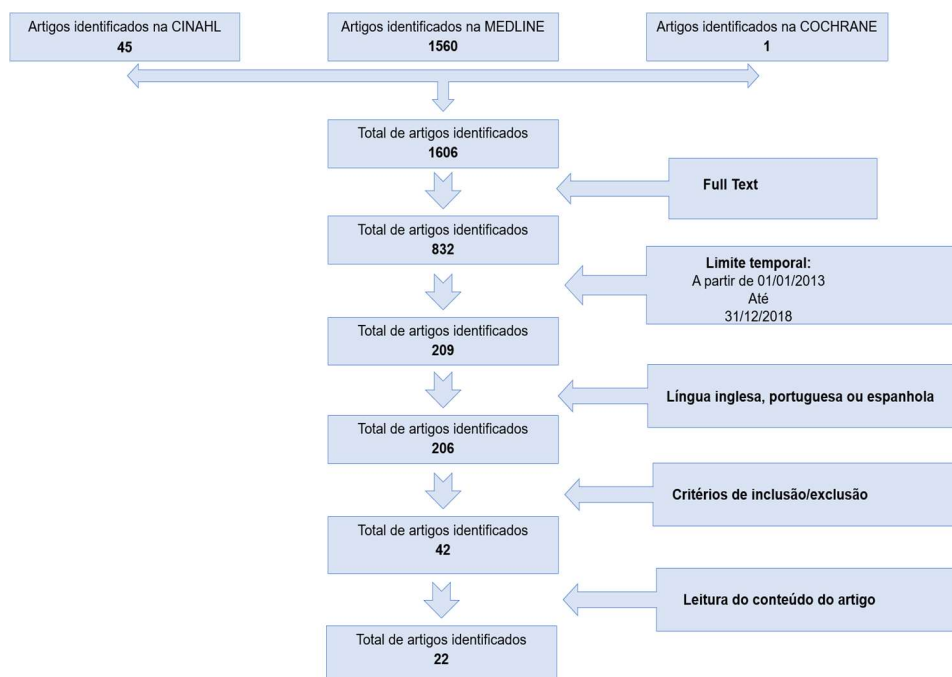
A metodologia utilizada para a pesquisa é aquela referida pelo JBI (Peters et al., 2017), sendo que inicialmente foi realizada uma pesquisa na plataforma *EBSCO HOST*, nas bases de dados *CINAHL® Complete*, *MEDLINE® Complete* e *COCHRANE® Database of Systematic Reviews* para levantamento de termos relacionados com a questão de pesquisa. Posteriormente foi realizada uma pesquisa nestas bases de dados com os termos indexados encontrados para cada uma, sendo que os mesmos se encontram presentes na seguinte tabela:

Tabela 2. Termos indexados de pesquisa nas bases de dados

	CINAHL <i>Plus with Full Text</i>	MEDLINE <i>with Full Text</i>	COCHRANE <i>Database of Systematic Reviews</i>
P (população)	(MM "Nurses+") (MM "Midwives+") (MM "Midwifery+") (MM "Nurse Midwives") (MM "Midwife Attitudes") (MM "Maternal-Child Care+")	(MH "Nurses+") (MH "Midwifery") (MH "Nurse Midwives") (MH "Nursing+") (MH "Maternal-Child Nursing+")	Nurse Midwives Midwifery Nurse midwives Nurse midwife Midwife attitudes Maternal childcare Maternal child nursing Nursing interventions
C (conceito)	(MM "Parenthood+") (MM "Parenting") (MM "Motherhood") (MM "Fatherhood") (MM "Parental Role+")	(MH "Parents+") (MH "Parenting") (MH "Parent-Child Relations+")	Parents Parenthood Parenting Motherhood Fatherhood Parental role Parents role
C (contexto)	(MH "Europe+")	(MH "Europe+")	Europe

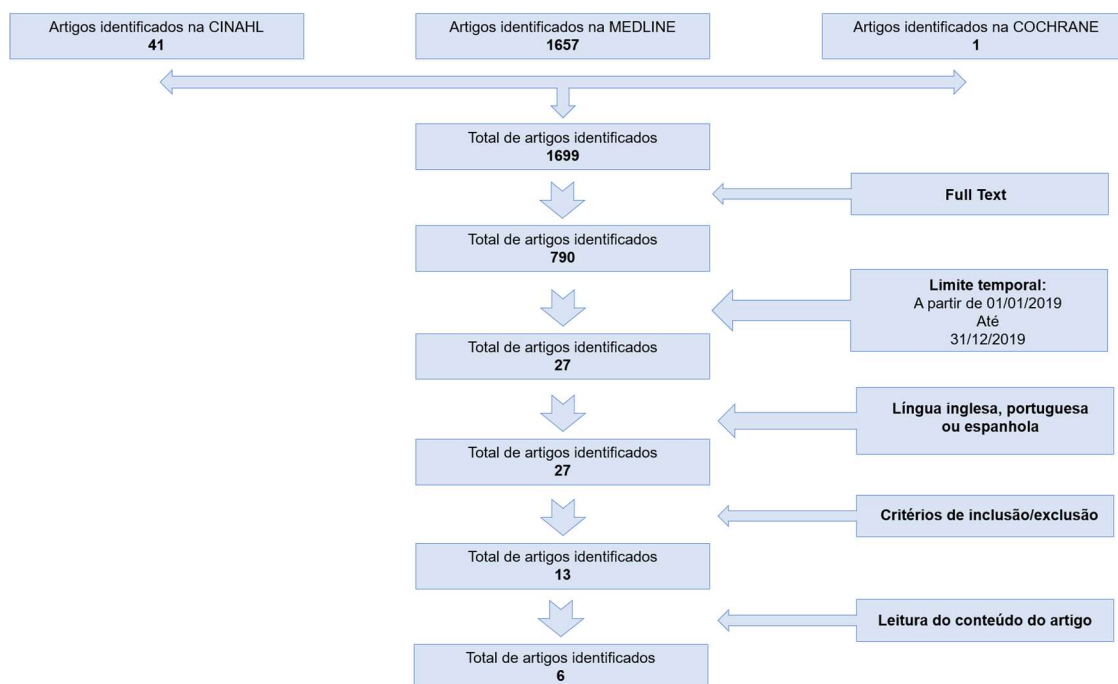
Após a pesquisa realizada nas três bases de dados, tendo em conta os limitadores e os critérios de inclusão e exclusão aplicados, foram selecionados 206 artigos na primeira SR e 27 na segunda. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados 22 artigos na primeiras e 6 na segunda. Estes 28 artigos foram analisados e os dados foram extraídos para obter os resultados pertinentes de acordo com a questão de pesquisa. A seleção de estudos foi realizada atendendo a uma metodologia organizacional sob a forma de um diagrama de Prisma, sendo que o mesmo se apresenta em seguida.

Figura 1. *Prisma flow* dos resultados da primeira SR



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. (2009). The PRISMA Group. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Figura 2. *Prisma flow* dos resultados da segunda SR



Fonte: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. (2009). The PRISMA Group. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

2.2.1 Apresentação e análise dos resultados dos artigos

Da leitura e análise dos artigos obtidos emergiram diversas intervenções do enfermeiro obstetra, na promoção da transição para a parentalidade, que posteriormente foram agrupadas em 9 temáticas. É importante referir que as 9 temáticas não são exclusivas, inclusive, algumas delas são completamente transversais, nomeadamente a continuidade de cuidados. A decisão de criar uma temática separada para aquelas que são transversais prende-se com o facto da sua especificidade e pelo facto de que deverão ser tidas em conta em qualquer momento de prestação de cuidados de enfermagem. Assim, as 9 temáticas que surgiram são:

- Intervenções de enfermagem durante a gravidez
- Intervenções de enfermagem durante o TP
- Intervenções de enfermagem após o nascimento
- Vigilância da saúde mental
- Envolvimento do companheiro/pai durante a gravidez, TP e após o nascimento
- Amamentação
- Continuidade de cuidados
- Acessibilidade aos cuidados de enfermagem obstétrica
- Característicos pessoais dos profissionais de saúde e da sua prática de cuidados

Relativamente a cada uma das temáticas, a informação encontrada nos artigos seleccionados foi a seguinte:

- Intervenções de enfermagem durante a gravidez:
 - A educação pré-natal é uma das intervenções mais abordadas durante a gravidez sendo uma ferramenta essencial principalmente no caso de mulheres primíparas (Frade et al., 2013). É referido pelos pais que os CPPN devem promover uma aquisição de conhecimentos e expectativas realistas face aos cuidados básicos a prestar ao filho (Pålsson et al., 2017), permitindo aos pais o desenvolvimento de estratégias para a adaptação à parentalidade, ajuste de prioridades e capacidade de gerir sentimentos de frustração e insegurança relacionados com as necessidades do bebé. As aulas em grupo permitiram oportunidades de reflexão e discussão de assuntos com pessoas numa situação semelhante.
 - A introdução de temas, no CPPN, como a “promoção de expectativas realísticas acerca do tornar-se pai/mãe”, o “desenvolvimento de competências comunicacionais de forma a otimizar a resolução de problemas de forma eficiente”, o impacto do bebé na

vida conjugal ou no ritmo de sono dos pais permite que os mesmos se sintam mais preparados para lidar com estas alterações ao mesmo tempo que também permite dotá-los de ferramentas que lhes permitam trabalhar questões internas relacionadas com a transição para a parentalidade (Tichelman et al., 2019; Pålsson et al., 2017; Daley-McCoy et al., 2015).

- Promover um trabalho sobre emoções e sentimentos dos elementos do casal é de extrema importância permitindo estarem despertos para sinais de depressão pós-parto e para que estejam preparados para aceitar que a vinculação não é um processo instantâneo, mas que decorre ao longo do tempo. Desta forma é necessário, durante a gravidez, trabalhar a comunicação entre casal e promover capacitação para lidar com as expectativas internas e externas (Pålsson et al., 2017).

- Intervenções de enfermagem durante o TP:

- Frade et al. (2013) sugerem que o contacto precoce entre os pais e o RN, o alojamento conjunto durante o internamento no puerpério e a promoção de um ambiente tranquilo promove a superação de dificuldades.
- De acordo com Johansson & Li (2019) a maior preocupação das mães durante o parto é o bem-estar do feto, enquanto que a dos pais é o bem-estar da companheira. Muitas das vezes os pais sentiram-se incapazes de responder efetivamente às necessidades das companheiras, apesar das mesmas se sentirem apoiadas durante o parto (Johansson & Li, 2019).
- As vivências negativas da experiência do parto estão muitas das vezes relacionadas com a perceção de cuidados de enfermagem de qualidade insuficiente, sendo que, o acompanhamento contínuo de uma enfermeira obstetra durante o TP está relacionado com aumento dos partos vaginais, menor duração do TP, menos sentimentos negativos relacionados com a experiência de parto e melhor auto estima, promovendo uma base para um processo de transição para a parentalidade (Johansson & Li, 2019).

- Intervenções de enfermagem após o nascimento:

- É identificada, por Frade et al. (2013), a importância de complementar a educação pré-natal com o apoio e orientação no pós-parto para potenciar as competências parentais no confronto com o bebé real. É referido pelos mesmos autores a necessidade de planear intervenções dirigidas à prevenção de complicações relacionadas com o puerpério, nomeadamente a adaptação física e psicológica, promoção do autocuidado,

capacitação e a assunção da responsabilidade de ser mãe, bem como criação de programas de educação para a saúde direcionados ao puerpério.

- Johansson, Li & Wells (2019) e Barimani et al. (2015) apontam para a necessidade da flexibilização do tempo de permanência na instituição onde ocorreu o parto e um enfoque nas necessidades relacionadas com as características deste período como sejam as alterações emocionais da mulher no pós-parto, o alívio da dor, os processos de recuperação pós-natal, com uma maior continuidade e contactos de *follow-up*, principalmente no caso de partos complicados ou cesarianas. É também referida a necessidade de um maior apoio na amamentação, principalmente aquando da “chegada a casa”, sendo que as visitas pós-parto são planeadas 6 a 12 semanas após o mesmo (Barimani et al., 2015).
- Os grupos de apoio no pós-parto, ou no primeiro ano de vida do filho, são abordados por diversos autores, sendo esta uma medida valorizada pelas mães (Midtsund, Litland & Hjälmhult, 2018; Glavin et al., 2017; Lefèvre et al., 2016). A constituição dos grupos deve respeitar características específicas. Glavin et al. (2017) referem que os grupos devem ser constituídos por elementos que residam na mesma área e por múltiparas e primíparas. A idade semelhante dos filhos foi também referida como importante. O grupo deverá ser suficientemente pequeno para que as pessoas se conheçam, nomeadamente entre 5 a 6 elementos, sendo que esta rede de apoio em algumas situações foi mantida durante anos, sempre tendo como foco os assuntos parentais (Glavin et al., 2017). A partilha de conhecimentos, preocupações e alegrias, a criação de ligações de apoio emocional e a discussão de situações com pessoas numa posição semelhante permitiu que os elementos sentissem apoio numa altura de maior fragilidade (Midtsund, Litland & Hjälmhult, 2018; Glavin et al., 2017; Lefèvre et al., 2016).
- Vigilância da saúde mental:
 - O reconhecimento precoce de fatores de risco associados a altos níveis de stress e a deteção precoce de sinais associados à ansiedade é essencial para que seja possível providenciar um encaminhamento e planeamento de intervenções adequadas para a prevenção de patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão pós-parto (Deltidou et al., 2018; Ashton, 2015). Para além da deteção precoce é fundamental a capacitação dos pais no desenvolvimento de estratégias que permitam lidar não só com o medo e ansiedade durante a gravidez (Ashton, 2015) mas também com os sentimentos de

insegurança, medo e dúvida associados à inexperiência no papel parental, assim como com os sentimentos de fadiga associados ao repouso parental desadequado (Kurth et al., 2016). Assim, de forma a dar resposta a estas necessidades, é imperativo o desenvolvimento de projetos que permitam o treino adequado dos profissionais para a deteção de alterações psicoemocionais neste período (Fontein-Kuipers et al., 2016; Ashton, 2015) devendo todas as “novas” mães ter à sua disposição apoio social como ferramenta de promoção da saúde mental (Kurth et al., 2016).

- O desenvolvimento de programas/plataformas de intervenção na gravidez que permitam a identificação de vulnerabilidades ou de alterações na saúde mental, assim como a prevenção do seu aparecimento e a atuação adequada, caso as mesmas já se encontrem presentes, é uma ferramenta importante de acordo com Fontein-Kuipers et al. (2016) e Baldwin & Kelly (2015).
- Ashford et al. (2017) e Glavin et al. (2017) identificam o rastreamento e identificação de mulheres com alterações de saúde mental, o encaminhamento para o médico de família, serviços especializados em saúde mental ou outros relevantes e o oferecer e providenciar visitas com o objetivo de permitir uma escuta ativa e a formação de grupos de apoio como formas de apoiar mulheres com ansiedade pós-parto.
- Staehelina et al. (2013) referem que a gestão do choro do bebé e não viver com o companheiro são fortes preditores de stress materno enquanto que a multiparidade parece ser um fator protetor desse mesmo stress. Fatores associados com uma maior probabilidade de *stress* materno incluem uma faixa etária superior, níveis baixos de escolaridade, problemas mamários, evolução ponderal da criança, patologias neonatais, intervenções obstétricas durante a gravidez e ser mãe solteira, sendo que Deltsidou et al. (2018) referem, à semelhança dos autores anteriores, uma maior fragilidade nas mulheres não casadas ou a viverem sozinhas. Uma diminuição da probabilidade de stress materno está relacionada com mulheres de nacionalidade estrangeira (estudo Suíço), mulheres com trabalho a tempo inteiro antes da gravidez, mulheres que querem regressar ao trabalho depois do parto e mulheres que tiveram um parto num ambiente gerido por enfermeiros obstetras. O desemprego está associado a uma pior saúde mental materna (Staehelina et al., 2013).
- Foi verificado por Sigurðardóttir et al. (2019) e por Dahlberg et al. (2016) que a mulher sente uma necessidade de falar sobre a sua experiência de parto, principalmente com a parteira que esteve presente no parto.

- Envolvimento do companheiro/pai durante a gravidez, TP e após o nascimento:
 - O envolvimento paterno promove o envolvimento das mulheres, principalmente as múltiplas, no período pós-natal (Frade et al., 2013; Redshaw & Henderson, 2013). Para Redshaw & Henderson (2013) maiores níveis de envolvimento paterno estão relacionados com maior envolvimento da mulher nos cuidados de saúde, maior bem-estar, menos complicações no pós-parto, menor taxa de depressão e maior adesão à amamentação (Redshaw & Henderson, 2013).
 - A participação do elemento paterno pode demonstrar-se de diversas formas, quer seja o acompanhamento nas consultas, quer nas ecografias ou nos CPPN, sendo imprescindível fazer este elemento sentir-se bem-vindo e direcionar estes momentos também para ele (Widarsson et al., 2015). Este apoio fortalece o laço entre o casal ao permitir uma vivência da gravidez completamente diferente por parte do homem, responsabilizando-o e informando-o acerca do seu papel, sendo que, um companheiro que demonstra ser compreensivo e preocupado faz com que a mulher se sinta mais feliz e com mais esperança no futuro (Johansson & Li, 2019; Widarsson et al., 2015).
- Amamentação:
 - A amamentação é vivida com bastante ansiedade por ambos os elementos do casal e os défices de conhecimento relacionados com a mesma podem potenciar o aparecimento de dificuldades que irão afetar negativamente o processo de transição para a parentalidade (Frade et al., 2013). A intenção de amamentar por parte da mulher é decisiva para o sucesso da amamentação, contudo o ambiente envolvente e o incentivo por parte dos profissionais têm um papel bastante significativo (de Cock et al., 2015).
 - Segundo Pålsson et al. (2017) a amamentação foi vivida como mais desafiadora do que era esperado o que levantou a necessidade de fornecer informação mais realista e de capacitar o casal para a resolução de problemas, tendo sido sentida uma pressão excessiva face ao sucesso da mesma. É referido por Dahlberg et al. (2016) a vulnerabilidade na mulher, nos dias seguintes ao parto relacionada com os desafios da parentalidade e com o processo de amamentação que pode conduzir a uma sensação de insegurança e instabilidade emocional, havendo uma necessidade, por parte do enfermeiro, de confirmar se essa é uma situação que se encontra dentro do espectro da normalidade para aquela mãe e para aquele bebé.

- Para facilitar a gestão do aleitamento materno são sugeridas algumas estratégias, nomeadamente flexibilidade dos períodos de internamento no pós-parto, uma vez que algumas mães relacionaram a estadia curta com problemas associados à amamentação (Barimani et al., 2015). A articulação de elementos como o companheiro, mediadores, EEESMO, conselheiros de aleitamento materno e grupos de suporte, assim como o incentivo do contacto pele a pele, o estabelecimento de VD/contactos telefónicos durante a gravidez e no período pós-natal como ferramentas para partilha de conhecimentos, discussão de informação, promoção da aprendizagem, podem ajudar a tranquilizar as mulheres/companheiros, promovendo o encorajamento e a autoconfiança materna (Ingram, 2013).
- Acessibilidade aos cuidados de enfermagem obstétrica:
 - A utilização da telemedicina e de novas tecnologias como aplicações, *email*, redes sociais, *chats* e contacto telefónico permitem o acesso a informação de confiança por parte dos pais (Danbjørg et al., 2015; Labriola, 2015), uma vez que estes sentem que os resultados encontrados na internet nem sempre são fidedignos, o que se torna gerador de stress e preocupações (Pålsson et al., 2017). Ter acesso à informação transmite aos pais um sentimento de controlo, suporte e tranquilização (Danbjørg et al., 2015).
 - A necessidade de informação inicia-se durante a gravidez e estende-se ao período pós-parto (Danbjørg et al., 2015), sendo que por vezes o conteúdo escrito não é satisfatório (Barimani & Vikström, 2015), reforçando a necessidade de um contacto telefónico ou pessoal com os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, para o esclarecimento de questões, principalmente se as dúvidas ocorrem durante o período noturno (Dahlberg et al., 2016; Barimani & Vikström, 2015).
 - De acordo com Johansson, Li & Wells (2019) e Kurth et al. (2016) é importante a coordenação entre os diversos prestadores de cuidados, assim como da necessidade de melhoria da acessibilidade das mulheres aos cuidados, nomeadamente através de VD, devendo estes cuidados ter como foco o alívio de preocupações, transmitindo habilidades parentais e aumentando a autoconfiança dos pais, assim como linhas de apoio telefónico 24h e o apoio na criação de estratégias relacionadas com a recuperação física após o parto. Brook & Salmon (2017) consideram a VD um contacto valorizado pelos pais principalmente aqueles que não sentiram que o processo de transição para a parentalidade foi um processo fácil. Este contacto toma ainda mais

importância e relevo se o mesmo for iniciado pelo profissional de saúde (Brook & Salmon, 2017).

- Continuidade de cuidados:

- A continuidade dos cuidados é uma necessidade dos casais e é descrita por diversas vezes na literatura existente. Para que esta continuidade seja otimizada há uma necessidade da melhoria da comunicação e coordenação entre os serviços de saúde, nomeadamente tentar estabelecer uma certa continuidade entre os mesmos, de forma a evitar ruturas bruscas e potenciar sentimentos de falta de apoio e a garantir uma transmissão de informação congruente e coerente. Sempre que possível o acompanhamento deverá ser realizado pelo mesmo profissional de forma a promover o conforto e evitar que a mulher/casal sintam necessidade de se repetir de forma a assegurar uma contextualização adequada da situação (Brook & Salmon, 2017; Kurth et al., 2016; Barimani et al., 2015). A necessidade de um aconselhamento consistente e o saber a quem perguntar permitiu que os pais tivessem um acesso rápido às respostas necessárias e um maior conforto na colocação de questões e na abordagem de determinados assuntos (Olander et al., 2019; Barimani & Vikström, 2015). De acordo com Barimani & Vikström (2015) a possibilidade de ter vários profissionais de confiança a quem recorrer, a possibilidade de participar no planeamento da alta e de poder recorrer ao serviço para abordar a experiência do parto foi também referido como positivo.
- Quando o enfermeiro obstetra era já conhecido da mulher existia uma certa previsibilidade, uma vez que, a disponibilidade e a confiança já tinham sido estabelecidas ao longo do tempo, permitindo um sentimento de segurança e fazendo com que a informação necessária fosse menor e que pudesse haver um *follow-up* mais tardio (Dahlberg et al., 2016), sendo a VD vista como uma ferramenta promotora de uma experiência positiva e segura (Barimani & Vikström, 2015). Segundo Dahlberg et al. (2016), caso esta relação tivesse tido início na gravidez a comunicação existente era mais aberta e transmissora de uma maior sensação de segurança e confiança o que permitia uma maior receptividade ao aconselhamento bastando, em algumas situações, um contacto telefónico para satisfazer as necessidades daquela mulher.
- Para Barimani & Vikström (2015) a informação fornecida pelos profissionais deverá ser capacitadora e promotora da autoconfiança dos pais, focando o reforço positivo quando as situações se encontram dentro da normalidade. Ainda para os mesmos

autores, as maiores preocupações dos pais prendem-se com a amamentação e com a dor nas lesões perineais, contudo foram considerados importantes a abordagem dos cuidados ao cordão, troca de fraldas, banho, infeções, segurança infantil, sono e gestão do choro, sendo que a existência de uma pessoa de referência para os pais é sempre uma situação de extrema positividade (Barimani & Vikström, 2015).

- Características pessoais dos profissionais de saúde e da sua prática de cuidados:

- A postura dos profissionais de saúde e o tipo de informação que estes transmitem tem um impacto importante na promoção da transição para a parentalidade, uma vez que influencia o sentimento de segurança dos pais nos cuidados que prestam e na procura de mais conhecimentos para o desenvolvimento de competências parentais. EEESMO preparados, empenhados e bem informados promovem sentimentos de confiança e segurança (Lefèvre et al., 2016), sendo que, este pode ser visto como um elemento transmissor de calma e compaixão ou, num extremo oposto, como um elemento com falta de disponibilidade, gerador de stress ou apressado no contacto e com falta de capacidade de escuta (Johansson, Li & Wells, 2019; Olander et al., 2019; Barimani & Vikström, 2015). De acordo com Brook & Salmon (2017) a transmissão de uma sensação de disponibilidade tem um impacto positivo na relação. Os pais sentem que a falta de experiências anteriores faz com que haja uma maior dificuldade em perceber o que precisam de saber, considerando que o EEESMO deverá guiar a informação para aquilo que é importante e relevante em cada fase, sendo por isso vista como uma fonte de conhecimento e confiança (Olander et al., 2019; Pålsson et al., 2017).
- O aconselhamento deverá ser baseado na evidência e não apenas nas experiências pessoais, exceto situações muito específicas, sendo imprescindível uma abordagem de cuidados humanizada, sem a predominância de atitudes autoritárias e cuidados que subestimem as necessidades das mulheres, promovendo sempre que possível cuidados personalizados/individualizados e em parceria, evitando o modelo biomédico como guia dos cuidados (Brook & Salmon, 2017; Frade et al., 2013). No caso das VD o visitador domiciliário deverá ser entusiástico, solidário, acessível, proativo, amigável, com capacidades de escuta e capacidade de identificar a causa do problema, capacidade para empatizar e aconselhar, sendo valorizada uma “mente aberta”, uma atitude não crítica e um elevado nível de credibilidade, integridade, honestidade e respeito pelo ponto de vista dos pais, devendo a relação ser baseada na confiança e na comunicação eficaz (Johansson, Li & Wells, 2019; Brook & Salmon, 2017).

Após a extração e apresentação de resultados são de destacar alguns aspetos importantes uma vez que os mesmos têm implicações para a prática e para a melhoria dos cuidados. Desta forma é de salientar a necessidade de planear intervenções ao nível da educação pré-natal, trabalhando com os pais as suas expectativas e ajudando-os a desenvolver competências comunicacionais para resolução de problemas, sendo a metodologia de grupo bastante apreciada pelos pais pela possibilidade de discutir e partilhar situações com pessoas que se encontram em situações semelhantes. Relativamente aos cuidados durante TP o contacto precoce, o alojamento conjunto e a promoção de um ambiente tranquilo apresentam-se como essenciais no estabelecimento de uma vinculação precoce, com repercussões positivas na transição para a parentalidade. Após o nascimento as intervenções de apoio, orientação e capacitação tomam um relevo importante uma vez que ajudam a gerir a relação com o bebé real e a prevenir complicações associadas ao puerpério, nomeadamente as alterações físicas e psicológicas bem como as necessidades maternas e a amamentação, sendo de realçar a importância da criação de programas de educação para a saúde direcionados para o pós-parto. A flexibilização do tempo de internamento também é referida podendo, a adaptação do mesmo às necessidades e dificuldades da mulher/casal, ser um fator de encorajamento, promovendo a autoestima e os sentimentos de capacidade. A VD é uma das intervenções mais referidas desde a gravidez até ao período pós-parto podendo envolver diversos profissionais de saúde e ser adaptada às necessidades e dificuldades sentidas pelos pais, permitindo uma intervenção no seu ambiente domiciliário.

A vigilância da saúde mental toma um foco de destaque uma vez que grande parte das alterações passa despercebida e/ou é desvalorizada. Desta forma a capacitação dos profissionais de saúde para atuar nesta área não só na prevenção como na deteção precoce e no encaminhamento é fundamental. Algumas das intervenções dentro desta área relacionam-se com o trabalhar os sentimentos de ansiedade e angústia e com o encaminhamento para apoio social adequado. Abordar a depressão pós-parto como algo relevante é importante para os pais permitindo-lhes estar mais atentos à existência de sinais de risco/alerta.

A promoção da integração do companheiro e a capacitação do mesmo, ajuda a que este se sinta parte do processo de mudança, permitindo que o casal trabalhe em conjunto a adaptação ao processo de transição para a parentalidade.

A melhoria do apoio na amamentação e o incentivo à procura de informação atua ao nível da prevenção de défices de conhecimento, uma vez que os mesmos podem ser geradores de dificuldades. A melhoria do acesso aos cuidados como linhas de apoio 24h, contacto por *email*, *website*, redes sociais e utilização de aplicações digitais são formas de facilitar o acesso aos

cuidados de saúde, sendo que é imprescindível um aumento na comunicação e coordenação entre os serviços de saúde para que possa ser promovida uma continuidade de cuidados.

Do profissional de saúde é esperada uma abordagem humana, individual, empática, solidária, não crítica, com elevado nível de credibilidade, honestidade e respeito pelos pais, bem como uma transmissão de sensação de disponibilidade e aconselhamento baseado em evidência.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Uma das transições mais importantes na vida adulta prende-se com o nascimento de um filho. Num casal, esta situação faz com que haja uma transformação irreversível ao alterar aquela díade de uma forma permanente (Figueiredo, 2012). Tornar-se pai/mãe envolve uma transição de desenvolvimento quer para o homem como para a mulher, muitas das vezes sendo esta uma experiência rodeada de emoções intensas e desafios, implicando a necessidade de assumir novas responsabilidades (Ferguson & Gates, 2015). A falta de conhecimento acerca do processo de transição para a parentalidade e competências parentais, a par da vulnerabilidade de muitos pais, fá-los sentirem-se pouco preparados ao assumir este novo papel (Ferguson & Gates, 2015).

O ICM (2019) descreve um conjunto de competências gerais para o EEESMO que implicam uma responsabilidade em providenciar cuidados de enfermagem especializados atualizados, baseados na evidência, de alta qualidade e com respeito ético pelas mulheres e famílias (ICM, 2017d). Assim é esperado que o enfermeiro obstetra assuma responsabilidade pelas suas decisões e ações, autoavaliando as suas intervenções e demonstrando um comportamento que inspire nos outros confiança. A OE reconhece, nas competências gerais do enfermeiro especialista, que este deverá desenvolver competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como o autoconhecimento e a assertividade, e uma prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Durante todo o percurso académico, nos diferentes EC procurei sempre transmitir que, na base da minha formação avançada, estava uma experiência adquirida enquanto enfermeira generalista. Durante este percurso assumi também o meu desenvolvimento formativo procurando manter-me informada e atualizada nos conhecimentos técnico-científicos participando, sempre que possível, em congressos, jornadas e outros encontros formativos de forma a preencher as lacunas que identifiquei nos meus conhecimentos. Assim considero que trabalhei de forma a assumir a responsabilidade pelo meu autocuidado e autodesenvolvimento como futura EEESMO – competência 1.b (ICM,2019).

O EC que decorreu no contexto de internamento de puerpério, foi o primeiro EC com que me deparei neste percurso académico e teve um papel fundamental na clarificação da visão desta caminhada, ajudando-me a compreender algumas das preocupações que são sentidas pela mulher/casal no período pós-parto quando o seu bebé imaginado passa a ser um bebé real, com necessidades reais e com um papel numa família que vai para além do que muitos dos pais, imaginaram para ele.

Os conceitos de comunidade e família acabaram por tomar um impacto maior do que esperava ao abordar o processo de transição, sendo que esta tomada de consciência ocorreu no âmbito do EC que foi desenvolvido em contexto comunitário, uma vez que a prática de cuidados de enfermagem especializada decorre imersa na comunidade e na família. A família funciona como um espaço onde são transmitidas crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos para que possa existir uma continuidade dessas características (Figueiredo, 2012). O reconhecimento destes factos permite que o EEESMO organize e oriente a sua intervenção de forma a conseguir atuar ativamente na família, capacitando-a e maximizando o seu potencial de saúde para que os recursos internos e externos da mesma possam ser utilizados de forma otimizada fortalecendo não só a saúde mas também a autonomia da família (Figueiredo, 2012), reforçando assim este sistema como uma rede de apoio para cada um dos seus elementos.

Tendo em conta que o referencial teórico que escolhi para guiar a minha prática de cuidados foi o de Afaf Meleis organizei e repensei a minha prática de cuidados partindo de alguns conceitos base, ou seja, as transições fazem parte da vida de cada indivíduo, e cada indivíduo detém dentro de si uma força que permite ultrapassar essas fases de transição em que este, o ambiente, a família e a comunidade são os elementos que podem potenciar essa mesma força para atingir a mudança necessária para regressar a um estado de equilíbrio (Meleis, 2012). O papel do enfermeiro, neste caso particular do EEESMO, é estabelecer uma relação recíproca com todos os elementos referidos anteriormente, avaliar a prontidão do indivíduo para a mudança e, quando esta se verificar, atuar de uma forma educativa suplementando o papel desse mesmo indivíduo até que o mesmo transforme o saber em competências e seja capaz de fazer por si aquilo em que anteriormente precisou de ajuda (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 2010). O desenvolvimento de competências comunicacionais e de escuta, demonstrando empatia com o outro e tentando ir ao encontro das suas necessidades, referenciando sempre que as situações se encontrem fora do seu âmbito de ação é essencial no percurso de formação e desenvolvimento do EEESMO – competência 1h (ICM, 2019).

Assim, ao longo dos EC onde prestei cuidados de enfermagem especializados o meu foco foi sempre a capacitação dos indivíduos, recorrendo às suas forças e ao que os rodeiam, para que eles próprios conseguissem encontrar em si e para si uma nova fase de equilíbrio, neste caso, promovendo um processo de transição para a parentalidade.

Ao longo dos próximos subpontos vão sendo referidas algumas das competências atingidas de acordo com o preconizado pela OE e pela ICM no âmbito dos vários EC realizados durante o curso.

3.1 Prática de cuidados – uma abordagem ética e deontológica

A prática de cuidados do EEESMO tem em conta um conjunto de entidades reguladoras que produzem pareceres e contribuem para a regulamentação e congruência das práticas adotadas independentemente do local onde estas se desenvolvem. O ICM representa uma das entidades que guia as práticas dos EEESMO para que esta possa atingir elevados níveis de respeito pela pessoa e, conseqüentemente, de qualidade. É de esperar que o enfermeiro obstetra compreenda as conseqüências negativas associadas ao desrespeito pelos direitos humanos e deveres éticos devendo suportar as mulheres no alcance deste direito através da tomada de ação ao nível das organizações, nomeadamente com os colegas EEESMO, colegas de outras disciplinas e junto das organizações que constroem as políticas de saúde ICM (2017c, 2014c). De acordo com o ICM (2014b) os modelos de assistência liderados por enfermeiros obstetras associam-se a benefícios quer para mulheres quer para os RN resultando na redução do uso de analgesia epidural, episiotomia e partos instrumentados e, conseqüentemente, um aumento de nascimentos por parto vaginal espontâneo e um maior sucesso ao nível da amamentação.

Tendo em conta o referido pelo ICM (2014b, 2014c,) um EEESMO responde perante uma filosofia e um modelo de cuidados centrados no respeito pela mulher, estando esta defesa pelos direitos ético-legais reconhecida como uma competência geral do mesmo – competência 1.e e 1.f, sendo vários os princípios defendidos, nomeadamente:

- A gravidez é uma experiência profunda com significado importante para a mulher, família e comunidade, sendo que o EEESMO promove, protege e suporta os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher, bem como o direito à diversidade étnica e cultural, baseando-se nos princípios éticos da justiça, equidade e respeito pela dignidade humana;
- A prática de cuidados do EEESMO parte da parceria com as mulheres, reconhecendo o seu direito à autodeterminação, o que faz com que os cuidados sejam respeitadores, personalizados, contínuos e não autoritários, sendo imprescindível que o mesmo procure continuamente formação e investigação científica para que possa aplicar a evidência encontrada no planeamento dos seus cuidados;
- É esperado do EEESMO a promoção e proteção dos direitos da mulher e RN, que demonstre respeito e confiança na mulher e na sua capacidade de parir, que promova a informação adequada e o aconselhamento que permita uma participação e uma tomada de decisão informada por parte da mulher. Assim, a prática de cuidados respeitosos,

antecipatórios e flexíveis, que vão ao encontro das necessidades da mulher, RN, família e comunidade é um dos pilares da ação do EEESMO.

A OE reconhece, nos padrões de qualidade definidos para os cuidados de enfermagem, que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e de um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.10) e que, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001, p.10). Ainda, de acordo com a OE, é tido em conta como competência comum do enfermeiro especialista que este tem competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, devendo desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua respetiva área de especialidade, que vá de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

As questões éticas que se levantaram ao longo dos EC prenderam-se com a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica com origem no princípio do respeito pela dignidade da vida humana, e que é estabelecida entre alguém que cuida e alguém que é cuidado, só sendo terapêutica quando há uma intenção de ajuda e cura inspirando confiança (Kirby, 2003). Segundo Mayeroff (1990), referido por Kirby (2003), existem um conjunto de elementos essenciais para estabelecer uma relação terapêutica. De acordo com esta situação particular considero que foi integrada na minha prática de cuidados o compromisso com o outro, agindo na defesa dos seus interesses, ao permitir que os seus desejos fossem respeitados, a compaixão, compreendendo os sentimentos e as suas preocupações, agindo no sentido de aliviar o sofrimento, a empatia, ao tentar ver pelos seus olhos a situação atual mostrando ao mesmo que iria ser compreendido e não julgado e/ou criticado, e o *empowerment* libertando a pessoa, com dignidade e responsabilidade, para que este pudesse recorrer às suas capacidades e ao seu potencial para o seu próprio desenvolvimento.

Relativamente à necessidade da criação de um elemento de empatia para a construção de uma relação empática tenho a referir que senti alguma dificuldade sempre que a mulher/casal me questionavam diretamente se tinha filhos. Neste momento quando respondia que não senti algumas vezes uma alteração na postura do outro lado e uma certa dificuldade em compreender a minha motivação para trabalhar numa área que à partida me seria “estranha”. Esta situação fez com que, com o tempo, eu conseguisse lidar cada vez com mais naturalidade a esta questão,

tentando redirecionar o mais atempadamente possível o foco de atenção, desviando-o dessa característica pessoal.

A adaptação dos cuidados prestados à pessoa permite que esta tome consciência das suas capacidades, do seu potencial e das suas limitações. A utilização do reforço positivo e do reconhecimento do que é atingido permite que a própria pessoa analise as suas capacidades e tome consciência de que na relação estabelecida com a enfermeira haverá um espaço para uma parceria, bem como a certeza de que os cuidados serão planeados no sentido de ultrapassar essas limitações atendendo sempre às suas capacidades, sendo que ao longo dos vários EC tentei sempre focar-me no positivo de determinada situação para conseguir construir a confiança da pessoa, trabalhando os aspetos menos positivos para que estes pudessem ser utilizados como um elemento construtivo e de evolução/crescimento pessoal. Para Benner (2001) a competência de otimizar a participação da pessoa para que controle a sua recuperação implica ver a força, o desejo, a energia e uma capacidade de melhorar, conduzindo esses elementos para a relação estabelecida com o objetivo de permitir que a pessoa detenha um melhor controlo sobre a sua própria vida. Foi importante para mim conseguir trabalhar com o objetivo de capacitar a pessoa foco dos cuidados uma vez que o mais importante nas intervenções era conseguir promover a construção de estratégias que possibilitassem a capacitação e o desenvolvimento da confiança da mulher/casal.

O processo de cuidar envolve dar resposta às necessidades físicas e psicológicas da pessoa, adotando uma postura atenciosa, de querer conhecer o outro, com tempo, de forma assertiva, mas com um respeito e um toque de proximidade (McCormack & McCance, 2006). Para McCormack & McCance (2006), o processo de cuidados centrado na pessoa implica trabalhar com as crenças e valores desta, ter uma presença compassiva, partilhando as decisões de forma a facilitar a participação e promovendo os sentimentos de satisfação e bem-estar relacionada com os cuidados, criando um ambiente terapêutico, sendo que para isto é necessário que a enfermeira se envolva numa prática de cuidados humanista, que vá além das competências técnicas, adotando múltiplas fontes de conhecimento e promovendo a parceria nas tomadas de decisão. Nem sempre foi simples pra mim conseguir aceitar a diferença entre as minhas crenças e as crenças da mulher/casal/família o que implicou que eu trabalhasse na minha capacidade de separar a minha identidade pessoal da minha identidade profissional, sendo que esta última teria de conseguir abarcar toda a diversidade de crenças e valores com que se foi deparando, respeitando e desmistificando as questões que pudessem surgir.

Centrar os cuidados na pessoa é possibilitar o controlo das decisões pela parte da mesma (McCormack et al., 2010). Este controlo acaba por tocar na noção de quem detêm o poder na

relação estabelecida, de como se tomam as decisões e se negocia a atuação para com, e com, a pessoa. Esta partilha de poder fomenta um compromisso entre os dois elementos e permite que, nesta relação, se possa estabelecer uma confiança positiva e uma partilha das responsabilidades aumentando a sensação de controle da pessoa (Bravo et al., 2015; Hinchliff & Rogers, 2008).

Assim, tendo em conta o que foi referido anteriormente, considero que, ao longo dos EC, desenvolvi uma prática de cuidados centrada na pessoa, respeitando a sua individualidade, capacidade e autonomia, bem como a sua privacidade e os seus desejos e vontades. Para que tal fosse possível foi necessário desenvolver a minha capacidade de conhecer a pessoa que tinha perante mim, dispondo muitas das vezes de momentos temporais bastante limitados para que pudesse construir um plano de cuidados que fosse ao encontro e respondesse às necessidades sentidas por aquela mulher, casal ou família. Tendo em conta que algumas vezes o foco de cuidados não se reserva apenas a um elemento, mas sim a um grupo de pessoas foi importante conseguir perceber o ponto de vista de cada um e tentar encontrar um ponto intermédio que pudesse dar resposta ao problema.

Os cuidados deverão ter sempre em conta, em primeiro lugar, as necessidades das pessoas, o que faz com que o EEESMO tenha um papel fundamental na criação de normas, procedimentos e na dinâmica e orgânica do serviço onde se enquadra, podendo utilizar os seus conhecimentos para conseguir dar resposta à pessoa para que esta receba cuidados de elevada qualidade.

3.2 O cuidado à mulher/casal em processo de saúde e doença ginecológica

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Regulamento n.º 391/2019, 2019) prevê que o EEESMO desenvolva competências e as aplique no cuidado à mulher, que se encontra inserida na família e comunidade, durante a vivência de processos de saúde/doença ginecológica para potenciar a saúde. Nas instituições hospitalares estes cuidados podem ser prestados em diversos contextos, contudo, este EC, foi realizado nas consultas de patologia do colo, no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, bloco cirúrgico, serviço de internamento de ginecologia e consultas de interrupção voluntária de gravidez (IVG).

Os cuidados de enfermagem no âmbito da ginecologia são bastante amplos. Diógenes, Linard & Teixeira (2010) realçam o facto de que a consulta de enfermagem ginecológica vai para além da exposição da genitália, estando a mesma intimamente ligada a uma exposição da vida pessoal, medos e comportamentos sociais, os quais, muitas vezes, se encontram codificados

sobre a forma de queixas das mulheres que temos perante nós. Desta forma, é de realçar a importância do estabelecimento de um processo comunicacional adequado que permita uma transmissão de sentimentos e emoções para que possa ser estabelecido um relacionamento terapêutico eficaz (Diógenes et al., 2010).

Durante os EC realizados tive a oportunidade de participar nas consultas de patologia do colo do útero, sendo que a enfermeira que prestava cuidados não era EEESMO, mas sim uma “perita” pelo conhecimento e tempo a desempenhar aquelas funções. Contudo, tendo em conta que a consulta tinha um grande enfoque no papel médico e um período muito curto de tempo para o desenvolvimento da consulta foi muito complicado o desenvolvimento e colocação em prática de intervenções autónomas de enfermagem, o que de certa forma não é concordante com as competências reconhecidas para o EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

O vírus do papiloma humano (VPH) é uma das infeções mais comuns do aparelho reprodutivo, sendo que a maioria dos homens e mulheres sexualmente ativos já foram infetados pelo menos uma vez (WHO, 2018). O cancro do colo do útero é o quarto mais frequente a nível mundial sendo estimados cerca de 530 000 novos casos em 2012 (WHO, 2018). A transmissão de informação adequada e aconselhamento de mulheres e homens com vida sexual ativa é de extrema relevância na prevenção e tratamento de infeções por VPH (WHO, 2018).

Uma das experiências bastante enriquecedora que tive ao nível dos EC foi a possibilidade de realizar o acompanhamento do circuito da cirurgia ginecológica desde o momento da admissão da mulher até ao momento da alta. O conhecimento da terapêutica utilizada no bloco e as técnicas cirúrgicas utilizadas permitem ao enfermeiro uma preparação prévia da mulher relativamente ao que poderá acontecer, uma compreensão das queixas da mulher quando regressa ao internamento, e uma identificação precoce de potenciais complicações.

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008) os cuidados de saúde à mulher deverão ser baseados numa abordagem holística, incluindo todas as necessidades de saúde ao longo da sua vida passando pelo controlo de fertilidade e infertilidade, problemas menstruais, patologia ginecológica, climatério e menopausa, sendo estes apenas alguns exemplos de cuidados de enfermagem no âmbito da ginecologia. De acordo com esta visão, apesar de ter adquirido competências que me permitem uma prestação de cuidados especializados, considero que há ainda muito a investir no campo da ginecologia, devendo ser reforçada a importância da intervenção do EEESMO junto da mulher em todo o seu ciclo de vida, sendo que, a consulta de enfermagem ginecológica representa um processo complexo que relaciona informação resultante não só do exame físico mas também de um entrevista (Carvalho, et al. 2008).

Tendo em conta os princípios descritos pela ICM(2019), considero que ao longo dos EC, relativamente à prestação de cuidados à mulher/casal em processo de saúde/doença ginecológica, promovi a partilha de informação acerca dos direitos sexuais e reprodutivos bem como das responsabilidades das pessoas a quem prestei cuidados, promovendo a informação necessária para suportar tomadas de decisão em situações complexas, prestando sempre cuidados com sensibilidade de género (competência 1.e).

Durante os EC tive também a oportunidade de poder prestar cuidados neste âmbito em contexto comunitário, o que me permitiu abordar comunidades de risco do ponto de vista socioeconómico. Realizei uma sessão relacionada com comportamentos sexuais saudáveis e responsáveis, apresentada numa comunidade de etnia cigana o que me permitiu desenvolver as minhas capacidades de demonstrar uma comunicação eficaz em grupos comunitários (competência 1.h). Para isto foi necessário ouvir o outro de uma forma empática, respeitando pontos de vista diferentes do meu, promovendo a liberdade de expressão e de opinião, estabelecendo um limite ético e culturalmente apropriado na relação profissional e não-profissional, promovendo assim a capacitação e uma tomada de decisão informada e competente (competência 1.e, 1.g, 1.h) (ICM, 2019).

3.3 O cuidado à mulher/casal em processo de abortamento

Os procedimentos tidos em conta na consulta de IVG encontram-se descritos e estruturados em várias circulares normativas da Direcção-Geral da Saúde (DGS). Na Circular Normativa N°9/SR (2007) é feita referência a que todas as mulheres têm direito ao acesso à interrupção da gravidez de forma segura e privada, sendo que desta forma devem ser removidas as barreiras desnecessárias promovendo assim os ganhos em saúde pública, uma vez que, os custos associados às complicações relacionadas com práticas de aborto clandestino podem ser evitados. O Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas (United Nations, 2015) estabeleceu para o período entre 1990 e 2015 metas relacionadas com a melhoria da saúde materna, sendo que, neste relatório uma das causas associada às taxas de mortalidade materna é a realização de abortos inseguros, o que faz da saúde sexual e reprodutiva uma componente essencial no progresso e desenvolvimento das populações (Circular Normativa N°11/SR, 2007). É fundamental no decorrer deste processo que a mulher seja informada de forma adequada e que as suas expectativas relativas ao mesmo sejam realistas. Assim, a mulher deverá saber, não só, o que esperar do método de interrupção selecionado e quais os potenciais efeitos associados, mas também ter conhecimento acerca da importância de

cumprir o protocolo estabelecido, reconhecendo quais as complicações que podem surgir de forma a atuar em concordância com as mesmas (Circular Normativa N°9/SR, 2007).

O acesso à consulta pode ser feito por encaminhamento por parte dos CSP ou por iniciativa própria, no caso do contexto onde foi realizado o EC. De forma a facilitar o acesso, o contacto inicial poderá ser presencial, telefónico ou por correio eletrónico. Independentemente do meio utilizado a privacidade e confidencialidade das utentes é sempre tida em conta, sendo que a garantia da privacidade e confidencialidade promove uma diminuição do medo da crítica facilitando o acesso e contribuindo para uma prestação de cuidados com qualidade. Esta necessidade de manter a privacidade da pessoa remete para a competência 1.f defendida pela ICM (2019) que, para além de se referir à privacidade e confidencialidade também se refere à importância de conhecer as leis, regulamentos e códigos de conduta relacionados com a prática de cuidados de enfermagem obstétrica.

As etapas de consulta subsequentes ao primeiro contacto dizem respeito à consulta prévia, período de reflexão, duas consultas para toma da terapêutica para a interrupção e consulta de controlo. A ecografia de controlo pós IVG é realizada no hospital no âmbito de uma consulta de acompanhamento. Caso o método contraceptivo selecionado pela mulher seja o dispositivo intrauterino ou o implante, a sua colocação poderá ser agilizada para a consulta de controlo. Em todos os momentos de contacto planeados, e em contactos não planeados, se desejado pela mulher, a enfermeira presente na consulta encontra-se disponível para fornecer todo o aconselhamento e esclarecimento necessário, fazendo uma avaliação do bem-estar físico e psicológico da mulher atuando no sentido de o promover. No caso de detetar situações que se encontram fora do seu âmbito de atuação encaminha para o meio mais adequados, nomeadamente para a psicóloga, assistente social ou o médico que dá apoio a estas consultas.

Os motivos que levam a mulher a interromper a gravidez são vários, devendo este ser um processo refletido, daí a imperatividade dos 3 dias de reflexão necessários no processo de IVG. Tendo em conta este facto é imprescindível que o EEESMO tome em conta a necessidade de ser feito um luto por parte da mulher/família face à perda, mesmo que voluntária, do feto. Esta situação poderá ter um impacto negativo nos processos de parentalidade subsequentes o que reforça a necessidade e a importância do conhecimento detalhado da história obstétrica da mulher em qualquer fase da sua vida sexual e reprodutiva.

Nos momentos em que me foi possível realizar acompanhamento de mulheres em situação de abortamento tive a necessidade de desenvolver a minha capacidade de conseguir trabalhar com a mulher numa circunstância que é desagradável e desconfortável para esta. O facto de me referir à mulher prende-se com o facto de que, em todas as situações de abortamento em que

prestei cuidados a mulher foi sozinha, sem acompanhamento do companheiro ou elementos da família.

Durante os EC em que prestei cuidados a mulher em situação de abortamento, quer IVG ou interrupção médica de gravidez, considero que desenvolvi competências que me permitissem promover uma decisão esclarecida no âmbito da interrupção da gravidez, informando e orientando acerca dos recursos disponíveis na comunidade que pudessem ir ao encontro das necessidades da mulher (competência 1.g, 2.i – ICM (2019)). A capacidade de informar e orientar a mulher relativamente à sexualidade e contraceção no período pós-abortamento foi também imprescindível para a proteção da saúde da mulher e para a capacitação desta na prevenção de uma situação de gravidez não desejada, sendo que a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto é de extrema necessidade e importância (competência 1.e, 1.g – ICM (2019)). Para que pudesse diagnosticar precocemente e prevenir complicações durante a situação de abortamento foi necessário identificar e monitorizar o trabalho de abortamento prestando todo o acompanhamento necessário à mulher (competência 1.j, 1.k, 2.i – ICM (2019)). Tendo em conta a prestação de cuidados à mulher nesta situação específica foi necessário conseguir identificar complicações pós-aborto para que pudesse referenciar as situações que estiveram para além da minha área de atuação, nomeadamente apoio por parte da equipa médica, psicóloga e/ou assistente social (competência 1.1 – ICM (2019)). Atendendo ao facto de que uma situação de abortamento é uma situação de perda foi necessário desenvolver competências que me permitissem conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio durante o período de luto.

3.4 O cuidado à mulher hospitalizada com gravidez de risco

A gravidez é reconhecida como um dos maiores marcos do ciclo de vida que pode trazer algum *stress* à mulher grávida (Lowdermilk & Perry, 2003), contudo a ameaça de uma perda precoce, ou o nascimento de um bebé prematuro com todas as particularidades associadas à prematuridade poderá ser gerador de um *stress* ainda maior.

Da prática de cuidados especializada é esperado um conjunto de conhecimentos e competências que permitam estabelecer um cuidado à mulher, inserida numa família e numa comunidade, durante o seu período pré-natal, para que a sua saúde possa ser potenciada e as complicações possam ser detetadas e tratadas precocemente de forma a promover o bem-estar materno-fetal (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

O planeamento de cuidados de enfermagem deve ser centrado nas necessidades de cada pessoa, baseando esse mesmo planeamento em três eixos fundamentais, nomeadamente os cuidados centrados na pessoa, a continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida e a concetualização da gravidez como uma oportunidade para ocorrer mudança (DGS, 2015b).

A prestação de cuidados em situações de gravidez de risco/com patologia torna-se bastante desafiante pela necessidade constante de articulação de conhecimento, e pela celeridade necessária para a aquisição de competência especializadas e altamente específicas de forma a conseguir responder ao que é esperado de um EEESMO. O sentimento de responsabilidade é crescente pela constante necessidade de adaptação às necessidades das grávidas, bem como pelo constante risco de mudança súbita no seu estado de saúde, o que requer uma capacidade de adaptação ao imprevisto e ao novo o que requer uma aptidão constante de avaliar o bem estar fetal e de monitorizar rigorosamente a progressão de uma gravidez (competência 2.b, 2.c, 2.d – ICM (2019)).

Um dos focos do planeamento dos cuidados de enfermagem é o planeamento precoce da alta e a continuidade de cuidados, pelos profissionais adequados nas instituições de saúde com os meios necessários para poder responder às necessidades da grávida, sendo imprescindível realizar a referenciação tanto à equipa hospitalar que realiza as consultas de medicina materno-fetal como às enfermeiras dos CSP para que haja uma partilha de conhecimentos do ocorrido durante o internamento permitindo que nos CSP possam ser planeados cuidados de vigilância adequados às necessidades específicas desta grávida para que a gravidez possa ser vivida dentro do máximo de normalidade possível (competência 2.e, 2.f – ICM (2019)).

A complexidade da prestação de cuidados à mulher com gravidez de risco e hospitalizada fez com que tivesse uma grande necessidade de aquisição de conhecimentos, uma vez que o espectro de atuação do enfermeiro obstetra é enorme. As patologias com que me deparei foram variadas desde grávidas com hipertensão, pré eclâmpsia, diabetes gestacional/diabetes *mellitus* tipo 1 ou 2, infeções urinárias, pielonefrite, alterações de quantidade do líquido amniótico, restrição de crescimento fetal, drepanocitose entre outras.

Relativamente às competências específicas relacionadas com a promoção da saúde no período pré natal, tendo em conta a mulher hospitalizada com gravidez de risco, considero que promovi sempre que possível a autonomia e a capacitação na tomada de decisão por parte da mulher/família, participando ativamente na promoção da saúde pré-natal, pós-natal, preparação para o parto, aleitamento materno e transição para a parentalidade, orientando para a adoção de estilos de vida saudáveis e escolhas contraceptivas informadas (competência 2.f – ICM (2019)). Desenvolvi também os conhecimentos e competências que me permitissem um diagnóstico e

prevenção de complicações na saúde da grávida e da família informando e orientando acerca de sinais e sintomas de alerta, monitorizando e avaliando o bem-estar materno fetal, planeando, implementando e avaliando os cuidados de enfermagem por mim prestados e, identificando todas as situações fora do meu âmbito de atuação (competência 2.c, 2.d – ICM (2019)). No âmbito da promoção da adaptação à situação pré-natal considero que promovi a capacitação da mulher na sua autogestão de desconfortos, concebi, planeei e avaliei intervenções relacionadas com as alterações de padrão de adaptação à gravidez recorrendo-me de evidência científica adequada e atualizada para fundamentar as minhas ações (competência 2.e – ICM (2019)).

Tendo em conta a temática escolhida para o meu projeto - Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da transição para a parentalidade, considero que a gestão das expectativas da mulher/casal foi o mais complicado, uma vez que a possibilidade de um desfecho menos positivo existia, fazendo com que a mulher/casal se visse numa situação geradora de ansiedade. Sempre que possível tentei incluir os dois elementos do casal em momentos de educação para a saúde relacionados com a transição para a parentalidade, o que me permitiu avaliar a relação entre os dois elementos, esclarecer dúvidas de ambos e compreender de que forma poderia intervir para poder promover este processo de transição para a parentalidade.

3.5 O cuidado à mulher/casal na Urgência Obstétrica e BP

O EC decorreu num hospital de apoio perinatal da região de Lisboa e Vale do Tejo, no contexto do serviço de BP e SUOG. As mulheres admitidas em contexto de BP podem ser transferidas das salas de indução, do internamento de patologia de gravidez, ou a partir do serviço de urgência. Relativamente à presença de uma pessoa significativa para a mulher durante o TP, as mulheres poderão estar acompanhadas a partir do momento em que se encontrem em fase ativa do mesmo, sendo que neste serviço é considerado a partir dos 3 cm de dilatação do colo uterino de acordo com o defendido por Friedman (1978). A passagem da fase latente para a fase ativa do TP é algo bastante difícil de definir uma vez que as diversas entidades reguladoras da prática nesta área apresentam critérios diferentes, nomeadamente a American College of Obstetricians and Gynecologists (2019) refere que a fase latente do 1º estágio de TP deve ser considerado até aos 5-6cm de dilatação cervical, a DGS (2015c) assume, por outro lado os 4cm e a OMS (2018) assume os 5cm de dilatação cervical.

No local onde realizei o EC os cuidados de enfermagem são centrados na perspetiva de humanização do TP, respeitando as vontades/necessidades da mulher/casal, resultando numa prestação de cuidados de qualidade, sendo que este pressuposto vai ao encontro do previsto pela

OE nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Atendendo à política de prestação de cuidados adotada no BP foi fácil desenvolvê-los na perspectiva da filosofia de cuidados da teoria de médio de alcance de Afaf Meleis uma vez que conhecer as forças de cada pessoa e procurar sinais de que esta está pronta para a mudança é, claramente, uma forma de prestar cuidados de enfermagem individualizados e humanizados (OE, 2001).

Ao longo do EC acompanhei 110 mulheres em TP, sendo que participei em 41 partos eutócicos e em 21 partos distócicos. Dos 21 partos distócicos acompanhados foram realizadas 15 cesarianas e 6 partos por ventosa. Numa das cesarianas em que participei houve tentativa anterior de fórceps e ventosa. Praticamente todas estas mulheres tiveram monitorização com cardiotocógrafo, algumas de forma contínua outras de forma intermitente, sendo realizada auscultação de batimentos cardíofetais com doppler portátil sempre que necessário. A grande maioria das mulheres recorreu a uma associação de métodos de controlo da dor não farmacológicos (exercícios respiratórios, musicoterapia, hidroterapia – banho morno, liberdade de movimentos – deambular, bola de pilates) com medidas farmacológicas (terapia analgésica endovenosa e analgesia epidural) com o objetivo de um controlo da dor eficaz. No caso das cesarianas recorreu-se maioritariamente à raquianestesia e, em situações muito específicas, à anestesia geral.

Durante o EC ocorreu também um parto de um feto morto de 32 semanas, sendo que esta situação, apesar da sua importância formativa, causou em mim um grande desconforto pelas implicações negativas associadas. Durante toda a gravidez é criado um conjunto de expectativas e todo um imaginário em volta daquele bebé que, de uma forma esperada, culmina no parto/nascimento dando início a uma nova fase de bebé real, repleta de todo um conjunto de aprendizagem e de crescimento conjunto. No caso desta gravidez, desejada e acompanhada, todo aquele imaginário foi interrompido de forma brusca pela realidade de ter de lidar com a interrupção daquela gravidez e com o falecimento de um filho. O sofrimento de lidar com um TP que resultará no nascimento de um feto morto foi algo com que tive muita dificuldade de lidar. Apesar de, pelo meu percurso profissional lidar de forma muito próxima com morte, nesta situação específica senti que me faltavam estratégias de *coping* adequadas para lidar internamente com ela. Contudo, e apesar da forma como me senti pessoalmente, consegui prestar cuidados adequados e que permitissem aquela mulher lidar com o nascimento da sua filha. Tentei trabalhar com o máximo de privacidade possível, transmitindo calma e segurança, dando espaço para a mulher e família poderem lidar com uma realidade que não era de todo a que esperavam.

No decorrer do EC foram poucas as oportunidades de poder prestar cuidados no SUOG, contudo, sempre que possível, e que o BP assim o permitia, acabei por prestar cuidados no SUOG o que considerei extremamente enriquecedor no desenvolvimento de competências, principalmente do pensamento crítico e da elaboração de uma história clínica que permitisse a avaliação adequada das situações.

A triagem nos SUOG deve ser sempre garantida por um EEESMO, de acordo com o Parecer Nº 24/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2017). Para o desempenho de funções e prestação de cuidados de enfermagem especializados é imprescindível uma articulação de conhecimentos e a obtenção de uma história de saúde/doença consistente e coerente para que possa ser efetuada uma avaliação adequada da situação, permitindo o despiste de situações urgentes e emergentes e para que possa ser promovida uma prestação de cuidados apropriada à situação de saúde/doença que se apresenta perante o EEESMO.

Durante o desenrolar do EC articulei os conhecimentos obtidos nas sessões teóricas, nos momentos de estudo autónomo e nas interações com o orientador clínico para que pudesse prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde sexual, ginecológica e obstétrica, informando e orientando a mulher sobre o seu estado de saúde. Para que pudesse realizar uma monitorização de saúde materno-fetal o mais minuciosa possível foi necessário o desenvolvimento de um domínio dos meios técnicos existentes, nomeadamente relativamente à monitorização cardiotocográfica e à respetiva análise de traçado existente, identificando assim possíveis desvios na gravidez (ICM, 2019). Contudo, para além dos processos de gravidez, foi tido em conta as alterações características do período pós-natal, o que permitiu o desenvolvimento das minhas competências na identificação de complicações existentes nesse período. Tendo em conta que as competências desenvolvidas pelo EEESMO podem ser autónomas e interdependentes foi imprescindível a cooperação com outros profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento de alterações ginecológicas e obstétricas adequado e eficiente.

Sempre que foi possível, e desejado pela mulher, foram envolvidos nos processos de cuidados conviventes significativos, informando-os sobre sinais e sintomas de risco e recomendações relevantes, de forma a facilitar a continuidade dos cuidados e os processos de adaptação da mulher à sua situação.

Os cuidados de enfermagem prestados em contexto do SUOG foram ao encontro das competências definidas pelo ICM, referentes aos cuidados pré-gravídicos e durante a gravidez em que é reconhecida a necessidade e importância de uma recolha de informação sobre a mulher

de forma a construir um histórico de saúde fidedigno, bem como as competências necessárias a datar corretamente uma gravidez, realizar os exames e análises necessários, assim como todas as intervenções autónomas e/ou interdependentes (ICM, 2019). De acordo com a ICM (2019) são ainda de referir competências relacionadas com a necessidade de avaliar o bem-estar materno fetal, a progressão da gravidez, a promoção de comportamentos de saúde e bem-estar e a deteção, estabilização, gestão e referenciação de mulheres com gravidezes complicadas (2.c, 2.d, 2.e e 2.g), sendo que, simultaneamente a OE descreve que o EEESMO deverá deter um conjunto de competências que lhe permitam cuidar “a 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” (Regulamento nº391/2019, 2019, p.13562). Durante o decorrer do EC a minha prática de cuidados desenvolveu-se tendo em conta diversos referenciais sendo a OE e o ICM dois desses grandes pilares que me guiaram de forma a conseguir construir as minhas competências.

3.5.1 Cuidar a mulher/casal durante o TP e na adaptação do RN à vida extrauterina

De uma forma geral a gravidez, parto e pós-parto representam eventos psicofisiológicos normais, sendo que os cuidados prestados nesta fase deverão explorar e incluir os pontos de vista e opiniões das mulheres ICM (2017b). Também de acordo com a ICM (2014a) é esperado que o EEESMO apresente competências no suporte do parto fisiológico fazendo este pressuposto parte do âmbito de atuação do ICM.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito do TP e adaptação do RN à vida extrauterina implica a necessidade de conhecer e atuar indo ao encontro ao plano de parto que cada mulher estabeleceu para si própria, garantindo sempre um ambiente de segurança e de qualidade durante o TP e envolvendo, ou não, um convivente significativo, tendo sempre presente o desejado pela parturiente. Estes foram os princípios tidos em conta na prestação de cuidados ao longo do EC e que me permitiram realizar o acompanhamento durante o TP de uma forma individualizada. Para isso foi necessário que eu concebesse, planeasse, implementasse e avaliasse intervenções relacionadas com a promoção do conforto e bem-estar, prevenção e controlo da dor, vinculação e amamentação, assegurando/providenciando medidas de adaptação do RN à vida extrauterina (ICM, 2019; Regulamento nº391/2019, 2019).

Para além da necessidade de individualizar os cuidados prestados é imprescindível uma monitorização rigorosa do TP para que possam ser identificadas e referenciadas situações de risco que se encontrassem para além da minha capacidade/competência de atuação. Contudo, esta necessidade constante de monitorização e identificação de complicações não termina com

o período expulsivo do TP, devendo ser prestados cuidados de elevada qualidade no 4º estágio do TP, sendo um exemplo fundamental a avaliação da integridade do canal de parto e a aplicação de técnicas de reparação adequadas, referenciando todas aquelas situações que se encontrem para além da minha área de atuação.

De acordo com o ICM (2019) é imprescindível para o EEESMO a promoção de um TP fisiológico (competência 3.a), prestando assim cuidados de acordo com o desejo da mulher, respeitando os cuidados individualizados e evitando a execução de intervenções de uma forma rotineira, nomeadamente monitorização contínua, amniotomia, episiotomia, entre outras, ao invés da sua utilização apenas nas situações onde as mesmas são necessárias. É fundamental o conhecimento aprofundado do histórico clínico e obstétrico da mulher, bem como a necessidade de analisar criticamente os dados existentes de forma a detetar lacunas e articular atempadamente a necessidade de exames e/ou análises que poderão influenciar o decurso do TP, registando adequadamente a evolução do mesmo de forma a antecipar a ocorrência de complicações. À semelhança de diversos autores a ICM (2019) defende a avaliação contínua da resposta da mulher ao TP informando-a, suportando-a e encorajando-a durante todo o processo, incentivando a adoção de medidas não farmacológicas de alívio da dor, bem como a liberdade de movimentos e a verticalização.

Uma das competências que desenvolvi, e que é referida pela ICM, diz respeito à gestão do parto vaginal de forma segura e espontânea prevenindo complicações (competência 1.g, 1.i e 3.b) que defende que o parto deve ser realizado num ambiente limpo e com recursos adequados, devendo a mulher ser apoiada na adoção de uma posição adequada para si e que seja facilitadora para a realização de esforços expulsivos, ajudando-a a controlar a expulsão do feto, evitando o uso rotineiro de episiotomia (ICM 2019). De acordo com o mesmo autor a promoção de práticas positivas nomeadamente a clampagem tardia do cordão, resolução de circulares e contacto pele a pele são, de certa forma, práticas que estimulam a segurança do parto. Contudo, no caso de haver suspeita de sofrimento fetal o período expulsivo deverá ser abreviada, sendo a avaliação do bem-estar do RN e da mulher – tónus uterino, estado da placenta e membranas, integridade perineal – imprescindível (ICM, 2019). A OE e a ICM definem que o EEESMO “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra uterina” (Regulamento nº391/2019, 2019, p.13562), devendo este ser capaz de promover a saúde da mulher durante o TP e otimizar a adaptação do RN à vida extra uterina, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e do RN, bem como

providenciando cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP (Regulamento nº391/2019, 2019).

O EEESMO é, na maioria das vezes, um dos primeiros profissionais de saúde que contacta com o RN. Desta forma torna-se imprescindível que o mesmo esteja equipado com um conjunto de conhecimentos e capacidades que lhe permitam estar preparado para atuar de uma forma eficaz e eficiente de acordo com as necessidades imediatas não só dos pais, mas também do RN.

Os cuidados prestados aos RN na sua adaptação à vida extrauterina devem ser prospetivos e antecipatórios (Niermeyer, Clarke & Hernández, 2016), sendo que o objetivo da assistência imediata providenciada no BP diz respeito ao suporte do sistema respiratório e circulatório na transição da vida fetal para a vida neonatal.

Conhecimentos relacionados com a prática de reanimação neonatal são essenciais para que a atuação do EEESMO no contexto de BP e puerpério deem resposta a situações de urgência e emergência relacionadas com o RN. Os objetivos da reanimação neonatal passam pela necessidade de estabelecer e manter uma oxigenação e circulação adequadas quando nos encontramos perante um RN em apneia e/ou com bradicardia (Tamez, 2013). De acordo com Niermeyer, Clarke & Hernández (2016) os esforços de ressuscitação iniciam-se com técnicas básicas de controlo térmico, desobstrução da via aérea, se necessário, e estimulação da respiração.

A observação do RN após o nascimento permite o despiste de alterações e identificação de problemas que poderão resultar em alterações da adaptação do mesmo à vida extrauterina. De acordo com Gardner & Hernández (2016) a avaliação do RN deve ser realizada em quatro etapas: nascimento, transição, primeiras 24h de vida e no momento da alta. A avaliação no momento do parto foca-se na determinação da condição do RN no momento do nascimento e deteção de situações potencialmente emergentes: Nas horas a seguir ao parto a avaliação do RN permite-nos despistar complicações na adaptação à vida extrauterina, sendo que a avaliação completa do RN por um profissional com competências adequadas deverá ocorrer entre as primeiras 12-24h uma vez que grande parte das alterações existentes poderão ser tratados atempadamente evitando complicações futuras.

Uma das avaliações que é importante ter em conta é a avaliação da idade gestacional e do desenvolvimento fetal uma vez que podemos estar perante uma gravidez mal vigiada ou perante um RN cujas características não correspondem ao que seria esperado. Uma das escalas que poderá ser utilizada para este efeito é a escala de Ballard que incorpora seis características que

permitem avaliar a maturidade física e seis critérios que permitem a avaliação da maturidade neuromuscular (Gardner & Hernández, 2016).

Se por um lado a primeira assistência a um RN PT e/ou com patologia é prestada no BP, a sua transferência para uma unidade equipada para prestar os cuidados adequados ao RN deve ser realizada o mais depressa possível, sempre atendendo à estabilização do RN, e com todos os meios adequados (Tamez, 2013). Para que o tempo de atuação seja agilizado todo o material deverá estar preparado, testado e adequado à idade gestacional do RN que está prestes a nascer.

O contacto precoce entre os pais e o RN, a prática de alojamento conjunto e a promoção de um ambiente tranquilo são referidos por Frade et al. (2013) como algumas das intervenções durante o TP promotoras da transição para a parentalidade. A integração de pessoas significativas, nomeadamente o pai, é também referida na literatura como promotora do envolvimento de ambos os pais, maior bem-estar, menores complicações no pós-parto, menores taxas de depressão e maior adesão à amamentação (Frade et al., 2013; Redshaw & Henderson, 2013).

O puerpério imediato (ou 4º estágio do TP) é um período marcado por um conjunto de especificidades que implicam que o EEESMO desenvolva um conjunto de competências que permitam atuar ao nível das necessidades biológicas, fisiológicas e psicológicas desta fase. Assim, durante este EC, desenvolvi competências que me permitiram a monitorização e identificação de alterações relacionadas com o estado de saúde da puérpera e do RN, atuando nas complicações identificadas. Essas competências permitiram-me também monitorizar os processos de adaptação à parentalidade, identificando alterações, e promover a interação entre a díade/tríade nomeadamente através de intervenções como o contacto pele a pele, o estabelecimento da amamentação durante a 1ª hora de vida, a prestação de cuidados ao RN na presença da mãe/acompanhante.

Tendo em conta o definido pela ICM e pela OE, durante o EC os cuidados prestados foram planeados no sentido de avaliar a condição do RN nos primeiros minutos de vida extrauterina, recorrendo à Tabela de Apgar, e monitorizando “apertadamente” a adaptação da mulher ao pós-parto. Após o nascimento é imprescindível a realização de um exame físico ao RN e à mulher de forma a conseguir identificar precocemente alterações que necessitem de atuação imediata ou referência posterior, tendo sempre em conta a necessidade de referenciar para outros profissionais quando a necessidade de intervenção excede as competências do EEESMO (competência 1.j e 1.1) (ICM, 2019; Regulamento nº391/2019, 2019).

As intervenções que desenvolvi ao longo do EC neste âmbito vão ao encontro do previsto pelo ICM (2019) nomeadamente quando é referido que o EEESMO deverá providenciar cuidados à

mulher e RN durante o puerpério imediato detetando, estabilizando e tratando alterações durante este período, ao mesmo tempo que promove o aleitamento materno precoce (competências 3.c, 4.a, 4.b, 4.c, 4.d e 4.e). Simultaneamente a OE defende que o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN , apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento nº391/2019, 2019, p.13563) promovendo a saúde da mulher e RN no período pós-natal, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações para a saúde da mulher e RN durante este mesmo período, providenciando cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde de ambos (Regulamento nº391/2019, 2019).

Envolver a pessoa significativa nos cuidados ao RN, incentivando e capacitando a mulher no seu autocuidado, e ambos os elementos para a prestação de cuidados ao RN, capacitando-os no reconhecimento de sinais de alarme são intervenções essenciais no âmbito da prevenção de complicações (ICM, 2019; Regulamento nº391/2019, 2019; Frade et al., 2013; Redshaw & Henderson, 2013). Também no campo de ação do enfermeiro, no puerpério imediato, a promoção da adaptação precoce à mama, sempre que desejado, assim como todo o apoio e esclarecimento são imprescindíveis para o sucesso da amamentação (ICM, 2019; Regulamento nº391/2019, 2019; Frade et al., 2013).

3.5.2 Promoção do processo de transição para a parentalidade no BP

A parentalidade é um processo que decorre ao longo do tempo, e que se inicia muito antes do início de uma gravidez, refletindo muitas das vezes os processos parentais vividos por cada pessoa, enquanto filho. O processo de transição para a parentalidade foi algo que, desde o Curso de Licenciatura, despertou em mim um grande interesse, o que levou a que trabalhasse esta temática em variadas situações do meu percurso formativo e profissional. Assim, durante o curso não poderia ser diferente e, com outro olhar e outras competências, decidi aprofundar, ainda mais esta temática.

O ICM (2019) defende que a investigação deve servir como uma base para a prática (competência 1.d), referindo que a investigação e a evidência científica deverão fundamentar e suportar a prática de cuidados prestados e que os resultados mais atuais e pertinentes deverão ser partilhados com os colegas. Da mesma forma a OE defende que as competências do enfermeiro especialista “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar,

disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 p. 4744).

Tendo em conta a importância de uma prática de cuidados baseada em evidência científica e o plano de estudos do curso, foi realizada uma SR para identificar intervenções de enfermagem promotoras do processo de transição para a parentalidade, descritas na evidência científica nos últimos anos. Os resultados obtidos através da SR foram adaptados ao contexto onde decorreu o EC levando a um planeamento, implementação e avaliação de um conjunto de intervenções de enfermagem especializadas tendo em conta a incorporação de uma filosofia de cuidados, neste caso, a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, que aborda as transições do ciclo de vida como uma área de intervenção de especial interesse para a enfermagem.

Para que esta integração de intervenções na prática de cuidados ao nível do BP se tornasse mais intuitiva, foi construído um diário de interação/intervenção. Este foi utilizado em todas as situações em que consegui acompanhar a mulher do 2º ao 4º estágio de TP. Não o utilizei quando prestei cuidados a adolescentes em TP, ou em contextos de processos patológicos materno-fetais. Da análise dos registos obtidos na aplicação desse diário de interação/intervenção destaco o seguinte:

1. Promoção da presença de um acompanhante durante o TP – esta situação ocorreu em 22 mulheres acompanhadas em TP, sendo que as 2 situações em que tal não foi verificado estava relacionado com o desejo da mulher, numa das situações, e o outro TP ter resultado numa cesariana. Na generalidade a pessoa significativa escolhida é o companheiro da parturiente verificando-se este facto em 20 parturientes, sendo que em 2 situações a pessoa escolhida para acompanhar o TP foi a irmã da parturiente. De todos os acompanhantes presentes, apenas um esteve presente nos CPPN.
2. Promoção de ambiente tranquilo – em todos os trabalhos de parto foi promovido um ambiente tranquilo, sendo que para isso utilizaram-se diversas estratégias nomeadamente a porta do quarto fechada, a campainha ao alcance da parturiente, o controlo da luminosidade de acordo com a vontade da mesma, a apresentação das comodidades presentes no quarto, nomeadamente a casa de banho com chuveiro privado, bola de *pilates*, cama articulada, possibilidade de colocar música do seu agrado ou ter consigo equipamento multimédia que lhe permitissem sentir mais conforto.
3. Promoção do contacto precoce entre díade/ tríade – em todas as mulheres acompanhadas em TP foi sempre promovida a interação precoce entre a díade e a tríade como um elemento fundamental no estabelecimento do vínculo precoce. O contacto precoce esteve diretamente

relacionado com as vontades e desejos do casal, podendo passar pela extração do feto durante o período expulsivo realizado pela parturiente ou o contacto pele a pele durante o tempo desejado pela mesma. No caso de não ser desejado contacto pele a pele pela parturiente, o mesmo poderia ser realizado pela pessoa significativa ou o RN poderia ser vestido e colocado ao colo da mulher.

4. Possibilidade de alojamento conjunto no pós-parto – no acompanhamento das 24 mulheres em TP foi sempre permitido o alojamento conjunto no período em que se mantivessem no BP, sendo que a pessoa significativa poder-se-ia manter no quarto até à transferência para o serviço de puerpério, independentemente do tipo de parto decorrido.

5. Fornecimento de informação a ambos os elementos presentes no TP – em todas as mulheres acompanhadas em TP as informações que foram fornecidas foram sempre dirigidas à mulher e à pessoa significativa, quando este estava presente, sendo que, na sua grande maioria, este era o companheiro.

6. Utilização de reforço positivo – durante o TP observei várias vezes a necessidade que as mulheres têm de obter um encaminhamento e um reforço positivo do que estão a fazer e de como se estão a “comportar” face à situação presente. Desta forma e, face a esta necessidade demonstrada pelas mulheres, foi utilizado reforço positivo para que conseguissem receber uma validação do seu empenho e para que as inseguranças e ansiedade pudessem ser reduzidas ao máximo permitindo que se centrassem na sua experiência. Assim, nas 24 mulheres acompanhadas em TP foi utilizado o reforço positivo.

7. Promoção do envolvimento da pessoa significativa durante o TP – sempre que possível a pessoa significativa foi envolvida durante o TP, quer no apoio emocional à parturiente, quer na satisfação das suas necessidades físicas, sendo que em 2 trabalhos de parto da totalidade dos 24 esta promoção não foi possível pelo facto de não haver acompanhante presente, numa das situações por ser uma cesariana e noutra por desejo da mulher que apenas quis a presença dos profissionais de saúde durante o TP.

8. Promoção da participação de ambos os elementos nos cuidados ao RN – das 24 mulheres acompanhadas em TP, foi possível realizar a promoção da participação da parturiente e acompanhante em 23 casos, sendo a exceção uma situação em que a mulher recusou acompanhante. Alguns dos cuidados promovidos passaram pelo contacto pele a pele com qualquer um dos elementos presentes, promoção do corte do cordão, extração do feto pela mãe e fotografias ao RN, sendo que numa das situações a pessoa significativa recusou

qualquer tipo de prestação de cuidados, nomeadamente o vestir o RN, não explicando o motivo da sua renitência.

9. Mãe deseja amamentar – nas 24 mulheres acompanhadas em TP todas referiram desejo de amamentar, pelo que foi realizada adaptação à mama durante o internamento em BP na totalidade dos mesmos.

10. Comportamento dos elementos revelou sinais de ansiedade, medo ou inseguranças – em 5 TP foram verificados comportamentos relacionados com ansiedade ou inseguranças, apresentando as parturientes sinais de ansiedade marcados e dificuldade na gestão emocional. Foi referenciado o medo da dor, a ansiedade relativamente à duração do TP, com pedidos frequentes de analgesia e/ou de medicação que abreviasse a dilatação cervical. Por exemplo, uma parturiente menciona “por favor dê-me qualquer coisa para a dilatação (...) por favor ajude-me, acabe com a dor” Noutra situação a parturiente referiu claramente receio de não ser capaz de realizar esforços expulsivos adequados pelo que se recorreu ao apoio emocional e ao reforço positivo como forma de aliviar a sua ansiedade. Outra situação, relativa à gravidez não vigiada detetada, a parturiente referiu um claro receio de anomalias congénitas e/ou malformações fetais pelo facto de a gravidez não ter sido vigiada e pelo facto de haver um historial familiar de anomalias.

11. Os elementos colocaram questões/ pediram esclarecimento ao longo do acompanhamento – todos os casais colocaram dúvidas ao longo do TP quer acerca de situações mais imediatas quer de situações e dúvidas mais relacionada com o futuro. Algumas das questões relacionavam-se com a evolução do TP, principalmente período expulsivo, recuperação no pós-parto, amamentação, adaptação das rotinas entre outras. Em todas as situações tentou-se responder às questões colocadas dirigindo esta resposta sempre à parturiente e acompanhante.

12. Foi promovida a continuidade de cuidados pelos mesmos profissionais – durante o turno, sempre que possível, o acompanhamento da parturiente foi realizado pelos mesmos profissionais. Nas situações em que o TP se prolongou para além do turno era sempre explicado aos dois elementos que iria haver uma mudança de profissionais, mas que toda a informação relevante iria ser transmitida para que se pudesse manter um acompanhamento adequado.

13. Os registos realizados/ informação transmitida permite a continuidade dos cuidados – em todas as mulheres acompanhadas em TP foram registadas todas as informações pertinentes, em todas as plataformas existentes – físicas e virtuais, para que o

acompanhamento pudesse ser continuado quer no internamento de puerpério, quer posteriormente nos CSP, ou em qualquer situação em que tivesse de regressar ao hospital.

14. Observações relevantes – uma das parturientes sentiu-se tão afetada pela dor que não lhe era possível sequer o cumprimento de ordens simples que tentassem facilitar a sua reorganização. Esta situação surge após ter sido informada pela equipa de anestesia que não poderia ser colocado cateter epidural face ao facto de ser uma mulher com antecedentes de espinha bífida. A solução acabou por passar por uma cesariana com anestesia geral. Outro dos casais referiu marcado desconforto face à presença de muitos profissionais de saúde no quarto, contudo no final a parturiente manifestou o seu agradecimento e reconheceu a necessidade dos profissionais que estavam presentes referindo “muito obrigada por tudo, muito obrigada, fui uma chata não fui?”. Nesta situação específica, o parto desenrolou-se com recurso a uma ventosa, sendo necessário o apoio da pediatria. Uma das mulheres em TP foi acompanhada por um EEESMO no privado, sendo trazida para o hospital já com uma dilatação cervical avançada tendo decorrido o restante TP em ambiente hospitalar, sem recurso a medidas farmacológicas de controlo de dor.

3.6 O cuidado à mulher/família no pós-parto

Durante o curso tive diversas oportunidades de prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no pós-parto, nomeadamente em contexto hospitalar e comunitário. O EC realizado a nível hospitalar foi o primeiro EC em que participei neste percurso académico e ocorreu numa unidade de internamento de puerpério. O EC realizado em ambiente comunitário foi dividido em duas partes o que me permitiu prestação de cuidados no âmbito de uma unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e numa unidade de cuidados na comunidade (UCC).

O EC realizado no hospital decorreu no contexto de uma unidade de internamento de puerpério de um hospital de apoio perinatal na região de Lisboa e Vale do Tejo. Uma vez que, nesse momento, o meu projeto ainda não se encontrava traçado de uma forma clara, recorri às aprendizagens resultantes desse EC para a clarificação do projeto. Na construção do projeto de aprendizagem para este EC tracei objetivos que me permitissem desenvolver competências que fossem ao encontro das definidas pela ICM (2019), nomeadamente aquelas incluídas na categoria 1 e categoria 4, e simultaneamente à competência 4 definida pela OE (Regulamento nº391/2019, 2019).

Um dos objetivos traçados foi relativo à promoção da saúde da mulher e do RN/família no período pós-natal, bem como o diagnóstico e intervenção precoce de modo a prevenir complicações para a saúde da mulher, RN e família nesse período. O trabalho de parto e o período pós-natal são dois períodos marcados pela vulnerabilidade da tríade, encontrando-se a mesma, muitas vezes, exposta a um ambiente estranho e numa situação que lhes é desconhecida, sendo imprescindível investir na compreensão de como é experienciado o confronto com o bebé real e com a necessidade de dar resposta a um novo conjunto de responsabilidades (Canavarro & Pedrosa, 2005). De acordo com Canavarro & Pedrosa (2005) e Meleis (2012) o nascimento de um filho implica uma enorme mudança na vida pessoal e familiar dos elementos envolvidos, modificando de forma decisiva os papéis e funções de toda a família representando, simultaneamente, uma transição situacional e de desenvolvimento, o que implica a necessidade de intervenção ao nível do suporte emocional e psicológico da puérpera e família de forma a potenciar a estabilidade e disponibilidade emocional para o processo de transição para a parentalidade (Kurth et al., 2016; Ashton, 2015) e, concomitantemente, a necessidade de proporcionar um ambiente terapêutico seguro e privado, respeitador dos valores, crenças e costumes, tendo sempre em consideração que o ambiente pode potenciar as forças do indivíduo na mudança promovendo positivamente o processo de transição para a parentalidade (OE, 2015; Frade et al., 2013; Meleis, 2012).

No período pós-natal as intervenções desenvolvidas pelo EEESMO permitem ultrapassar dificuldades sentidas através da transmissão de calma, segurança e confiança à mulher/casal, devendo a informação fornecida ir sempre ao encontro das necessidades sentidas, às lacunas identificadas e ter em conta as capacidades e forças de cada elemento (Brook & Salmon, 2017; Lefèvre et al., 2016; OE, 2015; Barimani & Vikström, 2015; Canavarro & Pedrosa, 2005), sendo imprescindível avaliar a prontidão dos pais para que os processos educativos possam ser iniciados de uma forma o mais adequada possível (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 2010).

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é de extrema importância durante o internamento de puerpério, sendo que, Frade et al. (2013) referem que os défices de conhecimento relacionados com o aleitamento materno potenciam dificuldades que, se não forem adequadamente resolvidas, podem complicar o processo de transição para a parentalidade autónomo. É referido por de Cock et al. (2015) que a motivação da mulher face à amamentação é decisiva no sucesso da mesma, o que reforça a importância de conhecer e respeitar os desejos da mulher. O apoio na adaptação à mama e a avaliação das mamadas do RN permitiram, durante este EC, compreender a evolução desta situação, capacitar a mulher para a sua autonomia através da validação dos seus conhecimentos e capacidades, avaliando a

sua prontidão e suplementando o seu papel para que os conhecimentos e competências necessárias fossem adquiridas para atingir uma transição com sucesso (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 2010).

Tendo em conta a duração da passagem pela unidade hospitalar e a importância da continuidade de cuidados todos os eventos e alterações significativas identificados na mulher/RN e companheiro devem ser documentados de forma clara e sucinta e todos os encaminhamentos necessários realizados atempadamente (Kurth et al., 2016; Barimani et al., 2015), sendo que a continuidade dos cuidados considerada um dos aspetos basilares da filosofia de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica (OE, 2015), facto este que reforça a importância da mesma.

Para atingir os objetivos e as competências esperadas para este EC foram várias as estratégias utilizadas. No âmbito da UCSP a minha atuação focou-se nas consultas de vigilância pré-natal e no âmbito da UCC realizei VD, sessões de preparação para o parto e parentalidade, contactos telefónicos e uma sessão de grupo com puérperas de um CPPN anterior.

Durante as consultas de vigilância pré-natal foi tido em conta de que forma estava a decorrer a adaptação à gravidez e que tipo de suporte é que a grávida tinha ao seu dispor, uma vez que, conhecer os fatores de risco relacionados com o *stress* materno como Staehelina et al. (2013) e Ashton (2015) referem é importante para que possa haver uma maior atenção a determinadas mulheres durante a gravidez. A participação do companheiro, ou de um elemento significativo para a grávida, foi sempre promovida pois a família funciona como elemento potenciador das forças de mudança na transição (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 2010), estando o envolvimento paterno relacionado com um maior envolvimento das mulheres, maiores níveis de bem-estar, menores complicações no pós-parto, menores taxas de depressão e maior adesão à amamentação (Widarsson et al., 2015; Redshaw & Henderson, 2013).

A VD é uma intervenção autónoma do EEESMO que permite um planeamento de atividades mais próximas da realidade da pessoa, permite condutas mais flexíveis e descontraídas, favorece o relacionamento recíproco entre os elementos envolvidos na transição e o profissional (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 2010), o que promove um maior à vontade na exposição de problemas e esclarecimento de dúvidas, bem como a existência de mais tempo para a interação e uma maior flexibilidade de horários (Brook & Salmon, 2017; Barimani et al., 2015; Garcia & Teixeira, 2009), permitindo uma maior acessibilidade aos cuidados e uma prestação de cuidados no ambiente dos indivíduos (Kurth et al., 2016). Este contacto é mais valorizado se a iniciativa partir do profissional de saúde (Brook & Salmon, 2017). Assim, durante os CPPN foi sempre abordada a possibilidade de serem contactadas para a realização do diagnóstico precoce do RN

no contexto domiciliário. Durante o EC em contexto comunitário as VD foram realizadas por diversos motivos, sendo que o contacto inicial poderia ser realizado por parte do enfermeiro obstetra ou pela mulher/família. Muitas das vezes a VD era sugerida ainda durante a gravidez, sendo que era colocada a possibilidade de realizar a primeira consulta após o nascimento no contexto domiciliário, sendo que, se necessário seriam planeadas VD até deixar de ser necessário o acompanhamento em domicílio.

Os CPPN são também realizados no âmbito dos cuidados de enfermagem na comunidade. Ao longo do ano são realizados diversos cursos para que possam ser abrangidas o maior número de grávidas/casais possíveis. O horário escolhido é, sempre que exequível, pós laboral para que as grávidas possam ser acompanhadas e para que os companheiros (se for esse o elemento escolhido pela grávida) possam ser englobados no planeamento dos cursos. As temáticas abordadas são variadas e por vezes são convidados outros profissionais de saúde a participar, nomeadamente nutricionista, psicóloga ou outros enfermeiros. Os CPPN funcionam como um espaço de esclarecimento de dúvidas, de partilha de vivências e de aprendizagem, o que fez com que fosse necessário adaptar a forma como os conteúdos eram abordados e a necessidade de englobar alterações ao planeamento se assim se justificasse.

No âmbito dos cuidados continuados e CPPN foi também realizado um encontro entre as puérperas de um dos CPPN de forma a promover momentos de partilha de estratégias, receios e conquistas com alguém que se encontra a vivenciar uma experiência semelhante, permitindo que as puérperas não se sintam sozinhas na sua “luta” relativa ao processo de parentalidade, com todas as mudanças e reorganizações que isso implica (Glavin et al., 2017; Lefèvre et al., 2016), recorrendo à relação estabelecida durante o CPPN. Para este fim foi construída uma ferramenta, que consistia num “baralho de cartas” em que no verso estava uma questão que depois seria discutida em grupo. Foi também preparada e realizada uma sessão no âmbito do CPPN sobre os cuidados ao RN criado um livro que foi entregue aos pais resultante da informação apresentada na sessão.

O trabalho realizado nestes EC tinham como objetivo desenvolver competências que me permitissem determinar o estado de saúde da mulher e RN, promovendo e suportando comportamentos saudáveis, bem como cuidados antecipatórios para a mulher/família (competência 2.c, 2.f – ICM (2019)). Foram prestados cuidados de enfermagem à mulher/RN saudáveis, tendo em consideração aquelas que são as alterações e comportamentos esperados no período pós-parto (competência 4.a, 4.b – ICM (2019)), promovendo sempre que necessário e desejado pela mulher o aleitamento materno exclusivo (competência 4.c – ICM (2019)). Contudo, em situações em que se detetaram complicações, as mesmas foram tratadas e

referenciadas sempre que se encontravam fora do meu âmbito de atuação (competência 4.d, 4.e – ICM (2019)). Foram também promovidos os cuidados que englobam o planejamento familiar adequado às necessidades de cada mulher/casal, fornecendo a informação necessária para que pudesse ser adotados comportamentos responsáveis no âmbito da sexualidade responsável e informada (competência 1.g, 1.j, 4.f, 4.b – ICM (2019)).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição para a parentalidade foi uma das temáticas que sempre despertou o meu interesse, mesmo antes do ingresso no curso. O desenvolvimento deste projeto teve início no primeiro ano do mesmo e com o passar do tempo foi sendo moldado de forma a conseguir dar resposta à minha questão principal - “Quais as intervenções do enfermeiro obstetra promotoras do processo de transição para a parentalidade?”. Assim à medida que fui realizando os EC fui aprofundando esta temática colocando em prática as competências e conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, o que me permitiu um crescimento pessoal e profissional e um fortalecimento da minha confiança como futura EEESMO.

Tendo em conta os objetivos traçados considero que desenvolvi competências ao longo dos EC que foram ao encontro do definido pela ICM em 2019 e pela OE no Regulamento nº391/2019 (2019), e que me permitem prestar cuidados à mulher e RN inseridos numa família/comunidade desde o período pré-concepcional até ao período pós-parto. Do ponto de vista das competências ético-legais e deontológicas considero que recolocar-me na posição de estudante permitiu-me uma análise das competências que adquiri durante o curso de licenciatura e que tenho desenvolvido ao longo do meu percurso profissional, facilitando a possibilidade de olhar de forma crítica para novas situações com que me deparei durante este percurso. Nos vários EC realizados neste percurso foi necessário realizar uma aprendizagem constante, sempre tendo em conta os EC anteriores e as competências adquiridas anteriormente.

A transição para a parentalidade é amplamente abordada em diversas áreas científicas, contudo, à medida que as nossas características socio antropológicas, económicas, culturais e políticas vão sendo alteradas alguns fenómenos vão também sofrendo adaptações ao longo do tempo, o que acaba por reforçar a necessidade de um investimento contínuo no desenvolvimento de conhecimentos nessas mesmas áreas.

Na UC de Opção foi realizada uma SR que me permitiu encontrar intervenções descritas na literatura. Contudo tive necessidade de repetir esta SR duas vezes para que pudesse trabalhar com a evidência científica mais recente relacionada com as intervenções promotoras da transição para a parentalidade. A realização da SR permitiu-me explorar a evidência científica existente acerca desta temática. Da análise dos artigos selecionados emergiram diversas temáticas de destaque, sendo que nestas são variadas as intervenções descritas, contudo, relativamente às intervenções de enfermagem durante o TP há muito pouca informação, o que revela a necessidade de aprofundar conhecimento neste momento ou, por outro lado, de reconhecer o trabalho que já é realizado e a importância dessas mesmas intervenções que já são

colocadas em prática, uma vez que, muitos EEESMO já planeiam e aplicam algumas destas intervenções, contudo nunca refletiram acerca do seu reconhecido valor quando falamos na promoção da transição para a parentalidade.

Outra das limitações que senti na colocação em prática de intervenções no EC realizado em contexto de BP e SUOG relaciona-se com o facto de que os achados da SR serem em quantidade muito reduzida relativamente às intervenções do EEESMO na promoção do processo de transição para a parentalidade, durante o TP. Este facto fez com que necessitasse de adaptar, de forma crítica, as intervenções descritas noutros âmbitos, nomeadamente no pós-parto e durante a gravidez. Esta quantidade mais reduzida de evidência científica direcionada ao período do TP faz-me questionar a necessidade de desenvolver mais estudos de investigação para poder fundamentar e planear intervenções especializadas de forma a poder transformar este momento em mais um dos elementos chave na promoção da transição para a parentalidade.

Das intervenções que se encontram menos desenvolvidas, o que faz com que se torne imprescindível um franco investimento, diz respeito à acessibilidade aos cuidados de enfermagem obstétrica e a continuidade dos cuidados. Encontramo-nos na era do digital, em que as ferramentas tecnológicas se encontram amplamente difundidas e são de utilização frequente, principalmente nas camadas populacionais mais jovens. Assim, o desenvolvimento de plataformas e a utilização de redes sociais pode representar uma forma de conseguir oferecer os serviços de saúde diferenciados que são necessários, aproximando as instituições de saúde dos seus utilizadores e estreitando o hiato entre estes dois elementos tão fundamentais. Relativamente à continuidade de cuidados, mais do que a continuidade de elementos das equipas de saúde torna-se basilar a uniformização da linguagem, da informação a transmitir e dos meios de comunicação a utilizar. Apenas desta forma é possível estreitar a relação entre as diversas instituições de saúde para que os cuidados sejam planeados, colocados em prática e avaliados de uma forma congruente e que coloque a pessoa como elemento focal dos mesmos. Tendo em conta as temáticas que surgiram a partir da revisão da literatura é possível perceber que o processo de transição para a parentalidade representa um nicho bastante rico dentro da área de conhecimento do EEESMO, o que simultaneamente faz com que haja uma grande necessidade de investir e desenvolver conhecimento novo de forma a melhorar a compreensão deste processo.

A capacidade de analisar criticamente as minhas intervenções e o meu percurso foi essencial para o meu desenvolvimento. A compreensão das minhas necessidades de aprendizagem e as competências a adquirir permitiram que construísse um percurso focado num crescimento

progressivo e que me permitisse integrar os conhecimentos científicos como fundamentação para a minha prática de cuidados de enfermagem especializados.

Tendo em conta a realização da SR e a aplicação do diário de interação/intervenção considero que ficaram em aberto algumas questões que merecem uma atenção mais pormenorizada, nomeadamente uma exploração da opinião dos pais referente a estas intervenções, conseguir compreender quais as lacunas percebidas pelos mesmos nos cuidados prestados pelos profissionais, pela oferta existente e pelo que poderia ser construído de forma a melhorar a resposta às suas necessidades. Consoante este levantamento de necessidade da população em causa há a possibilidade de se poder trabalhar ativamente na adaptação da oferta dos serviços de saúde e na adequada capacitação dos profissionais de saúde.

Ao longo dos EC foram vários os fatores favorecedores e dificultadores da aquisição de competências. Como fatores favorecedores tenho a destacar a disponibilidade dos orientadores e das equipas multidisciplinares, assim como a sua receptividade à presença de estudantes num contexto que é “deles”. De uma forma geral considero que as equipas têm em si uma grande motivação para a mudança, para obterem novas aprendizagens e para colocarem em prática novas ideias. Esta postura foi fortemente motivadora e permitiu que tentasse vencer as minhas barreiras pessoais e tentar aumentar os meus conhecimentos e competências. O reforço positivo utilizado por parte dos orientadores clínicos e docentes permitiu-me crescer e procurar cada vez mais conhecimentos e desenvolver as minhas competências de forma sólida e confiante. Por outro lado, considero que a organização temporal de alguns EC e a duração dos mesmos não facilitou o desenvolvimento de alguns conhecimentos e competências o que fez com que tanto a equipa como eu, no papel de estudante, tivéssemos de gerir o tempo de EC e as experiências vivenciadas de uma forma assertiva.

Para além da exposição do trabalho a nível da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e dos locais de desenvolvimento dos EC, foi realizada a apresentação do tema no congresso anual de Saúde Materna e Obstétrica do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, intitulado "Nascer em Família: O Desafio da Inovação" sob a forma de poster. A temática foi aprovada para apresentação no congresso “Nascer Positivo - IV Encontro Internacional de Novos Paradigmas no Nascimento” organizado pela GimnoGrávida, o qual foi cancelado no contexto da pandemia COVID-19. Será realizada a submissão para publicação da SR na revista “Projetar Enfermagem” (<https://projetarenfermagem.pt/>). Para além da exposição deste tema por estes meios referidos anteriormente, é minha intenção continuar a desenvolver trabalho sobre esta temática específica, principalmente quando me encontrar a desempenhar funções na área científica de EEESMO.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. ACOG Committee Opinion, nº766. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- Ashford, M., Ayers, S., & Olander, E. K. (2017). Supporting women with postpartum anxiety: exploring views and experiences of specialist community public health nurses in the UK. *Health & Social Care In The Community*. 25(3), 1257-1264. DOI:10.1111/hsc.12428
- Ashton, K. (2015). Improving mental health. *Midwives*. 1826-27. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f905be20-0784-4645-98e4-91beb67537cc%40sessionmgr4008>
- Atallah, A. N., & Castro, A. A. (1998). *Medicina baseada em evidências: Fundamentos da pesquisa clínica*. . Acedido a 06/10/2020. Disponível em http://www.mpdf.mp.br/saude/images/pesquisa_cientifica/Alvaro_Atallah-Fundamentos-da-pesquisa-clinica-.pdf
- Balancho, L.. (2003). *Ser pai, hoje*. Lisboa: Ed. Presença.
- Baldwin, S. & Kelly, P. (2015). Postnatal Depression: Don't reinvent the wheel. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*. 88. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26489251>
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 29(3), 409-417. DOI:10.1111/scs.12144
- Barimani, M. & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*. Aug;31(8):811-7. DOI: [10.1016/j.midw.2015.04.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009)
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática de enfermagem*. (Ed. comemorativa). Coimbra: Quarteto Ed., 2001

- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). Conceptualising patient *empowerment*: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15252. DOI:[10.1186/s12913-015-0907-z](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z)
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar
- Brook, J., & Salmon, D. (2017). A qualitative study exploring parental perspectives and involvement in health visiting services during the Health Visitor Implementation Plan in the South West of England. *Health & Social Care In The Community*. 25(2), 349-356. DOI:[10.1111/hsc.12308](https://doi.org/10.1111/hsc.12308)
- Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), pp. 319-326. Acedido a 06/10/2020. Disponível em: <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Capítulo 9 – Transição para a Parentalidade – Compreensão segundo Diferentes Perspectivas Teóricas In *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.
- Cardoso, A. & Nené, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 481-484). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, P., Loureiro, M., & Simões, M. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, V (2), 39-49. Acedido a 06/10/2020. Disponível em http://psicologiaeducacao.ubi.pt/Files/Other/Arquivo/VOL5/PE%20VOL5%20N2/PE%20VOL5%20N2_index_5_.pdf
- Carvalho, A., Nobre, R., Leitão, N., Vasconcelos, C. & Pinheiro, A. (2008). Avaliação dos registos das consultas de enfermagem em ginecologia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 10(2), 472-483. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/download/8048/5825>
- Circular Normativa Nº 9/SR (2007). Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 06/10/2020. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/interruptao-voluntaria-da-gravidez/interruptao-medicamentosa-da-gravidez.aspx>

- Circular Normativa N° 11/SR (2007). Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 06/10/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11sr-de-21062007-pdf.aspx>
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In Meleis, A. (Ed.) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.24-37). New York: Springer Publishing Company.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão 2019*. Acedido a 05/10/2020. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*. 39. DOI:[10.1016/j.midw.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003).
- Daley-McCoy, C., Rogers, M., & Slade, P. (2015). Enhancing relationship functioning during the transition to parenthood: a cluster-randomized controlled trial. *Archives Of Women's Mental Health*. 18(5), 681-692. DOI:[10.1007/s00737-015-0510-7](https://doi.org/10.1007/s00737-015-0510-7)
- Danbjørg, D., Wagner, L., Kristensen B. & Clemensen, J. (2015). Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge. *Midwifery*. Jun;31(6):574-81. DOI:[10.1016/j.midw.2015.02.007](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.007)
- de Cock, T. P., Manniën, J., Geerts, C., Klomp, T., & de Jonge, A. (2015). Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the Netherlands. *BMC Pregnancy And Childbirth*. 15262. DOI:[10.1186/s12884-015-0688-8](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0688-8)
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006), *Regime jurídico dos graus académicos e diplomas de ensino superior*. Diário da República: Série I-A (n.º 60 de 24 de março de 2006). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Deltsidou, A., Pappa, E., Sarantaki, A., Bouroutzoglou, M., Kallia, T., & Nanou, C. (2018). Postpartum Stress in Relation with Depression and Anxiety in a Sample of Greek Postpartum Women. *International Journal Of Caring Sciences*. 12-22. Acedido a 06/10/2020. Disponível em

http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/3_destsidou_original_11_1.pdf

- Despacho N° 23/PRES/2020. *Frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pelos estudantes que realizaram o 9º CPLEESMO*. ESEL.
- Diogénes, M., Linard, A. & Teixeira, C. (2010). Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 11(4), 38-46. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v11i4.4586>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). Orientação N.º 001/2015 - *Trabalho de Parto Estacionário*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Fawcett, J. & Garity, J (2009). *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ferguson, H. & Gates, P. 2015. Early intervention work with fathers. *Child & Family Social Work*, 20: 96-105. **DOI:**[10.1111/cfs.12059](https://doi.org/10.1111/cfs.12059)
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Fontein-Kuipers, Y. J., Ausems, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. J. (2016). The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives Of Women's Mental Health*. 19(5), 779-788. **DOI:**[10.1007/s00737-016-0614-8](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0614-8)
- Frade J., Pinto, C., Carneiro, M. (2013). Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Rev. Matronas Prof.* 14(2):45-51. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://docplayer.es/8112364-Matr-nas-profesion-ser-padre-y-ser-madre-en-la-actualidad-repensar-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puterperio.html>
- Friedman, E., (1978). *Labor: Clinical evaluation and management. 2nd Edition*. New York: Appleton Century Crofts.

- Garcia, I., & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate, Pelotas*, 15(1): 165-178. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365/837>
- Gardner, S. & Hernández, J. (2016). Initial Nursery Care In S. Gardner, *Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care*. (8th ed.). (pp.71-104) St. Louis: Elsevier.
- Glavin, K. , Tveiten, S. , Økland, T. & Hjälmhult, E. (2017), Maternity groups in the postpartum period at well child clinics – mothers' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 26: 3079-3087. DOI:[10.1111/jocn.13654](https://doi.org/10.1111/jocn.13654)
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental transitions. In A. I. Meleis, *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 87-94). Nova Iorque: Springer.
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 63-68. Acedido 06/10/2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100011&lng=pt&tlng=pt
- Hinchliff, S., & Rogers, R. (2008). *Competencies for advanced nursing practice*. London: Hodder Arnold.
- Holanda, S., Castro, R., Aquin, P., Pinheiro, A. , Lopes, L. & Martins, E. (2018). Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 27 (2), 1-10. Acedido 06/10/2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf>
- Im, E.-O. (2014). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (pp. 378-395). Missouri: Elsevier
- Ingram, J. (2013). A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. *BMC Pregnancy And Childbirth*. 13192. DOI:[10.1186/1471-2393-13-192](https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-192)
- International Council of Nurses (2012). *Closing The Gap: From Evidence to Action*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.nursingworld.org/~4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>

- International Confederation of Midwives. (2014a). *Keeping Birth Normal 2008, Revised 2014*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014b). *Philosophy and Model of Midwifery Care 2005, Revised 2014*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014c). *International Code of Ethics for Midwives 2008, Revised 2014*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/International-Code-of-Ethics-for-Midwives.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2017a). *Core Document International Definition of the Midwife 2005, Revised 2017*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- International Confederation of Midwives. (2017b). *Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period 2002, Revised 2017*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-appropriate-maternity-services-for-normal-pregnancy.pdf.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2017c). *Midwives, Woman and Human Rights 2002, Revised 2017*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwives-women-and-human-rights1.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2017d). *Midwifery: An Autonomous Profession 2005, Revised 2017*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/midwifery-an-autonomous-profession.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 Update*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

- Isbir, G., & Serçekus, P. (2015). The Effects of Intrapartum Supportive Care on Fear of Delivery and Labor Outcomes: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nursing Research*, pp. 1-8. DOI: [10.1097/jnr.000000000000129](https://doi.org/10.1097/jnr.000000000000129)
- Johansson, M. & Li, T. (2019). Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences - A cross-sectional study. *Women Birth*. Jun 32(3):213-220. DOI: [10.1016/j.wombi.2018.08.163](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.163)
- Johansson, M., Li, T. & Wells, M. (2019). Mothers' experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care - A cross-sectional study. *Midwifery*. Nov 78:140-149. DOI: [10.1016/j.midw.2019.07.010](https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.010)
- Kirby, C. (2003). The Therapeutic Relationship. In L. Basford & O. Slevin (Eds.). *Theory and practice of nursing: an integrated approach to caring practice* (2nd ed.) (pp. 519-532). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölml, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Services Research*. 1682. DOI: [10.1186/s12913-016-1300-2](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2)
- Labriola, G. (2015). Eddie the e-midwife. *Midwives*. 18. 59-61. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.lewishamandgreenwich.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n1250.pdf&ver=1439>
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2018). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Journal of the Australian College of Midwives: Women and Birth*, 32(1), pp. 88-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Lefèvre, Å., Lundqvist, P., Drevenhorn, E., Hallström, I. (2016). Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want? *Journal of Child Health Care*, 20(1), 46–54. DOI: [10.1177/1367493514544344](https://doi.org/10.1177/1367493514544344)
- Lomas J., Culyer T., McCutcheon C., McAuley L., Law S. *Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance*. 2005. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.yumpu.com/en/document/read/51073554/conceptualizing-and-combining-evidence-for-health-system-guidance>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2003). *Maternity Nursing*. Missouri: Mosby

- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (2ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Mackey, A. & Bassendowski, S. (2017) The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*. 33, 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
- Manning, B. (2008). Transição para a Parentalidade. In Lowdermilk, D. & Perry, S. *Enfermagem na Maternidade* (pp. 521-556). 7ª ed., Loures: Lusodidacta.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x)
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24, 620–634. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x)
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Midtsund, A., Litland, A., Hjälmhult, E. (2018). Mothers' experiences learning and performing infant massage - A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28(10). DOI: 10.1111/jocn.14634
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. (2009). The PRISMA Group. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Niermeyer, S. Clarke, S. & Hernández, J. (2016). Delivery room care In S. Gardner, *Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care*. (8th ed.). (pp.47-70) St. Louis: Elsevier.
- Okuno, M., Belasco, A. & Barbosa, D. (2014). *Evolução da pesquisa em enfermagem até a prática baseada em evidências: Enfermagem Baseada em Evidências*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://site.livrariacultura.com.br/imagem/capitulo/15056076.pdf>
- Olander, E., Aquino, M., Chhoa, C., Harris, E., Lee, S., Bryar, R. (2019). Women's views of continuity of information provided during and after pregnancy: A qualitative interview study. *Health and Social Care in the Community*. 27:1214–1223. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12764>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido a 06/10/2020.

- Disponível em
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2ª série (26)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. 1-200. Genebra: WHO. Acedido a 06/10/2020. Disponível em
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C2FA05863F7D2AF971F60FA640EECCBF?sequence=1>
- Palacios, C. (2013) Prefácio. In Cruz, O. *Parentalidade (pp 9-12)*. Livpsic: Porto
- Pålsson, P., Persson, E., Ekelin, M., Kristensson Hallström, I., & Kvist, L. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, 86-92. DOI:[10.1016/j.midw.2017.03.021](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.021)
- Parecer N° 24/2017. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2017). *Triagem nos serviços de urgência obstétrica e ginecológica por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica*. Acedido a 06/10/2020. Disponível em
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_24_2017_MCEESMO_TriagemEESMO_Servi%C3%A7osUrgenciaObstetrica.pdf
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(11), 121-132. DOI: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Perry, P. & Potter, A. (2003). *Fundamentos de enfermagem*. Loures: Lusociência
- Peters M., Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's*

- Manual*. (2017). The Joanna Briggs Institute. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). Fathers' Engagement in Pregnancy and Childbirth: Evidence from a National Survey. *Inside Childbirth Education*, 2. Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-70>
- Regulamento nº190/2015. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República, 2.ª série (N.º 79 de 23 de Abril), 10087-10090.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: 2ª série (Nº 85 de 06 de fevereiro). Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº391/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República: 2ª série (Nº 85 de 03 de maio). Acedido a 06/10/2020. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In Meleis, A. (Ed.) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Sigurðardóttir, V., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. *Midwifery*. Volume 69, 29-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 110 17-26. Acedido a 04 de setembro de 2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Stachelina, K., Kurth, E., Schindler, C., Schmid, M. & Stutz, E. (2013). Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care - results from a nested case-control study. *Swiss medical weekly*, 143, w138. DOI:[10.4414/smw.2013.13862](https://doi.org/10.4414/smw.2013.13862)

- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tichelman, E., Peters, L., Oost, J., Westerhout, A., Schellevis, F., Burger, H., Noordman, J., Berger, M., Martin, L. (2019). Addressing transition to motherhood, guideline adherence by midwives in prenatal booking visits: Findings from video recordings. *Midwifery*. Volume 69, 76-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.021>
- United Nations (2015). *Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015*. Acedido em: 06/10/2020. Disponível em: <http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>
- Yerkes, M., Sani, G., & Solera, C. (2018). Attitudes Toward Parenthood, Partnership, and Social Rights for Diverse Families: Evidence From a Pilot Study in Five Countries. *Journal of Homosexuality*, 65:1, 80-99
- Widarsson, M. , Engström, G. , Tydén, T. , Lundberg, P. & Hammar, L. (2015), ‘Paddling upstream’: Fathers’ involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*. 24: 1059-1068. DOI:[10.1111/jocn.12784](https://doi.org/10.1111/jocn.12784)
- Winnicott, D. W. (1994). *Os bebês e suas mães*. (J. L. Camargo, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization. (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Library Cataloguing.
- World Health Organization. (2018). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Acedido em: 06/10/2020. Disponível em: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

ANEXOS

**Anexo 1 – Resultados da primeira pesquisa na base de dados CINAHL®
Complete**

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S18	S7 AND S13 AND S14	Limiters - Full Text; Published Date: 20130101-20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	20
S17	S7 AND S13 AND S14	Limiters - Full Text; Published Date: 20130101-20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	20
S16	S7 AND S13 AND S14	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	34
S15	S7 AND S13 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	45
S14	(MH "Europe+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	Display

			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S12	(MM "Parental Role+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S11	(MM "Fatherhood")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S10	(MM "Motherhood")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S9	(MM "Parenting")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S8	(MM "Parenthood+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S6	(MM "Maternal-Child Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	Display

			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	
S5	(MM "Midwife Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S4	(MM "Nurse Midwives")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S3	(MM "Midwifery+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S2	(MM "Midwives+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S1	(MM "Nurses+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	Display

**Anexo 2 – Resultados da primeira pesquisa na base de dados
MEDLINE® Complete**

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S15	S9 AND S10 AND S11	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20130101-20181231 Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	185
S14	S9 AND S10 AND S11	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20130101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	188
S13	S9 AND S10 AND S11	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	797
S12	S9 AND S10 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	1,560
S11	(S7 OR S8)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	Display

			Database - MEDLINE Complete	
S9	(MH "Europe+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S8	(MH "Parent-Child Relations+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S7	(MH "Parents+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S6	(MH "Maternal-Child Nursing+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S5	(MH "Nursing+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S4	(MH "Nurse Midwives")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S3	(MH "Midwifery")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	Display

			Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	
S2	(MH "Nurses+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display
S1	(MH "Nurses")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Complete	Display

**Anexo 3 – Resultado da primeira pesquisa na base de dados
COCHRANE®**

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S22	S10 AND S18 AND S19	Limiters - Full Text; Year of Publication -- Reviews: 2013-2018 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S21	S10 AND S18 AND S19	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S20	S10 AND S18 AND S19	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S19	Europe	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	124
S18	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	159

S17	parents role	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S16	parental role	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S15	fatherhood	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S14	motherhood	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	2
S13	parenting	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	30
S12	parenthood	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane	4

			Database of Systematic Reviews	
S11	parents	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	143
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	454
S9	nursing interventions	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	5
S8	maternal child nursing	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S7	maternal-child care	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S6	midwife attitudes	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	0

			Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S5	nurse midwife	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S4	nurse midwives	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S3	midwifery	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	395
S2	midwives	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	15
S1	nurse	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - Cochrane Database of Systematic Reviews	60

**Anexo 4 – Resultado da segunda pesquisa na base de dados CINAHL®
Complete**

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S18	S7 AND S13 AND S14	Limiters - Full Text; Published Date: 20130101-20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	20
S17	S7 AND S13 AND S14	Limiters - Full Text; Published Date: 20130101-20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	20
S16	S7 AND S13 AND S14	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	34
S15	S7 AND S13 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	45
S14	(MH "Europe+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	Display

			Database - CINAHL Plus with Full Text	
S12	(MM "Parental Role+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S11	(MM "Fatherhood")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S10	(MM "Motherhood")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S9	(MM "Parenting")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S8	(MM "Parenthood+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S6	(MM "Maternal-Child Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	Display

			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	
S5	(MM "Midwife Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S4	(MM "Nurse Midwives")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S3	(MM "Midwifery+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S2	(MM "Midwives+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	Display
S1	(MM "Nurses+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Complete	Display

**Anexo 5 – Resultado da segunda pesquisa na base de dados MEDLINE®
Complete**



Friday, May 29, 2020 3:11:26 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S14	S6 AND S10 AND S11	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20190101- 20191231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	23
S13	S6 AND S10 AND S11	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	761
S12	S6 AND S10 AND S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,657
S11	(MH "Europe+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,405,321
S10	S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	156,006
S9	(MH "Parent-Child Relations+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	56,021

S8	(MH "Parenting")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	16,495
S7	(MH "Parents+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	111,475
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	315,343
S5	(MH "Maternal-Child Nursing+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,823
S4	(MH "Nursing+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	251,964
S3	(MH "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	7,109
S2	(MH "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	19,022
S1	(MH "Nurses+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	87,736

Modos de pesquisa -	Avançada
Booleana/Frase	Base de dados - MEDLINE
	Complete

**Anexo 6 – Resultado da segunda pesquisa na base de dados
COCHRANE®**



Friday, May 29, 2020 3:58:59 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S21	S10 AND S18 AND S19	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S20	S10 AND S18 AND S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S19	europe	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	191
S18	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	227
S17	parents role	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S16	parental role	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	0

			Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S15	fatherhood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S14	motherhood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	2
S13	parenting	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	32
S12	parenthood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	4
S11	parents	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	213
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	536

S9	nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	7
S8	maternal child nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	1
S7	maternal child care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S6	midwife attitudes	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S5	nurse midwife	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	4
S4	nurse midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	4
S3	midwifery	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	420

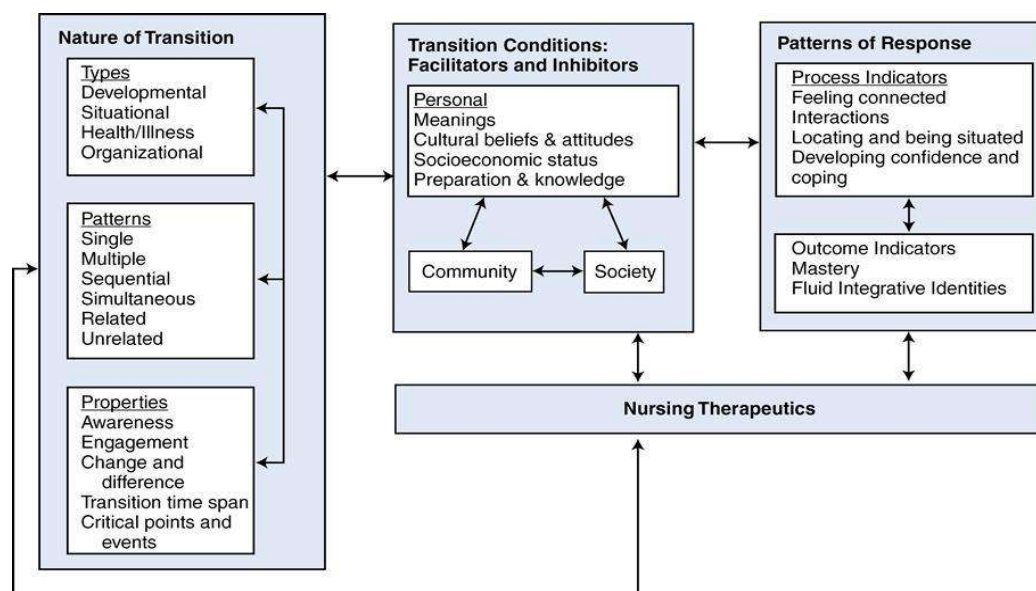
			Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	
S2	midwives	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	23
S1	nurse	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	129

APÊNDICES

Apêndice 1 - Teoria das transições de Afaf Meleis

De acordo com Meleis (2012) as transições podem estar relacionadas com mudanças de papel, expectativas ou capacidades, provocando uma alteração nas necessidades dos sistemas humanos, o que leva a uma incorporação de um conjunto de novos conhecimentos para que possa haver uma reestruturação do “eu” de acordo com as novas necessidades. Um dos exemplos de transição é a mudança que ocorre de um papel não parental para um papel parental e que corresponde a um dos domínios da enfermagem (Meleis, 2012; Schumacher & Meleis, 2010). A teoria das transições de Afaf Meleis é uma teoria de médio alcance onde se encontram vários elementos, nomeadamente a natureza das transições, condições das transições, padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem. A Figura 1 esquematiza a forma como se organizam estes vários elementos (Meleis et al., 2010).

Figura 3. Transições: Uma teoria de médio alcance.



Fonte: (Meleis et al., 2010, pp.56)

As transições podem ser de diversos tipos, nomeadamente desenvolvimentais, situacionais, organizacionais e de saúde/doença. Muitas vezes as transições não ocorrem de uma forma isolada, mas sim concomitante o que dificulta a sua identificação nos contextos do dia a dia (Im, 2014; Meleis, 2010). A transição para a parentalidade é, simultaneamente, uma transição situacional e desenvolvimental.

Qualquer processo de transição é complexo e multidimensional, englobando propriedades essenciais relacionadas com as experiências de mudança nomeadamente a consciencialização, o compromisso/empenho, o intervalo de tempo da transição e os pontos e eventos críticos (Im, 2014). De acordo com Im (2014) a consciencialização diz respeito à

percepção, conhecimento e reconhecimento de uma situação como experiência de transição. O compromisso/empenho representa o nível de envolvimento demonstrado no processo relacionado com a transição, sendo que, nem todas as mudanças estão associadas a transições, mas todas as transições estão associadas a mudanças. O intervalo de tempo da transição remete-nos para a importância de perceber que as transições representam um período de instabilidade, confusão e stress, ao longo de um determinado tempo, culminando num período de estabilidade, sendo imprescindível não impor limites temporais pois podem tornar-se problemáticos (Im, 2014). Por fim são de referir os pontos e eventos críticos que, apesar de geralmente associados a transições, nem sempre são facilmente identificáveis (Im, 2014). De acordo com Im (2014) estas propriedades não estão desconectadas e comportam-se como elementos interrelacionados num processo complexo, em que o nível de consciência influencia o nível de compromisso e o compromisso não ocorre sem a consciência.

Os processos de transição envolvem mudanças nos padrões de vida de cada indivíduo, provocando uma mudança na identidade, papel, relações, capacidades e padrões de comportamento, cabendo aos enfermeiros um papel fundamental na prestação de cuidados durante os processos de transição, uma vez que um dos focos centrais da enfermagem, diz respeito às transições desenvolvimentais (Im, 2014; Chick & Meleis, 2010). Este é o caso da transição para a parentalidade, que é vista como um fenómeno de extrema complexidade que envolve a necessidade de um crescimento físico, psicológico e uma mudança que poderá representar uma influência ao nível da saúde física e emocional dos elementos envolvidos (Henriques et al., 2015; Hattar-Pollara, 2010).

O estabelecimento de uma relação entre a pessoa e o enfermeiro é essencial nesta fase, sendo que esta é uma relação recíproca que afeta ambos os elementos de uma forma simultânea. Afaf Meleis faz referência às terapêuticas de enfermagem que correspondem às intervenções terapêuticas que podem ser realizadas durante estes processos, como é o caso da avaliação da prontidão do indivíduo. Esta avaliação pressupõe interdisciplinaridade e compreensão completa da pessoa, sendo posteriormente necessário intervir de forma educativa para poder estabelecer as melhores condições para que a transição ocorra, correspondendo a terceira terapêutica à suplementação de papel (Im, 2014; Schumacher & Meleis, 2010).

O enfermeiro ao participar no processo de transição trabalha não apenas com o indivíduo mas com o ambiente, família e comunidade que o rodeia uma vez que estes elementos desempenham um papel importante na forma como o indivíduo gere essa transição, sendo que o que o rodeia poderá potenciar as suas forças contribuindo para o regresso a níveis de saúde, função, conforto e autorrealização ótimos (Meleis, 2012). De acordo com Im (2014), ter em

conta o contexto onde ocorrem as experiências associadas às transições permite uma perspectiva completa das mesmas, fazendo com que possa ser aplicada a vários fenómenos humanos de interesse e preocupação, nomeadamente a transição para a parentalidade. É também importante que sejam conhecidas as condições da transição, uma vez que estas correspondem aos fatores inibidores e promotores da mesma, como os significados, crenças e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimentos da pessoa (Im, 2014). Pode considerar-se que a transição está a ocorrer de uma forma saudável quando se verifica que o indivíduo consegue atingir um grau de mestria, competências e comportamentos adequados à nova situação.

Referências bibliográficas

- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In Meleis, A. (Ed.) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.24-37). New York: Springer Publishing Company.
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental transitions. In A. I. Meleis, *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 87-94). Nova Iorque: Springer.
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 63-68. Acedido em 15-03-2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100011&lng=pt&tlng=pt
- Im, E.-O. (2014). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (pp. 378-395). Missouri: Elsevier
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In Meleis, A. (Ed.) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.52-64). New York: Springer Publishing Company.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In Meleis, A. (Ed.) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). New York: Springer Publishing Company.

Apêndice 2 – Extração de dados da SR

Autor: Labriola, G.
Ano: 2015
Título: Eddie the e-midwife
Tipo de Artigo: Artigo de revista, apresentação de um projeto desenvolvido em Londres
Objetivos: Exposição de um projeto desenvolvido em Londres
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: <p>É sugerida a introdução de um serviço eletrónico (<i>email</i> e rede social) para suplementar os serviços relacionados com a maternidade, de forma a que a população possa ser abordada de diversas formas.</p> <p>Aconselhamento e as respostas oferecidas é realizado por <i>midwives</i>, fundamentado com uma metodologia de PBE, sendo que as respostas geralmente são realizadas num período entre as 24h e as 48h. A vertente de rede social é mais utilizada que o <i>email</i>, contudo o <i>email</i> representa mais de 100 contatos por mês.</p> <p>Os comentários, críticas, e sugestões dadas pelos utilizadores foram utilizados como forma de melhorar os serviços oferecidos pelo hospital.</p>
Referência Bibliográfica: <p>Labriola, G. (2015). Eddie the e-midwife. <i>Midwives</i>. 18. 59-61. Acedido a 13 de Outubro de 2020. Disponível em https://www.lewishamandgreenwich.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n1250.pdf&ver=1439.</p>

Autor: Ashton, K.
Ano: 2015
Título: Improving Mental Health
Tipo de Artigo: Artigo de opinião em revista
Objetivos: Artigo de opinião que aborda a importância da melhoria da saúde mental
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: <p>É referida a importância da vigilância da saúde mental das mulheres durante a gravidez, nomeadamente a deteção de sinais de ansiedade e a necessidade de referenciação para um acompanhamento adequado por parte da equipa de saúde mental.</p> <p>É essencial desenvolver estratégias que permitam ter tempo para lidar com os medos e ansiedade relacionados com o período pré-natal, uma vez que um baixo nível de humor pode ser preditor e precursor para o desenvolvimento de pensamentos e sentimentos que podem ser diagnosticados como depressão pós-natal.</p> <p>A relação interpessoal entre a mulher e a <i>midwife</i> pode influenciar positivamente numa experiência de parto difícil, levando a uma promoção da saúde mental perinatal.</p> <p>É referido como necessário o desenvolvimento de projetos que permitam o treino adequado para a deteção de alterações mentais no período perinatal, bem como o desenvolvimento de competências por parte das <i>midwives</i> de trabalhar psicossocialmente com as mulheres, uma vez que este trabalho pode reduzir a ansiedade e oferecer uma experiência promotora da saúde mental materno-infantil.</p>
Referência Bibliográfica: <p>Ashton, K. (2015). Improving mental health. <i>Midwives</i>, 1826-27. Acedido a 13 de Outubro de 2020. Disponível em https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f905be20-0784-4645-98e4-91beb67537cc%40sessionmgr4008</p>

Autor: Frade J., Pinto C. & Carneiro, M.
Ano: 2013
Título: Ser padre y ser madre em la actualidad: repensar los cuidados de enfermeira em el puerpério
Tipo de Artigo: Estudo qualitativo (exploratório), realizado a 10 casais (famílias nucleares), com um RN com menos de 15 dias, no contexto do seu domicílio
Objetivos: Explorar a perceção do cuidado pós-natal sob a presença dos pais e identificação das necessidades de apoio e orientação pelos profissionais de enfermagem durante a experiencia de parentalidade recente.
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Teoria de R. Bohdan e S. Bicklen relacionada com a metodologia de estudos qualitativos. Entrevista semiestruturada com perguntas abertas.
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Os autores destacam uma diferença considerável entre a qualidade dos cuidados pré-natais em relação ao cuidados pós-natais, sendo de destacar a maior qualidade dos primeiros. A educação pré-natal é vista como uma ferramenta importante, principalmente no caso de primíparas. Contudo as estratégias mobilizadas podem não ser suficientes para diminuir a ansiedade vivida pelos pais, de modo a potenciar as competências parentais, principalmente quando confrontados com o bebé real. Necessidade de apoio e orientação no pós-parto. O contacto precoce do RN com a mãe, o alojamento conjunto com os pais no pós-parto, e a promoção de um ambiente tranquilo por parte das enfermeiras obstetras são facilitadores da superação das dificuldades. Os défices de conhecimento relacionados com o aleitamento materno podem potenciar o aparecimento de dificuldades se não tiver sido providenciado o devido apoio por parte do enfermeiro durante o internamento na unidade de puerpério, levando a uma necessidade de auxílio no domicílio, o que poderá promover um processo de transição para a parentalidade autónoma complicado.

É referida a necessidade do desenvolvimento de uma abordagem de cuidados humana e não apenas técnica.

A existência de relações de poder na intervenção com os profissionais de saúde, com uma predominância de atitudes autoritárias e cuidados que subestimam as necessidades das puérpera não promove os cuidados personalizados nem a parceria dos mesmos, levando a uma prática insegura do papel parental, sendo que a orientação de cuidados pelo modelo biomédico como gerador de insatisfação. Assim é marcada a necessidade de uma prestação de cuidados individualizados, continuados e uma maior flexibilidade no período de permanência hospitalar.

É fundamental o planeamento de intervenções de enfermagem dirigidas para a prevenção das complicações potenciais associadas ao puerpério, permitindo ao mesmo tempo a adaptação física e psicológica desta nova condição e uma educação para a saúde, promovendo o autocuidado, as capacidades de cuidar o RN, e o assumir das responsabilidades de ser mãe. A enfermeira obstetra (matrona) é o profissional qualificado para ajudar a mãe para que estas mudanças se desenvolvam num ambiente são e dentro da normalidade.

É necessária a existência de programas de educação para a saúde direcionada ao puerpério precoce, de forma a reforçar os conhecimentos do casal antes do parto, para que possam alcançar uma autonomia e independência na chegada ao domicílio.

Os pais (homem), referem uma necessidade de maior informação sobre de que forma podem participar nos cuidados ao filho/a, sentindo-se muitas vezes excluídos, uma vez que a maioria dos cuidados estão dirigidos para a díade mãe/bebé.'

É referida também a necessidade de desenvolvimento de intervenções que promovam a comunicação terapêutica e que tenham em conta as necessidades individuais de cuidados centrados na recuperação e autocuidado pós-parto, sendo que os cuidados devem ser flexibilizados ampliando a atenção ao contexto familiar.

Referência Bibliográfica:

Frade J., Pinto C., Carneiro, M. (2013). Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Rev. Matronas Prof.* 14(2):45-51. Acedido a 13 de Outubro de 2020. Disponível em: <https://docplayer.es/8112364-Matr-nas-profesion-ser-padre-y-ser-madre-en-la-actualidad-repensar-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puterperio.html>

Autor: de Cock, T., Manniën, J., Geerts, C., Klomp, T. & de Jonge, A.

Ano: 2015

Título: Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the Netherlands

Tipo de Artigo: Estudo de associação entre o local de nascimento e um estudo prospectivo *cohort* dinâmico, desenvolvido entre 2009-2011 na Holanda

Objetivos: Avaliar de que forma o local de nascimento se associa à taxa de aleitamento materno exclusivo entre mulheres de baixo risco que tiveram um parto com assistência de enfermeira obstetra e que expressaram intenção de amamentar

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável.

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

De acordo com os autores, há uma maior taxa de sucesso de amamentação exclusiva nas mulheres que tiveram parto em casa em relação às que não tiveram parto em casa, contudo a diferença estatística não é significativa. A intenção de amamentar por parte da mulher é decisiva para o sucesso da amamentação.

Na Holanda os cuidados intraparto são responsabilidade de *midwives*, nomeadamente no acompanhamento de mulheres com gravidez de baixo risco. Nos cuidados hospitalares a *midwife* colabora com uma enfermeira tendo a seu cuidado apenas uma mulher em TP o que permite estabelecer um ambiente e condições para promover a vinculação mãe-bebê, incluindo o suporte à amamentação durante esse período.

O número de mulheres que procuraram formação sobre amamentação durante a gravidez, ou que consultaram um conselheiro de amamentação no período pós-natal foi reduzido. Este resultado remete para a existência de uma área de melhoria de forma a otimizar taxas de amamentação, sendo que, para uma promoção da amamentação a longo prazo deve ser melhorado o suporte à mesma por parte dos profissionais de saúde durante o período crítico do pós-parto, independentemente do local de nascimento.

Referência Bibliográfica:

de Cock, T. P., Manniën, J., Geerts, C., Klomp, T., & de Jonge, A. (2015). Exclusive breastfeeding after home versus hospital birth in primary midwifery care in the Netherlands. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 15262. DOI:[10.1186/s12884-015-0688-80688-8](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0688-8)

Autor: Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmlí, L., Conzelmann, C., & Zemp, E.

Ano: 2016

Título: Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study

Tipo de Artigo: Estudo qualitativo com utilização de discussão em grupo

Objetivos: Investigar as experiências de novos pais e examinar a sua visão sobre os cuidados após a alta hospitalar precoce

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

De acordo com os autores do estudo, os pais fazem referência a sentimentos de sobrecarga relacionados com as responsabilidades de serem cuidadores para além da necessidade de terem de atender ao seu próprio autocuidado, enquanto se encontram numa fase de recuperação do parto. Esta dificuldade representa uma necessidade clara de suporte.

É também referida falta de coordenação e dificuldade de acesso aos cuidados pós-natais, sendo sugerida uma melhoria nesta coordenação e acessibilidade, nomeadamente VD, linhas telefónicas de apoio 24h e, eventualmente apoio doméstico. A magnitude destas necessidades podem ser aumentadas pela constante mudança das estruturas familiares como é o caso dos migrantes ou das famílias isoladas da sua família alargada.

Sentimentos de insegurança, medo e dúvida associada à falta de experiência no caso de pais pela primeira vez, são referidos de forma muito comum, assim como sentimentos de fadiga resultantes da diminuição do repouso parental o que poderá levar ao desenvolvimento de sintomas de depressão.

A falta de apoio social para as novas mães provoca um impacto negativo na saúde mental das mesmas.

A recuperação física associada ao parto vaginal ou cesariana são responsáveis por um fardo adicional uma vez que provocam dor e diminuição na mobilidade, levando a repercussões nos cuidados ao RN e atividades de vida diária.

É feita referência por parte dos pais à importância de ter disponível uma pessoa competente para a monitorização da saúde materna e infantil, sugerindo VD por uma *midwife* e linhas de apoio 24h, uma vez que a disponibilidade de suporte profissional demonstrou ser importante para o reforço do conforto parental e sentimentos de segurança, minimizando os sentimentos de desgaste, representando as VD uma intervenção que pode reduzir as taxas de depressão pós-parto. Estas aliviam as preocupações, transmitindo habilidades parentais, aumentando a autoconfiança parental.

A falta de comunicação e coordenação entre as várias instituições de cuidados de saúde prejudica a continuidade de cuidados.

Referência Bibliográfica:

Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Services Research*, 1682. DOI:[10.1186/s12913-016-1300-2](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2)

Autor: Brook, J. & Salmon, D.

Ano: 2015

Título: A qualitative study exploring parental perspective and involvement in health visiting services during the Health Visitor Implementation Plan in the South West of England

Tipo de Artigo: Estudo qualitativo

Objetivos: Explorar as perspetivas das famílias sobre a introdução da iniciativa política denominada “*Health Visitor Implementation Plan*”, e as experiências com este novo serviço

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

A maioria dos pais faz referência a uma preferência de receberem um profissional de saúde no domicílio sendo o contacto por parte do profissional bastante valorizado pelos pais. É de referir que a maioria teria gostado de receber mais VD durante o primeiro ano de vida da criança, principalmente aqueles que não consideraram o processo de transição para a parentalidade fácil. Nesta situação a VD era mais valorizável caso tivesse sido o profissional de saúde a iniciar o contacto.

É referida pelos pais a importância da continuidade do mesmo visitador domiciliário de forma para que se sentissem mais confortáveis a falar com o profissional, bem como pelo facto de não terem de repetir a mesma história cada vez que o profissional mudava, principalmente se estavam a vivenciar dificuldades.

Os pais sentiram que o visitador domiciliário deveria fornecer conselhos relacionados com a mais recente evidência e serem consistentes entre cada visita, sendo que os profissionais que recorriam a experiências pessoais ou à sua própria família para aconselhar não eram olhados com o mesmo nível de respeito. Contudo, foi reconhecido pelos pais que em algumas situações particulares uma abordagem individualizada foi mais eficiente.

Foi identificado pelos pais que era essencial para o visitador domiciliário ser entusiástico, solidário, acessível, proactivo e amigável. Valorizaram as capacidades de escuta e a capacidade de identificar a causa do problema, mas também a sua habilidade de empatizar e de aconselhar sem os fazer sentir desconfortáveis ou constrangidos. Os pais valorizaram uma mente aberta, particularmente uma atitude que não fosse crítica e que houvesse um elevado

nível de credibilidade e integridade. Credibilidade, honestidade e o respeito pelos pontos de vista dos pais eram centrais no desenvolvimento de uma relação com o profissional, sendo que uma relação baseada na confiança e na comunicação eficaz era essencial para o estabelecimento de um contacto eficaz.

O facto de serem realizadas pouca VD pelo mesmo elemento teve impacto na capacidade de construção de uma relação assim como a uma falta de consistência entre o que era observado no domicílio e nas instituições de saúde.

Os profissionais de saúde eram valorizados por transmitirem uma impressão de que tinham tanto tempo disponível como aquele que fosse necessitado por parte dos pais. Pelo contrário, referencias constantes à falta de tempo tiveram um impacto negativo no desenvolvimento da relação e fez com que os pais procurassem outro tipo de apoio.

Quando os pais sentiram que tinha sido despendido tempo suficiente com eles acabaram por experienciar sentimentos de valorização, de que tinham sido ouvidos o que fez com que tivessem uma impressão positiva em relação ao serviço.

Referência Bibliográfica:

Brook, J., & Salmon, D. (2017). A qualitative study exploring parental perspectives and involvement in health visiting services during the Health Visitor Implementation Plan in the South West of England. *Health & Social Care In The Community*, 25(2), 349-356.

DOI: [10.1111/hsc.12308](https://doi.org/10.1111/hsc.12308)

Autor: Redshaw, M. & Henderson, J.

Ano: 2013

Título: Father's engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey

Tipo de Artigo: Análise de dados secundária a um estudo relacionado noutra âmbito, recorrendo a dados estatísticos

Objetivos: Compreender quem esteve envolvido durante a gravidez e o parto e, de que forma, o envolvimento paterno pode influenciar a aceitação de serviços por parte da mulher, bem como a sua perceção dos cuidados e resultados maternos

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste trabalho foi referido que companheiros de mulheres múltiparas têm menos probabilidade de se envolverem no período pós-natal do que no caso de mulheres primíparas. Nas situações onde houve maior envolvimento paterno foi mais vezes oferecido à mulher a possibilidade de frequentar aulas pré-natais e a taxa de frequência foi mais elevada.

Nas situações em que foi realizada epidural os pais sentiram-se mais úteis e envolvidos, experienciando menos sentimentos de stress e ansiedade. A saúde das mulheres no período pós-natal, principalmente nas múltiparas, foi melhor quando os companheiros estiveram envolvidos neste período. Aos três meses pós-parto referiram com maior frequência sentirem-se bem, ou muito bem, de acordo com o nível de envolvimento do companheiro, havendo menos complicações pós-parto e maior probabilidade de irem à consulta de pós-parto. Mulheres em que os maridos não usufruíram da licença de paternidade demonstraram mais vezes não se sentirem bem, ou até mesmo períodos de doença nesses três meses, tendo no caso das múltiparas maiores taxas de depressão.

A licença de paternidade encontrou-se intimamente relacionada com o nível de envolvimento paterno, indicando que os homens que recorreram à licença estavam mais envolvidos com a troca de fraldas, alimentação e em levantarem-se a meio da noite.

A adesão à amamentação nos primeiros dias e aos três meses foi também relacionada positivamente com o envolvimento paterno, principalmente no caso de primíparas, havendo taxas mais elevadas quanto maior fosse o envolvimento paterno.

A implicação para a prática está relacionada principalmente com a importância de os profissionais de saúde reconhecerem que algumas mulheres, em determinados grupos sociodemográficos, são menos apoiadas pelo companheiro necessitando mais do acompanhamento realizada pelos profissionais de saúde. Uma falta de acompanhamento por parte do parceiro poderá conduzir a uma gravidez mal vigiada, faltas aos exames de vigilância e aulas de preparação para a parentalidade, o que as pode provocar sentimentos de falta de apoio no período pós-natal.

Apesar do grande foco dos cuidados serem as mulheres e os seus bebés, há um grande espaço para desenvolver o envolvimento paterno. Os profissionais de saúde podem ter um papel ativo no suporte e facilitação ao encorajarem os pais a frequentarem as consultas e as aulas e, sempre que possível, dirigir parte dessas mesmas aulas para os pais.

Foi verificada também uma associação positiva entre o envolvimento paterno e o acesso da mulher aos cuidados de saúde neste período e com a amamentação o que reforça a importância do papel ativo do companheiro.

Referência Bibliográfica:

Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). Fathers' Engagement in Pregnancy and Childbirth: Evidence from a National Survey. *Inside Childbirth Education*, 2. Acedido a 13 de Outubro de 2020. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104156747&site=ehost-live&scope=site>

Autor: Barimari, M.; Oxelmark, L.; Johansson, S. & Hylander, I.

Ano: 2015

Título: Support and continuity during the first 2 weeks postpartum

Tipo de Artigo: Estudo transversal, métodos mistos

Objetivos: Investigar a percepção da satisfação das mães com os cuidados pré-natais, pós-parto e saúde infantil durante as duas primeiras semanas após o parto

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste estudo é de referir que, de forma geral, os cuidados de saúde infantis foram os que tiveram mais satisfação por parte das mães, por sua vez os cuidados pré natais foram considerados menos satisfatórios. Para mães que tiveram internamentos de 3 dias ou mais no pós-parto a probabilidade de ficarem satisfeitas com os cuidados pós-natais eram 3 vezes superiores do que as mulheres que apenas ficaram 2 dias internadas.

Relativamente ao suporte, as mães referiram necessidade de mais atenção relacionada com as suas próprias necessidades para além de tempo para falarem acerca dos seus sentimentos após o parto. Expressaram uma necessidade de suporte físico e emocional. Foi referido que as *midwives* e as enfermeiras de cuidados de saúde infantil eram pouco acolhedoras e cuidadosas, sem interesse na mulher, sendo o foco de atenção o bebé. Depois do regresso a casa sentiram que o nível de suporte foi bom, contudo preferiam ter sentido um pouco mais de atenção para si mesmas. As mães referiram que queriam contacto com os cuidados pré natais, cuidados pós-natais e cuidados de saúde infantil relacionado com o apoio à amamentação, sendo de referir uma falta de conhecimento por parte das enfermeiras de cuidados de saúde infantil nesta área.

Relativamente à continuidade de cuidados, foi sentida uma desilusão com os contactos anteriormente estabelecidos ao nível dos cuidados pré natais, havendo uma rutura total após o parto, sendo que, por parte das mães, foi referida uma vontade de terem sido contactadas logo após o parto e de terem tido uma visita de *follow-up* precoce. Foi também referido que a rotatividade de assistência por *midwives* diferentes nos cuidados pós-natais durante o período hospitalar foi excessiva e que após a alta a rutura de relação também foi total,

provocando um sentimento de falta de apoio total no momento de chegada ao domicílio. Foi também feita referência à ausência de uma estrutura de cuidados que fizesse uma sobreposição para o período imediatamente após o parto o que fez com que os papéis dos cuidados pré natais, cuidados pós-natais e cuidados de saúde infantil não fossem claros, provocando dúvida relacionada com onde recorrer no caso de necessidade. A falta de congruência entre os vários tipos de cuidados foi também referida, assim como uma certa ambiguidade no aconselhamento e apoio recebido. Os cuidados pós-natais foram referidos como de difícil acesso por indisponibilidade dos profissionais. A necessidade de permanecer no hospital mais tempo foi também mencionada, sendo que algumas mães relacionaram a estadia curta com os problemas relacionados com a amamentação. As mães fizeram referência de que queriam apoio relacionado com as suas necessidades físicas após o parto, nomeadamente alívio da dor e mais conhecimentos acerca do processo de recuperação pós-natal. Foi referido por parte das mulheres uma necessidade de mais contactos de *follow-up* após um parto complicado ou uma cesariana. São de destacar a referência à falta de apoio sentida nas primeiras duas semanas após o parto, atenção relacionada com as necessidades físicas e emocionais da mulher, falta de continuidade de cuidados e contactos de *follow-up*. É também referida uma necessidade de maior apoio na amamentação, principalmente na chegada a casa. As visitas pós-parto planeadas entre as 6 e as 12 semanas após o parto são consideradas muito tardias para gerir problemas relacionados com o parto.

Cuidados pré natais, cuidados pós-natais e cuidados de saúde infantil são considerados elos da cadeia de cuidados importantes no suporte da mulher no período das duas semanas após o parto, sendo que de forma a garantir uma continuidade todos os elos devem trabalhar em conjunto de forma a garantir uma qualidade nos cuidados.

Referência Bibliográfica:

Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(3), 409-417. DOI:[10.1111/scs.12144](https://doi.org/10.1111/scs.12144)

Autor: Ingram, J.

Ano: 2013

Título: a mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters'' views and the effects on breastfeeding

Tipo de Artigo: estudo misto que recorreu a inquérito *online*, entrevistas semiestruturadas e grupo de foco

Objetivos: Investigar a relação entre o apoio de pares em Bristol (Reino Unido) e os benefícios na amamentação

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Breastfeeding Self-Efficacy Scale

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

No estudo realizado pelos autores, 42% das mães referiu que os seus companheiros foram a maior ajuda no suporte à amamentação, 29% considerou o suporte de um mediador o mais importante, 15% considerou a ajuda da *midwife*, houve também um grupo que referiu a combinação destes 3 elementos com o conselheiro de amamentação local. Quase a totalidade das mulheres teve contacto pele a pele com o bebé por alguns períodos de tempo; 24% apenas após o parto, 74% ainda mantinha este contacto várias semanas após o parto. Este comportamento foi incentivado pelos mediadores com o objetivo de promover e suportar a amamentação.

96% das mulheres teve uma visita anterior ao parto pelo mediador, sendo que muitas consideraram esta visita como útil, encorajadora, bem-vinda e clara, sendo que os contactos no período pós-parto foram também considerados úteis, solidários e tranquilizadores. O timing do primeiro contacto após o parto foi sentido como “no momento certo” por 91% das mulheres, mas 7% considerou que tinha sido demasiado tarde (realizado até 2 semanas após o parto). Das mulheres que consideraram o apoio fornecido pelo mediador como o mais útil, 52% tiveram o companheiro presente no contacto antes do nascimento, o que sugere que possa ter havido um encorajamento por parte do companheiro em procurar esse mesmo mediador.

O contacto anterior ao nascimento foi considerado como uma oportunidade de conhecimento, um momento informal de discussão em que foi proporcionada a oportunidade de aprender mais sobre amamentação. As *midwives* consideraram que o apoio do mediador era positivo, e que complementava e realçava o seu próprio papel havendo um sentimento de confiança entre os profissionais.

Relativamente à tranquilização no período após o nascimento o suporte inicial dos mediadores era realizado por mensagem escrita, seguida por chamada telefónica e por vezes VD no caso de mães com dificuldades na amamentação. Este serviço foi considerado positivo ajudando a enfrentar dificuldades e manter a amamentação aliada à conveniência de contactos por mensagem escrita.

No que diz respeito ao encorajamento e autoconfiança as mulheres referem que este suporte lhes deu a confiança necessária para manter a amamentação, sendo que muitas das amigas que não o receberam acabaram por desistir da amamentação. Os grupos de suporte à amamentação deram continuidade a este apoio depois do apoio um para um que decorreu até às duas semanas após o parto. Os mediadores encorajaram as mães a visitarem os grupos antes do parto de forma a ver como decorriam as coisas, para poderem contactar com mulheres a amamentar. As *midwives* sentiram que o apoio dos mediadores se deveria estender para além das 2 semanas de forma a providenciar um suporte ativo à amamentação ao longo do tempo, acabando por tomar os grupos de suporte esse papel.

As mulheres que tiveram uma visita anterior ao parto receberam em média 6 contactos por parte dos mediadores nas primeiras 2 semanas após o parto; 70% encontrava-se a amamentar exclusivamente às 48h e 19% encontrava-se a amamentar parcialmente. Às 2 semanas 54% das mulheres que receberam uma visita antes do nascimento encontrava-se a amamentar exclusivamente e 17% a amamentar parcialmente. A existência de um serviço de mediadores relacionados com o suporte à amamentação está relacionada com um aumento, não significativo, das taxas de amamentação, particularmente do tempo de amamentação exclusiva. Este apoio permitiu que as mulheres se sentissem mais confiantes na amamentação.

Referência Bibliográfica:

Ingram, J. (2013). A mixed methods evaluation of peer support in Bristol, UK: mothers', midwives' and peer supporters' views and the effects on breastfeeding. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13192. DOI:[10.1186/1471-2393-13-192](https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-192)

Autor: Deltsidou, A.; Pappa, E.; Sarantaki, A.; Bouroutzoglou, M.; Kallia, T. & Nanou, C.

Ano: 2018

Título: Postpartum Stress in Relation with Depression and Anxiety in a Sample of Greek Postpartum Woman

Tipo de Artigo: Estudo de correlação

Objetivos: Examinar os distúrbios emocionais de puérperas durante o internamento numa maternidade e investigar os níveis de *stress* e sua correlação com os níveis de ansiedade e depressão

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): questionário DASS-21, Hung Postpartum Stress Scale, Depression Scale (CES-D)

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

No estudo realizado foi referido que mulheres que receberam tratamentos para atingir a gravidez apresentavam menos depressão que as mulheres que não receberam qualquer tipo de tratamento, este resultado pode ser atribuído ao desfecho positivo da situação, sendo que as mulheres que realizaram estes tratamentos demonstraram maiores preocupações relacionadas com a aquisição do papel maternal enquanto que as mulheres que não realizaram tratamentos demonstram maior preocupação relacionada com a falta de suporte social.

As mulheres que frequentaram CPPN expressaram maiores preocupações relacionadas com a aquisição de papel parental e preocupações relacionadas com as alterações da imagem corporal.

Mulheres não casadas tinham mais preocupação relacionada com a aquisição do papel maternal, com a perda do suporte social e com as mudanças negativas da imagem corporal, maiores níveis de stress e de depressão do que as mulheres casadas ou com aquelas que vivem com o pai da criança.

É de reforçar a importância da deteção de mulheres com fatores de risco de sofrer níveis de stress maiores de forma a providenciar intervenções que possam prevenir o desenvolvimento de patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão pós-parto. De acordo com este estudo as mulheres com risco acrescido são mulheres não casadas, que precisam de intervenções de apoio social uma vez que os níveis de stress, ansiedade e depressão são maiores do que nas

mulheres casadas ou a viver com o companheiro/pai do bebé. Mulheres que foram submetidas a tratamentos de fertilidade precisam de melhor preparação relativamente à aquisição do papel parental de forma a melhorar a sua autoestima.

Referência Bibliográfica:

Deltsidou, A., Pappa, E., Sarantaki, A., Bouroutzoglou, M., Kallia, T., & Nanou, C. (2018). Postpartum Stress in Relation with Depression and Anxiety in a Sample of Greek Postpartum Women. *International Journal Of Caring Sciences*, 12-22. Acedido a 13 de Outubro de 2020. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/3_destsidou_original_11_1.pdf

Autor: Fontein-Kuipers, Y.; Ausems, M.; de Vries, R. & Nieuwenhuijze, M.

Ano: 2016

Título: The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy

Tipo de Artigo: Estudo não randomizado

Objetivos: Avaliar o efeito de uma intervenção denominada “WazzUp Mama?!” no stress materno pré-natal

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): *Edinburg depression Scale, State-Trait Anxiety inventory and Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire*

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Este estudo refere-se ao desenvolvimento de um programa de intervenção dividido em duas partes:

1. Intervenção na Grávida:

- a. Identificação da vulnerabilidade ou a presença e a intensidade de angústia materna durante a gravidez.
- b. Se angústia ausente, mas vulnerabilidade identificada o programa tem como objetivo prevenir o seu aparecimento.
- c. Quando for detetada angústia materna o objetivo do programa é a sua redução.
- d. O programa é baseado numa plataforma web, constituída por uma homepage, um formulário de colheita de dados e um feedback personalizado baseado na informação recolhida pelo formulário.
- e. Utilizados três percursos possíveis, o primeiro focado na nos sinais e sintomas de angústia materna e identificar se os mesmos estão relacionados com o processo fisiológico da gravidez ou se se desvia do mesmo, o segundo percurso foca-se na identificação de fatores de stress, problemas ou situações difíceis no passado ou no presente que pudessem levar ou contribuir para o desenvolvimento dessa angustia materna, e por fim, o terceiro percurso diz respeito à medição da angustia materna recorrendo à Edinburgh Depression Scale, de forma a compreender o nível de gravidade da situação aconselhando autogestão e suporte para a situação. Quando as mulheres identificavam os

fatores de stress ou a presença de problemas ou dificuldades era-lhes pedido para classificarem a sua sensação de fardo ou estamina emocional de 0-10, identificando-se assim as mulheres que poderiam ser autogeridas e as que precisariam de apoio profissional adicional.

- f. O feedback personalizado incluía conselhos para a vida diária de forma a providenciar um conjunto de ferramentas, nomeadamente relaxamento, conselhos acerca de formas positivas de *coping* e oferecer estratégias alternativas para um *coping* eficaz, recursos para a sua autogestão, e informação acerca de grupos de suporte e alternativas individuais de apoio psicológico e suporte na região. Por fim é feita uma sinopse de todo o aconselhamento fornecido para que possa ser impresso e discutido com a *midwife*.

2. Intervenção na *midwife*

- a. Dividida em duas partes. Um kit que continha uma orientação para a consulta e encaminhamento, um mapa regional de profissionais de saúde e cuidadores relacionados com o bem-estar emocional e, um modelo para reuniões de equipa de discussão, consulta e encaminhamento de clientes.

A aplicação da intervenção teve um moderado efeito positivo na angústia materna quando em comparação com aqueles que não tiveram contacto com a mesma.

Referência Bibliográfica:

Fontein-Kuipers, Y. J., Ausems, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. J. (2016). The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives Of Women's Mental Health*, 19(5), 779-788. DOI:[10.1007/s00737-016-0614-8](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0614-8)

Autor: Ashford, M.; Ayers, S. & Olander, E.
Ano: 2017
Título: Supporting women with postpartum anxiety: exploring views and experiences of specialist community public health nurses in the UK
Tipo de Artigo: estudo qualitativo, com entrevistas semiestruturadas
Objetivos: explorar as experiências dos visitantes domiciliários que prestam suporte a mulheres com ansiedade pós-parto e a sua visão dos cuidados atualmente disponíveis
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Neste estudo os autores identificaram 3 formas de apoiar mulheres com ansiedade pós-parto: <ul style="list-style-type: none">● Rastrear e identificar mulheres com alterações de saúde mental;● Encaminhamento para o médico de família, serviços de saúde mental ou outros serviços relevantes;● Oferecer e providenciar visitas de escuta. O rastreamento e identificação de mulheres com alterações de saúde mental foi realizado de acordo com as recomendações da NICE (<i>Whooley questions, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Patient Health Questionnaire</i>), sendo que os visitantes domiciliários sentiram que as ferramentas recomendadas se focavam mais em depressão do que ansiedade. É também referida a importância de receber treino relacionado com a saúde mental de forma a providenciar um apoio mais eficaz.
Referência Bibliográfica: Ashford, M. T., Ayers, S., & Olander, E. K. (2017). Supporting women with postpartum anxiety: exploring views and experiences of specialist community public health nurses in the UK. <i>Health & Social Care In The Community</i> , 25(3), 1257-1264. DOI: 10.1111/hsc.12428

Autor: Daley-McCoy, C.; Rogers, M. & Slade, P.

Ano: 2015

Título: Enhancing relationship functioning during the transition to parenthood: a cluster-randomised controlled trial

Tipo de Artigo: estudo randomizado controlado

Objetivos: Examinar a viabilidade de melhorar o funcionamento do relacionamento de casais durante a transição para a parentalidade a partir do desenvolvimento e aplicação de intervenções pré natais de “baixa intensidade”

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste estudo randomizado controlado é feita referencia à construção de intervenções relacionada com as aulas pré-parto, neste caso cursos pré-natais constituídos por 5 sessões semanais de duas horas cada sessão. No grupo de intervenção foi adicionada uma sessão de 2h de forma a acondicionar a intervenção planeada.

Os temas da sessão correspondiam à promoção de expetativas realísticas acerca do tornar-se pai/mãe e o desenvolvimento de competências comunicacionais de forma a otimizar a resolução de problemas de forma eficiente.

Inicialmente os casais eram convidados a participar num exercício de grupo em que era explorado o dia na vida de um pai/mãe recente. Esta situação era facilitadora da discussão entre casais acerca das expectativas individuais de parentalidade, sendo depois abordada a comunicação e a prática de habilidades de resolução de problemas.

As mulheres que receberam a intervenção referiram menos deterioração na satisfação da relação, nos homens foi referido menor deterioração na comunicação entre o casal e uma melhoria no stress sentido após o nascimento do filho.

Referência Bibliográfica:

Daley-McCoy, C., Rogers, M., & Slade, P. (2015). Enhancing relationship functioning during the transition to parenthood: a cluster-randomised controlled trial. Archives Of Women's Mental Health, 18(5), 681-692. DOI:[10.1007/s00737-015-0510-7](https://doi.org/10.1007/s00737-015-0510-7)

Autor: Glavin, K., Tveiten, S., Økland, T. & Hjälmhult, E.
Ano: 2017
Título: Maternity groups in the postpartum period at well child clinics – mothers' experiences
Tipo de Artigo: estudo qualitativo
Objetivos: Explorar as experiências das mães como participantes em grupos de maternidade em clínicas de puericultura
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): entrevista
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: <p>Os autores referem que apesar das mães já terem uma rede de apoio social os grupos criados no período pós-parto foram bastante valorizados pelas novas mães. Foi referida a importância de os grupos serem constituídos por pessoas que residem na mesma área geográfica e por multíparas e primíparas pela possibilidade de haver aprendizagem com a experiência das outras mulheres. A idade semelhante dos filhos foi também referida como importante. O grupo deverá ser suficientemente pequeno para que as pessoas se conheçam, nomeadamente 5 a 6 elementos. Esta rede de apoio manteve-se durante anos, sempre tendo como foco os assuntos parentais.</p> <p>A partilha de conhecimentos, preocupações e alegrias com pessoas na mesma situação foi referido como importante sendo que a enfermeira promoveu o enquadramento do grupo. Foram referidos temas como o sono das crianças, alimentação e desenvolvimento infantil. As informações partilhadas pela enfermeira foram também consideradas importantes, nomeadamente acerca da amamentação, diversificação alimentar, principalmente pelo facto de haver uma fusão entre conhecimento e experiência, sendo que a informação foi sentida como credível. Foi referido pelas mães que na fase imediatamente após o parto foi quando sentiram maior necessidade de apoio e de alguém pois tinham imensas questões e um sentimento de insegurança. Os grupos de maternidade foram sentidos pelas mães como uma ferramenta de <i>coping</i> importante para a parentalidade.</p>

Referência Bibliográfica:

Glavin, K. , Tveiten, S. , Økland, T. & Hjälmhult, E. (2017), Maternity groups in the postpartum period at well child clinics – mothers' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26: 3079-3087. DOI:[10.1111/jocn.13654](https://doi.org/10.1111/jocn.13654)

Autor: Lefèvre, A., Lundqvist, P., Drevenhorn, E. & Hallström, I.
Ano: 2016
Título: Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want?
Tipo de Artigo: Estudo descritivo e comparativo.
Objetivos: O objetivo deste estudo foi descrever as experiências dos pais participantes nos grupos parentais organizados pelo serviço de saúde infantil sueco durante o primeiro ano de vida dos seus filhos
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Questionário de escolha múltipla com uma questão de resposta aberta.
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Este estudo reflete a opinião de um grupo de pais suecos relativamente aos grupos parentais organizados pelo sistema de saúde durante o primeiro ano de vida dos seus filhos. Os resultados referem que: <ul style="list-style-type: none">● Enfermeiras preparadas, empenhadas e bem informadas promovem sentimentos de confiança e segurança;● Os grupos permitem a partilha de opiniões, foram considerados relevantes, aumentando a sensação de segurança dos pais. Estes permitiram que se formassem ligações promotoras de apoio emocional e a discussão de situações com pessoas numa posição semelhante, sendo que alguns dos elementos estabeleceram relações que se mantiveram fora do contexto do grupo;● Algumas das temáticas consideradas importantes referem-se à comunidade e crianças, álcool, tabaco, drogas,-parentalidade, alegrias e dificuldades de ser pai, saúde, doença, desenvolvimento, segurança, prevenção de acidentes infantis e imunizações;● A maioria dos participantes refere que adquiriram conhecimentos acerca do desenvolvimento e necessidades infantis, mas não do suporte existente na comunidade para apoio de famílias com crianças e 40% refere que ganhou um conhecimento acerca das relações em geral.

Referência Bibliográfica:

Lefèvre, Å., Lundqvist, P., Drevenhorn, E., Hallström, I. (2016). Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want? *Journal of Child Health Care*, 20(1), 46–54. DOI:[10.1177/1367493514544344](https://doi.org/10.1177/1367493514544344)

Autor: Baldwin, S. & Kelly, P.
Ano: 2015
Título: Postnatal Depression: Don't reinvent the wheel
Tipo de Artigo: Artigo de revista de investigação, aplicação de uma ferramenta clínica
Objetivos: Este artigo discute o processo de desenvolvimento de um recurso inovador baseado em evidências que envolveu experiência profissional e envolvimento dos pais.
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Este trabalho refere-se à aplicação de uma ferramenta clínica denominada “ <i>Post natal depression wheel</i> ” e diz respeito a uma ferramenta para promover a discussão da depressão pós natal com os pais de uma forma informativa. Esta ferramenta pode ser adquirida online e aplicada na prática clínica por qualquer profissional. Os resultados obtidos da aplicação desta ferramenta referem que há uma promoção da discussão acerca da depressão pós natal de uma forma informativa e não ameaçadora, sendo fácil interativa e inovadora como recurso, tanto para os pais como para os profissionais, podendo também ser utilizada como uma ferramenta de ensino, providenciando informação e aconselhamento consistente e baseado na evidência, dando resposta às necessidades de saúde mental dos pais contribuindo para a melhoria da saúde pública.
Referência Bibliográfica: Baldwin, Sharin & Kelly, Patricia. (2015). Postnatal Depression: Don't reinvent the wheel. <i>Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association</i> . 88. Acedido a 13 de Outubro de 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26489251

Autor: Staehelina, K., Kurth, E., Schindlera, C., Schmid, M. & Stutza, E.
Ano: 2013
Título: Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care - results from a nested case-control study
Tipo de Artigo: case-control study
Objetivo: Identificar preditores de stress mental materno num ambiente de cuidados domiciliares de obstetrícia
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Não aplicável
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: <p>Este trabalho está relacionado com um conjunto de fatores de podem revelar uma predisposição para o desenvolvimento de alterações da saúde mental no período pós-parto. Os problemas relacionados com o choro do bebé e não viver com o companheiro são fortes preditores de stress materno enquanto que a multiparidade parece ser um fator protetor desse mesmo stress.</p> <p>Fatores associados com uma maior probabilidade de stress materno incluem uma faixa etária superior, níveis baixos de escolaridade, problemas mamários e de amamentação, preocupações relacionadas com o aumento de peso da criança, patologias neonatais, cuidados obstétricos durante a gravidez e ser mãe solteira. Uma diminuição da probabilidade de stress materno estão relacionados com mulheres de nacionalidade estrangeira (estudo Suíço), mulheres com trabalho a tempo inteiro antes da gravidez, mulheres que querem regressar ao trabalho depois do parto e mulheres que tiveram um parto num ambiente gerido por enfermeiras obstetras. O desemprego está associado a uma pior saúde mental materna.</p>
Referência Bibliográfica: <p>Staehelin, K., Kurth, E., Schindler, C., Schmid, M. & Stutz, E. (2013). Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care - results from a nested case-control study. <i>Swiss medical weekly</i>, 143, w138. DOI: 10.4414/smw.2013.13862</p>

Autor: Dahlberg, U., Haugan G & Aune I.
Ano: 2016
Título: Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period
Tipo de Artigo: estudo qualitativo
Objetivos: obter uma compreensão aprofundada das experiências das mulheres com os cuidados obstétricos e com visitas domiciliares durante o período pós-natal inicial
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Entrevista
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Entrevista aplicada a seis grupos de quatro mulheres seis semanas após o parto. Os resultados foram agrupados em três categorias: <ul style="list-style-type: none">● A importância da continuidade da relação:<ul style="list-style-type: none">○ A previsibilidade, a disponibilidade e a confiança que foi estabelecida com uma parteira que já era conhecida da mulher; permitiu um sentimento de segurança acabando por ser necessária menor informação e um follow-up mais tardio se esta relação teve início na gravidez;○ Em situações em que ocorreram desafios durante a gravidez-foi mais fácil abordar o assunto e as necessidades da mulher o que permitiu uma comunicação mais aberta e uma sensação de calma e confiança sentida pela mulher em relação à parteira, tornando a receptividade a aconselhamento maior;○ As mulheres entrevistadas sentiram que a disponibilidade da equipa de enfermagem do internamento pós-natal era baixa e as mesmas se apresentavam sempre muito ocupadas ao contrário da VD onde a sensação de disponibilidade transmitida pela enfermeira permitiu que fossem colocadas mais questões, principalmente acerca da amamentação e dos cuidados ao bebé;○ A existência de uma relação prévia permitiu que por vezes bastasse um contacto telefónico para satisfazer as necessidades daquela mulher;○ Quando era sabido pela mulher que quem iria realizar a VD era um elemento com a qual não haviam estabelecido uma relação prévia era sentido um desinteresse pelo profissional que se iria apresentar perante elas uma vez que não havia uma relação pessoal. Esta situação levou a uma diminuição da

vontade de partilha de informações que não fossem estritamente-necessárias, o que impossibilitou o estabelecimento de uma comunicação.

- A importância da comunicação pós parto:
 - Foi referida uma necessidade de falar sobre a experiência do parto por parte da mulher, contudo esta vontade era preferencial quando a parteira foi a mesma que esteve presente durante o parto uma vez que era sentida uma maior facilidade de comunicar acerca dos aspetos emocionais relacionados com essa experiência;
 - Não foi sentida recetividade por parte das enfermeiras do internamento pós-parto para falar acerca da experiência de parto e do pós-parto propriamente dito sendo essa conversa sentida pelas mulheres como stressante e apressada e geralmente imediatamente antes da alta;
 - Por outro lado, a conversa acerca do pós-parto realizada no domicílio trouxe à mulher uma maior sensação de importância uma vez que já conhecia a enfermeira responsável por esse contacto;
 - Nas situações em que a mulher geriu positivamente a situação do parto sentiu necessidade de ser reconhecida por isso;
- Vulnerabilidade no pós-parto:
 - Foi referido pelas mulheres uma vulnerabilidade nos dias seguintes ao parto relacionada com os desafios da parentalidade e com o processo de amamentação o que levou a uma sensação de insegurança e instabilidade emocional, havendo uma necessidade de se confirmar de que essa era uma situação normal e que estava tudo bem com ela e com o bebé. Nestas situações foi sentida uma necessidade de maior acompanhamento domiciliário
 - Foi sentida uma necessidade de ter algo a dizer em relação ao momento da alta mais adequado quer para diminuir ou aumentar o tempo de permanência no hospital;
 - Foi referida, também, a necessidade de poder contactar o hospital durante a noite para-aconselhamento, se necessário.

Referência Bibliográfica:

Dahlberg, U., Haugan, G. & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*. 39.
DOI:[10.1016/j.midw.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003).

Autor: Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P. & Hammar, L.
Ano: 2015
Título: ‘Paddling upstream’: Fathers’ involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers
Tipo de Artigo: Estudo qualitativo descritivo
Objetivos: Descrever as perspetivas das mulheres grávidas e pais sobre o envolvimento dos mesmos durante a gravidez
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Entrevista
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Neste trabalho acerca do envolvimento paterno durante a gravidez foram identificadas cinco categorias relativamente à participação dos pais: <ul style="list-style-type: none">● Tentar participar:<ul style="list-style-type: none">○ Os pais tentaram participar na gravidez de formas diferentes, o facto de não se conseguir ver o bebé fez com que estar totalmente envolvido fosse mais difícil para o pai;○ Uma das formas de tentar participar era acompanhar a grávida às consultas com a <i>midwife</i> como uma forma de demonstrar apoio. Contudo na maioria dos casos este não se sentiu bem recebido nas consultas uma vez que toda a comunicação era dirigida para a mulher;○ Outra forma de participação foi a presença nas ecografias o que lhes permitia tornar a gravidez mais real para ambos. Foi descrita a existência de um laço entre o casal que fortaleceu a relação durante estes momentos e que permitiu que o homem vivenciasse a gravidez de uma forma diferente e com um maior sentimento de responsabilidade face à preparação para o acontecimento do parto.● Tentar ser compreensivo:<ul style="list-style-type: none">○ Foi descrito pelos pais que a gravidez fez com que olhassem para a companheira de forma diferente e que se preocupassem mais com ela do que anteriormente, nomeadamente houve uma tentativa de tentar compreender a irritação ou um comportamento estranho por parte da mulher uma vez que o mesmo era descrito;

- Quando o pai tinha sucesso em perceber e anteceder as necessidades da sua mulher acabava por fazer com que a mesma se sentisse feliz e com esperança para o futuro.
- Tentar aprender:
 - Os homens tentaram preparar-se aprendendo acerca da gravidez, parto e parentalidade.
 - Participação nas visitas das *midwives*, CPPN, cursos diversos relacionados com o tema. A participação em cursos permitiu-lhes partilhar opiniões com outros pais;
 - A participação nos CPPN permitiu aquisição de conhecimentos práticos e a oportunidade de conversar acerca do TP, respiração e exercícios de relaxamento;
 - Uma das principais fontes de conhecimento para os homens eram as suas companheiras seguido de outras pessoas com filhos ou a pesquisa na internet, livros e jornais.
- Tentar ser uma influência calmante:
 - Tentar acalmar a ansiedade da mãe era uma das formas que os homens encontravam para tentar participar. Tentaram tranquilizar a companheira ao discutir situações, preocupações e medos com elas, bem como recorrendo ao abraço como estratégia calmante;
- Tentar ter uma vida equilibrada:
 - Muitas das vezes o homem, com aceitação da companheira, dava prioridade a trabalho, principalmente no caso de casais com mais filhos, assumindo assim para si responsabilidades de suporte da família o que geralmente provocava uma diminuição do tempo passado conjuntamente.

Referência Bibliográfica:

Widarsson, M. , Engström, G. , Tydén, T. , Lundberg, P. & Hammar, L. (2015), 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*. 24: 1059-1068.
DOI:[10.1111/jocn.12784](https://doi.org/10.1111/jocn.12784)

Autor: Pålsson, P., Persson, E., Ekelin, M., Hallström, I. & Kvist, L.

Ano: 2017

Título: First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation

Tipo de Artigo: estudo qualitativo fenomenológico

Objetivos: Descrever as experiências dos pais (primeiro filho) na preparação pré-natal em relação aos desafios encontrados no período inicial da paternidade.

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Entrevista

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste estudo qualitativo fenomenológico foram descritas pelos autores três categorias face às experiências dos pais pela primeira vez nos CPPN:

- Adquirir conhecimento e formar expectativas realistas:
 - Cuidar do bebê na saúde e na doença são alguns dos conhecimentos que os pais referiram necessidade, assim como informação básica como o banho do bebê, necessidades e sinais do bebê, padrões de sono e posições de dormir;
 - Foi referido que uma *checklist* de coisas a comprar para o bebê deveria ser fornecida;
 - A amamentação foi vivida como mais desafiadora do que o esperado pelo que sentiram a necessidade de informação mais realista que permitisse mais informação e preparação, tendo como foco a resolução de problemas para que se sentissem mais bem preparados e proporcionar apoio à mulher;
 - Foi sentida uma pressão excessiva relativamente à “obrigatoriedade da amamentação”, contudo não foi abordada a quantidade e frequência de alimentação do bebê;
 - Foi referida a importância da abordagem relativamente às alterações de foco do casal para o bebê o que poderia representar uma influência na vida conjugal e sexual do casal;
 - O impacto do bebê no sono e na vida do pai foi algo que eles não imaginaram como tal consideraram que foi bom estarem preparados para a quantidade de tempo que iam necessitar nos cuidados ao bebê.

- Uma compressão das suas próprias emoções e das emoções da companheira foi algo que consideraram bastante importante e referiram que a depressão durante a gravidez e no período pós-natal são consideradas um tabu, mas que devem ser abordadas uma vez que a vinculação e o tornar-se pai é algo que requer tempo e adaptação e, assim sendo, de ser preparado e conversado;
- Desenvolver estratégias:
 - Tornar-se pai é uma mudança de vida com novas demandas e com menos tempo para si próprio pelo que é necessário um ajuste de prioridades, sendo que essa situação nem sempre é bem-vinda pelos pais;
 - Sentimentos de frustração e de insegurança podem surgir na quando não se consegue satisfazer as necessidades do bebé pelo que uma das estratégias que sugerem é o foco tarefa a tarefa e a capacidade de pedir ajuda à companheira;
 - Foi também referida a necessidade de lidar com expectativas externa e internas do que é ser bom pai e do que é considerado correto. A realização de atividades que permitam a antecipação da chegada do bebé foi uma estratégia referida que permitiu uma preparação mental para a chegada iminente do bebé real;
 - A comunicação entre o casal é referida como crucial na preparação tanto para prevenir como para resolver problema. Ter um plano conjunto, estar atento às preferências e expectativas do outro foi experienciado como uma boa estratégia;
- Ser facilitado e apoiado:
 - As aulas em grupos parentais permitiram uma oportunidade para reflexão. Para alguns pais era visto como uma forma de obter informação baseada em factos num intervalo de tempo adequado, para outros a possibilidade de conhecer e discutir assuntos com pessoas numa situação semelhante. É sugerido por estes um grupo de tamanho limitado, com sessões suficientes para permitir o estabelecimento de relações, com pais de primeira vez e com pais com mais filhos bem que fossem convidados pais externos ao grupo para partilhar experiências.

- Foi referido que por vezes os resultados encontrados na internet podem ser pouco fidedignos levando a locais com experiências negativas e criando maior preocupação do que conforto;
- A falta de experiências anteriores faz com que haja uma maior dificuldade em perceber o que precisam de saber e, como tal, na capacidade de formular questões. Desta forma consideram que a *midwife* deverá guiar a informação para aquilo que é importante e relevante em cada fase. Esta é vista como um elemento de conhecimento e confiança;
- Foi reforçada a importância de que a preparação parental se devia focar no pós-parto com informação e trino prático durante a estadia no hospital ou logo após a alta, sendo eu as informações apresentadas devem ser simples e concisas com sugestões de locais onde poderá ser encontrada mais informação. A utilização de informação escrita não foi apreciada.

Referência Bibliográfica:

Pålsson, P., Persson, E., Ekelin, M., Kristensson Hallström, I., & Kvist, L. (2017). First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*, 50, 86-92. DOI:[10.1016/j.midw.2017.03.021](https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.021)

Autor: Barimari, M. & Vikström, A.
Ano: 2015
Título: Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity.
Tipo de Artigo: Estudo qualitativo
Objetivos: Explorar as formas pelas quais os pais obtêm apoio de profissionais de saúde no período pós-parto inicial e compreender como o apoio dos pais está relacionado com a continuidade gestão, informativa e relacional
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Entrevista
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Neste trabalho é referido que a noção dos pais em relação ao suporte no pós-parto refere-se à gestão de informação e continuidade relacional; <ul style="list-style-type: none">● Gestão da continuidade:<ul style="list-style-type: none">○ Receber aconselhamento consistente – foi referido um sentimento de frustração quando o aconselhamento recebido não era consistente, sendo a maior preocupação relacionada com a amamentação.○ Saber a quem perguntar – é referida a importância da comunicação cara-a-cara por facilitar a possibilidade da continuidade, sendo que receber respostas rapidamente, sentir-se confortável a colocar questões, receber respostas a várias questões e ser capaz de questionar sobre qualquer assunto é crucial para os pais. A amamentação e dor nas lesões perineais são dos maiores problemas referidos pelos mesmos.○ Ter acesso quando necessário – o acesso a conteúdo escrito não foi satisfatório para os pais, reforçando a importância da importância do contacto via telefónica ou a possibilidade de retornar ao local do internamento se necessário. Os profissionais de saúde tiveram um efeito transmissor de calma e compaixão numas situações e noutras demonstraram falta de disponibilidade, stress, um apressar do com contacto e falta de escuta pelos mesmos.○ Sentir-se confiante e seguro com várias opções – o saber que existem várias opções onde procurar ajuda é securizante para os pais.

- Continuidade de informação:
 - Receber informação sobre autogestão da mãe e do bebé – receber informação que permitisse aos pais gerirem sozinhos os seus problemas foi significativo, principalmente no caso da amamentação. A informação recebida no internamento de pós-parto foi significativa para a gestão dos problemas em casa, quer relacionados com a mãe (amamentação) quer com o bebé (cuidados ao cordão, troca de fraldas, banho, infeções, segurança infantil, sono e gestão do choro).
 - Participar no planeamento da alta – foi importante para os pais que fosse verificado que tudo estava orientado antes da alta nomeadamente a amamentação e o estado do períneo. Muitas vezes foi sentido que a informação transmitida no momento da alta não era clara e não ia de encontro à receptividade dos pais.
 - Receber informação capacitadora – informação que aumente a autoconfiança dos pais e que ajude a que os mesmos não se culpabilizem pelas situações mais complicadas é importante. Reforçar que tudo decorre de acordo com a normalidade e oferecer informação que ajude os pais a lidar com as suas dúvidas e problemas foi também referido.
- Continuidade relacional:
 - Cuidados consistentes – regressar ao internamento de puerpério se necessário ou para falar sobre a experiência de parto assim como reestabelecer contacto com a equipa que realizou o acompanhamento da gravidez foi referido como importante. Foi também referido pelos pais que a quantidade de momentos de acompanhamento foi reduzida e que as VD são ferramentas promotoras de uma experiência positiva e segura.
 - Confiança numa pessoa específica – ter uma pessoa de referência que tem conhecimento de toda a situação e com quem foi estabelecida uma relação é extremamente positivo.

Referência Bibliográfica:

Barimani, M. & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*. Aug;31(8):811-7.

DOI: [10.1016/j.midw.2015.04.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009)

Autor: Danbjørg, D., Wagner, L., Kristensen B. & Clemensen, J.
Ano: 2015
Título: Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge
Tipo de Artigo: intervenção seguida de estudo qualitativo.
Objetivos: Explorar de que forma os pais experimentaram o uso de telemedicina após alta precoce do hospital (ou seja, 24 horas após o parto), investigando se consideram que as suas necessidades pós-natais são consideradas e se eles experimentam ou não uma sensação de segurança e autoeficácia parental
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): aplicação interativa e entrevista.
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: As principais conclusões deste trabalho são que: <ul style="list-style-type: none">● Informação oportuna promove sentimentos de controlo, suporte e tranquilização – a alta precoce por vezes não permite que informação importante seja retida. Foi aceitável informação escrita desde que a mesma fosse oportuna. A informação era automatizada, mas permitiu simultaneamente uma sensação de individualização. As mulheres sentiram que havia pouca informação sobre a recuperação pós-parto. Foi referido que a aplicação teria sido útil se aplicável à gravidez. A existência de links permitiu a procura de informação relacionada, colmatando uma série de dúvidas. Apenas 2 das 42 mães sentiram que as mensagens eram stressantes e pouco claras.● A tecnologia fornece uma forma acessível de informação e de suporte aos novos pais – a apresentação de informação via digital foi, aparentemente, mais acessível do que aquela em papel. A aplicação permitia a consulta de informação através de vídeos que poderiam ser vistos e revistos sempre que oportuno, sendo esta forma comparada pelos pais à comunicação cara-a-cara.● Informação escrita assíncrona oferece uma forma acessível de procurar informação após a alta – a aplicação permitia conversação por chat, facilitando a acessibilidade aos profissionais de saúde. A possibilidade de escrever e

questionar no momento permitiu que os pais se lembrassem melhor das dúvidas e receios. A possibilidade de enviar fotografias reduziu a necessidade de procura de atendimento hospitalar. A utilização desta aplicação permitiu que os pais tivessem melhor acesso à equipa de saúde e que fossem mais autónomos.

Referência Bibliográfica:

Danbjørg, D., Wagner, L., Kristensen B. & Clemensen, J. (2015). Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge. *Midwifery*. Jun;31(6):574-81. DOI: [10.1016/j.midw.2015.02.007](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.007)

Autor: Sigurðardóttir, V., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., Gottfreðsdóttir, H.

Ano: 2019

Título: Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences

Tipo de Artigo: Estudo qualitativo, retrospectivo, com análise de conteúdo colhido através de questões semiestruturadas

Objetivos: Explorar a experiência e preferências das mulheres ao abordar a sua experiência de parto numa clínica especializada em obstetrícia

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Questionário semiestruturado, com questões abertas, aplicado a todas as mulheres que recorreram aos serviços de uma determinada clínica no período de 2006-2011.

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Este trabalho foca-se na atividade de uma clínica que oferece serviços que permitem à mulher rever a sua experiência de parto. Os autores deste trabalho referem que as razões mais comuns para procurar ajuda estão relacionadas com uma experiência de parto negativa, ansiedade relacionada com um parto próximo e/ou não se sentir em controlo durante o TP.

Das respostas das 125 participantes são de destacar dois temas 1 – “nos meus termos”, com três subtemas – “ser reconhecida”, “ouvir é primordial” e “mapear o desconhecido”; e 2 – “seguir em frente”.

1. **“Nos meus termos”:** refere-se à escolha do prestador, conteúdo, momento e local para a partilha da experiência por parte da mulher, sendo que cerca de metade das mulheres gostaria de ter sido entrevistada pela enfermeira obstetra que esteve presente no parto. Por outro lado, algumas mulheres enfatizaram que a entrevista deveria ser feita pela enfermeira obstetra que prestou cuidados no acompanhamento pré-natal ou pós-natal, ou uma enfermeira obstetra de um grupo de aconselhamento especializado ou um obstetra. 24 mulheres referem que o tempo ideal para discutir a experiência do parto foi uma semana após o mesmo, 58 referem que o ideal seria quatro a seis semanas depois do mesmo e 31 prefeririam que tivesse ocorrido após as seis semanas pós-parto. A maioria

das mulheres referiu que a entrevista deveria ter ocorrido muito antes da data em que ocorreu. Um terço das participantes refere que gostariam de ter tido mais entrevistas ou a possibilidade de acompanhamento. Relativamente ao local onde ocorreu a entrevista, a maioria das participantes, refere que o regresso ao local do parto despoletou emoções difíceis, contudo, foi reconhecido pelas mesmas que essa situação foi importante para o seu processo de recuperação. Foi também referido pelas participantes a importância da flexibilidade do conteúdo da entrevista e das expectativas e necessidades serem reconhecidas.

- **“ser reconhecida”** – o reconhecimento de uma experiência de parto negativo é importante para muitas mulheres e estas querem ser convidadas para rever essa experiência nos seus termos, de acordo com as suas necessidades individuais e contexto cultural.

- **“ouvir é primordial”** – a maioria das participantes refere que falar sobre a experiência de parto foi útil e que o reconhecimento da sua experiência e perspectiva com compreensão e sem julgamento teve uma importância de especial relevo, principalmente se foi sentido que a enfermeira obstetra explorou as emoções de uma forma empática, neutra e com respeito, sendo que, o contrário (falta de escuta ativa) foi considerada como negativa para o processo de cura.

- **“mapear o desconhecido”** – a importância de uma informação detalhada e individualizada acerca do parto e de como gerir o seu bem-estar durante o mesmo foi fundamental para as participantes.

2. **“Seguir em frente”**: as participantes referem que ao poderem expressar-se livremente, serem realmente ouvidas e ter um retrato geral do parto sentiram-se aliviadas e que poderiam seguir em frente com a sua vida. O atingir níveis mais elevados de confiança e de reconciliarem com a sua experiência de parto foi determinante para desenvolverem a capacidade de seguirem em frente com as suas vidas.

Referência Bibliográfica: Sigurðardóttir, V., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., Gottfreðsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: A content analysis of women’s preferences. *Midwifery*. Volume 69, 29-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>

Autor: Tichelman, E., Peters, L., Oost, J., Westerhout, A., Schellevis, F., Burger, H., Noordman, J., Berger, M., Martin, L.

Ano: 2019

Título: Addressing transition to motherhood, guideline adherence by midwives in prenatal booking visits: Findings from video recordings

Tipo de Artigo: Estudo observacional transversal de visitas pré-natais gravadas

Objetivos: Avaliar se e como as enfermeiras obstetras nos cuidados de saúde primários aderem às diretrizes abordando a transição para a maternidade na primeira consulta pré-natal e em que medida houve uma diferença na abordagem da transição para a maternidade entre mulheres nulíparas e múltíparas

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Gravação em vídeo de visitas pré-natais.

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste estudo estiveram incluídas 18 enfermeiras obstetras e foram realizados 191 vídeos. A idade média das mulheres incluídas foi de 29 anos, 46% eram nulíparas, 48% tinham formação diferenciada e 8% não eram originárias da Holanda. Em 70% das situações o parceiro acompanhou as mulheres nas visitas pré-natais. A duração média das visitas foi de 45 minutos e a idade gestacional média correspondeu às 8 semanas à data da gravação.

- Abordar a transição para a maternidade – em cada visita pelo menos um dos tópicos de transição para a maternidade foi abordado, sendo que os tópicos mais frequentemente abordados dizem respeito a “criação de laços mãe-bebé” e o menos frequente diz respeito ao tema “suporte pelos amigos e família”. O tópico “fantasiar com o bebé” surgiu em 37% das visitas. Na grande maioria das visitas os tópicos “gravidez desejada”, “experiência da ecografia ou palpação abdominal” e “preparação prática” foram abordados.
- Técnicas comunicacionais utilizadas – A abordagem à temática “transição para a maternidade” foi feita maioritariamente por questões fechadas e por iniciativa da mulher. As técnicas mais usadas foram a “continuidade das visitas” e “demonstração verbal de empatia

Referência Bibliográfica: Tichelman, E., Peters, L., Oost, J., Westerhout, A., Schellevis, F., Burger, H., Noordman, J., Berger, M., Martin, L. (2019). Addressing transition to motherhood, guideline adherence by midwives in prenatal booking visits: Findings from video recordings. *Midwifery*. Volume 69, 76-83. **DOI:** <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.021>

Autor: Olander, E., Aquino, M., Chhoa, C., Harris, E., Lee, S., Bryar, R.
Ano: 2019
Título: Women's views of continuity of information provided during and after pregnancy: A qualitative interview study.
Tipo de Artigo: estudo qualitativo
Objetivos: Avaliar dois aspetos da continuidade da informação, primeiro, as informações passadas pela parteira para a visitadora de saúde sobre a mulher e bebé antes que a mesma se encontre com a mulher após o nascimento e, em segundo lugar, a consistência das informações recebidas pelas mulheres por parte desses dois profissionais de saúde
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): entrevista
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: Neste estudo qualitativo foram entrevistadas 29 mulheres (com um parto há menos de 12 meses, capazes de ler e falar inglês, mais de 18 anos e com cuidados pré e pós-natais em Inglaterra), sendo a média de idade 33 anos, a maioria a residir em área urbana, sendo a idade média das crianças os 5 meses. Das 29 mulheres, 19 eram primíparas, a maioria com gravidezes de baixo risco, contudo com algumas complicações pós-parto (hemorragia pós-parto, diabetes gestacional, hipertensão, depressão e ansiedade). A maioria das crianças não tiveram qualquer tipo de problema relacionado com o parto, contudo três desenvolveram situações problemáticas (pneumonia, reanimação e quinto cerebral). Das entrevistas realizadas foram identificados dois temas preponderantes: 1. Sentimento de não ser ouvida: este tema refere-se à informação que a mulher percebeu como tendo sido transmitida entre a enfermeira obstetra e o visitador domiciliário acerca dos cuidados à criança e inclui quatro subtemas – experiência da mulher relativamente à informação transmitida acerca dela e do bebé pela enfermeira obstetra ao visitador; priorização da informação; preocupações relacionada com a informação partilhada e percepção dos benefícios da partilha de informação.

a. experiência da mulher relativamente à informação transmitida acerca dela e do bebé pela enfermeira obstetra ao visitador – as mulheres entrevistadas referem que tinham pouco conhecimento acerca de como era realizada a transmissão de informação havendo em muitas situações a dúvida se a mesma tinha sequer ocorrido uma vez que tinham que repetir a mesma informação diversas vezes, sendo que esta transmissão de informação é vista pelas mulheres como uma continuidade de cuidados;

b. priorização da informação – as mulheres participantes referiram a importância de transmitir informação pertinente entre os prestadores de cuidados, nomeadamente situações relacionadas com a saúde mental, condições/doenças crónicas, detalhes relacionados com o parto ou situações em que, por algum motivo, ocorreu uma interrupção da gravidez;

c. preocupações relacionadas com a informação partilhada – a maioria das mulheres sentiu-se confiante acerca da forma como a informação foi partilhada entre prestadores de cuidados;

d. perceção dos benefícios da partilha de informação – um dos maiores benefícios referidos relativamente à partilha de informação pertinente prende-se com não ser necessário repetir a mesma informação de forma repetida, uma vez que esta situação poderá ser emocionalmente difícil, especialmente para aquelas que experienciaram um parto complicado. A partilha de informação é também vista como uma ferramenta que permite aos profissionais de saúde serem mais eficientes na prestação de cuidados sendo também visto como um elemento facilitador para o desenvolvimento de uma relação entre a mulher e os profissionais. O cuidado flexível e individualizado, onde as necessidades da mulher são compreendidas é grandemente valorizado.

2. **Informação recebida pela mulher:** este tema refere-se à experiência das mulheres em relação à informação que lhes é transmitida pelos profissionais de saúde e faz parte da experiência da continuidade de cuidados. Informação consistente sugere que há uma partilha de informação entre os vários profissionais de saúde, o que pode ser útil e encorajador. Este tema é constituído por dois subtemas sendo eles a experiência de receber informação consistente e sugestões para assegurar uma transmissão de informação consistente.

a. Experiência de receber informação consistente – receber informação consistente influenciou positivamente a confiança nos profissionais de saúde;

- b. Sugestões para assegurar uma transmissão de informação consistente – algumas das sugestões passam por encontros entre os diferentes profissionais de saúde ou o treino de acordo com as mesmas *guidelines* para que a informação fornecida pudesse ser consistente e congruente.

Referência Bibliográfica: Olander, E., Aquino, M., Chhoa, C., Harris, E., Lee, S., Bryar, R. (2019). Women's views of continuity of information provided during and after pregnancy: A qualitative interview study. *Health and Social Care in the Community*. 27:1214–1223. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12764>

Autor: Midtsund, A., Litland, A., Hjälmhult, E.
Ano: 2018
Título: Mothers' experiences learning and performing infant massage-A qualitative study
Tipo de Artigo: estudo qualitativo
Objetivos: Explorar a experiência relacionada com a aprendizagem da massagem infantil entre mães que estão a atravessar um período de insegurança e <i>stress</i> na transição para a maternidade
Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): entrevista com análise de conteúdo qualitativa
Resultados Significativos para a questão de pesquisa: <p>Este artigo foi baseado num grupo de trabalho denominado “<i>Mamma Mia</i>”, que é um grupo de intervenção proposto a mulheres que se encontram com dificuldade na transição para a maternidade. Este grupo é liderado por enfermeiras de CSP especializadas em promoção da saúde e cuidados preventivos e que são instrutoras certificadas pela <i>International Association of Infant Massage</i>. Este grupo tem duração de 6 semanas, com encontros semanais e organizados em duas partes, sendo que a primeira corresponde a um curso de massagem infantil ministrado às mães e a segunda parte é constituída por um conjunto de tópicos com o objetivo de educar e facilitar a troca de experiências entre as mães.</p> <p>O grupo de mulheres entrevistadas foi constituído entre junho e dezembro de 2016, com mulheres entre os 27-41 anos, com crianças entre os 1-7 meses de idade, todas elas a coabitar com o companheiro e todas com educação superior.</p> <p>Da análise das entrevistas realizadas surgiram quatro categorias:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Apreciar a estrutura</u>: foi referida a importância de o curso ser bem organizado e previsível pela mãe, permitindo que estas tivessem estes momentos de pausa para elas e para os bebés. A massagem permitiu que os bebés ficassem mais calmos o que influenciou a capacidade de as mães relaxarem promovendo a sua própria calma o que influenciava o relaxamento do bebé. O ambiente adequado,

as características pessoais dos elementos facilitadores e o envolvimento dos mesmos foram referidos como importantes. Foi referido que a continuidade dentro do grupo foi essencial, sendo que elementos novos criavam uma perturbação na dinâmica do mesmo.

2. Promover a autoestima e a autoconfiança: a técnica de massagem, de acordo com as mães, permitiu-lhes alcançar determinados benefícios. Expressões como “sentir-se capaz e confiante” descreveu a forma como as mulheres se sentiram durante as sessões de massagem infantil. Estas descreveram também sentimentos de segurança e positividade.
3. Ligação com o bebé: as mães referiram uma convecção com os bebés durante a massagem infantil, recorrendo a esta como uma ferramenta para a criação de laços com o filho. As mulheres que experienciaram dificuldades relacionadas com a amamentação, cólicas e/ou bebés inquietos referiram dificuldades na criação de laços com o seu filho, sendo que a massagem infantil ajudou a estabelecer uma relação mais profunda com o bebé.
4. Descobrir a presença do bebé: as mulheres experienciaram que a massagem infantil lhes permitiu aproveitar o momento com o seu filho, enfatizando a possibilidade de, naquele momento, os bebés receberem a atenção exclusiva da mãe, para além de permitir uma forma de comunicação com o bebé quando estas não sabiam como o fazer.

Referência Bibliográfica: Midtsund, A., Litland, A., Hjälmhult, E. (2018). Mothers' experiences learning and performing infant massage - A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28(10). DOI: [10.1111/jocn.14634](https://doi.org/10.1111/jocn.14634)

Autor: Johansson, M., Li, T. & Wells, M.

Ano: 2019

Título: Mothers' experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care - A cross-sectional study

Tipo de Artigo: estudo transversal

Objetivos: Descrever as experiências das mães em relação a um novo modelo pós-natal baseado em cuidados obstétricos

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável): Questionário

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste trabalho foram realizados 180 questionários online a mães entre os 25-35 anos de idade, de origem sueca, com grau de escolaridade superior, a residir com o companheiro e com um número de filhos compreendidos entre 1 a 6. Neste modelo de cuidados domiciliários pós-natais as mulheres e filhos receberam alta precoce e os contactos pós-natais propostos foram contactos telefónicos, visitas domiciliarias e visita ao hospital.

Mais de metade das mulheres receberam alta num período compreendido entre 6-12h pós-parto enquanto as restantes receberam alta até 48h após parto. A maioria das mulheres que receberam alta 6-12h pós-parto eram múltiparas.

A maioria das mulheres considerou o momento que recebeu alta como o mais favorável e a razão mais significativa que motivou esta vontade prende-se com a possibilidade de juntar os irmãos o mais depressa possível. No caso em que não foi possível realizar a alta quando as mães o desejavam prendeu-se com a necessidade de realizar exames pediátricos aos RN. Sete das mulheres entrevistadas preferiram uma estadia mais longa no hospital apenas se houvesse possibilidade de ocupar um quarto familiar, caso não fosse possível preferiam alta antecipada. Houve também preferência por uma estadia mais longa no caso de maior necessidade de informação e/ou apoio na amamentação.

Todas as participantes foram contactadas por telefone por uma enfermeira obstetra de 1-7 vezes após alta o que levou a um grande nível de satisfação por parte das mesmas.

Os contactos telefónicos eram utilizados para planeamento de contactos presenciais, aconselhamento relacionado com a amamentação, sono e bem-estar emocional.

A maioria das participantes considerou que as questões colocadas eram relevantes e eu se sentiam livres de colocar as suas dúvidas. Uma das participantes teve uma experiência menos positiva uma vez que a mesma questão lhe foi colocada por diferentes enfermeiras obstetras em situações diferentes. A abordagem das enfermeiras obstetras foi descrita, na sua maioria como, agradável, cuidadosa, maravilhosa, respeitadora, amável e profissional. Estas sentiram-se ouvidas e não apressadas enquanto recebiam o apoio pós-natal que necessitavam. As participantes sentiram-se seguras durante os contactos telefónicos e apreciaram que o primeiro contacto tivesse sido realizado no dia a seguir à alta do hospital. Sentiram-se cuidadas e suportadas durante as chamadas e seguras por saber que iriam ser contactadas.

Relativamente às visitas quase todas as participantes tiveram entre 1-3 visitas durante a primeira semana pós-natal. Foi sentido por parte das participantes que a duração das visitas era adequada às suas necessidades, independentemente do tempo necessário. O apoio à amamentação adequada às condições habitacionais foi valorizado. O estado nutricional dos RN foi avaliado através da avaliação ponderal, análises sanguíneas e características da pele, bem como a avaliação da involução uterina materna. A abordagem da enfermeira obstetra foi sentida como empática, responsiva, de suporte, amável, profissional, calorosa e amigável, tendo sido valorizado bastante o conceito de ter uma VD após a alta.

Nas visitas ao hospital estava envolvida a equipa multidisciplinar (pediatras, enfermeiras obstetras, ortopedistas, fisioterapeutas e ginecologistas), sendo que as mulheres participantes sentiram-se bastante satisfeitas com estes contactos. Quando a experiência foi positiva foi descrita como bem organizada, efetiva, flexível e com tempo suficiente. Quando a experiência foi menos positiva as mulheres referiram a necessidade de coordenação nos cuidados e/ou a possibilidade de ser oferecida antes uma VD.

Quando os contactos com os profissionais foram vistos como negativos as participantes descreveram que os mesmos se encontravam com níveis de stress aumentados, informação contraditória e que não houve um envolvimento do pai do recém nascido, sendo que, de forma geral, os contactos no hospital foram apreciados.

Assim, e tendo em conta a informação recolhida, 74.7% dos participantes escolheram o “*postnatal home-based model of midwifery care*” como a melhor opção de cuidados nesta área específica.

Referência Bibliográfica: Johansson, M., Li, T. & Wells, M. 2019.

Mothers’ experiences in relation to a new Swedish postnatal home-based model of midwifery care - A cross-sectional study. *Midwifery*. Nov 78:140-149.

DOI: [10.1016/j.midw.2019.07.010](https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.010)

Autor: Johansson, M. & Li, T.

Ano: 2019

Título: Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences - A cross-sectional study

Tipo de Artigo: estudo transversal quantitativo com estudo clínico randomizado

Objetivos: Descrever e comparar a uniformidade nas experiências de nascimento de casais quanto à qualidade dos cuidados de obstetrícia durante o parto

Instrumento/s de colheita de dados utilizado/s (Se aplicável):

Resultados Significativos para a questão de pesquisa:

Neste estudo foram selecionadas 1020 mulheres nulíparas que posteriormente foram distribuídas aleatoriamente em diversas posições de parto ou banco de parto. Destas 1020 foram incluídas 209 no estudo final conjuntamente com os seus respetivos parceiros, resultando de uma totalidade de 418 indivíduos.

A maioria dos participantes apresentavam uma idade entre os 25 e os 35 anos de idade e, significativamente mais pais do que mães apresentavam uma idade superior a 35 anos. A maioria dos participantes era nascido na suécia, residiam conjuntamente e a gravidez tinha sido planeada. Significativamente mais mães do que pais completaram ciclos de estudos superiores.

Tanto os pais como as mães referiram que a experiência de parto tinha sido muito positiva.

A maioria das mães estão preocupadas que o parto deverá ser o mais seguro possível e não provocar sentimentos de stress ao bebé, por outro lado os pais estão preocupados com a saúde da mãe.

Os casais com experiências de parto inferiores a positivas responderam de forma uniforme que os cuidados de enfermagem obstétrica foram de qualidade insuficiente.

A prestação de um apoio contínuo durante o TP melhora os resultados para as mulheres e crianças incluindo o aumento dos partos vaginais espontâneos, menos duração do TP e menos sentimentos negativos relacionados com a experiência de parto.

Independentemente da experiência de parto os pais sentiram-se incapazes de responder às necessidades de suporte da mulher durante o TP apesar das mesmas se sentirem apoiadas por estes. Apesar da inclusão dos pais nas sessões de preparação para o parto e parentalidade torna-se evidente que a informação de que este é o elemento mais importante de apoio da mulher está a falhar. Uma forma de tentar corrigir esta situação poderá passar por tentar prestar cuidados intraparto centrados na mulher e família, onde os prestadores de cuidados de saúde vão, autenticamente, promover uma abordagem holística e uma abordagem que permita capacitar os pais a suportar as companheiras.

A perceção de controlo durante o parto está relacionada com a capacidade individual de lidar com esta situação, sendo que o apoio da enfermeira obstetra potencia a capacidade do casal de lidar com o TP. Sentir-se fora de controlo pode levar a uma experiência de parto traumática.

O suporte promovido pela enfermeira obstetra no período intraparto é facilitador do processo de TP, melhora os resultados do parto, melhora a autoestima e a identidade, promovendo uma base para a transição para a parentalidade. Quando a enfermeira obstetra permanece fisicamente perto do casal durante o TP ela proporciona apoio emocional, o qual é reconhecido por potenciar os sentimentos de segurança e de se ser cuidado.

Referência Bibliográfica: Johansson, M. & Li, T. 2019.

Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences - A cross-sectional study. *Women Birth*. Jun 32(3):213-220.

DOI: [10.1016/j.wombi.2018.08.163](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.163)