



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

Relatório de Estágio

**O Papel do Enfermeiro Obstetra
no Empoderamento do Companheiro para Apoiar
a Mulher no Trabalho de Parto**

Vanda Sofia Sutre Cerdeira

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

**O Papel do Enfermeiro Obstetra
no Empoderamento do Companheiro para Apoiar
a Mulher no Trabalho de Parto**


Vanda Sofia Sutre Cerdeira

Orientador: Prof.^a Esmeralda Maria Batalha Henriques Afonso

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“ Quando um casal está motivado por um desejo sincero de partilhar cada aspecto da experiência da gravidez e do parto, o envolvimento do marido vai acentuar a aliança que já tinha sido formada. (...) e entrar juntos numa nova fase da vida”

(Colman & Colman, 1994, p.158)

AGRADEÇO...

De uma forma especial à Professora **Esmeralda Afonso**, pela sua disponibilidade, apoio, orientação e aconselhamento durante o meu percurso de aprendizagem possibilitando assim o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À EEESMO **Ana Paula Barradas** cujas palavras são poucas para todo o conhecimento transmitido, disponibilidade demonstrada, incentivo para prosseguir e apoio em todo o decorrer do ensino clínico, que culminou na elaboração deste relatório.

A todos os **profissionais de saúde** dos diversos ensinamentos clínicos pelo acolhimento, colaboração, partilha de saberes e apoio dedicados.

Ao meu **marido e filhos** que foram a minha fonte de inspiração, perseverança, apoio e coragem para seguir em frente e conseguir concretizar o meu sonho.

Aos meus **pais, irmã e avó** pelo carinho, força, apoio incondicional e sacrifícios realizados, com que me brindaram nesta minha caminhada profissional e pessoal.

À EEESMO **Isabel Dias** que sempre presentou com os seus saberes, disponibilidade, apoio e motivação.

Aos meus **colegas de especialidade** que me acompanharam e participaram neste percurso.

E, a todas as pessoas que de diversas maneiras tiveram um contributo importante para alcançar mais esta etapa profissional.

...A MINHA SINCERA GRATIDÃO!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação Batimentos Córdio-Fetais
AFU	Altura do Fundo Uterino
APPT	Ameaça de Parto Pré Termo
APEO	Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
BP	Bloco de Partos
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica
CPPP	Curso de Preparação Para a Parentalidade
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTG	Cardiotocografia
DR	Diário da República
EC	Ensino Clínico
ER	Estágio com Relatório
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FCF	Frequência Córdio - Fetal
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HTA	Hipertensão Arterial
ICM	International Confederation of Midwives
LA	Líquido Amniótico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
Prof^a	Professora
REBA	Rotura Espontânea da Bolsa de Águas
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém- Nascido
RPM	Rotura Prematura de Membranas
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SNS	Serviço Nacional de Saúde

SUOG	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
TP	Trabalho de Parto
UC	Unidade Curricular
UNICEF	United Nations Children's Fund
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

RESUMO

Serve o presente relatório para descrever, analisar e refletir o percurso de aprendizagem para o desenvolvimento das competências do enfermeiro obstetra, no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório”. Para a concretização das mesmas, foram delineados como objetivos a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/parturiente/feto/recém-nascido inseridos na família e comunidade no período pré-natal, trabalho de parto, pós-parto e à mulher que vivencia processo de doença ginecológica. Também, na reflexão de um desejo consciente que proporcionasse um caminho para o desenvolvimento das competências do enfermeiro obstetra, a temática de interesse elegida foi: O papel do enfermeiro obstetra no empoderamento do companheiro para apoiar a mulher no trabalho de parto.

Presentemente, a gestação não é exclusivamente vivida pela mulher grávida mas, pelo casal onde experienciam um conjunto de emoções e expectativas que irão ser lembradas. Atualmente atesta-se na evidência científica que a presença e a participação ativa do companheiro nos diferentes estádios do trabalho de parto, deve ser um reflexo de uma decisão consciente e decidida pelo casal, conferindo inúmeros benefícios para todos os envolvidos no processo de nascimento. Assim, considero a temática pertinente e atual, contribuindo para a autonomia e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, enquanto futura enfermeira obstetra, proporcionando ao companheiro uma aprendizagem adequada às suas necessidades e apoiando-o na aplicação das habilidades adquiridas para o apoio efetivo à mulher no trabalho de parto.

O cuidado transpessoal de Jean Watson surge como modelo conceptual eleito para nortear o pensamento e o cuidado em enfermagem, contemplando a reciprocidade entre o enfermeiro obstetra, companheiro, mulher/grávida e parturiente, desenvolvendo no profissional competências pessoais, sociais e morais, em que o cuidado holístico está presente nas intervenções de enfermagem desenvolvidas.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem, Empoderamento do Companheiro, Apoio à parturiente

ABSTRACT

The present report serves to describe, analyze and reflect the learning path for the development of the skills of the obstetrician nurse, within the scope of curricular unit of "Internship with Report". To achieve this, objectives were outlined to provide specialized nursing care to the woman/parturient/fetus/newborn inserted in the family and community in the prenatal period, labor, post childbirth and to women experiencing the process of gynecological disease. Also, on reflection of a conscious desire which would provide a path for the development of skills of the obstetrician nurse, the subject matter of interest that was elected was: The role of the obstetrician nurse in empowering the companion in supporting the woman in labor.

Nowadays, the gestation is not exclusively experienced by the pregnant woman but, by the couple where they experience a range of emotions and expectations that will be remembered. Scientific evidence currently attests that the presence and active participation of the partner in the different stages of labor, should be a reflection of a conscious decision and decided by the couple, giving countless benefits for everyone involved in the birth process. Therefore, I consider the issue relevant and current contributing to autonomy and development of technical skills, scientific and relational, as future obstetrician nurse, providing the companion a suitable learning appropriate to their needs, supporting him in implementing the skills for effective support to the woman in labor.

Jean Watson's transpersonal care comes up with a conceptual model elected to guide the thoughts and care in nursing, contemplating the reciprocity between the obstetrician nurse, companion, woman/pregnant woman and parturient, developing in the professional personal, social and moral skills, in which holistic care is present in developed nursing interventions.

Key Words: Nursing Care, Companion empowerment, Support to parturient.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. O envolvimento do companheiro no trabalho de parto	17
1.2. O cuidado de enfermagem no empoderamento do companheiro para o trabalho de parto	20
2. O CAMINHO PARA UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA	24
2.1. O cuidado de enfermagem à mulher/família no serviço de Urgência obstétrica/ginecológica	24
2.2. O cuidado de enfermagem à mulher/família durante o TP	34
2.3. O cuidado de enfermagem no empoderamento do companheiro no apoio à mulher no TP	43
3. METODOLOGIA DE TRABALHO	47
3.1. Revisão da literatura	48
3.1.1. Resultados obtidos	51
3.2. O estado da arte analisado na prática clínica ER	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE - Apresentação dos Quadros dos Artigos Seleccionados para a Revisão da Literatura

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos	49
Tabela 2. Descritores utilizados, respetiva combinação e total de artigos	50
Fig. 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos	50
Gráfico 1. Presença ou não de pessoa significativa no TP (n=67)	53
Gráfico 2. Número de companheiros que estiveram ou não presentes nos diversos momentos da gravidez (n=49)	54
Gráfico 3. Percentagem de companheiros com informação acerca do tema (n=49)	55
Gráfico 4. Perceção dos companheiros a quem prestei cuidados acerca da sua participação no TP (n=49)	59
Gráfico 5. Satisfação das parturientes que cuidei relativamente à sua experiência de parto (n=49)	60

INTRODUÇÃO

O presente relatório é referente à Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pretende ser um documento reflexivo, avaliativo e que possa ser submetido a discussão pública para a obtenção do grau de mestre.

O ER decorreu no período compreendido entre 3 de Março e 10 de Julho de 2015, no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, perfazendo no total 750 horas de Ensino Clínico (EC).

Para a concretização deste documento, a reflexão e a análise crítica foram uma presença efetiva no decurso da práxis clínica. Assim, o presente relatório visa analisar e avaliar o percurso formativo realizado durante o EC ER e o desenvolvimento de um projeto individual de uma temática atual e pertinente, principiada noutros contextos clínicos efetuados ao longo do curso. No caminho educativo para uma intervenção especializada, esta foi fundamentada nos objetivos delineados, descrição das atividades realizadas e nos resultados obtidos, que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências enquanto futura enfermeira obstetra.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE 2015), citando a International Confederation of Midwives (ICM 2013), o enfermeiro obstetra é reconhecido como o “profissional e responsável, que trabalha em conjunto com as mulheres para lhes dar o apoio necessário e os conselhos e cuidados essenciais durante a gravidez, parto e período pós-parto” (OE, 2015, p. 11). Também, de acordo com a ICM (2013), o enfermeiro obstetra possui os “ (...) conhecimentos e competências necessários (...) que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade (...) ” (ICM, 2013, p.3).

Contemplando a saúde da mulher /feto/recém-nascido (RN) inseridos na família e comunidade, e em concordância com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Regulamento nº 127/2011), defini como finalidade para o EC ER, desenvolver competências na prestação de

cuidados de enfermagem durante o período pré-natal, trabalho de parto (TP), período pós-natal, bem como em processos de saúde/doença ginecológica.

Para o desenvolvimento das competências preconizadas para o EC e atendendo às necessidades pessoais de aprendizagem, defini os seguintes objetivos:

Objetivo 1: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, que vivenciam processos de doença ginecológica ou em situação de risco materno-fetal e que recorre ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica.

Objetivo 2: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/casal, nos diferentes estádios do TP e ao RN, promovendo a vinculação e a transição para a parentalidade, adaptação do RN à vida extra uterina e a deteção precoce de complicações da díade.

Objetivo 3: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam o empoderamento do companheiro para o apoio à sua mulher no trabalho de parto.

Este último objetivo está diretamente relacionado com o projeto de estágio iniciado na UC de Opção, no 1º ano do curso, onde me propus desenvolver a temática relacionada com o papel do enfermeiro obstetra no empoderamento do companheiro para apoiar a mulher no TP.

Na escolha dessa temática, procurei congregar o interesse pela mesma, motivação e inovação, da qual o resultado traduzisse uma necessidade identificada, como sendo pertinente para a qualidade dos cuidados prestados à mulher/casal durante o TP. Na realização da pesquisa bibliográfica deparei-me com dificuldades em encontrar literatura referente ao tema em estudo: os artigos encontrados reportam-se sobretudo à parentalidade, perceção, sentimentos e experiência da puérpera no TP, relacionados com o acompanhamento do companheiro e os benefícios que a sua presença gera para o casal, filho e equipa de saúde. Também Garcês (2011), na sua tese de mestrado, refere que a maioria da literatura encontrada se centra na dinâmica da figura materna, sendo que a perspetivação do pai/companheiro tem merecido pouca atenção. As autoras Shibli-kometiani e Brown (2012), também

mencionaram a carência de estudos de investigação sobre o papel do pai, análise das suas percepções e experiências no processo do TP.

Historicamente, o parto era apenas vivido pela mulher no domicílio e acompanhado por um grupo social e familiar feminino da parturiente, nomeadamente a mãe, vizinhas e mulheres experientes, que auxiliavam durante o TP. De fato, ao homem, não era reconhecido o direito de ver nascer o seu filho e/ou participar em todo o processo que envolvesse o nascimento. Mas, todavia, esta prática ao longo das últimas décadas tem vindo a ser alterada. Atualmente assiste-se a um número crescente de pais que desejam assistir ao TP e/ou nascimento de um filho, bem como, permanecer junto da mulher, para participar ativamente na vivência desta singular experiência.

Foram vários os autores, que mencionaram que a presença do companheiro no BP traz inúmeros benefícios e vantagens para todos os intervenientes no processo de nascimento, nomeadamente uma “redução do uso de ocitocina, durante o trabalho de parto” (Bruggemann *et al.*, 2005, p. 1323). Também, Tomeleri *et al.* (2007) citando Hotimsky (2002), referem que a presença do pai durante o TP “facilita a formação de vínculos precoces entre pai e bebé, (...) a violência doméstica contra crianças, o abandono familiar e/ou a delinquência juvenil” (Tomeleri *et al.*, 2007, p. 498). Para a Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) e Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009), o apoio contínuo à mulher durante o parto trás muitas vantagens, nomeadamente, “uma menor utilização de analgesia farmacológica; uma diminuição no número de partos vaginais instrumentais, assim como o número de cesarianas e um aumento de partos vaginais espontâneos; as mulheres sentem-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto” (FAME e APEO, 2009, p 74). Garcês (2011) citando Alexandre e Martins (2009), refere que a participação do pai/companheiro é benéfico para o casal e fortalece o vínculo familiar. Para Hodnett (1989), citado por Alves e seus colaboradores (2013), alguns dos resultados positivos da presença de um acompanhante incluem uma “diminuição da percepção negativa da mulher sobre a experiência do nascimento, redução da duração do trabalho de parto, (...) e diminuição do número de recém-nascidos com apgar menor que cinco” (Alves *et al.*, 2013, p.154).

Na sequência das implicações que a institucionalização e medicalização do parto tiveram para a mulher/família, foram efetuados vários esforços, no sentido de restituir a humanização durante o TP, nomeadamente no que respeita ao acompanhamento da parturiente. Por exemplo, em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um “guia prático de assistência ao parto normal” aconselhando, entre outros aspetos, o livre acesso de um acompanhante escolhido pela mulher para participar durante o TP e parto, por “considerar um acontecimento familiar” (OE e APEO, 2012, p.20). Neste sentido para a promoção de um parto humanizado, torna-se pertinente o encorajamento e a participação de um acompanhante, direito salvaguardado pela legislação portuguesa, apoiar e respeitar o casal nas suas decisões e expectativas, promover e facultar medidas adequadas às necessidades e individualidades da díade (Motta e Crepaldi 2005; Moura *et al.* 2007; Cavalcante *et al.* 2007; Moreira *et al.* 2009; Dodou *et al.* 2014; Francisco *et al.* 2015).

Para melhor orientar a temática em estudo, foi necessário contextualizar a mesma com base num pensamento em enfermagem, essencial para desenvolver aptidões como futura enfermeira obstetra, no âmbito da promoção de competências do companheiro para apoiar a mulher durante o TP.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson surge como um interessante desafio na arte do cuidar da parturiente/casal durante o TP. A escolha deste modelo conceitual deveu-se à identificação pessoal e profissional com os valores preconizados, designadamente a sensibilidade para com o próprio e para com os outros, o cuidar holístico como um ideal de enfermagem e por último, a preocupação pela preservação da humanidade e dignidade.

Estruturalmente, o presente trabalho encontra-se dividido em quatro pontos. O ponto 1 refere-se ao enquadramento teórico que fundamenta e versa a temática principal desenvolvida nos diversos contextos clínicos realizados ao longo do CMESMO. No ponto 2 apresento uma descrição simples e objetiva do caminho para uma intervenção especializada, procedendo à descrição das inúmeras atividades realizadas ao longo do EC ER, bem como, as competências desenvolvidas através de uma análise crítica e reflexiva. No ponto 3, faço uma alusão à metodologia de trabalho, abordando a revisão da

literatura, com a finalidade de adquirir a melhor evidência científica acerca do tema desenvolvido e o estado da arte obtido durante a realização da prática clínica do ER. No ponto 4, termino com uma apreciação global dos contributos obtidos durante a prática clínica ER, no desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira obstetra, sob a forma de reflexão final/considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Historicamente, o parto era vivido pela parturiente como um acontecimento fisiológico natural, no domicílio, acompanhada pelos diversos elementos femininos do seu grupo social e familiar e por uma parteira reconhecida na comunidade pela sua experiência e sem domínio da evidência científica. Efetivamente, Caires (2012), salienta que, ao homem, não era reconhecido o direito de ver nascer o seu filho nem de participar ativamente em todo o processo que envolvesse o nascimento. Este cenário foi evidenciado até ao início do século XX (Motta *et al.* 2005; Moura *et al.* 2007; Santana *et al.* 2012).

Sobretudo após a segunda guerra mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materno-infantil e com o crescente progresso da tecnologia, o parto passou a ser institucionalizado e medicalizado (Santos *et al.* 2011; Santana *et al.* 2012; Gregório *et al.* 2012). Este processo implicou mudanças do paradigma na vivência do TP ao ser utilizado o modelo tecnicista de assistência à mulher grávida, submetida às rotinas hospitalares, afastada da família e num ambiente desconhecido (Tomeleri *et al.* 2007; Gregório *et al.* 2012). A grávida deixou de ser protagonista no processo de nascimento, causando sentimentos de medo, ansiedade e insegurança tornando-a “fragilizada, suscetível a experiências negativas, impedida de conduzir seu próprio parto de forma natural” (Gonzalez *et al.*, 2012, p. 311).

Na procura incessante de modificar essa realidade, iniciou-se um movimento internacional no sentido de restituir a humanização durante o TP, baseada na evidência científica, para devolver ao processo de nascimento uma prática natural, respeitando a individualidade e todas as “dimensões biológicas, psicológicas e sociais da parturiente” (Santana *et al.*, 2012, p. 107).

Segundo o documento *Care in normal birth: a practical guide* (WHO, 1996), no ano de 1985, realizou-se uma reunião à escala mundial com a participação de vários países, onde emergiram uma série de recomendações no apoio ao parto normal (WHO, 1996). Nesse mesmo documento consta que, na sequência dessa reunião, a OMS elaborou, em 1996 um guia prático de assistência ao parto normal, onde aconselha, como uma das muitas medidas

de humanização do nascimento, o livre acesso de um acompanhante elegido pela mulher para participar durante o TP (WHO, 1996).

Concordando com Prado (1991), humanizar o nascimento, é “adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, à família envolvida (...). A técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas”.

1.1. O envolvimento do companheiro no trabalho de parto

A entrada do pai no BP, surgiu nos países desenvolvidos, entre famílias nucleares urbanas, com a finalidade de “recuperação da afetividade, da valorização da mulher e do resgate da referência familiar, perdidos na passagem do parto domiciliar para a assistência hospitalar” (Carvalho, 2003, p. 390). Também, Garcês (2011) menciona os diversos fatores que contribuíram para o envolvimento do companheiro durante a gravidez, TP e parto, designadamente as mudanças sociais, culturais, familiares e as atitudes dos profissionais de saúde no incentivo da participação destes em todo o processo.

Atualmente assiste-se a um número crescente de pais/companheiros que desejam estar presentes durante o TP e nascimento de um filho, não como simples espetadores, mas particularmente para participarem ativamente na vivência desta experiência única.

Apesar das políticas de proteção à parentalidade existentes no nosso País, muitos homens ainda vivem momentos de grande sobrecarga emocional gerada por algumas entidades patronais, que lhes dificultam o apoio e acompanhamento da sua mulher durante a gravidez e no TP, constatando-se muitas vezes que uma “reduzida flexibilidade na relação trabalho/casa e o receio de serem prejudicados a nível profissional leva à não reivindicação dos direitos” (Rodrigues *et al.*, 2010, p 6). Apesar dessas mesmas dificuldades, os pais/companheiros estão cada vez mais empenhados em fazer valer os seus direitos parentais, desde o início da gestação até ao culminar do nascimento dos filhos. Também, Colman e Colman (1994) afirmaram que o parto “é o culminar da gravidez” e, como tal, a experiência da gestação deveria terminar “tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher” (Colman e Colman, 1994, p. 152).

Em Portugal, em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o encorajamento e a participação de um acompanhante, independentemente do tipo de união com a parturiente, ao longo da gravidez e TP é salvaguardada pela Lei nº 15 de 21 de Março de 2014, que entretanto revogou a Lei nº 14/85 de 6 de Julho (acompanhamento exclusivamente no estabelecimento público de saúde). Ao pai/companheiro tem sido atribuído um estatuto de grande relevo na responsabilização relativa às questões da parentalidade e, no exercício da mesma, esta deverá compreender todas as fases do TP, independentemente do tipo de parto. Assim sendo, no dia 19 de Abril de 2016, foi publicado no Diário da República nº 76, 2ª série, o Despacho nº 5344-A/2016 de 14 do mesmo mês, da Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, do XXI Governo Constitucional, que estabelece as medidas e os procedimentos necessários do ponto de vista da segurança da mulher grávida/parturiente e da criança para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para presenciar o nascimento de uma criança por cesarina.

Diversos estudos evidenciam benefícios e recordações positivas quanto à presença do companheiro ao longo do TP quer para o casal, quer para o RN, e equipa de saúde. Morais e Almeida (2013) fazem alusão que o papel de incentivador por parte do companheiro é o preferencial na ajuda à mulher ao longo do processo de nascimento e consideram que o acompanhamento da parturiente possibilita uma diminuição da ansiedade e proporciona segurança e confiança à mulher. Os mesmos autores consideram que o papel do companheiro se deve centrar “nas medidas de conforto e toque ajudando a mulher a descentrar-se da dor e a seguir os métodos não farmacológicos de controlo da dor” (Morais e Almeida, 2013, p.45). Para Caires *et al.* (2012), a participação efetiva do companheiro no TP é crucial, pois este adquire uma maior consciência da sua importância na partilha do momento do nascimento, promove o fortalecimento dos laços familiares e aumenta o seu grau de significância na realização do seu papel de pai.

Rodrigues e seus colaboradores (2010) mencionam que é importante que o companheiro ajude a mulher em todas as etapas do TP, proporcionando-lhe apoio físico, psicológico, carinho e também pode ser um elo de ligação

entre a parturiente e a restante equipa de saúde, na interpretação das suas necessidades e desejos. Tomeleri *et al.* (2007) citando Hotimsky (2002), referem que a presença do pai/companheiro durante o TP facilita o vínculo precoce entre o pai e o bebé, previne situações futuras de violência doméstica, de delinquência infantil e de abandono familiar. Bruggemann *et al.* (2005) mencionam que o suporte prestado à mulher pelo companheiro durante o TP está associado a uma “redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento” (Bruggemann *et al.*, 2005, p. 1323). Para a FAME e APEO (2009), o “apoio contínuo da mulher durante o parto (...) está associado a: uma menor utilização de analgesia farmacológica; uma diminuição no número de partos vaginais instrumentais, assim como do número de cesarianas e um aumento de partos vaginais espontâneos; as mulheres sentem-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto” (FAME e APEO, 2009, p 74). Carvalho *et al.* (2009) salientam que a presença do acompanhante contribui “para uma amamentação mais duradoura e conseqüentemente diminui a incidência do desmame precoce” (Carvalho *et al.*, 2009, p. 129). Garcês (2011) citando Alexandre e Martins (2009), refere que a participação do companheiro durante o TP é benéfico para o casal e fortalece o vínculo familiar.

A presença do companheiro durante o TP deve ser reflexo de uma decisão consciente e tomada pelo casal. Esta decisão deve ser promovida e valorizada, com a finalidade de proporcionar segurança emocional, encorajamento, apoio e conforto, beneficiando a saúde da mulher, do casal e do RN. Esta tomada de decisão implica que o companheiro deve ser preparado para compreender e cooperar ao longo deste processo, de modo a poder fazê-lo com tranquilidade e possibilitando-lhe um maior envolvimento durante este período.

1.2. O cuidado de enfermagem no empoderamento do companheiro para o trabalho de parto

A intervenção do enfermeiro obstetra deverá ser baseada num modelo conceptual, que o ajudará na identificação de todos os processos vivenciados ao longo do ciclo de vida da mulher, companheiro e família inseridos na comunidade, bem como, no apoio para o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados especializados. A Teoria Transpessoal de Watson (2002) destaca a prática do cuidado, como sendo interpessoal, para a satisfação das necessidades humanas, a promoção da saúde e o crescimento individual e familiar, fundamentada nos valores humanistas. Este modelo teórico é baseado em 7 pressupostos e 10 fatores do cuidar, que abordam o cliente numa perspetiva holística e consideram o cuidado como o “atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade” (George, 2000, p. 254).

Também, Silva *et al.* (2010) citando Watson (1985), referem que o cuidado transpessoal se sobrepõe ao modelo tecnicista onde o processo de cura é o único valorizado. Contudo, este modelo teórico “não menospreza e nem deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico para o cuidado ao paciente [mas] complementa e amplia o aspeto social e espiritual” (Silva *et al.*, 2010, p. 549). Assim, contemplando a reciprocidade e as relações interpessoais entre o enfermeiro obstetra, o companheiro e a parturiente, cabe a este profissional de saúde o dever de apoiar e proteger a díade, assente numa tomada de decisão fundamentada nos conhecimentos científicos. E, ao casal competem “experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável” (Silva *et al.*, 2010, p. 550).

Durante o processo de nascimento, a parturiente pode experienciar momentos de intensa emoção, marcados por “sentimentos e sensações, tais como, medo, angústia, alegria, tristeza e alívio de diferentes formas desde a contenção até à expressão de sensações físicas e emocionais” (Motta e Crepaldi, 2005, p.2). A vivência do TP como uma fase de grande intensidade física e emocional, constitui um momento em que a parturiente necessita de

apoio e compreensão para encará-lo o mais naturalmente possível. De igual forma, o companheiro também vive momentos de elevada carga emocional, como o medo, a sensação de impotência e frustração perante a dor da sua companheira, tensão, preocupação, ansiedade, impaciência, alegria, amor, afeto, entre outros... (Carvalho *et al.* 2009; Morais *et al.* 2013). Para Watson (2007), o cuidado está intimamente ligado ao conforto físico, tão necessário nesse evento que ocorre na vida do casal, mas também ao conforto emocional dos protagonistas do processo de nascimento, valorizando os seus sentimentos, ansiedades e insegurança. Assim sendo, o casal carece de cuidados e cabe ao enfermeiro obstetra a implantação de estratégias assistenciais o “mais precoce possível (...) a fim de contribuir para minimização da ansiedade do casal durante o nascimento” (Carvalho *et al.*, 2009, p. 130).

A presença do companheiro no BP e o seu envolvimento no processo de nascimento, começa com a “gravidez, transcorre o parto e se prolonga no pós-parto” (Carvalho *et al.*, 2009, p. 128). Neste sentido, o acompanhante “necessita do apoio e colaboração dos profissionais de saúde na condução adequada da assistência à mulher” (Moura *et al.*, 2007, p. 453). Este, ao ser incluído como um interveniente ativo nos cuidados prestados à grávida/parturiente durante a gravidez e o TP, surge como um novo desafio para os enfermeiros obstetras, que deverão incentivar e facilitar a sua integração no processo de acompanhamento da mulher, ajudando-o a desempenhar um papel de suporte efetivo, com a finalidade de promover a mudança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Importa salientar que cabe ao enfermeiro obstetra, incentivar o companheiro a aproximar-se dos serviços de saúde, nomeadamente nas consultas de vigilância da gravidez, nos serviços de medicina materno – fetal e nos cursos de preparação para a parentalidade (CPPP). Estas práticas irão proporcionar ao companheiro momentos excelentes de partilha de experiências, a tranquilidade e segurança necessárias, assim como a aquisição de competências e saberes para ajudar a mulher durante o TP, permitindo-lhe uma maior envolvimento e “oportunidade de acompanhar mais de perto e de uma forma activa o nascimento do seu filho” (Carvalho *et al.*, 2009, p. 126).

Para Pousa (2013), a presença do companheiro no CPPP é importante para a aquisição de saberes e competências, bem como, uma excelente fonte de informação e de conhecimentos acerca de todo o processo que envolve a gravidez, TP e puerpério. Também, o apoio dos profissionais torna-se fundamental para os “ajudarem a perceber qual a sua função e de como poderiam ajudar a mulher durante o trabalho de parto” (Pousa, 2013, p.50). Desta forma, é essencial o papel do enfermeiro obstetra, que deverá proporcionar e transmitir ao companheiro toda a informação necessária, orientando-o nas atividades em que poderá participar e que poderá desenvolver, para o capacitar na aprendizagem de habilidades.

Também Gonzalez, *et al.* (2012), referem que a preparação do companheiro ao longo de todo este processo cria “um vínculo de confiança com os envolvidos no processo, (...) valorizando seus próprios conhecimentos e experiências” (Gonzalez *et al.*, 2012, p. 5). Segundo o documento de consenso para a FAME e APEO (2009), “as parteiras, nas consultas de vigilância da gravidez e/ou nos programas de educação para a maternidade proporcionam informações ou implementam sessões específicas para os companheiros para que assumam um papel activo no parto, realizando um trabalho de acompanhamento” (FAME e APEO, 2009, p. 73).

Moura *et al.* (2012) referem que cabe ao enfermeiro obstetra, estabelecer uma boa comunicação e interação com o casal num clima de confiança e compreensão, informando-os sobre a evolução e os procedimentos a serem realizados durante a gestação e o processo de nascimento. Para Gonzalez *et al.* (2012), a “equipa de saúde é de extrema importância, para a inserção, interacção e orientação do acompanhante, fazendo com que este saiba desempenhar seu papel, bem como os benefícios da sua presença” (Gonzalez *et al.*, 2012, p.4). Ainda, George (2000) citando Watson (1979), refere que criar e desenvolver um relacionamento de ajuda e confiança, permite alcançar uma relação de harmonia e uma comunicação eficaz, crucial para o cuidar transpessoal.

Já Collière (1989) citado por Couto (2003) refere que as competências do enfermeiro se situam na “mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, (...), para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade,

visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos (...) de que dispõe” (Couto, 2003, p.30). Ao enfermeiro, é atribuído um papel fundamental em facultar ao companheiro uma aprendizagem adequada às suas necessidades e apoiá-lo para conseguir aplicar os conhecimentos adquiridos, de forma a envolver-se e sentir-se útil ao longo de todo o processo do TP.

Os enfermeiros obstetras têm um papel primordial a realizar durante o período da gestação e posteriormente no TP. Para Watson (2002), o cuidar está sempre presente na prática de enfermagem e vai procurar no enfermeiro capacidades a nível pessoal, social, moral e espiritual, da qual a sua função “na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002, p.54).

2. O CAMINHO PARA UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA

Para Heesben (2000), os cuidados de enfermagem são “compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo das vinte e quatro horas do dia” (Heesben, 2000, p.47).

Assim, neste capítulo pretendo descrever, analisar e refletir acerca das situações experienciadas, das atividades desenvolvidas e estratégias utilizadas ao longo do EC, articulando e mobilizando com os conhecimentos adquiridos transversalmente ao longo do curso e com a melhor evidência científica, para assim, fundamentar o caminho para uma intervenção especializada e para a melhor tomada de decisão tendo em vista consolidar as boas práticas.

Estruturalmente, nos dois primeiros subpontos (2.1 e 2.2), irei descrever, analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas alusivas ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro obstetra no cuidado à mulher/família, que vivencia processos de saúde/doença ginecológica e à mulher grávida/família no âmbito da saúde materna e obstétrica. No subponto 2.3, relativo ao cuidado especializado no empoderamento do companheiro no apoio à mulher no TP irei descrever, analisar e refletir sobre a práxis experienciada nos diversos ensinamentos clínicos e dando preferência à prática clínica exercida na UC ER.

2.1. O cuidado de enfermagem à mulher/família no serviço de urgência obstétrica/ginecológica

O enfermeiro obstetra é um profissional com competências na prestação de cuidados especializados à mulher/grávida, família e comunidade que vivenciam processos de doença ginecológica/situação de risco materno-fetal. Na presença efetiva de todos os intervenientes, torna-se imperativo laborar para a mudança, oferecendo cuidados de qualidade baseados na melhor

evidência disponível, devendo a procura de conhecimentos atualizados ser uma constante para o especialista.

Neste subponto (2.1) começo por descrever e analisar os cuidados desenvolvidos à mulher que vivenciou processos de doença do foro ginecológico e que recorreu ao serviço de urgência ginecológica. Depois irei descrever e analisar os cuidados desenvolvidos à grávida/família que vivenciaram situações de risco materno-fetal e que recorreram ao serviço de urgência obstétrica.

Urgência ginecológica

O profissional assume um papel fundamental na prestação de cuidados seguros e diferenciados na área da saúde ginecológica, no planeamento familiar, sexualidade, climatério e menopausa. Importa também, compreender a singularidade de cada mulher/casal/família, a forma como integra e perspetiva a vigilância da sua saúde, por forma a desenvolver intervenções personalizadas, mobilizando conhecimentos e recursos adequados.

Ao longo do EC, prestei cuidados de enfermagem especializados do foro ginecológico a 11 mulheres, contribuindo para a promoção da saúde, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, como recomendado pelo regulamento de competências nº 127/2011, que rege o exercício profissional do enfermeiro obstetra.

As metrorragias, infeções vaginais, gravidez ectópica, aborto retido e espontâneo, foram as situações mais frequentes que levaram as mulheres a recorrerem à unidade hospitalar.

No serviço de urgência ginecológica é realizada a triagem de Manchester pelo enfermeiro obstetra. Sublinho a importância e o benefício para as utentes relativamente à presença do citado enfermeiro, pois considero ser o elemento mais habilitado em termos de competências e conhecimentos dos processos de saúde/doença ginecológica, fomentado pelo seu vasto saber técnico-científico, permitindo conceber, planear, implementar e avaliar

intervenções de enfermagem melhorando a qualidade dos cuidados e promovendo a saúde.

Durante o EC, inicialmente senti algumas dificuldades na realização da triagem, por ser um procedimento que requer prontidão, dinamismo, sistematização e tomada de decisão relativa à priorização dos cuidados de saúde a prestar. Tive a oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar sob supervisão e, com o evoluir da prática clínica, as dificuldades iniciais acabaram por se dissipar, alcançando a autonomia de trabalho no SUOG.

Num ambiente de privacidade estabeleci com a mulher e família uma relação empática, de confiança e disponibilidade privilegiando os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão. Também o planeamento, implementação, avaliação e o registo das intervenções estiveram sempre patentes nos cuidados assistenciais, garantido a continuidade e a excelência dos mesmos.

Após o acolhimento da mulher/família era realizada, de forma criteriosa, a anamnese (antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e os motivos da vinda ao SUOG). A avaliação inicial, parâmetros vitais e observação física foram primordiais para a monitorização das alterações fisiológicas, psicológicas e avaliação do risco de futuras complicações.

Perante as situações de aborto e pós-aborto, os cuidados diferenciados passavam essencialmente por promover a privacidade do casal, mostrar disponibilidade, compreender a comunicação não-verbal (muito presente na ocorrência destas situações), estabelecer uma escuta ativa, permitindo a verbalização das suas tristezas, angustias e medos. Com estes cuidados pretendi, fundamentalmente, estabelecer uma relação terapêutica com a mulher/casal e família para uma assistência que “proporciona conforto, apoio, confiança e segurança física e emocional” (Caron *et al.*, 2002, p. 487).

Há que lembrar que os cuidados de enfermagem assentam num carácter multidimensional em que, na intervenção do educador, está sempre presente o nível cultural, religioso, crenças, obstáculos e resistências sociais. É nesta relação educativa com a mulher e sua família, que deve assentar a tónica dos cuidados de enfermagem, em que os enfermeiros obstetras são elementos educadores e formadores no seio da equipa multidisciplinar. Segundo o ICM

(2013), “as parteiras ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável” (ICM, 2013, p.6). Deste modo e procurando ir ao encontro da teórica Jean Watson (2002), que considera a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal como um dos 10 fatores de cuidado, importa salientar que ao longo deste EC, foram muitos os momentos de educação para a saúde vivenciados, considerando que o enfermeiro obstetra tem um papel primordial neste âmbito. Baseada na evidência científica, informei, apoiei, orientei, aconselhei e validei a informação facultada à mulher/família de forma a promover uma independência saudável, equilibrada, bem como, a promoção da sua saúde ginecológica e a adoção de estilos de vida saudáveis.

De igual forma, sempre que oportuno, procurei abordar temas que considerei pertinentes designadamente: métodos contraceptivos, rastreios ginecológicos (nomeadamente a importância do auto - exame da mama e do rastreio do cancro do colo do útero) e incentivar a manutenção da vigilância ginecológica.

Também na preparação para a alta, houve sempre o cuidado de orientar e encaminhar a mulher para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), informando as mesmas acerca dos recursos disponíveis na comunidade, bem como, relembrar a família acerca da importância da sua envolvimento na recuperação desta.

Considero compreender a importância fundamental que o enfermeiro obstetra tem no cuidar a mulher e família que vivenciam processos de saúde/doença ginecológica, de forma a potenciar a sua saúde através da educação, do conhecimento técnico-científico, minimizando o impacto que a doença origina na mulher e no seu ciclo de vida familiar, social, profissional e cultural. Nesta perspetiva, a OE afirma que, compete a este profissional promover a saúde, prevenir a doença, realizar o diagnóstico precoce de complicações e proceder ao respetivo tratamento no cuidado à mulher e família que vivenciam processos de saúde/doença ginecológica (Regulamento nº 127/2011, p. 8666). Também, o ICM defende que o enfermeiro obstetra “tem uma tarefa importante no aconselhamento e formação para a saúde, não só

junto da mulher, como no seio de toda a família e da comunidade” (ICM, 2013, p.2).

O processo de aprendizagem saiu mais enriquecedor, pelos momentos reflexivos e de análise crítica, beneficiando no desenvolvimento das competências do enfermeiro obstetra, na área de Ginecologia.

Urgência obstétrica

De seguida, irei descrever e analisar os cuidados desenvolvidos à grávida/família que vivenciaram situações de risco materno-fetal e que recorreram ao serviço de **urgência obstétrica**.

A gravidez é uma etapa do ciclo de vida da mulher caracterizada por complexas transformações físicas, psicológicas, sociais, familiares e económicas. Sendo um período adaptativo, e em consonância com a capacidade que a grávida tem de enfrentar estas mesmas alterações, poderão ocorrer potenciais problemas, com repercussões significativas para a saúde da mãe.

No regulamento das competências específicas atribuídas ao enfermeiro obstetra, a este compete cuidar da “mulher inserida na família e comunidade durante o pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento nº 127/2011, p. 8663). Da mesma forma, a ICM considera o enfermeiro obstetra como um profissional que presta “cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referência de certas complicações” (ICM, 2013, p.8). Assim, este profissional assume um papel primordial junto da grávida e família, atuando nos diversos âmbitos da sua competência, nomeadamente na promoção, diagnóstico, prevenção de complicações, bem como, na preparação do casal para a parentalidade.

No SUOG prestei cuidados especializados a 20 grávidas com patologia concomitante ou complicações inerentes da gravidez. As situações clínicas experienciadas neste contexto foram diversas, nomeadamente: ameaça de parto pré-termo (APPT), rotura espontânea da bolsa de águas (REBA), rotura

prematura de membranas (RPM), hipertensão arterial (HTA) induzida pela gravidez, diminuição dos movimentos fetais, contractilidade uterina e perdas hemáticas por via vaginal.

Para Araújo *et al.* (2010), a gravidez é um processo dinâmico, com ajustes emocionais, sociais e físicos, geradores de inúmeras disfunções orgânicas e funcionais que conduzem a grávida ao SUOG, devido ao potencial risco materno-fetal, causando momentos de grande stress e ansiedade para o casal e família. Durante a permanência dos mesmos no SUOG, estão expostos a inúmeros stressores que poderão influenciar, de forma positiva ou negativa as suas respostas, propiciando o aumento ou a diminuição do seu bem-estar. Daí ser importante que o enfermeiro obstetra esteja ciente da existência desta problemática, reconheça a importância das suas atitudes e que preste cuidados adequados e eficazes em prol do bem-estar da grávida, do feto e da família. Tem também um papel primordial no apoio, orientação, promoção da saúde e despiste de complicações, nunca descurando as dúvidas, expectativas e necessidades de cada mulher/casal, pois é considerado um “profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar o apoio, cuidados e aconselhamento necessários durante a gravidez” (ICM, 2013, p.2).

De uma forma empática, pautada por um ambiente harmonioso e com a máxima privacidade, foi feito o acolhimento da grávida/companheiro, pois “tecer laços de confiança com uma pessoa que acaba de ser admitida no hospital (...) precisa de todas aquelas pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem. (...) que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante” (Hesbeen, 2010, p.105).

Após o acolhimento da gestante, era realizada, de forma criteriosa, a avaliação inicial (anamnese), recolha de dados do boletim de saúde da grávida (BSG) e dos exames complementares de diagnóstico (laboratoriais e ecográficos). Procedia-se, depois à realização do exame físico e pélvico com a finalidade de “acompanhar o desenvolvimento da gravidez, identificar as modificações normais do organismo materno, para orientar as queixas, assim como diagnosticar possíveis intercorrências” (Dotto *et al.*, 2006, p. 6). Era também feita a avaliação do risco gravídico, com o intuito de identificar

precocemente as causas orgânicas, psíquicas e sociais a que a grávida e o feto estavam expostos. Efetivamente, o enfermeiro obstetra é o profissional com competências para atuar na prevenção de complicações, no sentido de contribuir para minorar o risco de morbidade e mortalidade materno-fetal. Igualmente importante, é a identificação e encaminhamento para outros profissionais de saúde perante as alterações detetadas no decurso da gravidez, segundo a ICM (2013) e Regulamento nº 127/2011. Ainda, um estudo realizado sobre a assistência pré-natal concluiu que o enfermeiro obstetra deve “dominar esse conhecimento (saber), para poder orientar com segurança as queixas das gestantes e identificar as intercorrências” (Dotto, *et al.*, 2006, p. 6).

Para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências técnico-científicas no cuidado especializado à grávida/feto, avaliei o “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (Regulamento nº 127/2011, p. 8663), nomeadamente através da cardiotocografia (CTG), interpretando o registo simultâneo e contínuo da frequência cardíaca fetal (FCF), da atividade uterina e dos movimentos fetais ativos. Também fiz a avaliação da altura do fundo uterino (AFU) e a auscultação dos batimentos cardíaco-fetais (ABCF). Para a avaliação da estática fetal realizei as manobras de Leopold com o objetivo de estimar o tamanho fetal, identificar a apresentação, posição, situação, avaliação e determinação da “adequação da estrutura pélvica em relação ao feto” (Regulamento nº 127/2011, p. 8663).

Perante uma grávida com sinais e sintomas suspeitos do início da fase ativa do TP, tive a oportunidade de avaliar e interpretar as características do colo uterino, fundamentadas no índice de bishop (posição, consistência, apagamento, dilatação e altura da apresentação fetal), o estado das membranas, as características do líquido amniótico (LA) (na presença de rutura das membranas), e a “adequação pélvica para o parto eutócico” (ICM, 2013, p.12). Durante esta avaliação procurei sempre informar e esclarecer a grávida/casal de todos os procedimentos, promovendo uma decisão esclarecida e um consentimento prévio dos cuidados a prestar.

Colaborei no processo de internamento no BP de grávidas em fase ativa ou latente, sempre que a situação o justificava, designadamente: REBA, contractilidade uterina dolorosa e alterações do bem - estar fetal.

Ainda cooperei no processo de internamento de mulheres grávidas no serviço de medicina materno-fetal, quando a díade necessitava de uma maior vigilância devido a complicações inerentes ao decurso da gestação (HTA induzida pela gravidez e APPT).

Todas as situações referidas, que necessitam de internamento hospitalar, são produtoras de momentos de grande ansiedade para a grávida, companheiro e família. O medo do desconhecido, a dor ou a presença efetiva desta, o nascimento de um filho com problemas físicos não detetáveis nos exames complementares de diagnóstico, as complicações inerentes ao parto com risco materno e/ou fetal, traduzem para o casal uma carga elevadíssima de sentimentos e emoções. Estar ciente da existência destes stressores é fundamental para o enfermeiro obstetra, de forma a poder ajustar estratégias (escuta ativa, comunicação terapêutica, toque terapêutico, técnicas de relaxamento ou dizendo simplesmente que não está sozinha), para a grávida/companheiro e família lidarem de forma positiva com um processo idealmente fisiológico e com o objetivo de os ajudar a transitar para uma maternidade estável e saudável. Para Watson (2002), é necessário que a grávida/companheiro verbalizem os seus sentimentos, quer sejam positivos e/ou negativos, contribuindo para melhorar o nível de comunicação existente entre o cuidador e quem cuida, bem como, compreender o comportamento que ele origina.

Efetivamente o acompanhamento e a monitorização adequada da grávida permitem prevenir, detetar e intervir precocemente nas possíveis complicações. Neste sentido, o ICM menciona que “as parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a detecção precoce e tratamento ou referência de certas complicações” (ICM, 2013, p. 8).

O desenvolvimento das competências do enfermeiro obstetra na prestação de cuidados especializados no SUOG, requer por parte deste, a articulação da evidência científica, o domínio das habilidades técnicas e instrumentais e o respeito pela regulamentação da profissão, para que assim possam ser prestados cuidados de excelência perante as inúmeras circunstâncias causadoras de ansiedade para a grávida e família.

Ainda no contexto da Urgência Obstétrica, sempre que era oportuno para a promoção do bem-estar materno-fetal, era dada primazia à educação para a saúde pois é importante informar, aconselhar, educar, orientar e apoiar a grávida/casal em relação às alterações provocadas pela gestação, proporcionando medidas favoráveis e adequadas às suas necessidades, possibilitando prevenir, detetar, intervir precocemente nas possíveis complicações e auxiliando na satisfação das necessidades humanas, como preconizado por Watson (2002). Várias foram as temáticas abordadas, nomeadamente: estilos de vida saudável (alimentação, repouso, sexualidade, consumo de tabaco), sinais de alerta, parto pré-termo, fases do TP, estratégias de alívio da dor no TP, sinais de início de TP e/ou risco que poderão conduzir a grávida ao SUOG.

Relativamente há minha experiência de estágio no SUOG saliento, como conclusão, que se revestiu de momentos de aprendizagem privilegiados e enriquecedores, beneficiando no desenvolvimento de competências específicas enquanto futura enfermeira obstetra. Realço a constante partilha de saberes e experiências, os momentos de reflexão e análise crítica com a equipa multidisciplinar, bem como o apoio incondicional da enfermeira orientadora, como um importante contributo para a mudança na forma de estar, pensar e agir no sentido da humanização e personalização dos cuidados com a mulher/grávida, família e comunidade, promovendo o crescimento pessoal e profissional como futura enfermeira obstetra.

2.2. O cuidado de enfermagem à mulher/família durante o TP

Segundo Versiani *et al.* (2013), o enfermeiro obstetra tem um papel imprescindível durante o TP, colaborando para o bom desenvolvimento do mesmo, proporcionando à parturiente conforto físico, emocional, confiança, respeito pela privacidade, aliado ao apoio familiar, para que o nascimento seja vivido como um momento irrepetível, especial e contribuindo para que a transição para a parentalidade seja feita de forma salutar. Assim, são reconhecidas ao enfermeiro obstetra competências específicas no cuidado à “mulher inserida na família durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-

nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento nº 127/2011, p. 8664).

Durante o EC prestei cuidados a 67 parturientes e respectivas famílias nos diferentes estádios do TP, numa perspetiva humanística e baseada nos conhecimentos científicos. Também, procurei promover medidas de conforto, designadamente físico e emocional, para todos os intervenientes do processo, fundamentais para a humanização da assistência ao parto, resgatando o “caracter fisiológico do processo do nascimento de forma positiva e sem traumas” (Moura *et al.*, 2007, p. 454).

Procurei sempre fazer o acolhimento da parturiente/companheiro de forma empática, num ambiente tranquilo, assegurando a máxima privacidade e privilegiando desta forma o início da relação de ajuda e de confiança. Estabelecer uma relação de reciprocidade leva o casal a acreditar nos “profissionais de saúde (...) para que numa verdadeira relação terapêutica, (...) vivencie uma experiência de vida” (Coutinho, 2004, p. 31), tranquila e positiva. Ao estabelecer uma relação de confiança, mostrei disponibilidade e encorajei a parturiente/companheiro a verbalizarem as suas preocupações, expectativas, dúvidas e sentimentos, permitindo estabelecer um plano de cuidados individualizado e humanizado. Considerar o casal como parceiro no processo de cuidados especializados permitiu proporcionar a cada um dos cônjuges “apoio, conforto, confiança, (...) facilitando o alcance da excelência do cuidado, do bem-estar (...) nas suas diferentes dimensões: física, psíquica, cultural, espiritual, social e intelectual” (Caron *et al.*, 2002, p. 486).

Após admissão no BP, consultava o processo de enfermagem iniciado no SUOG, o BSG, os exames complementares de diagnóstico permitindo completar a história de enfermagem, conhecer as expectativas e desejos da grávida/companheiro para a vivência do TP atual, bem como, recolher dados informativos acerca das experiências de partos anteriores.

Durante o EC, nenhuma parturiente/casal apresentou um plano de parto formalmente redigido, no entanto, todos eles revelaram desejos, expectativas que gostariam de ver concretizados perante determinadas atitudes e/ou procedimentos, o que permitiu delinear com o casal cuidados passíveis de serem realizados. Também, procurei sempre informar e esclarecer todos os

procedimentos, promovendo uma decisão esclarecida e um consentimento prévio dos cuidados que iriam ser prestados.

Respeitando a privacidade da parturiente/companheiro, a prática dos cuidados diferenciados incluiu a realização das manobras de Leopold, avaliação cervical baseada no índice de bishop (realizada estritamente quando necessário e mediante as queixas da parturiente), monitorização e interpretação do CTG, procedimentos que contribuíram para a apreciação da evolução do TP e do bem-estar materno-fetal.

A dor era o fator que mais stress desencadeava na maioria das parturientes. Cabe ao enfermeiro obstetra “colocar o seu conhecimento e serviço ao bem-estar da mulher (...) com o reconhecimento dos momentos críticos com intervenções necessárias para minimizar a dor de parto, estar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, ajudar a parir e nascer” (Davim *et al.*, 2009, p.439). Neste sentido as medidas não farmacológicas e as medidas farmacológicas adequadas, estiveram sempre disponíveis para serem utilizadas de acordo com a tomada de decisão da parturiente, depois de devidamente informada e esclarecida acerca das mesmas.

A deambulação/mudança de posição, bola de pilatos, hidroterapia, musicoterapia, massagem/relaxamento, liberdade de movimentos, apoiar e estar presente junto da parturiente, foram algumas das formas de conforto e de relaxamento que promovi e incentivei, para facilitar o desenvolvimento do TP, aliviar a dor e o desconforto associado à contractilidade e “oferecendo optimismo realista num momento em que a parturiente possa sentir desalento” (Coutinho, 2004, p. 32). Foi também tido em conta o ambiente físico da unidade onde o processo do TP estava a ocorrer, nomeadamente privacidade, baixa luminosidade, diminuição do ruído e uma temperatura ambiente adequada.

Tive a oportunidade de acompanhar várias parturientes que optaram por medidas não farmacológicas/técnicas complementares de cuidado para alívio da dor após disponibilização de informação baseada na melhor evidência científica, esclarecimento dos benefícios de cada uma das técnicas por forma a “capacitá-las (...) à tomada de decisão consciente sobre a condução do trabalho de parto e parto (...) e obter uma melhor condução neste processo” (Mamede *et al.*, 2007, p. 335). Os valores sociais, culturais, religiosos, a

situação clínica da parturiente e a existência de patologia associada, foram sempre estimados, valorizados com o casal para uma tomada de decisão na condução do TP e na utilização de estratégias não farmacológicas.

Da mesma forma, o ICM preconiza que o enfermeiro obstetra deve ser detentor de conhecimentos acerca de “medidas farmacológicas para o tratamento e controlo da dor (...) os riscos (...), desvantagens, segurança de métodos específicos (...) e o seu efeito na fisiologia normal do trabalho de parto” (ICM, 2013, p11). Assim, considerando os aspetos mencionados, implementei cuidados especializados para diminuir/aliviar a dor do parto, nomeadamente através da administração terapêutica prescrita e/ou protocolada, articulação e colaboração com a equipa de anestesistas para analgesia/anestesia no TP e/ou parto.

Uma realidade muito comum no local onde realizei a prática clínica, era a monitorização externa contínua da FCF através do CTG, dificultando por vezes a deambulação, mudanças de posição e hidroterapia da grávida/parturiente. Lowdermilk *et al.* (2002) consideram vantajosa a monitorização intermitente uma vez que não coloca muitas restrições à atividade materna e apresenta uma alta sensibilidade para avaliar a condição fetal. Neste sentido, nas mulheres com baixo risco obstétrico e após avaliação do bem-estar materno-fetal, era facilitada a possibilidade de deambularem, deslocarem-se ao wc ou a hidroterapia por pequenos períodos de tempo fazendo, neste caso, uma avaliação intermitente utilizando um aparelho de doppler portátil. Também, Devane *et al.* (2012), numa RSL, referem que, num estudo randomizado, compararam os efeitos da auscultação intermitente da FCF e do CTG sobre os resultados maternos e neonatais na gestação de baixo risco e, concluíram que as grávidas com monitorização contínua aumentaram a prevalência da taxa de cesariana em 20%.

Com o apagamento total do colo uterino e a dilatação completa inicia-se o **2º estágio do TP**, que termina com o nascimento do bebé. Segundo o regulamento de competências, o enfermeiro obstetra “aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (Regulamento nº 127/2011, p. 8664). Ou seja, neste estágio, também o enfermeiro obstetra tem um papel fundamental pois tem competências para compreender e monitorizar

o mecanismo sequencial que envolve esta fase do TP, as respostas fisiológicas da parturiente/feto, ao mesmo tempo que, proporciona um ambiente calmo e promove medidas de conforto físico, psicológico à parturiente/companheiro para garantir o bem-estar da tríade.

Inicialmente senti alguma dificuldade e insegurança condizente com a complexidade que caracteriza o processo de nascimento. Mas, a orientação pertinente, fundamentada, os momentos reflexivos e o reforço positivo da Orientadora do EC, foram preponderantes e facilitadores da aprendizagem, melhoria e autonomia dos cuidados prestados.

Ao longo do EC realizei 39 partos eutócicos e colaborei de forma ativa em 20 partos distócicos (1 ventosa e 19 cesarianas). Nos partos por cesarianas 10 foram eletivas e 9 de urgência/emergência, sendo por descolamento de placenta (1), prolapso do cordão umbilical (1), sofrimento fetal (6) e paragem de progressão do TP (1).

Sempre que possível, tentei acompanhar a parturiente e ao companheiro/pessoa significativa desde a admissão ou 1º estágio do TP, até ao início de uma nova etapa da vida da mulher/casal e/ou família pois, e segundo Coutinho (2004) citando Mayeroff (1971), um clima favorável para estabelecer uma relação recíproca, permite criar condições de confiança e empatia com o casal, promovendo o empoderamento do companheiro/pessoa significativa na ajuda à parturiente e ajudando a “ultrapassar uma situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive” (Coutinho, 2004, p. 35).

Sendo o parto um processo dinâmico, interativo, que envolve as estruturas ósseas e musculares da parturiente, não existe unicamente uma só posição materna para “dar à luz”, antes pelo contrário “a mulher pode assumir várias posições para o parto” (Lowdermilk *et al.*, 2002). São várias as organizações nacionais e mundiais designadamente a OMS, FAME, ICM, OE, APEO, entre outras, que advertem que a mulher deva ter liberdade de escolha em relação à posição que gostaria de adotar durante o TP. Amplamente conhecidos, são os benefícios para o TP, descritos na literatura relativamente a posições alternativas: verticalizada, decúbito lateral (Sims), quadrúpede e semi-sentada. No entanto, no contexto hospitalar onde concretizei o EC, é utilizada

como prática recorrente, a posição de litotomia da parturiente no período expulsivo. Resultante dessa situação, fica alguma tristeza pela falta de oportunidade de experienciar outras realidades. No entanto, acredito que num futuro próximo esta prática clínica se altere.

Também executei a manobra de Ritgen modificada nos partos que realizei, permitindo a “distensão perineal progressiva, com o objectivo da promoção da integridade perineal” (OE, 2012 p.2) e também porque “pode prevenir a lesão intracraniana fetal” (Lowdermilk, *et al.*, 2002, p. 401).

A prática da episiotomia era um procedimento comum no contexto hospitalar onde realizei o EC. No entanto, segundo a evidência científica, esta não deve ser realizada rotineiramente e não acrescenta benefícios para a parturiente/casal. Durante o EC realizei apenas 6 partos com períneo íntegro; 7 mulheres tiveram lacerações do 1º grau e 1 laceração do 2º grau. Os motivos que justificaram o recurso à episiotomia foram essencialmente dois: aumentar o canal vaginal e/ou perante a fragilidade dos tecidos perineais. Todavia, tal como no posicionamento da parturiente, acredito que num futuro próximo haja uma mudança de paradigma extremamente importante para uma prática clínica de qualidade.

Após o nascimento, prestei cuidados imediatos ao RN, caracterizados pela segurança técnica, sem descurar a parte humanizadora e acolhedora do bebé. Efetuei a avaliação da condição do RN à vida extrauterina, que após estar garantida, permitiu promover o contacto pele-a-pele e a amamentação (com validação prévia da mãe), iniciando-se dessa forma uma série de benefícios para a díade “sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais” (Gonçalves *et al.*, 2011, p. 1777), contribuindo positivamente para o desenvolvimento do vínculo afetivo da mãe com o seu bebê.

Alguns estudos realizados evidenciam que a laqueação tardia do cordão umbilical traz mais benefícios para a saúde da mulher e RN, relativamente ao corte precoce do mesmo. Em 2013, a Chocrane Colaboration publicou uma revisão da literatura realizada pelos autores McDonald, Middleton, Dowswell e Morris, onde divulgaram os resultados maternos e neonatais relativamente à laqueação precoce, versus tardia, do cordão umbilical. Para a puérpera não houve diferenças significativas em termos de hemorragia materna no pós-parto.

Para os bebês nascidos prematuramente e de termo, verificou-se um aumento das reservas de ferro, menor risco de anemia infantil, uma diminuição da hemorragia intraventricular, menor taxa de enterocolite necrosante e de sepsis infantil. Neste sentido, a OMS (2014), aconselha que o seu “clampeamento fosse realizado entre 1 a 3 minutos, (...) recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido” (WHO/RHR/14.19, 2014). Aquando da prática clínica, nem sempre foi possível a laqueação tardia do cordão umbilical, nomeadamente nas situações em que tive que intervir precocemente no corte do mesmo por circular cervical apertada. Quando presente o acompanhante ou até mesmo a mãe (na recusa ou ausência do companheiro) foi dada a possibilidade, se assim o pretendessem, ao corte efetivo do cordão umbilical.

Também realizei de forma eficaz a identificação de “sinais e sintomas de complicações no trabalho de parto (hemorragia, sofrimento fetal, prolapso do cordão umbilical)” (ICM, 2013, p.11), cooperando com outros profissionais na aplicação imediata de medidas interventivas de socorro e/ou mesmo tempo “referenciando as situações que estão para além da [minha] área de atuação” (Regulamento nº 127/2011, p. 8664) e que culminaram em partos distócicos (cesarianas urgentes/emergentes).

O **3º estágio do TP** começa com o nascimento e termina com a expulsão da placenta (dequitadura).

Segundo a Royal College of Midwives (2012) citando Oladapo (2010); Fahy (2009); Soltani (2008); Harris (2005), a condução desta fase do TP é algo discutível em termos práticos e segundo diversos estudos realizados. A sua gestão é classificada de dois tipos: ativa e fisiológica. Para Begley *et al.* (2015), a gestão ativa consiste na administração de terapêutica ocitócica após o nascimento do bebê, clampagem do cordão umbilical, bem como, a tração controlada do mesmo até à saída da placenta. Os mesmos autores (2015), citando Inch (1985), definem gestão fisiológica, como a expulsão da placenta através das contrações naturais do útero estimuladas pela ocitocina natural. No estudo comparativo entre os dois tipos de gestão, realizado por Begley *et al.*, (2015), concluíram que no método ativo houve uma redução significativa de hemorragia pós-parto.

Durante a prática clínica, o método ativo foi o mais utilizado na gestão da dequitação, no entanto, também tive a oportunidade de utilizar o método de gestão fisiológica da mesma.

No momento da dequitação identifiquei o mecanismo de expulsão da placenta. Maioritariamente, a sua saída foi aparentemente natural, completa e sob o mecanismo de schultze (o mais frequente), noutras sob o mecanismo de Duncan. Porém, existiu uma situação de retenção placentar e duas suspeitas de membranas fragmentadas. Em todas elas, foi solicitada a presença do obstetra. Na primeira ocorrência e após várias tentativas de extração manual sem efeito, foi feita uma revisão instrumental da cavidade uterina sob anestesia geral. Nas duas últimas situações, o obstetra procedeu à revisão manual e controlo ecográfico, não se confirmando a presença de restos placentares.

Com a finalidade de averiguar possíveis anomalias, procedi à inspeção da placenta (aspeto geral, forma, integridade, presença de cotilédones aberrantes) e do cordão umbilical (número de vasos e sua inserção placentar).

Tive a oportunidade de realizar a colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo do RN, no caso de a mãe ser Rh negativo ou grupo zero, bem como, para a criopreservação das células estaminais, quando solicitado pelo casal.

Ainda nesta fase, a observação do canal de parto e do períneo foi um procedimento crucial para identificar eventuais lesões e proceder à reconstrução perineal, de forma a garantir a integridade dos mesmos, prevenir a hemorragia e futuras implicações para a puérpera, nomeadamente, e segundo Progianti *et al.* (2008), repercussões na sexualidade das mulheres e alterações da imagem corporal. Inicialmente, apresentei algumas dificuldades na execução da técnica de sutura e na identificação dos tecidos para a reparação da episiotomia e/ou lacerações nos diferentes planos. Fui ultrapassando estas dificuldades com o apoio da enfermeira orientadora e com a experiência adquirida na execução da técnica.

O **4º estágio do TP**, também designado por puerpério imediato, compreende um período de cerca de 2 horas após o parto. É considerada uma etapa não isenta de riscos para a puérpera e RN, sendo essencial a prestação

de cuidados de enfermagem qualificados, o conforto físico e emocional, e a vigilância da adaptação do RN à vida extrauterina, para a prevenção de complicações. Período de grande relevância para o surgimento da “hemorragia pós-parto (...) uma das cinco principais causas de mortalidade materna” (Nagahama *et al.*, 2007, p.121). Assim, o enfermeiro obstetra tem competências para prevenir e diagnosticar precocemente complicações, avaliando e estimulando a contração uterina e a manutenção do tônus do útero após o parto, nomeadamente através: da vigilância da perda hemática por via vaginal; a massagem uterina através da parede abdominal; promovendo o contato pele com pele e a amamentação precoce, favorecendo a produção de ocitocina endógena (Lowdermilk *et al.*, 2002), (ICM, 2013), (FIGO, 2014) e ainda administrando terapêutica ocitócica “para estimular o útero a contrair-se, prevenindo a hemorragia após a remoção da placenta” (Lowdermilk *et al.*, 2002, p. 407) e FIGO (2014). Durante o EC prestei cuidados a 60 puérperas.

Período particularmente sensível em que decorre a homeostasia fisiológica da ferida uterina torna-se importante a realização do exame geral e obstétrico da puérpera. Respeitando a sua privacidade e com a finalidade de diagnosticar e identificar precocemente complicações, a avaliação céfalo caudal incluiu: observação da pele, mucosas, mamas e mamilos, avaliação das características do uterino (tonicidade, volume, mobilidade e altura do fundo do útero), a avaliação dos lóquios (quantidade), períneo (integridade /lesões), membros inferiores, eliminação vesical e vigilância dos sinais vitais.

Proporcionar conforto, bem-estar e alívio das sensações dolorosas do TP, torna-se imprescindível e muito valorizado pela mulher no puerpério imediato. Assim, foram realizados cuidados perineais, colocação de gelo na região perineal/anal, na presença de edema, dor, hemorroida ou desconforto e oferecido um pequeno lanche.

Nos partos por cesariana, a técnica anestésica escolhida foi maioritariamente a loco-regional, com exceção da anestesia geral utilizada em situações emergentes. Assim, na vigilância das puérperas submetidas a cesariana, além dos cuidados já mencionados anteriormente, também foram avaliados/monitorizados: o estado de consciência (na técnica da anestesia geral), função respiratória (avaliação da saturação de oxigénio), cardiovascular

(monitorização da tensão arterial e frequência cardíaca), neuromuscular (mobilidade/sensibilidade dos membros inferiores), neurológica (avaliação da dor, presença de náuseas e/ou vômitos), hemorragia cirúrgica (observação do penso da sutura operatória) e débito urinário. Também, após a monitorização da dor pós-operatória, foi administrada terapêutica analgésica consoante prescrição médica.

Após o nascimento, o RN experiencia um conjunto de mudanças fisiológicas e comportamentais rápidas e complexas para se adaptar à vida extrauterina e, ao enfermeiro obstetra, é reconhecida a competência de assegurar a “avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento nº 127/2011, p. 8664). Cabe aos profissionais de saúde desempenharem um papel vital neste período de transição, ajudando “o recém-nascido a fazer uma transição segura para a vida extrauterina e auxiliam a mãe e as pessoas próximas na transição para a maternidade/paternidade” (Lowdermilk *et al.*, 2002, p. 496).

Durante o EC, prestei cuidados de enfermagem especializados a 42 RN, designadamente aos neonatos que auxiliei no processo de nascimento, nos partos realizados pelos médicos internos e/ou nos partos distócicos, permitindo desenvolver competências na área do diagnóstico, prevenção de complicações, promoção na adaptação à vida extrauterina e transição para a parentalidade.

No âmbito destes cuidados, tive sempre a preocupação de consultar o BSG, nomeadamente a história clínica, antecedentes obstétricos, vigilância pré-natal, exames complementares, partograma e tipo de analgesia/anestesia, pois sugerem informações pertinentes para o planeamento e a intervenção dos cuidados de enfermagem ao RN mais individualizados, de forma a “prevenir, minimizar ou eliminar a morbilidade e mortalidade no período neonatal” (Regulamento nº 127/2011, p.8664).

Segundo o ICM, ao enfermeiro obstetra compete prestar “cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento (...) e possui conhecimento (...) sobre os princípios de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina” (ICM, 2013, p16). Assim, após o período expulsivo, realizei a avaliação da condição do RN à vida extrauterina baseada

no Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Durante o EC todos os RN a quem prestei cuidados de enfermagem especializados tiveram uma boa adaptação à vida extrauterina.

Posteriormente e com a validação prévia da mãe, quase sempre foi possível promover o contacto precoce pele-a-pele, colocando o RN sobre o abdómen ou tórax materno, proporcionando à díade auspiciosos benefícios físicos, psicológicos e relacionais. Importa no entanto referir, que alguns pais também optaram por realizar o contacto pele-a-pele, após a interação do RN com a mãe, favorecendo o vínculo parental.

Na sala onde decorreu o TP, e por vezes “no calor do corpo da mãe”, procedeu-se ao exame objetivo do RN e à administração da vitamina K. Além disso, na presença do casal, foi também feita a avaliação neurológica e do peso do RN. Para Lowdermilk *et al.* (2002), a presença efetiva dos pais permite ao enfermeiro obstetra observar as interações destes com o bebé, ajudando na identificação precoce das necessidades e incentiva-os para a verbalização das suas “preocupações, envolvendo-os, ativamente, no cuidado de saúde de seu filho desde o nascimento” (Lowdermilk *et al.*, 2002, p.517). Também Soares e Silva (2003), no seu estudo referenciam que o alojamento conjunto da tríade, após o nascimento de um bebé sadio permite “incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, bem como, contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar” (Soares *et al.*, 2003, p. 73). Também, a amamentação na primeira hora de vida do RN é recomendada pela OMS e United Nations Children`s Fund (UNICEF) como uma das estratégias fundamentais para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. E, sendo a instituição onde realizei o EC creditada pela UNICEF como hospital amigo dos bebés, foi fundamental dar continuidade às premissas de atuação definidas por este organismo internacional, respeitante à promoção do aleitamento materno e à vinculação precoce.

Após a prestação dos cuidados imediatos ao RN e com os benefícios descritos acerca da amamentação, esta torna-se um momento excelente para ser iniciada na primeira hora de vida após consentimento materno prévio, porque “o bebé está no estado alerta e pronto para mamar” (Lowdermilk *et al.*, 2002, p.425). Foi dado apoio sempre que necessário na adaptação do RN à

mama, avaliando os sinais de pega correta, eficaz e coordenação dos reflexos de sucção e deglutição.

Nos cuidados efetuados à puérpera/RN inserida na família, esteve sempre subjacente a observação da interação dos pais/bebé e a avaliação emocional do casal no despiste de algum desajuste na adaptação com o bebé, uma vez que o enfermeiro obstetra é um profissional com competências para identificar e monitorizar “alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento nº 127/2011, p. 8665).

Aquando da transferência da puérpera e do RN para o serviço de internamento, toda a informação pertinente acerca dos cuidados prestados ao longo do TP, foram transmitidos de forma clara e concisa para a continuação e a qualidade dos mesmos.

2.3. O cuidado de enfermagem no empoderamento do companheiro no apoio à mulher no TP

Sendo o TP um momento de grande intensidade física, emocional, com um grau de exigência elevado, origina por vezes inquietação, medo, ansiedade, fragilidade para a parturiente, tornando-se importante a presença de uma pessoa significativa para ela, conferindo-lhe confiança, conforto, incentivo e apoio num momento que se quer mágico para a nova família.

Respeitar, valorizar e incentivar a presença de uma pessoa significativa e de livre escolha pela parturiente, durante o TP, contribui para uma experiência gratificante e humanizadora da assistência ao parto.

Também, a evidência científica sublinha que a presença efetiva do acompanhante proporciona bem-estar físico e emocional, favorecendo a evolução do TP e beneficiando todos os intervenientes do processo de nascimento. Neste sentido, possibilitei sempre a presença do companheiro incentivando, promovendo a sua participação, informando acerca dos benefícios que o mesmo proporciona para todos os intervenientes e empoderando-o nas inúmeras formas de ajudar à parturiente nesta etapa do TP.

A prática da inclusão do companheiro como um interveniente ativo nos cuidados prestados à parturiente durante o TP, surge como um novo desafio para o enfermeiro obstetra, de modo a promover a mudança e melhoria da qualidade desses mesmos cuidados. O enfermeiro tem um papel preponderante, no encorajamento, acolhimento e aproximação aos serviços de saúde por parte do companheiro, designadamente nas consultas de vigilância da gravidez, nos cursos de preparação para a parentalidade e também nos serviços de medicina materno-fetal.

A envolvimento ativo do companheiro ao longo de todo o processo de gravidez, irá facilitar o desenvolvimento de competências para posteriormente ajudar a mulher durante o TP, bem como, promover a tranquilidade e segurança necessárias para uma transição saudável para a parentalidade. Para Gonzalez *et al.* (2012), a preparação do companheiro ao longo de todo este processo cria “um vínculo de confiança com os envolvidos no processo, bem como valorizando seus próprios conhecimentos e experiências” (Gonzalez *et al.*, 2012, p. 5).

Relativamente à participação do companheiro no TP, FAME e APEO (2009), referem que “as parteiras, nas consultas de vigilância da gravidez e/ou nos programas de educação para a maternidade proporcionam informações ou implementam sessões específicas para os companheiros para que assumam um papel activo no parto, realizando um trabalho de acompanhamento” (FAME e APEO, 2009, p. 73). Durante o EC ER, tive a oportunidade de colaborar com a equipa de enfermeiros obstetras do Hospital onde concretizei a prática clínica no contexto dos CPPP, sessões formativas acerca dos benefícios da participação do companheiro durante o TP e como este pode ajudar a parturiente no processo de nascimento.

Durante o TP procurei conhecer o envolvimento do companheiro ao longo da gestação, participação ou não nos CPPP, opiniões, expectativas e competências. Para muitos dos casais que frequentaram o curso e para os que não puderam, por diversos motivos, houve sempre a necessidade de direccionar o meu cuidado especializado ao relembrar, orientar, incentivar o companheiro no apoio à mulher e facultando orientações/informações necessárias para que “desempenhe um papel de provedor de suporte e, conseqüentemente, tenha

uma participação activa e contribuição positiva durante o parto” (Teles *et al.*, 2010, p. 502).

Estabeleci com o acompanhante (maioritariamente o companheiro/marido da parturiente) uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e disponibilidade, ajudando-o a lidar com um evento tão eloquente na vida da nova família como o nascimento de um filho. De igual forma, proporcionei disponibilidade para uma escuta ativa, possibilitei a verbalização dos sentimentos face a determinadas situações geradoras de stress, reconhecendo ao companheiro a necessidade de cuidados e atenção como à própria parturiente. Lowdermilk *et al.*, (2002), faz alusão de que os sentimentos do companheiro alteram-se à medida que o TP evolui. E, cabe ao enfermeiro obstetra reconhecer essa dinâmica para traçar metas e intervenções na “perspectiva de reverter o medo em sentimentos que o impulsionem a apoiar e partilhar com a mulher o nascimento do filho” (Carvalho *et al.*, 2009, p. 130).

A temática do Empoderamento do Companheiro para Apoiar a Mulher no Trabalho de Parto foi foco de atenção noutros contextos clínicos, nomeadamente no EC III (Cuidados de Saúde Primários) e EC IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal).

No **EC III (cuidados de saúde primários)**, realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), durante a realização das consultas de vigilância pré-natal, tive sempre a preocupação de sensibilizar/informar a grávida/casal, acerca dos benefícios para a tríade da presença do companheiro durante o TP e de que forma este pode apoiar a mulher numa etapa vivenciada de muitas emoções e expectativas.

É primordial que o casal seja apoiado a fim de possibilitar a vivência desse período de forma facilitadora e prazerosa, minimizando as dificuldades inerentes nesta fase do cuidado. Assim sendo, torna-se evidente a importância do cuidado especializado do enfermeiro obstetra para a promoção da saúde do casal, no apoio ao pai/companheiro para que este se sinta seguro, confiante e capaz de desempenhar o seu papel na transição para a parentalidade, contribuindo para o bem-estar no seio da família e com repercussões positivas para a sociedade. Neste sentido, realizei um pequeno documento (instrumento

de trabalho) para a equipa multidisciplinar com o objetivo de dar a conhecer e sensibilizar os profissionais de saúde, acerca da importância deste tema ser abordado nas consultas de vigilância pré-natal. Também, elaborei um poster com informação pertinente para o casal/família, mencionando a importância da participação ativa e do apoio do companheiro durante a gravidez, TP e pós-parto.

Na realização do **EC IV (medicina materno-fetal)** a temática do relatório foi pertinente e plausível de ser exequível durante a prática clínica.

A gestação é um fenómeno fisiológico, que traduz mudanças físicas, sociais, culturais e psicológicas que numa situação limítrofe pode propiciar riscos maternos e/ou fetais. Na sequência desses riscos muitas vezes as mulheres grávidas ficam internadas. Sendo a hospitalização uma experiência stressante, pois interrompe o decurso normal da gravidez, e com repercussões no contexto familiar, foi essencial enquanto futura enfermeira obstetra estar presente e apoiar o casal na verbalização dos sentimentos positivos e negativos. Assim, o processo educativo é fundamental para o “resgate de seus papéis principais, como protagonistas do processo de gestação e do nascimento. (...) que vivam este processo tão complexo, de uma forma mais tranquila, menos traumática e mais satisfatória” (Zampieri, 2001, p. 164). É nesta relação educativa com o casal/família, que assenta a tónica dos cuidados de enfermagem. Ao enfermeiro obstetra compete educar, apoiar, orientar, informar e aconselhar nas mais diversas áreas temáticas que envolvem a gestação/maternidade (dando ênfase ao tema do projeto), de forma a promover uma decisão/escolha esclarecida do casal no planeamento do TP/parto.

No âmbito dos EC III e IV, colaborei também nos vários CPPP, abordando com os casais nas sessões educativas as vantagens da presença e participação ativa do companheiro durante o TP, bem como, as diversas formas de apoio que este pode conferir à parturiente.

3. METODOLOGIA DE TRABALHO

No âmbito da UC de Opção integrada no 2º semestre do 5º CMESMO, foi proposto a elaboração de um projeto numa área de interesse para ser desenvolvido ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, sobretudo no EC ER.

Para Fortin (1999), a escolha do tema a desenvolver permite “resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos” (Fortin, 1999, p. 15). Ao refletir acerca da eleição do tema do projeto, procurei agregar algo que fosse expressivamente importante para o exercício da minha atividade profissional nos CSP (porta de entrada do SNS para acolher a grávida e família), posteriormente por uma questão pessoal vivida na primeira pessoa aquando da vivência da minha primeira gravidez, originando uma motivação e um sentimento especial por uma temática que considero atual e pertinente. Ainda a escassez de estudos acerca das competências do companheiro, durante a revisão da literatura que fui realizando para a aquisição da melhor evidência científica, veio aumentar ainda mais o interesse pelo tema e surgiu como fenómeno de interesse: **o papel do enfermeiro obstetra no empoderamento do companheiro para apoiar a mulher no TP.**

Pelos motivos enumerados anteriormente e que levaram à escolha do tema em questão, houve a necessidade de estabelecer um plano e uma metodologia a adotar para o sucesso do presente trabalho. Delinear estratégias, definir ações para resolver um determinado problema e perspetivar os resultados, para assim, dar resposta a um problema/inquietação emergente da minha prática profissional. Como futura enfermeira obstetra, tornou-se importante desenvolver um conjunto de aptidões e direcionar da melhor forma, as intervenções, com o objetivo de ajudar o companheiro a adquirir competências e a viver em plenitude um momento que se quer marcante e enriquecedor.

Defini como **objetivo** do projeto desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam empoderar o companheiro para o apoio à mulher no TP. As **atividades planeadas** para dar resposta ao objetivo em causa, foram as seguintes: reunir a melhor evidência científica acerca da temática através da revisão da literatura; identificar os conhecimentos e as expectativas que o companheiro/mulher possuem acerca do parto

acompanhado; promover a presença e o envolvimento do companheiro durante o TP; promover um ambiente favorável para a expressão de dúvidas, sentimentos e opiniões por parte do casal.

Durante os EC utilizei como **estratégias** para obter informações acerca da participação do companheiro durante o TP, a observação da interacção deste com a parturiente na realização das actividades de apoio, “conversas informais” que fui tendo com os companheiros e respectivas mulheres e por último, a realização de “notas de campo” (situações de envolvimento do companheiro durante a gravidez e vivencia/percepção acerca da sua participação durante o TP).

Os **recursos utilizados** para a implementação das actividades desenvolvidas ao longo dos vários EC, foram os seguintes: humanos (Enfermeira Orientadora, Prof^a Orientadora, discente, mulheres, grávidas, parturientes, companheiros, famílias e equipa multidisciplinar); físicos (ESEL e os serviços onde foi realizada a prática clínica); materiais (meios informáticos, bibliográficos, projeto, notas de campo); temporais (cronograma de actividades).

3.1. Revisão da literatura

A prática baseada, segundo Pereira *et al.* (2012), “afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais (...) como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, (...) com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão” (Pereira *et al.*, 2012, p. 56). Para responder à questão de pesquisa formulada fiz a revisão da literatura tendo por base algumas etapas da metodologia da RSL. Esta evidencia científica foi fundamental para o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados de enfermagem especializados para uma prática clínica de excelência.

Para Fortin (1999), a escolha da questão de pesquisa tem sempre um ponto de partida motivado por uma inquietação que “exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (Fortin, 1999, p. 48). Pelos motivos já citados na escolha do tema e após realização de uma

revisão narrativa da literatura, os artigos encontrados reportavam-se essencialmente à parentalidade, percepção, sentimentos e experiência da puérpera no TP, relacionados com o acompanhamento do companheiro e os benefícios que a sua presença gera para o casal, filho e equipa de saúde. Pouco havia acerca da percepção/sentimentos do companheiro que participa no TP. Para além disso assiste-se a um número crescente de pais que desejam estar presentes no TP e/ou nascimento de um filho, permanecer junto da mulher, para participar ativamente na vivência desta singular experiência, com todos os benefícios que isso traz para todos os protagonistas do processo de nascimento. Mediante esta realidade, o enfermeiro obstetra deverá ter competências para proporcionar ao companheiro, durante a gestação e TP, uma aprendizagem adequada às suas necessidades, para o apoiar, para que se sinta útil e parte integrante de todo o processo de nascimento.

Neste sentido defini como questão de pesquisa para a revisão da literatura: Qual a percepção do companheiro acerca da sua participação durante o trabalho de parto? E, recorrendo ao anagrama PICo os elementos que compõem a pergunta são: P (Participantes): companheiro; I (Fenómeno de Interesse): Percepção acerca da sua participação no trabalho de parto; Co (Contexto): Trabalho de Parto. Posteriormente, foram definidos critérios de inclusão e exclusão dos artigos a selecionar para a revisão da literatura (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

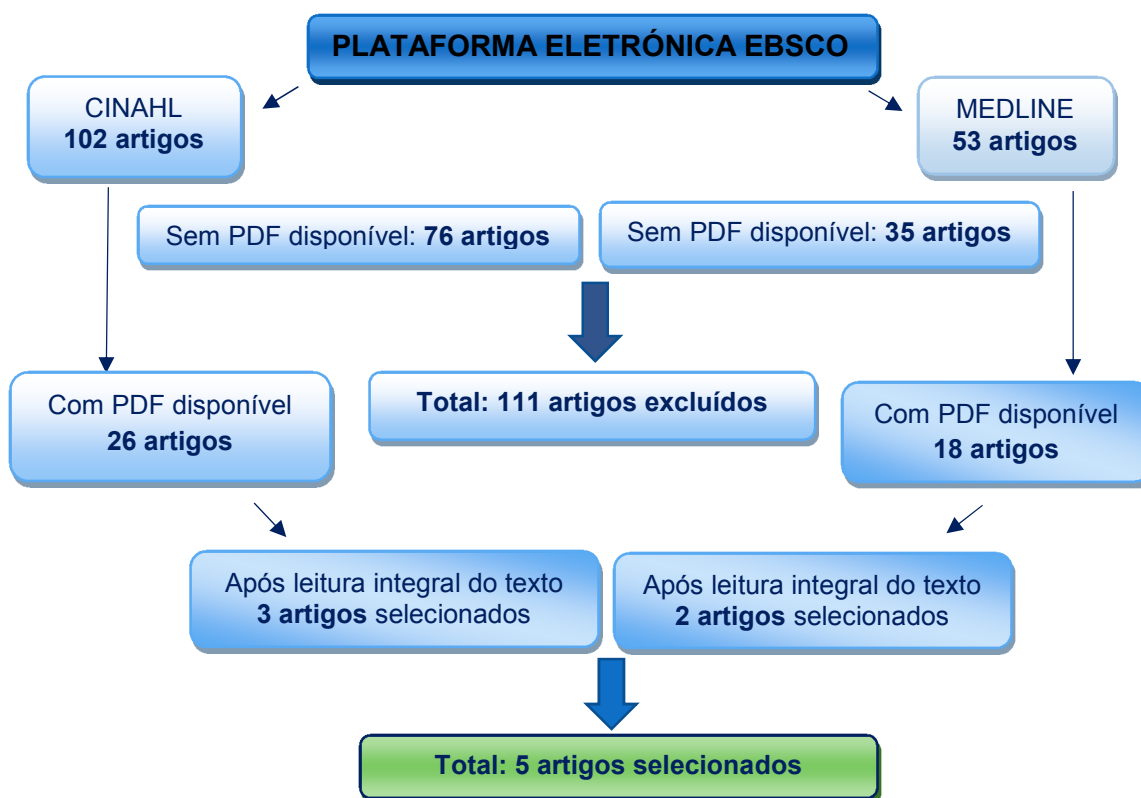
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Publicados entre 2005 - 2015	Duplicação
Em idioma: português, inglês e espanhol	Carecem de pagamento
Disponíveis e completos nas bases de dados	Não respondem à questão de pesquisa

A pesquisa bibliográfica foi realizada a 26 de dezembro de 2015, na plataforma EBSCO host, compreendendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Para a realização da pesquisa foram utilizados descritores e feita combinação através das expressões booleanas (Tabela 2).

Tabela 2. Descritores utilizados, respetiva combinação e total de artigos

BASE DE DADOS	CINAHL	MEDLINE
DESCRITORES	S1 - “Perception” S2 - “Fathers” S3 - “Childbirth” S4 – S1 and S2 S5 - S2 and S3 S6 - S4 or S5	S1 - “Perception” S2 - “Father” S3 - “Parturition” S4 - S1 and S2 S5 - S2 and S3 S6 - S4 or S5
NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS	102 Artigos	53 Artigos
	Total: 155 Artigos	

Fig. 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos



3.1.1 Resultados obtidos

Em apêndice, encontram-se explanados os 5 artigos selecionados, sob a forma de tabela. Na análise dos mesmos, foi feita a identificação do estudo (autor, ano de publicação e fonte), seguidamente a finalidade e tipo de estudo realizado e por último os resultados obtidos que respondem à questão de pesquisa.

Da análise que fiz dos artigos selecionados apresento de seguida, as principais conclusões que retirei dos referidos artigos com relevância para a questão de pesquisa.

No estudo exploratório e descritivo realizado pelos autores Pestvenidze e Bohrer (2007), observaram que os companheiros experienciaram diferentes sentimentos ao longo do TP e um aumento da consciencialização por parte destes, acerca da importância de apoiar a parturiente no processo de nascimento. E, também verificaram, que a frequência dos companheiros nos CPPP foram fundamentais para a aquisição de conhecimentos/competências para serem aplicados durante o TP (Apêndice - quadro 1).

Em 2012, os autores Kululanga *et al.*, efetuaram um estudo exploratório e descritivo para analisar a experiência do pai acerca da sua participação no nascimento do filho. Tal como no estudo anterior, houve pais/companheiros que fizeram menção à importância da sua presença no acompanhamento do nascimento do filho, bem como, uma oportunidade de serem uma das primeiras pessoas a acolher o RN. Outro resultado obtido no estudo, foi o aumento dos conhecimentos acerca do trabalho de parto que futuramente poderá ser uma mais-valia no apoio efetivo em partos futuros. Também foi referido a vivência de inúmeras emoções, tais como, medo, ansiedade, frustração e sensação de incapacidade para ajudar a esposa. Ainda, citado por alguns companheiros, “dissimularam-se” de fortes para esconder o sentimento de medo.

Também, neste artigo, foi referido o apoio psicológico prestado à mulher com dor e a articulação com a equipa de saúde servindo de elo de ligação na interpretação das suas necessidades e desejos.

E, por último, os motivos explanados para a falta de capacidade em prestar suporte físico à parturiente, foi a ausência de conhecimentos e

competências, incitando alguma tensão entre o companheiro e os profissionais de saúde (Apêndice - quadro 2).

No estudo fenomenológico, realizado pelas autoras Shibli-Kometiani e Brown (2012), os pais/companheiros tornaram-se menos solidários e mais passivos na ajuda às esposas ao experienciarem níveis significativos de ansiedade, medo e desamparo durante o trabalho de parto.

Contrariando uma visão mais otimista vivida antes do parto, foi indicado por alguns participantes a insatisfação do seu desempenho e a falta de capacidade de suporte que dedicaram à mulher durante o TP, ao invés de outros depoimentos, que relataram a necessidade de partilharem a experiência e responsabilidade proporcionando apoio psicológico, através da confiança e incentivo. Também, tal como no primeiro artigo referido, os homens que frequentaram o CPPP, consideraram a sua participação mais facilitadora, colaborando e ajudando a esposa, em oposição aos restantes que se sentiram menos preparados na ajuda à parturiente. Estes últimos indicaram a necessidade de serem apoiados pelos profissionais de saúde devido à falta de preparação e incompreensão do processo fisiológico (Apêndice - quadro 3).

No mesmo ano (2012), foi realizado outro estudo exploratório e descritivo pelas autoras Melo e Brito (2013), que pretenderam analisar a percepção do pai relativamente à sua presença no bloco de partos. As conclusões obtidas do estudo, com relevância para a questão de pesquisa, foram o enaltecimento referido pelos pais/companheiros ao presenciarem o momento do nascimento, o reconhecimento da importância de permanecerem junto das esposas, o apoio e incentivo que prestaram à mulher durante o TP e, por último, tornaram-se mais cuidadosos e sensíveis com o binómio mãe-filho (Apêndice - quadro 4).

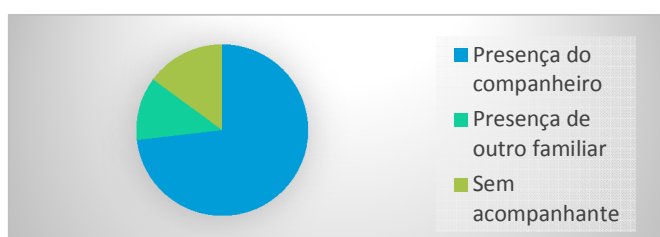
No quinto estudo descritivo realizado pelos autores Poh *et al.* (2014), há que acrescentar relativamente ao que já foi referido em relação à evidência científica dos artigos anteriores, que os pais/companheiros adotaram comportamentos adaptativos no decorrer do parto, ao desenvolverem o autocontrolo para apoiar e compreender um momento especial e sensível para mulher grávida (Apêndice – quadro 5).

3.2. O estado da arte analisado na prática clínica ER

Na implementação do projeto no contexto do EC ER foi fundamental o apoio da enfermeira orientadora. A sua disponibilidade, os momentos reflexivos, a partilha de conhecimentos e a colaboração na implementação do mesmo, contribuíram para a aquisição de inúmeras experiências que enriqueceram o meu processo de aprendizagem permitindo o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais como futura enfermeira obstetra. Também, o envolvimento e a participação dos casais a quem prestei cuidados especializados, contribuíram para o enriquecimento e construção do processo formativo.

No EC ER, prestei cuidados especializados a 67 parturientes na fase ativa do TP, às quais dei a conhecer a temática do projeto que estava a desenvolver. Conforme apresentado no gráfico 1, no total das parturientes assistidas, 10 (15%) não tiveram acompanhamento de pessoa significativa durante o TP. Das outras 57 parturientes, 49 (73%) tiveram o companheiro presente em todo o TP. As restantes 8 (12%) optaram pela presença de outro familiar para acompanhar no TP. A sua escolha deveu-se a diversas causas nomeadamente: opção do casal, doença do companheiro e a ausência deste no estrangeiro.

Gráfico 1. Presença ou não de pessoa significativa no TP (n=67)

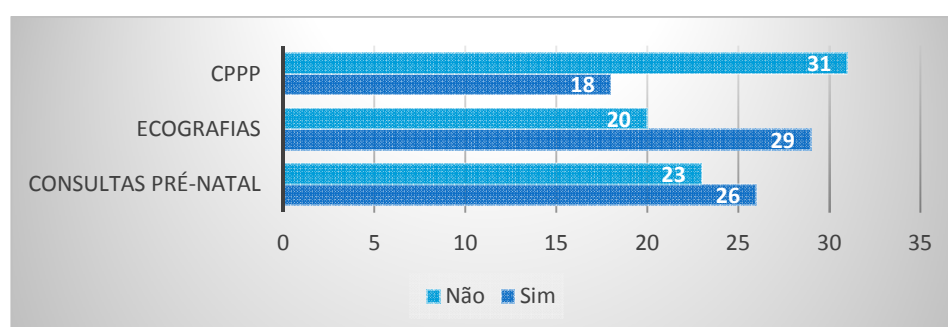


Concluindo, a maioria das parturientes a quem assisti durante o TP tiveram a presença do companheiro ou de outro familiar. Isto está de acordo com o preconizado pela OMS, para o cuidado humanizado do parto, e mencionado na revisão da literatura pelos autores Melo e Brito (2013); Shibli-Kometiani e Brown (2012); Pestvenidze e Bohrer (2007).

A presença do companheiro deverá ser sempre uma decisão consciente, informada, tomada em casal e, sempre de forma antecipada. O enfermeiro obstetra tem um papel preponderante na inclusão do companheiro durante todo o processo do ciclo gravídico-puerperal. O envolvimento deste último, deverá ser iniciado o mais precoce possível, para que seja dada a possibilidade de formação, aquisição de saberes e competências, para posteriormente ajudar a mulher durante o TP, além de proporcionar ao companheiro um aumento da consciencialização acerca da sua importância em apoiar a mulher no processo de nascimento (Pestvenidze *et al.*, 2007).

Durante o EC ER, os dados obtidos acerca da participação do companheiro ao longo da gravidez, foram adquiridos através da frequência deste nos CPPP, presença nas ecografias e nas consultas de vigilância pré-natal.

Gráfico 2. Número de companheiros que estiveram ou não presentes nos diversos momentos da gravidez (n=49)

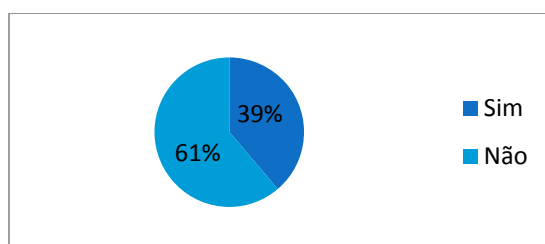


Segundo os resultados observados no gráfico 2, verifica-se que dos 49 companheiros presentes durante o TP, na sua maioria tiveram um papel ativo durante a gravidez, acompanhando as gestantes nas idas à consulta pré-natal e na realização das ecografias. A exceção verificada foi a participação no CPPP em que apenas 18 companheiros o frequentaram, condicionando os não frequentadores na aquisição de conhecimentos e saberes acerca das várias formas de poder ajudar a mulher durante o TP. Do levantamento efetuado aos companheiros pela não frequência do CPPP, foram mencionados vários motivos, nomeadamente: a dificuldade em conciliar horário laboral com o horário do curso, ausência destes nos Centros de Saúde das áreas de

residência, desinteresse em participar por ser uma segunda gravidez; trabalho laboral fora da cidade/país onde residem e falta de motivação. Quando abordados acerca das idas às consultas e ecografias, os companheiros referiram ter sido mais facilitador pelo fato da vigilância pré-natal e a realização das ecografias serem realizadas em clínicas privadas e fora do horário laboral. Também, revelaram um maior interesse pela visualização do feto, audição dos batimentos cardíaco-fetais e informação clínica dada pelo profissional de saúde acerca do decurso da evolução da gestação.

Na revisão da literatura alguns autores mencionam a importância do envolvimento do companheiro desde o início da gestação. Esta participação irá ajudar o companheiro na aquisição de competências e saberes. Também, Pestvenidze *et al.* (2007), Kululanga *et al.* (2012) e Shibli-Kometiani *et al.* (2012), referem que a frequência dos CPPP ajudaram os companheiros a adquirir conhecimentos/competências essenciais para serem aplicados durante o TP. Assim, e no sentido de avaliar os conhecimentos/informações que os 49 companheiros, a quem prestei cuidados, detinham acerca do apoio às mulheres no TP e dos benefícios desse apoio, procurei saber junto destes, se em algum momento da gestação obtiveram informação respeitante à temática (gráfico 3).

Gráfico 3. Percentagem de companheiros com informação acerca do tema (n=49)



De acordo com o gráfico, apenas 39% (19) dos companheiros tinham conhecimentos acerca das vantagens do parto acompanhado e o tipo de apoio que estes podem dar à mulher grávida. Todavia, destes 19, apenas 3, sabiam referir alguns dos benefícios que o parto acompanhado pode trazer para o casal/bebé. O empoderamento dos companheiros acerca do tema foi adquirido através dos CPPP em que participaram, outros detinham esse conhecimento por já não ser o primeiro filho, pela partilha de informação com casais amigos,

ou pelas próprias esposas quando frequentavam os CPPP. Considero que o desconhecimento do companheiro acerca da importância, benefícios, tipos de apoio à mulher grávida, não tendo sido facultada pelo enfermeiro obstetra ao longo da gestação, poderá ocasionar uma tomada de decisão pouco esclarecida pelo casal/companheiro acerca da presença deste no processo de nascimento. Também Kululanga *et al.* (2012) referem que a falta de preparação do companheiro poderá dificultar a prestação de suporte físico à mulher, o desconforto, insatisfação e angústia por parte dos companheiros perante alguns procedimentos obstétricos realizados.

Sendo o TP um momento de grande intensidade física e emocional, a presença de um acompanhante pertencente ao ciclo afetivo da parturiente, proporciona suporte físico e emocional ajudando-a a superar os desconfortos advindos do processo de nascimento, bem como, na aquisição de inúmeros benefícios para a mulher, companheiro, bebé e equipa de saúde.

Das 49 parturientes a quem prestei cuidados diferenciados não tive nenhum companheiro meramente com uma atitude de observador. Todos eles exerceram algum tipo de ajuda às parturientes.

Os autores Pinto *et al.* (2003), Bruggemann *et al.* (2005) e Teles *et al.* (2010), classificam nos seus artigos, 4 as possibilidades que existem para o companheiro ajudar a mulher no TP. E, baseada nessa mesma classificação, durante a prática clínica observei, apoiei, sugeri e incentivei os mesmos na sua realização, designadamente o suporte emocional (encorajamento, tranquilidade, incentivo, palavras, manifestações de carinho, toque, permanecer de mãos dadas) o conforto físico (massagem, cooperação nas técnicas respiratórias, ajuda na mobilização da parturiente, asseio do rosto devido à sudorese, estar atento ao ruído, à temperatura ambiente) a defesa da parturiente (intermediário entre a mulher e equipa de saúde, a realização de perguntas, esclarecimento de dúvidas) e o informacional (recomendação, ensino).

Também, constatei que muitos dos companheiro prestaram mais do que um tipo de ajuda à mulher durante o TP. O suporte emocional foi concretizado na sua maioria por 29 companheiros, o conforto físico por 26, na defesa da parturiente tive 19 companheiros a quem prestei cuidados e no papel de

informativa 9. Expressões citadas pelos companheiros como *“fui a sua companhia num ambiente que lhe era estranho”, “eu lembrava como teria que respirar...estás a ir muito bem...agora podes descansar”, “ela portou-se muito bem...e com a minha ajuda esteve à altura do acontecimento”* foram algumas das frases verbalizadas e que demonstram o carinho, a preocupação e o seu reconhecimento na ajuda efetiva à mulher.

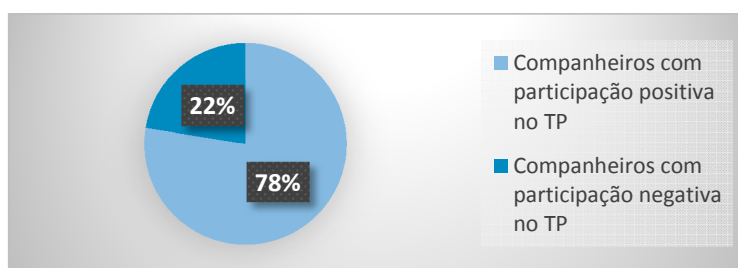
Nos cuidados que prestei aos 49 companheiros foi possível identificar, através da observação e das conversas informais que estabeleci com os próprios, diferentes vivências percebidas por eles durante o TP das respetivas mulheres. Sensações como medo, impotência, ansiedade, angústia, experiência stressante, preocupação, desconforto, desespero, entre muitas, foram emoções verbalizadas por todos os companheiros inúmeras vezes. Revelações tais como, *“estava extremamente ansioso”, “desesperado quando a levaram para fazer a cesariana de urgência...tinha receio pelo resultado final...”*, *“é angustiante ver as horas a passarem e nada da dilatação...”*, *“chegou a uma determinada altura que vê-la a sofrer...e sem saber mais o que poderia fazer...bolas que isto nunca mais tem fim...”*, *“às vezes é um sentimento de impotência ...perante tamanha dor”, “fiquei muito preocupado quando me disseram que ia ter que ser ventosa...tive receio que algo corresse mal...ouvimos tanta coisa...”*, *“o toque...e ver o sofrimento na cara de quem mais amamos gera stress e é assustador...”* demarcam a intensidade emocional vivida pelos companheiros. Também, na revisão da literatura efetuada constatei que nos 5 artigos selecionados, todos os autores fazem alusão às múltiplas emoções experienciadas pelos companheiros, espelhando a verdadeira realidade observada e transmitida pelos próprios durante a minha prática clínica. No entanto e apesar das múltiplas emoções sentidas pelos companheiros, estes tentavam sempre esconder as suas fragilidades, porque a estes é atribuído o papel de apoiante e de fortaleza da mulher grávida (Carvalho *et al.*, 2009). Também, na revisão da literatura, Kululanga *et al.* (2012), verificaram que durante o TP os companheiros “dissimularam-se” de fortes para esconder o sentimento de medo.

Mas nem tudo são experiências menos agradáveis quando é permitido ao companheiro a sua presença junto da mulher e o enfermeiro obstetra

incentiva e promove a sua inclusão no apoio à grávida. Participar e colaborar no TP permitiu uma oportunidade de viverem uma experiência única, despertando um conjunto de sentimentos que para alguns companheiros foram difíceis de serem traduzidos. Expressões como *“um momento único...”*, *“difícil de descrever”*, *“uma emoção muito grande, inexplicável...”*, *“um momento mágico...”*, *“fui o primeiro a vê-lo...é algo maravilhoso...não há palavras”*, foram proferidas inúmeras vezes pelos companheiros. Estas expressões revelam a intensidade das emoções e sentimentos vividos pelos próprios e traduzem a alegria, contentamento e a felicidade do momento. Também, o casal vive o processo de nascimento como um momento único, memorável, indescritível e de realização pessoal, demonstradas por algumas expressões verbalizadas pelos companheiros, tais como *“se um dia voltar a ser pai quero viver de novo todas estas emoções...”*, *“aconselho todos os pais estarem presentes num momento tão especial”*, *“sinto-me tão realizado...”*, *“estou muito orgulhoso dela...nunca irei esquecer”*, *“ela deu-me a melhor prenda que alguma vez pedi...é impossível alguém esquecer...amo as minhas princesas”*. Também, os autores Kululanga *et al.* (2012) e Poh *et al.* (2014), nos seus estudos, concluíram que os companheiros voltariam a vivenciar o nascimento do filho e que a sua presença permite ser a primeira pessoa a acolher o bebé, demonstrando efetivamente o que foi transmitido durante o EC.

Sendo o parto o fim de uma etapa de 9 meses e o culminar de um processo com um grau de exigência elevado como é o TP, torna-se fundamental a presença do companheiro, para dar o suporte emocional e físico que a mulher grávida tanto necessita e que deixa marcas na vida do casal. Após o término do TP, estabeleci diálogos informais com os companheiros a quem prestei cuidados e procurei obter conhecimentos acerca das percepções que tinham relativamente às suas participações durante o TP. Dos 49 companheiros, a grande maioria (78%) expressaram de forma positiva a sua percepção da participação durante o TP, ao invés de uma minoria (22%) que considerou ter tido uma percepção da participação menos positiva (gráfico 4).

Gráfico 4. Percepção dos companheiros a quem prestei cuidados acerca da sua participação no TP (n=49)

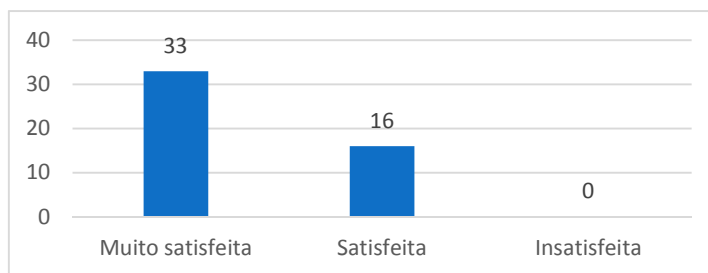


Os 11 companheiros que mencionaram ter tido uma percepção da participação negativa, citaram apenas a falta de oportunidade que tiveram para partilhar com as mulheres o nascimento dos respetivos filhos, devido à realização inesperada de partos distócicos e que tiveram de sair a pedido dos profissionais de saúde gerando tristeza e sensação de perda pela vivência de um acontecimento marcante. Verbalizaram frases como *“eu estava a desempenhar tão bem a minha função...e de repente...tive que sair na hora da ventosa...quando regresssei senti que não foi a mesma coisa”, “vamos ter que realizar uma cesariana e não vai poder estar com a esposa...palavras tão duras...para quem queria estar presente até ao fim...”*. Os restantes expressaram que as suas participações em muito se deveu à envolvimento por parte dos profissionais nos cuidados prestados às mulheres grávidas. A ajuda, a promoção e o incentivo por parte da equipa de saúde, em muito encorajou a participação dos companheiros na prestação do apoio efetivo à mulher grávida. Relatos como *“de tudo o que me ensinou...eu coloquei em prática”*; *“a ajuda da equipa foi preciosa...”*, *“quando tinha dúvidas e perguntava, fui sempre atendido e ficava esclarecido”*.

Também, a evidência científica atesta os inúmeros benefícios que a presença e o apoio do companheiro durante o TP trazem para todos os envolvidos no processo de nascimento. Das 49 grávidas a quem prestei cuidados especializados e que se encontravam acompanhadas dos respetivos companheiros, 33 mulheres (67%) tiveram partos eutócicos, 7 Ventosas/Fórceps (14%) e 9 cesarianas (19%).

Considerado como um dos benefícios, a presença do companheiro no TP e para a mulher o aumento da sua satisfação com a experiência de parto (FAME e APEO 2009), procurei obter essa informação junto das parturientes a quem prestei cuidados (Gráfico 5).

Gráfico 5: Satisfação das parturientes que cuidei relativamente à sua experiência de parto (n=49)



Nenhuma parturiente de quem cuidei referiu haver insatisfação com a sua experiência de parto e valorizando positivamente a presença e o apoio que teve por parte do companheiro. Curioso é o facto de que as mulheres que mencionaram estar satisfeitas (16) todas elas tiveram partos que culminaram em cesarianas urgentes/emergentes ou em ventosas/fórceps. Nas situações supracitadas, e como ainda não vigorava o Despacho nº 5344-A de 2016, o companheiro não era autorizado a presenciar um parto por cesariana. Nos restantes partos distócicos a equipa médica solicitava sempre a saída do companheiro, originando à parturiente tristeza, preocupação e receio. Algumas expressões foram verbalizadas por estas mulheres que não puderam ter o companheiro ao seu lado, nomeadamente *“foi fantástico o seu acompanhamento, mas tive muita pena de ele ter ido embora na hora da ventosa”*; *“quando fui para a cesariana, após a sua saída já não foi mais a mesma coisa”*, relatos que evidenciam algum descontentamento e mágoa pela vivência de um momento que é único e que pertence ao casal.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização do presente relatório espelha o percurso de aprendizagem desenvolvido e determinante na aquisição e consolidação das competências definidas pela OE, com vista à humanização, ao cuidado diferenciado e especializado, enquanto futura enfermeira obstetra.

Fleury e Fleury (2001), definiram competência como um “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades” (Fleury e Fleury, 2001, p. 188). Também, a mobilização e a consolidação de conhecimentos de índole teórica, trespassados para a prática clínica no cuidado especializado à mulher ao longo do seu ciclo de vida, inserida na família e comunidade, foram uma constante no processo formativo e que exigiu uma permanente atualização dos mesmos. Integrando a melhor evidência científica na forma do cuidar, bem como, a autonomia na tomada de decisão, análise crítica e reflexiva vivenciada nos diversos contextos clínicos, promoveu a edificação da identidade profissional, por uma área que desde cedo se revelou de primordial interesse.

Durante a realização do EC, inicialmente existiram algumas dificuldades, devido à inexperiência de trabalho num SUOG, nomeadamente na realização da triagem segundo Manchester. As contrariedades e o sucesso aquando da prática clínica foram sempre duas analogias que contribuíram, motivaram e elevaram a aprendizagem. Tal como aprendi com o êxito também não deixei de o fazer perante as dificuldades surgidas, que foram sendo ultrapassadas com a mobilização de estratégias facilitadoras da aprendizagem, permitindo alcançar a tão desejada autonomia, eficiência e excelência dos cuidados diferenciados realizados pelo enfermeiro obstetra.

A prestação de cuidados especializados desenvolvidos em contexto BP e SUOG à mulher, inserida na família no âmbito do planeamento familiar, pré-concepcional, pré-natal, TP, pós-natal e climatério, que experienciou “ (...) processos de saúde/doença ginecológica” e no cuidado ao “grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, 2010 p.2), constituíram uma fonte de desenvolvimento na aquisição de competências técnico-científicas e relacionais, éticas e deontológicas, permitindo alcançar os

objetivos delineados e fundamentados no paradigma da prestação de cuidados preconizados pela teoria de Jean Watson – o holismo.

Neste sentido, procurei sempre exercer uma prática profissional responsável, refletida, promovendo uma relação empática ao serviço da mulher e da sua família, respeitando as individualidades, capacidades e valorizando-as no processo do cuidar. Centralizar a mulher/família no sistema do cuidado envolvendo-os em todo o processo designadamente no planeamento, implementação e realização das intervenções estiveram sempre presentes na minha prática clínica.

Abordei o tema do papel do enfermeiro obstetra no empoderamento do companheiro para apoiar a mulher no TP. Sendo o processo de nascimento como um momento irrepetível na vida do casal, o companheiro deseja cada vez mais participar ativamente e partilhar desta experiência tão singular. E, cabe ao enfermeiro obstetra promover, incentivar, apoiar e transmitir conhecimentos/informação aos companheiros acerca dos benefícios e formas de ajudar a mulher durante o TP. Cuidado especializado que deverá ser sempre transversal ao longo da vigilância pré-natal, considerando que todos os momentos de contacto entre o enfermeiro obstetra e os casais são excelentes e propícios para a abordagem do tema. Efetivamente, a presença do companheiro na sala de partos é muito importante e “cabe aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia proporcionar-lhes uma aprendizagem adequada às suas necessidades e permitir que sintam apoio para conseguir aplicar estes conhecimentos e assim sentirem-se úteis e parte integrante de todo este processo de trabalho de parto e nascimento” (Pouso, 2013, p. 2).

Gratifico o apoio de toda a equipa multidisciplinar e em particular da Enfermeira Orientadora, pelas oportunidades de aprendizagem que me foram facultadas e a partilha de experiências e saberes que contribuíram claramente para o desenvolvimento da minha aprendizagem e na aquisição de competências técnico, científicas e relacionais, promovendo o crescimento como futura enfermeira especialista. Do mesmo modo, evidencio a minha gratidão à Docente Orientadora pelo apoio, motivação e disponibilidade sempre demonstrada no percurso de mais uma etapa académica.

Atualmente, na unidade de saúde onde exerço funções colaboro semanalmente, com 2 enfermeiras obstetras (externas à unidade) no projeto de “Assistência Pré-Natal às grávidas de baixo risco pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)” em estreita articulação com o hospital da área de influência. Gostaria de dar continuidade ao projecto, enlaçando - o como enfermeira obstetra, bem como, colaborar com as duas colegas na implementação do mesmo a outras unidades de saúde.

Também, gostaria de poder abraçar um projecto na área dos cursos de preparação para a parentalidade, na Unidade de Cuidados à Comunidade (onde aguardo mobilidade interna) de forma a partilhar os meus saberes com os companheiros/casal, “equipando-os” de instrumentos essenciais para que a maternidade/paternidade seja “encarada como um momento único e sublime” (Santos *et al.*, 2011, p. 457).

É meu desejo a elaboração de um artigo para submeter para publicação, acerca do empoderamento do companheiro para apoiar à mulher no TP, com a finalidade de sensibilizar todos os profissionais de saúde, para uma temática carente de estudos de investigação, como o papel do companheiro.

Ao exercer a minha atividade profissional na área dos CSP, efetivamente constitui uma grande motivação e um desafio aliciante como futura enfermeira obstetra, na qual considero que futuramente posso marcar pela diferença na prestação de cuidados especializados, autónomos e interdependentes para quem mais necessita no processo do cuidar ao longo do ciclo de vida da nossa comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M., Brüggemann, O., Bampi, R., Godinho, V. (2013). Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade-escola. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 5 (3), 153-164. Doi:10.9789/2175-5361.2013v5n3p153
- Araújo, M., Albertini, R., Guimarães, F. (2010). Incidência de sintomas de estresse em primíparas: vivências e relatos de mulheres. *Polêm!ca Revista Eletrônica*, 9 (4), 64-73. Acedido: 18/02/2016. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2821/18>
- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A. (2015). *Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Review)*. The Cochrane Library. Doi: 10.1002/14651858.CD007412
- Brüggemann, O., Parpinelli, M., Osis, M. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Caderno Saúde Pública*, 21(5), 1316-1327. Doi:10.1590/S0102-311X2005000500003
- Caires, T., Vargens, O. (2012). A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de género e poder. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 159-168. Doi:10.12707/RIII1163
- Carvalho, J., Brito, R., Araújo, A., Souza, N. (2009). Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. *Revista Rene*, 10 (3), 125 - 131. Acedido 08/01/2016. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a15v10n3.pdf
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (suplemento 2), 389-398. Doi:10.1590/S0102-311X2003000800020

- Cavalcante, F., Oliveira, L., Ribeiro, M., Nery, I. (2007). Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21 (1), 31-40. Doi:10.18471/rbe.v21i1.3910
- Colman, C. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Edições Colibri. Lisboa.
- Coutinho, E. (2004). *A experiência de ser cuidada na sala de partos*. Millenium - Revista do ISPV, (30), 29-37. Acedido 06/11/2015. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto*. Loures: Lusociência.
- Davim, R., Torres, G., Dantas, J. (2009). Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (2), 438-445. Doi:10.1590/S0080-62342009000200025
- Despacho nº 5344-A (2016). *Procede à regulamentação da Lei nº 15/2014 de 21 de Março, no acompanhamento da grávida no parto por cesariana*. Diário da República, II série, Nº 76(19-04-2016), p. 12560.
- Devane, D., Lator, J., Daly, S., & McGuire, W. (2012). *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review)*. The Cochrane Library. Doi:10.1002/14651858.CD005122
- Dodou, H., Rodrigues, D., Guerreiro, E., Guedes, M., Lago, P., Mesquita, N. (2014). Contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18 (2), 262-269. Doi: 10.5935/1414-8145.20140038
- Dotto, L., Moulin, N., Mamede, M. (2006). Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (5), 1-8. Doi:10.1590/S0104-11692006000500007
- Fame e Apeo (2009). *Iniciativa parto normal - documento de consenso*. Loures. Lusociência.

- FIGO (2014). *Essential interventions for safer maternal and newborn health. Published by International Federation of Gynecology and Obstetrics.* Acedido 02-02-2016. Disponível em: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/PMNCH/Guide%20booklet%20A5_Package%20of%20activities_Joint%20initiative%20EIs%20toolkit_FIGO%20ICM%20IPA%202014.pdf;
- Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196. Doi:10.1590/S1415-65552001000500010
- Francisco, B., Souza, B., Vitória, M., Zampieri, M., Gregório, V. (2015). Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19 (3), 567-575. doi:10.5935/1415-2762.20150044
- Garcês, M. (2011). *Vivências da Figura Paterna no Trabalho de Parto e Nascimento no Processo de Transição para a Parentalidade* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem, Porto. Disponível no RCAAP
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Gonçalves, T., Xavier, R., Araújo, L., Arial, L. (2011). Contribuição da enfermagem para a construção do vínculo mãe-bebê com malformação congênita. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 3 (2), 1776-1790. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1282/pdf_375.
- Gonzalez, A., Fernandes, E., Silva, E., Rabelo, M., Souza, S. (2012). A percepção do acompanhante no processo do nascimento. *Revista Cogitare Enfermagem*, 17 (2), 310-314. Doi:10.5380/ce.v17i2.27889
- Gregório, V., Padilha, M. (2012). História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, Brasil (1956-2001). *Revista Brasileira*

de *Enfermagem*, 65 (5), 767-774. Doi:10.1590/S0034-71672012000500008

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

ICM. (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido 02-02-2016. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Kululanga, L., Malata, A., Chirwa, E., Sundby, J. (2012). Malawian fathers' views and experiences of attending the birth of their children: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (141), 1-10. Doi:10.1186/1471-2393-12-141

Lei nº 14 de 6 de Julho (1985). Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto. Diário da República, I Série, Nº 153 (06-07-1985), p 1874.

Lei nº 15 de 21 de Março (2014). Lei consolidando a legislação de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, I série, Nº 57 (21-03-2014) 2127-2131.

Lowdermilk, D., Shannon, E., Bobak, I. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

Mamede, F., Mamede, M., Dotto, L. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (2), 331-336. DOI: 10.1590/S1414-81452007000200023.

McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., Morris P. (2013). *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review)*. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

- Melo, R., Brito, R. (2013). The fathers' perception about their presence in the labor room during the birth of their child: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12, 596-598.
- Morais, S., Almeida, R. (2013). Do Ser Homem ao Sentir-se Pai: A Importância da Enfermagem na Construção da Paternidade. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Nº 13, 39-47. Acedido 04/05/2014. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxyZXZpc3RhYXBib3xneDoyOTU1Yzk5NDRhOWJkMjUz>
- Moreira, K., Araújo, M., Fernandes, A., Braga, V., Marques, J., Queiroz, M^a. (2009). O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare Enfermagem*, 14 (4), 720-728. Acedido 12-02-2016. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v14n4/a17v14n4.pdf>
- Motta, C., Crepaldill, M^a. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia Ribeirão Preto*, 15 (30), 105-118. DOI: 10.1590/S0103-863X2005000100012
- Moura, F., Crizostomo, C., Nery, I., Mendonça, R., Araújo, O., Rocha, S. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4), 452-455. DOI: 10.1590/S0034-71672007000400018.
- Nagahama, G., Vieira, L., Jover, P., Leite, G., Watanable, E., Almeida, S., Sass, N. (2007). O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch – série de casos. *Revista Brasileira Ginecologia Obstétrica*, 29 (23), 120-125. DOI: 10.1590/S0100-72032007000300002
- OE e APEO (2012). “*Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*” (Documento de Consenso). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2012). *Projecto da MCEESMO-OE. Maternidade com qualidade*. Acedido 07-01-2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQ>

ualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

- OE (2015). *Livro de Bolso para Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, Rui., Cardoso, M^a., Martins, M^a. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (7). 55-62. DOI: 10.12707/RIII11146
- Pestvenidze E., Bohrer, M. (2007). Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia. *Glob Public Health*, 2 (2), 169-183. DOI: 10.1080/17441690601054330
- Pinto, C., Basile, A., Silva, S., Hoga, L. (2003). O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. *Revista Mineira de Enfermagem*, 7 (1), 41-47. Acedido 01-06-2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/782>
- Poh, Li., Hong-Gu, H., Seow, L., Koh, S. (2014). Research in brief -- A qualitative study on first-time fathers' experiences and needs during their wives' pregnancy and childbirth. *Singapore Nursing Journal*, 41 (2), 42 - 44.
- Pousa, O. (2013). Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de enfermagem. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Lisboa, nº 13, 48-51. Acedido 04/05/2014. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxyZXZpc3RhYXBib3xneDo0NDVjNmEyYml3YTg2OTg5>
- Prado, A. (2016). *Resgatando o Parto* (¶1). Acedido 18-03-2016. Disponível em <http://www.amigasdoparto.com.br/presgate.html>
- Progianti, J., Araújo, L., Mouta, R. (2008). Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (1), 45-49. DOI: 10.1590/S1414-81452008000100007

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666

Rodrigues, C., Domingues, G., Duarte, H., Franco, J. (2010). Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, N.º 11, 6-9. Acedido 04-05-2014. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxyZXZpc3RhYXBib3xneDo0YjU0MjM2MzhmMzhhZDZm>

Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour Third Stage of Labour*. Acedido <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Third%20Stage%20of%20Labour.pdf>

Santana, M., Souza, S., Gualda, D., Wall, M. (2012). Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. *Cogitare Enfermagem*, 17 (1), 106-112. DOI: 10.5380/ce.v17i1.26382

Santos, J., Tambelini, C., Oliveira, S. (2011). Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15 (3), 453 – 457. DOI: S1415-27622011000300020

Shibli-Kometiani, Miriam; Brown, Anna M. (2012). Fathers' experiences accompanying labour and birth. *British Journal of Midwifery*, 20 (5), 339-344.

Silva, C., Valente, G., Bitencourt, G., Brito, L. (2010). A Teoria do Cuidado Transpessoal na Enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15 (3), 548-551. Acedido: 25-01-2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18902/12210>

- Soares, A., Silva, I. (2003). Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37 (2), 72-80. DOI: 10.1590/S0080-62342003000200009
- Teles, L., Américo, C., Pitombeira, H., Freitas, L., Damasceno, A. (2010). Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. *Revista de Enfermagem*, 4 (2), 498 - 503. DOI: 10.5205/reuol.643-7016-1-LE.0402201007
- Tomeleri, K., Pieri, F., Violin, M., Serafim, D., Marcon, S. (2007). “Eu vi Meu Filho Nascer”: Vivência dos Pais na Sala de Parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (4), 497-504. Acedido 14-07-2014. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3110>
- Versiani, C., Rodrigues, A., Silva, T., Holzmann, A., Souto, D. (2013). O Ser Enfermeiro Obstetra no Cuidado ao Parto. *Revista APS*, 16 (2), 173-179. Acedido 22-04-2016. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1786>
- Zampieri, M^a. (2001). Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22 (1), 140 - 166. Acedido 22-04-2016. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4356>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2007). Watson’s theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 16 (1), 129 – 135. DOI: 10.1590/S0104-07072007000100016
- WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization
- WHO/RHR/14.19 (2014). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. World Health Organization

APÊNDICE

Apresentação dos Quadros dos Artigos Seleccionados para a RSL

A Revisão Sistemática da Literatura teve como questão de pesquisa: *Qual a percepção do pai/companheiro acerca da sua participação durante o trabalho de parto?* No anagrama PICO os elementos que compõem a pergunta são os seguintes: **P** (Participantes): Pai/companheiro; **I** (Fenómeno de Interesse): Percepção acerca da sua participação no trabalho de parto; **Co** (Contexto): Trabalho de Parto.

Foram definidos como critérios de inclusão: os artigos disponíveis, completos nas bases de dados, em português, inglês ou espanhol e que foram publicados entre 2005 e 2015. Como critérios de exclusão: os artigos que carecem de pagamento, não respondam à questão de pesquisa e que se encontrem em duplicado nas diferentes bases de dados consultadas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a 26 de Dezembro de 2015, na plataforma EBSCO host, compreendendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Na realização da pesquisa foram utilizados descritores: “Perception”, “Fathers”, “Childbirth”, “Parturition” e feita combinação através das expressões booleanas OR/AND.

Segue-se a apresentação dos quadros, devidamente identificados com o título do respetivo artigo. A 1ª coluna que compõe o quadro corresponde à identificação do estudo (autor, ano de publicação e fonte), a 2ª coluna apresenta a finalidade do estudo, a 3ª coluna faz menção ao tipo de estudo e na última coluna, são apresentados os resultados com relevância para a questão de pesquisa.

Quadro 1: “Finally, daddies in the delivery room: Parents’ education in Georgia”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>Autor: Pestvenidze, E; Bohrer, M.</p> <p>Ano de publicação: 2007</p> <p>Fonte: Global Public Health</p>	<p>Analisar um programa implementado na Geórgia para a promoção da assistência à maternidade centrada na família</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observou-se a vivência de inúmeros sentimentos experienciados pelos companheiros que viveram o processo de nascimento, tais como: uma grande satisfação, bem-estar, uma experiência stressante, agradável e impressionante; ▪ Aumento da consciencialização do companheiro acerca da importância de apoiar a mulher durante o TP; ▪ A frequência dos CPPP ajudaram os companheiros a adquirir conhecimentos/competências essenciais para serem aplicados durante o TP.

Quadro 2: Malawian fathers' views and experiences of attending the birth of their children: a qualitative study

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>Autor: Kululanga, L., Malata, A., Chirwa, E., Sundby, J.</p> <p>Ano de publicação: 2012</p> <p>Fonte BMC Pregnancy And Childbirth</p>	<p>Analisar as experiências do pai que participou no nascimento do filho em 2 hospitais privados e 1 público</p>	<p>Estudo exploratório descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Observou-se a vivência de múltiplas emoções por parte dos companheiros como: medo, ansiedade, frustração, sensação de incapacidade para ajudar; diminuição do desejo de ter mais filhos (os companheiros que assistiram às cesarianas);▪ Aumento dos conhecimentos por parte dos companheiros acerca do processo de TP;▪ Uma oportunidade de o companheiro ser a primeira pessoa a acolher o filho;▪ A observação do processo do TP irá permitir ao companheiro prestar apoio em partos futuros;▪ Verificou-se por parte dos companheiros um papel de defensor da mulher;▪ A prestação de suporte psicológico diante da mulher com dor;

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
			<ul style="list-style-type: none">▪ Desconforto e angústia por parte dos companheiros perante alguns procedimentos obstétricos realizados;▪ A vivência de sentimentos de medo, raiva e frustração perante a mulher com dor;▪ Verificou-se que durante o TP os companheiros “dissimularam-se” de fortes para esconder o sentimento de medo;▪ A falta de conhecimentos e competências, por parte do companheiro, causou dificuldades na prestação de suporte físico à mulher.

Quadro 3: “Fathers’ experiences accompanying labour and birth”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>Autor: Shibli-Kometiani, Miriam; Brown, Anna M.</p> <p>Ano de Publicação: 2012</p> <p>Fonte: British Journal of Midwifery</p>	<p>Analisar o papel do pai, sua percepção e experiência do parto, vivida com o nascimento do primeiro filho</p>	<p>Estudo Fenomenológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Averiguou-se níveis significativos de ansiedade, medo e desamparo à medida que o TP progredia, tornando os companheiros menos solidários e mais passivos; ▪ Os companheiros não ficaram surpresos com o seu desconforto no apoio efetivo às mulheres grávidas; ▪ Observou-se por parte dos companheiros uma insatisfação dos seus desempenhos e a falta de capacidade em dar suporte às esposas; • Os CPPP ajudaram os companheiros a encarar a experiência como positiva e facilitadora enquanto para outros se sentiram despreparados;

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
			<ul style="list-style-type: none">• Observou-se que os companheiros sentiram necessidade de serem apoiados, pela falta de preparação no apoio à mulher, a incompreensão do processo fisiológico, dificultando ao Homem a capacidade de lidar com o TP;• A necessidade de partilhar a experiência e a responsabilidade com a esposa legando confiança e incentivo;• A participação do companheiro foi influenciada pela equipa de saúde.

Quadro 4: “The fathers’ perception about their presence in the labor room during the birth of their child: a descriptive study”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>Autor: Melo, M^a., Brito, R.</p> <p>Ano de publicação: 2013</p> <p>Fonte: Online Brazilian Journal of Nursing</p>	<p>Analisar a percepção do pai quanto à sua presença na sala de parto durante o nascimento do seu filho</p>	<p>Exploratório e descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ A importância da presença dos companheiros, o apoio e incentivo às mulheres durante o TP;▪ Verificou-se uma Interação positiva com as esposas, filhos, profissionais de saúde;▪ A presença do companheiro enobreceu o momento do nascimento;▪ Aumento da sensibilidade com o binómio esposa-filho;▪ Companheiros mais cuidadosos com a díade;▪ A reconstrução de uma nova visão sobre a mulher;

Quadro 5: “Research in brief -- A qualitative study on first-time fathers' experiences and needs during their wives' pregnancy and childbirth”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>Autor: Li, Poh., Hong – Gu, He., Seow, L., Koh, S.</p> <p>Ano de Publicação: 2014</p> <p>Fonte: Singapore Nursing Journal</p>	<p>Analisar a experiência e necessidade vivenciada pela primeira vez pelo pai, durante a gravidez e parto</p>	<p>Estudo descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os companheiros vivenciaram múltiplas emoções: felicidade, tranquilidade, ansiedade, preocupação, impaciência, chocado e fascínio com a maravilha da vida; ▪ Para melhor ultrapassarem as alterações decorrentes do parto, os companheiros adotaram comportamentos adaptativos: desenvolveram o autocontrole, apoiando, compreendendo e manifestando afetos (carinho) num momento especial e sensível para a mulher grávida;