



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

Relatório de Estágio

## **O ENVOLVIMENTO DO PAI NO PROCESSO DE NASCIMENTO NA SALA DE PARTOS: UM DESAFIO À INTERVENÇÃO DO EEESMO**

**Patrícia Andreia Bernardes Assunção Rodrigues**

**Lisboa  
2016**





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

Relatório de Estágio

## **O ENVOLVIMENTO DO PAI NO PROCESSO DE NASCIMENTO NA SALA DE PARTOS: UM DESAFIO À INTERVENÇÃO DO EEESMO**

**Patrícia Andreia Bernardes Assunção Rodrigues**

Orientador:

Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

**Lisboa**

**2016**



## **LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS**

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CPPN- Curso de Preparação para o Nascimento

EC – Ensino Clínico

EE ESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ICM – International Confederation of Midwives

MCEESMO-OE – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Ordem dos Enfermeiros

Nº- Número

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN - Recém-nascido

UC – Unidade Curricular

## RESUMO

A evidência científica demonstra que o envolvimento dos pais no processo de nascimento traz benefícios para os mesmos, para a mãe, para o casal e para a nova tríade familiar. No entanto, os pais, muitas vezes, referem-se desvalorizados e sem preparação suficiente para se envolverem ao longo do processo de nascimento, devido a não serem considerados um elemento importante e necessário. Porém, quando se sentem alvo dos cuidados durante o trabalho de parto, verbalizam esse aspecto como um contributo positivo para o seu envolvimento.

Constatou-se ao longo do estágio, inserido na Unidade Curricular (UC) de Ensino Clínico (EC) “Estágio com Relatório” que no primeiro e quarto estágio do trabalho de parto, os pais, tendencialmente, assumiram uma atitude ativa no apoio emocional à sua companheira e mais passiva no apoio físico a esta e nos cuidados ao recém-nascido. No segundo e terceiro estágio do trabalho de parto desejavam apoiar a sua companheira, contudo aguardavam a orientação do enfermeiro para intervir quando e onde fosse possível.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO) tem um papel privilegiado no envolvimento dos pais no processo de nascimento na sala de partos, sendo determinante na mudança de paradigma relativamente ao nascimento, entendido como um processo natural e familiar.

O presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar as competências gerais e específicas do EE ESMO desenvolvidas ao longo do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO)<sup>1</sup>, com ênfase na UC de EC “Estágio com Relatório”. Pretenderam-se identificar e implementar intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos, salientando e reforçando o momento que também deles.

Do ponto de vista metodológico foi utilizada a prática baseada na evidência, a reflexão sistemática sobre as práticas, suportada por um projeto discutido, analisado e desenvolvido ao longo CMESMO.

**Palavras-chave:** EE ESMO, pai, envolvimento e nascimento.

---

<sup>1</sup> Preconizadas no Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro e no Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro emanados, pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

## **ABSTRACT**

Scientific evidence shows that fathers' involvement in the birth process brings benefits to himself, the mother, the couple and the new family. However, fathers often feel disregarded and with not enough preparation to be engaged in childbirth, due to the fact of being underestimated as an important and necessary element. Nevertheless, when they feel valued during labor, they verbalize that aspect as a positive contribution to their involvement.

It was found in the "Estágio com Relatório" that in the first and the fourth stages of labor, fathers, tendentially, take an active attitude in emotional support and become more passive in physical support and child care. In the second and third stage, they wished to support the mother, though they waited for professional guidance to intervene when and how it was possible.

The midwife nurse has a privileged role in the fathers' involvement, being determinant in the paradigm change of birth as a normal and family process.

The present work has the main goal of describing and analyzing the general and specific skills developed in the different internships of the 6<sup>th</sup> Masters Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing, emphasizing the "Unidade Curricular Estágio com Relatório".

It was intended to identify and implement interventions that are facilitative in the involvement of the fathers in the labor room, emphasizing and reinforcing that is also their moment.

From the methodological point of view it was used the systematic review about the practice, supported by a project discussed, analysed and developed in the Masters Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing.

**Keywords:** Midwifery, father, involvement and birt

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. METAPARADIGMA DA EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS .....	11
1.1. O cuidar como a essência da ciência de enfermagem.....	11
1.2. As competências do EE ESMO e a qualidade dos cuidados.....	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	16
2.1. Uma questão de gênero .....	16
2.2. Novas representações da parentalidade .....	17
2.3. O envolvimento dos pais no processo de nascimento: velhos e novos desafios ....	18
2.3.1. O envolvimento dos pais no período pré-natal .....	18
2.3.2. O envolvimento dos pais no período perinatal.....	20
2.3.3. O envolvimento dos pais no período pós-natal .....	23
2.3.4. O EE ESMO como facilitador do envolvimento dos pais no processo de nascimento .....	24
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
3.1. Prática baseada na evidência .....	27
3.2. Metodologia de projeto .....	28
3.3. Prática reflexiva .....	29
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	30
4.1. Contexto onde decorreu o EC “Estágio com Relatório” .....	30
4.2. Análise das competências do EE ESMO em contexto de Bloco de Partos.....	30
4.3. Análise das intervenções do EE ESMO facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos e seus resultados .....	38
4.3.1. Intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no primeiro estágio de trabalho de parto.....	39
4.3.2. Intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto .....	43
4.3.3. Intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no quarto estágio do trabalho de parto.....	47
4.3.4. Intervenções facilitadoras da continuidade dos cuidados.....	51
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	52
6. LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	54

7. CONTRIBUTOS PARA A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS .....	55
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

#### **APÊNDICES:**

Apêndice I. Pesquisa nas bases de dados Medline e CINHALL

Apêndice II. Análise de artigos selecionados nas bases de dados Medline e CINHALL

Apêndice III. Instrumento de registo de observação do envolvimento do pai no processo de nascimento na sala de partos

Apêndice IV. Contributos para o desenvolvimento de competências do EE ESMO desenvolvidas ao longo do CMESMO

Apêndice VI. Proposta da inclusão dos pais (e seu envolvimento) nos indicadores de qualidade do projeto “Maternidades com Qualidade”

Apêndice VII. Sistema de Valores da Jean Watson

Apêndice VIII. Projeto delineado ao longo do CMESMO para a UC de EC “Estágio com Relatório”

Apêndice IX. O envolvimento do pai no nascimento (folheto apresentado aos pais durante o primeiro estágio do trabalho de parto)

Apêndice X. O envolvimento do pai no período pós-natal (folheto apresentado aos pais durante o quarto estágio do trabalho de parto)

Apêndice XI. Circuito do pai/acompanhante em contexto de cesariana (documento produzido no âmbito da UC de EC “Estágio com Relatório”)

## **INDÍCE DE QUADROS:**

Quadro 1. Condição sociodemográfica dos pais acompanhados no primeiro estágio de trabalho de parto.....	42
Quadro 2. Envolvimento dos pais e orientações da estudante/EE ESMO no primeiro estágio do trabalho de parto.....	43
Quadro 3. Condição sociodemográfica dos pais acompanhados no segundo e terceiro estágio de trabalho de parto.....	46
Quadro 4. Envolvimento dos pais e orientações da estudante/EE ESMO no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto.....	47
Quadro 5. Condição sociodemográfica dos pais acompanhados no quarto estágio de trabalho de parto.....	49
Quadro 6. Envolvimento dos pais e orientações da estudante/EE ESMO no quarto estágio do trabalho de parto.....	50



## INTRODUÇÃO

Tornar-se pai implica um “período de mudança e instabilidade para o homem” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 522). Este processo tem o seu início prévio ao parto, talvez antes da gravidez, sendo expresso através das suas expectativas e desejos. Neste sentido, o processo de nascimento acarreta uma série de modificações a nível individual e conjugal que se iniciam bem cedo na gravidez (ou até mesmo no período pré-concepcional), podendo prolongar-se no período pós-natal. Assim sendo, o processo de nascimento é um evento natural e familiar que marca não apenas o nascimento de uma criança, mas, também, o nascimento de uma mãe, de um pai e de uma nova família (Brazelton, 1992). Desta forma, é essencial que todos os intervenientes, inclusivamente os próprios pais, usufruam dos seus direitos, nomeadamente, o de serem envolvidos durante todo o processo.

Porém, apesar dos avanços significativos do envolvimento dos pais no processo de nascimento, ainda “persistem traços de exclusão que se devem a profundas práticas históricas e culturais muito difundidas” (Ribeiro, 2005, p. 192). O Instituto Promundo, enquanto organização não-governamental, com atuação em diversos países a nível mundial, que visa promover a igualdade de género e a prevenção da violência salienta que o envolvimento dos pais comporta benefícios “para a saúde física e psicológica da mãe, para o bem-estar da criança que vai nascer e para o crescimento pessoal dos homens” (Instituto Promundo, 2015, p. 46). Assim, o “momento de interação entre o sistema de saúde e as famílias durante a gravidez constitui uma porta aberta para a inclusão dos homens, para fazê-los sentirem-se protagonistas” (Instituto Promundo, 2015, p. 46) no decorrer do processo.

O alvo de intervenção do EE ESMO é a mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo vital. Este cuida da mulher e do seu convivente significativo por conceber, planear, implementar e avaliar intervenções que visam o conforto e o bem-estar, o apoio psicológico e emocional e o processo de transição e adaptação à parentalidade de ambos. No entanto, ao analisarem-se as competências regulamentadas pela OE, pode-se verificar que os pais ficam, muitas vezes, “ocultos” na categoria de convivente significativo.

Tendo o EE ESMO um papel privilegiado na compreensão, incentivo, apoio e envolvimento dos pais no processo de nascimento, considerou-se pertinente uma

exploração aprofundada das intervenções deste profissional no envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos, assente na reflexão e análise dos objetivos propostos no projeto que esteve na base deste relatório.

Os objetivos do referido projeto foram:

- Identificar as expectativas dos pais relativamente ao seu envolvimento no processo de nascimento, na sala de partos;
- Identificar as intervenções autónomas do EE ESMO facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos;
- Implementar intervenções autónomas do EE ESMO facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos durante a realização da UC de EC “Estágio com Relatório”;
- Refletir no contributo das intervenções implementadas para o envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos.

Este relatório pretende descrever e analisar o percurso efetuado e o alcance das competências gerais e específicas, como futura EE ESMO, desenvolvidas ao longo dos diversos EC e, em especial, durante a UC de EC “Estágio com Relatório”<sup>2</sup>.

Foi usada uma prática baseada na evidência e a metodologia de projeto, alicerçadas numa reflexão sistemática sobre as práticas. Como quadro de referência foi mobilizado o modelo de Jean Watson, cujo foco se centra no cuidar como o conceito central da enfermagem.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos principais. O primeiro aborda a filosofia de cuidados de Jean Watson, as competências do EE ESMO e os padrões de qualidade em enfermagem. O segundo explora os conceitos que estão subjacentes à problemática em questão. O terceiro centra-se nas opções metodológicas que permitiram o alcance dos objetivos delineados. Por último, analisa-se o percurso de aprendizagem, bem como o desenvolvimento das competências propostas e, ainda, a forma como as intervenções desenvolvidas foram facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos.

---

<sup>2</sup> De acordo com o perfil de competências gerais e específicas regulamentadas pela OE.

## **1. METAPARADIGMA DA EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS**

O Dicionário de Língua Portuguesa Priberam (2016) define metaparadigma como uma “reflexão sobre um conceito ou um conjunto de conceitos de determinada disciplina”.

A excelência de cuidados significa o alcance de um nível de qualidade de perfeição, constituindo um desafio importante na prática diária da enfermagem. Nesta área, o enfermeiro procura ajudar os clientes a alcançarem o seu máximo potencial de saúde, prevenir complicações, maximizar o seu bem-estar e desenvolver, em conjunto com os mesmos, processos de adaptação. Desta forma, contribui simultaneamente para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

A procura da excelência dos cuidados exige que o enfermeiro tenha subjacente à sua prática uma hierarquia de valores que o orientem. A aceitação e assunção desses valores, exige do enfermeiro características e qualidades pessoais que se revelam em comportamentos e ações condignas.

### **1.1. O cuidar como a essência da ciência de enfermagem**

Cuidar é o “ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (Watson, 2002, p. 55). Para tal, é necessário que o enfermeiro se desprenda do modelo biomédico, ainda enraizado em alguns princípios da prática tradicional, analisando as situações e as necessidades dos clientes por um outro ângulo. Neste sentido, é pertinente uma abordagem da ciência humana sobre o cuidar para a prática de enfermagem de hoje e de amanhã.

São enunciados no artigo 78º do Código Deontológico de Enfermagem (CDE) (2005) intervenções de enfermagem orientadas por determinados valores tais como, preocupação com a defesa e dignidade da pessoa humana, a assunção de valores universais nomeadamente a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Estes valores contribuem para a humanização dos cuidados levando a mudanças positivas de bem-estar nos outros, bem como ao benefício e crescimento do enfermeiro. Watson (2002) corrobora que “cuidar requer que o enfermeiro possua

intenções específicas, uma vontade, valores e um compromisso com um ideal de transacção do cuidar intersubjectivo que é dirigido para a preservação do ser pessoa e da humanidade”. O cuidar envolve, também, ter “elevada consideração pelo todo da pessoa, pelo seu estar-no-mundo” (Watson, 2002, p. 111) e reconhecer a sua “autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 65).

Watson referencia dez fatores de cuidar que fazem parte deste processo, sendo eles:

- Altruísmo humano;
- Promoção da fé-esperança;
- Sensibilidade para consigo e para com os outros;
- Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;
- Promoção e aceitação de pensamentos positivos e negativos;
- Uso sistemático de método científico de solução de problemas para a tomada de decisão;
- Promoção do ensino de aprendizagem interpessoal;
- Promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou correção mental, física, sociocultural e espiritual;
- Assistência com gratificação das necessidades humanas;
- Existência de fatores existenciais e fenomenológicos-espirituais (Watson, 2002).

O cuidar humano transpessoal potencia os processos de “maior auto-conhecimento, auto-respeito, autocontrole e auto-restabelecimento” (Watson, 2002, p. 102), colmatando as necessidades humanas<sup>3</sup>. Desta forma, previne-se a desarmonia entre a mente, o corpo e a alma, que geram sentimentos de incongruência no íntimo da pessoa e que conduzem à “ameaça, à ansiedade, ao tumulto interior (...) ao sentimento de desespero existencial, ao temor e ao mal-estar” (Watson, 2002, p. 101) e permite-se o alcance da capacidade de “reorganização do Eu percebido e do Eu experienciado” (Watson, 2002, p. 124) pela harmonia interior da mente, corpo e alma.

---

<sup>3</sup> Necessidade da pessoa de ser amada, cuidada, na necessidade de consideração positiva e de ser aceite, compreendida e valorizada (Watson, 2002, p.102).

## 1.2. As competências do EE ESMO e a qualidade dos cuidados

O enfermeiro “distingue-se pela sua formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural” (OE, 2012, p. 10).

Ao enfermeiro especialista acresce um distinto

“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto específico de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº 122/2011, p. 8648).

Neste sentido, o EE ESMO partilha com as outras áreas de especialidade um “grupo de domínios, consideradas competências comuns”, permitindo-lhe a atuação em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, bem como ao nível da “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança” (Regulamento 122/2011, p. 8648) com “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (OE, 2011, p. 3).

No âmbito da sua intervenção, o EE ESMO é detentor de um perfil de competências específicas, assumindo a responsabilidade pelo cuidado à mulher durante o seu ciclo reprodutivo, inserida na família e comunidade (Regulamento 127/2011), enfatizando o seu empoderamento/capacitação. Os seus cuidados devem atender à compreensão da mulher, “colocando-a no lugar central” (OE, 2015, p.8) e na família, tendo em consideração as “dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física” (OE, 2015, p. 9).

A International Confederation of Midwives (ICM) (2013) refere que o EE ESMO “possui os conhecimentos e as competências necessárias de obstetrícia, neonatologia e ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias”. Por conseguinte, “ministra 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, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva” (ICM, 2013).

A Competência, segundo Le Boterf (2004) pode ser definida como “saber o que fazer” e “quando o fazer”. As competências são, segundo Le Boterf (2004, p. 143) resultado de três fatores: o “saber agir” onde o profissional identifica e mobiliza

recursos pertinentes na sua intervenção, o “querer agir” relacionado com a motivação e compromisso pessoal e profissional do enfermeiro e o “poder agir” influenciado pelo contexto profissional, pela organização laboral e condições sociais, que podem ser facilitadoras ou inibidoras da responsabilidade e do risco da intervenção do enfermeiro.

Os padrões de qualidade dos cuidados dos enfermeiros, incluindo o EE ESMO, perspetiva sistemas de melhoria continua da qualidade assentes em seis categorias, sendo elas, a satisfação do cliente, a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, a promoção do bem-estar e o autocuidado do mesmo, a sua readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (OE, 2012).

No que se refere à **satisfação do cliente**, o enfermeiro procura alcançar níveis elevados de satisfação por parte dos mesmos, por respeitar as suas capacidades, crenças, valores e desejos, mostrar empatia, estabelecer parceria nos cuidados envolvendo os seus conviventes significativos e por minimizar o impacto negativo causado pelas mudanças de ambiente.

Neste âmbito, a relação terapêutica promovida no âmbito do “exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2012, p. 10).

A satisfação do cliente também requer demonstração evidente de equidade e proximidade por parte dos profissionais. Para tal, é fundamental que o EE ESMO se empenhe no desenvolvimento e fortalecimento da sua relação com a mulher e família ao longo de um processo dinâmico, com o intuito de promover a sua proatividade na consecução do seu projeto de saúde. Este processo é facilitado quando é valorizado o impacto da presença com outro, ausência de julgamento, reconhecimento do valor e da autonomia do outro, cuidados centrados na pessoa, escuta e da consideração positiva (Phaneuf, 2005).

Na **promoção da procura de saúde**, o enfermeiro ajuda o cliente a alcançar o seu máximo de potencial de saúde através da identificação da sua situação de saúde e, respetiva, da família/comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis e o potencial de saúde por fornecer informação que permita o seu empoderamento.

Relativamente à **prevenção de complicações**, ao **bem-estar e autocuidado**, o enfermeiro, identifica os problemas potenciais do cliente, prescreve intervenções de enfermagem adequadas intervindo com rigor técnico/científico e referenciando as

situações que estejam além da sua área de atuação, supervisiona as atividades concretizadas ou delegadas, sendo responsável pelas suas decisões, atos que pratica ou delega.

Na **readaptação funcional**, o enfermeiro, promove a continuidade dos cuidados, planeia a alta de acordo com as necessidades do cliente e dos recursos disponíveis na comunidade, otimiza as capacidades por fornecer ensino, instrução e treino adequado às necessidades do cliente.

Por último, na **organização dos cuidados de enfermagem**, o enfermeiro, orienta-se por um quadro de referências do exercício da profissão, promovendo a existência de um sistema de melhoria contínua, sistema de registos e política de formação contínua, a satisfação de outros enfermeiros e de metodologias promotoras de cuidados de qualidade.

Neste âmbito, em 2013 surge, em Portugal, o projeto “Maternidades com Qualidade” impulsionado pela OE (OE, 2012)<sup>4</sup>, assente nas orientações emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996) classificadas como boas práticas para o trabalho de parto e parto. Este projeto tem como intenção a regulação efetiva do exercício profissional do EE ESMO com o alcance de mais e melhores cuidados de saúde. Para tal foram estabelecidos indicadores que procuram e continuam a ser trabalhados tendo por base os resultados da evidência científica.

Para o exercício do cuidado centrado na mulher integrada na família o EE ESMO “assume um papel de defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia, e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de julgamentos” OE (2015,p. 9).

No entanto, torna-se também imperioso investir na intervenção do EE ESMO no envolvimento dos pais no processo de nascimento, pois nos documentos consultados, os pais encontram-se pouco valorizado e evidenciados, ficando “omissos” na categoria de “acompanhante significativo” ou “família”. A reflexão acerca da importância desta intervenção encontra-se no capítulo quatro do presente trabalho.

---

<sup>4</sup> Fonte: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

(acedido 20 de julho de 2016)

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Neste capítulo pretende-se conceptualizar o fenómeno em estudo e identificar as intervenções facilitadoras do envolvimento do homem no processo de nascimento.

### **2.1. Uma questão de género**

Amâncio refere que conceito de género engloba “os estereótipos e representações sobre as características e papéis de homens e mulheres na sociedade” (Amâncio, 1994, p. 27). Prazeres por sua vez, menciona que o género “enquanto mediador dos comportamentos, adquire protagonismo relevante no conjunto dos determinantes da saúde dos indivíduos” (Prazeres, 2009, p. 165).

Nas primeiras décadas de vida, “a aprendizagem do “tornar-se homem” e do “tornar-se mulher” ganham exigência acrescida, os ditames do género levam (...) a comportamentos que podem ser lesivos da integridade pessoal, do bem-estar e da própria saúde” (Prazeres, 2003, p. 64). Desta forma, é fundamental compreender as necessidades de saúde dos homens e das mulheres, em qualquer fase do seu ciclo vital, e permitir-lhes que adquiram conhecimentos e desenvolvam competências para a adoção de práticas mais saudáveis ao longo das suas vidas.

Tem-se verificado que em diversos grupos os rapazes estão a assumir novas responsabilidades “no comportamento sexual e reprodutivo, entendendo esse movimento como positivo, à luz de novos paradigmas da relação entre o homem e a mulher” (Prazeres, 2003, p. 54). No entanto, atualmente

“a maioria dos rapazes não usufrui de contextos específicos de atendimento onde possam encontrar serviços de saúde sexual e reprodutiva adequados ao seu próprio sexo e às questões específicas ligadas ao género” (Prazeres, 2003, p. 56).

Em consequência desta marginalização dos homens pelos próprios serviços tem sido muito difícil a atração dos mesmos para esta área da saúde (Prazeres, 2003). Assim, torna-se imprescindível que sejam direcionados esforços na estruturação de serviços onde os direitos reprodutivos dos homens sejam tidos em consideração.

Prazeres refere que o investimento por parte dos serviços de saúde gera benefícios na comunicação e na capacidade de negociação entre os casais aumentando “as hipóteses de relacionamento saudável ao longo do tempo, com



benefícios para ambas as partes e para os filhos” (Prazeres, 2003, p. 64). Estas estratégias serão impulsionadoras de “formas mais gratificantes de exercício de paternidade e maternidade” (Prazeres, 2003, p. 64).

Neste âmbito, o EE ESMO ao estar presente nos diversos níveis diferenciados de prestação de cuidados, pode ter um poderoso impacto na promoção da saúde dos homens, desde bem cedo. Para tal, é necessário que assuma uma atitude adequada incluindo-os, promovendo a sua saúde, educando-os e oferecendo-lhes instrumentos necessários, os quais facilitem o seu processo de transição e adaptação à parentalidade e, conseqüentemente, crescimento pessoal.

Desta forma, o EE ESMO tem o privilégio de contribuir para a “determinação dos novos modelos de paternidade, fomentando uma participação mais activa e realçando as tendências educativas dos homens” (Brazelton & Cramer, 2007, p. 54).

## **2.2. Novas representações da parentalidade**

Na década de cinquenta a subsistência da família era da responsabilidade da figura masculina e o bem-estar da família da figura feminina (Amâncio, 1994).

A parentalidade moderna abandonou o modelo onde predomina a maternidade. Hoje os homens pretendem um papel mais ativo no seio da vida familiar.

Parentalidade, segundo Cruz pode significar “respeito ao conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível” (Cruz, 2013, p. 13). Na perspetiva de Oliveira o conceito de parentalidade

“tende a designar uma atitude de co-responsabilização e co-partilha de tarefas de cuidar dos filhos/as, chamando a atenção para a necessidade da presença de ambos os progenitores, nos cuidados aos seus bebés” (Oliveira, 2005, p. 39).

A parentalidade “permite aos adultos desenvolver e evidenciar o seu lado autónomo, meigo e carinhoso que pode não ser possível de expressar noutros papéis de adultos” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 528).

Assim, atualmente os pais também se sentem impulsionados a estarem mais envolvido na organização, no planeamento da família assumindo uma nova postura de participação mais activa (Ribeiro e Lopes, 2006). As funções que antes eram

assumidas pelas mães são, à luz dos novos contornos, partilhadas com os pais (Pereira, 2009) desde bem cedo.

### **2.3. O envolvimento dos pais no processo de nascimento: velhos e novos desafios**

O percurso do nascimento de um pai, de uma mãe e de uma família (Brazelton, 1992) tem o seu início no período pré-concepcional ou pré-natal e pode prolongar-se nos primeiros meses após o parto. Este acarreta consigo mudanças a nível individual, conjugal e social (Hinzt & Baginski, 2012). Neste sentido, o processo de nascimento não pode ser considerado exclusivo do domínio feminino pois, como já foi referido, é um processo que afeta também a figura masculina. A participação e o envolvimento dos pais no decorrer do processo de nascimento é um direito sexual e reprodutivo e de cidadania, que os homens exercem, se for esse o seu desejo (Motta & Crepaldi, 2005).

Neste sentido, envolver os pais no nascimento passa por apoiá-los num processo que implica crescimento e amadurecimento pessoal e que ocorre muito para além da esfera do parto. Portanto, é imprescindível incluí-los e orientá-los de forma a envolverem-se ativamente, desde bem cedo e de modo a potenciar os seus “processos de auto-restabelecimento” (Watson, 2002, p.104).

O EE ESMO corresponde ao profissional de saúde mais habilitado para apoiar os pais, considerando as suas expectativas, desejos e exigências. As suas competências permitem-lhe uma “intervenção diferenciada” (OE, 2015, p.17) para a qual é fundamental a assunção de “atitudes e comportamentos profissionais diários que revelem independência, responsabilidade, conhecimento, respeito e dignidade” (OE, 2015, p. 18).

#### **2.3.1. O envolvimento dos pais no período pré-natal**

A gravidez é um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida do indivíduo e da família. Desta forma, Canavarro (2001, p. 118) refere que é “legítimo convir que a gravidez e a maternidade implicam a criança, a mãe, o pai (presente ou ausente) ”.

A postura masculina sobre a gravidez difere bastante da postura feminina. A mulher possui a capacidade de sentir os movimentos do seu filho/a dentro de si, bem como ajudá-lo a nascer e amamentá-lo (Rodrigues, 2014). A experiência que os pais têm da gravidez é mediada pelas mães, sendo estes “obrigados” a “recorrerem à imaginação” durante parte do processo (Brazelton, 1992).

Um pai ao saber que a sua companheira está grávida “é assolado por um fluxo de emoções distintas, umas agradáveis, outras preocupantes, muitas conflituosas” (Brazelton, 2007, p. 50). Desta forma, torna-se imprescindível que se ofereçam mais “oportunidades para os pais enfrentarem e resolverem os seus sentimentos de conflito” junto dos serviços de saúde (Brazelton, 1992, p. 34).

May (1986) refere que o envolvimento paterno pode variar ao longo da gravidez. Este deve ser definido pelo próprio, podendo ser primariamente emocional, comportamental ou ambos. A mesma autora acrescenta que o envolvimento é constituído por três fases: fase do anúncio, fase da moratória e fase de concentração.

A fase do anúncio inicia-se na suspeita da gravidez e prolonga-se até à sua confirmação. Caracteriza-se pela alegria/excitação, se a gravidez for desejada ou por dor/choque, se não for desejada. Na fase moratória acontece um ajuste com a realidade da gravidez. O homem pode ainda não sentir a gestação como uma realidade dado que os sinais físicos ainda não são evidentes. Esta caracteriza-se pelo seu distanciamento emocional para com a gravidez. Contudo, este distanciamento vai reduzindo gradualmente tornando-se o envolvimento cada vez mais perceptível. Na última fase, a de concentração encerra-se a ideia da irrealidade da gravidez e do filho. Nesta fase, o homem percebe a gravidez como real e importante na sua vida. As suas atitudes e os sentimentos mudam. Pode focar-se na experiência de gravidez ficando em sintonia com a sua companheira começando a redefinir-se como pai e tudo gira em volta da paternidade.

Nas últimas décadas tem-se assistido a um envolvimento dos homens cada vez mais marcado durante a gravidez (Rodrigues, 2014). Assim, no período pré-natal os pais podem tirar verdadeira satisfação ao participar em atividades relacionadas com a gravidez desde a sua vigilância até à integração dos preparativos para o nascimento, bem como na tranquilização e apoio emocional da companheira (Rodrigues, 2014). Pode-se, também, traduzir na “partilha da gravidez”, na divisão de preocupações e na vivência de experiências (Ribeiro & Lopes, 2006). Os pais podem procurar sentir o

seu filho por meio do toque na barriga, por acompanhar a grávida às consultas, colaborar na compra do enxoval ou na organização do quarto do bebê (Moraes & Almeida, 2013).

Os pais podem ser encarados como parceiros de cuidados tanto do EE ESMO como das suas companheiras. Para tal, estes também precisam de estar bem consigo próprios. É pertinente que durante o período pré-natal o EE ESMO assegure:

“um maior cuidado dos homens com a sua saúde, através do *pré-natal masculino*, ação que visa incluí-los no sistema de saúde, atuando em seu atendimento, na prevenção de doenças, promoção da paternidade e maior envolvimento nas tarefas de cuidado” (Instituto Promundo, 2015, p. 46).

Assim, durante o período pré-natal é importante que o EE ESMO, aproveitando a presença dos pais nas consultas de saúde pré-natal e/ou nos cursos de preparação para o nascimento, os oriente relativamente a hábitos de vida saudáveis (alimentação saudável, prática de exercício físico e cessação de hábitos nocivos), os instrua relativamente à importância da sua participação e envolvimento no período pré-natal, perinatal e pós-natal e os apoie no seu processo de adaptação e transição para a parentalidade.

### 2.3.2. O envolvimento dos pais no período perinatal

Do mesmo modo que o papel dos pais se tem vindo a afigurar importante durante a gravidez, também em todas as fases do trabalho de parto os homens podem assumir um estatuto de maior relevo (Rodrigues, 2014). Nesse sentido tem havido uma crescente reflexão sobre esta temática e têm sido realizados esforços com o intuito de desenvolver a humanização no processo do nascimento, nomeadamente através do acompanhamento da grávida por parte de uma pessoa significativa, geralmente o companheiro e pai do bebê.

Desta forma, em Portugal vigora desde 1985 o direito da parturiente ser acompanhada durante o trabalho de parto permitindo, deste modo, a presença do futuro pai (Lei nº 14/85, de 6 julho). Em 2014, foi concedido à parturiente o seu acompanhamento, em todas as fases do trabalho de parto, por uma pessoa escolhida pela mesma (nº 2 do artigo 12.º da Lei nº15/2014, de 21 de março). Mais recentemente, em abril de 2016, foi concedida a permissão do acompanhamento da parturiente pelo pai ou por uma pessoa significativa, em todas as fases do trabalho de

parto, mesmo quando é necessário a realização duma cesariana (Despacho nº 5344-A/2016).

O trabalho de parto é, conforme mencionado por Moraes e Almeida, “um momento de grande intensidade física e emocional” (Moraes & Almeida, 2013, p. 45). O Instituto Promundo refere que o parto é “apenas um breve momento mas, possui um grande impacto emocional e experiencial para todos/as os/as envolvidos/as” (Instituto Promundo, 2015, p. 58).

A presença dos pais “pode significar um contributo essencial para a mãe, para a criança e para o próprio pai”, gera mais apoio e segurança para a parturiente, incentiva o vínculo precoce destes com bebé e conseqüentemente, induz a uma maior coresponsabilidade do seu cuidado aos seus filhos (Instituto Promundo, 2015, p. 58). Rodrigues (2014) corrobora referindo que os pais constituem uma base de apoio e de segurança para as parturientes e, em simultâneo, reforçam sua identidade enquanto homens reduzindo o seu sentimento exclusão. Ribeiro e Lopes (2006) mencionam que os pais que assistem e participam no parto se sentem envolvidos e manifestam menos sentimentos de marginalização. Porém, a sua presença e o nível do seu envolvimento deve ser uma decisão previamente tomada pelos próprios e pelo casal. Neste âmbito, o EE ESMO pode ser uma ajuda valiosa no empoderamento/capacitação do casal para a tomada de decisão esclarecida no contexto da consulta pré-natal ou nos cursos de preparação para o nascimento.

Os pais mais envolvidos “são geralmente os mais jovens, com nível de educação mais alto e trabalho flexível (o qual permite pedirem autorização para saírem) ou estão desempregados” (Instituto Promundo, 2015, p.44). Neste sentido, deve-se ter em consideração que o estatuto socioeconómico e cultural, o tipo de relacionamento do casal e o envolvimento dos pais durante a gravidez podem influenciar o seu desejo de acompanhamento durante o processo (Ribeiro, 2005, p.193). Relativamente ao comportamento paternal Alves *et al* (2005), referem que este resulta da assimilação das práticas e dos valores das suas culturas, devendo como tal ser tidos em conta.

Por ora, deve-se ter em consideração que os sentimentos dos pais se modificam à medida que o parto evolui (Lowdermilk, 2002), podendo haver momentos em que desejam ser envolvidos e noutros não (Bäckström & Wahn, 2011). Independentemente do quanto os pais desejam serem envolvidos, os profissionais

jamais os deverão excluir, pois mesmo estando fora da sala de partos necessitam de apoio no seu processo de transição e adaptação à parentalidade. Todavia devem ser sempre encorajados a adotar um papel confortável para si mesmos e para as suas companheiras, evitando que a experiência se transforme num “acontecimento desagradável” para um ou para ambos (Ribeiro & Lopes, 2006, p. 26).

No estudo de Motta e Crepaldi (2005) foram descritas três categorias no que respeita ao envolvimento dos pais durante o trabalho de parto: **presença passiva, referência familiar e acompanhante ativo**. Na primeira categoria (presença passiva), os pais não se envolvem ativamente no trabalho de parto, sentindo inclusivamente, dificuldade na interação com as suas companheiras, devido à ansiedade e sentimento de impotência. Na segunda categoria (referência familiar), os pais manifestam maior disponibilidade para serem envolvidos durante este período, embora necessitem de orientação sobre o que podem fazer durante o trabalho de parto ou relativamente ao suprimento das necessidades das suas companheiras. Na última categoria (acompanhante ativo), os pais demonstram habilidade no acompanhamento das suas companheiras ao garantir o conforto e a segurança das mesmas de modo espontâneo e autónomo.

Estas categorias estão relacionadas com as mencionadas por Chapman (1992) citado por Lowdermilk (2002) onde se refere que os homens assumem pelo menos três diferentes papéis durante o trabalho de parto e parto: **testemunha, colega de equipa e incentivador**.

De acordo com a pesquisa efetuada e com a observação realizada em contexto do EC “Estágio com Relatório”, foi possível perceber que as tipologias de pais descritas por Motta e Crepaldi (2005) e Chapman citado por Lowdermilk (2002) se assemelham no que concerne às necessidades específicas em relação à orientação do EE ESMO. Neste âmbito, pais que assumem uma “**presença passiva**”/“**testemunha**” (Motta & Crepaldi, 2005; Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002), necessitam da orientação e do estímulo do EE ESMO para se envolverem e se sentirem mais ativos e úteis no trabalho de parto, pelo que se podem considerar **dependentes** (dos cuidados dos enfermeiros nesta fase).

Por sua vez, pais que assumem um papel de “**referência familiar**”/“**colega de equipa**” (Motta & Crepaldi, 2005; Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002) manifestam o desejo de serem envolvidos no trabalho de parto, pelo que é importante

que o EE ESMO perceba as suas dificuldades e os oriente em relação ao que podem fazer durante este período, sendo considerados **dependentes-independentes** (dos cuidados do EE ESMO).

Por último, pais categorizados de **independentes**, correspondem àqueles que apenas necessitam que o EE ESMO os oriente acerca do que podem fazer durante o trabalho de parto, com o intuito de potenciar o seu desempenho (acompanhante ativo/incentivador (Motta & Crepaldi, 2005; Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002)).

É importante salientar que cada pai percebe a sua participação no parto de uma forma muito particular. Contudo, independentemente do modo como os pais percecionaram a sua experiência, é importante que sejam feitos esforços para que estes sejam remetidos “para uma experiência com um significado importante para a sua vida” (Perdomini, 2010, p.40).

### 2.3.3. O envolvimento dos pais no período pós-natal

Durante o período pós-natal, “o pai também desempenha um papel primordial” (Rodrigues, 2014, p. 49). O nascimento de um filho proporciona ao homem e à mulher a oportunidade de “conhecerem novos aspectos da sua personalidade e de adquirirem novas responsabilidades” (Ribeiro, 2005, p.192).

Nas primeiras semanas após o parto, Morais e Almeida (2013) referem que as mulheres necessitam que os seus companheiros as acariciem e as amem. Os mesmos autores referem que o “novo-pai pode ser a primeira ou a única pessoa que dá apoio à mulher quando esta se sente com irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração e fraca autoestima” (Morais & Almeida, 2013, p.45). Quando os homens estão mais envolvidos como pais “as mães relatam estar menos sobrecarregadas, com melhor saúde mental e mais felizes com os seus relacionamentos conjugais em geral” (Instituto Promundo, 2015, p. 27).

Fica claro que os pais também têm as suas próprias necessidades, assim sendo é fundamental que os casais tenham conhecimento que os pais, também, podem, no período pós-natal, sentirem-se mais vulneráveis e emocionalmente alterados. O síndrome de Couvade é descrito por Brennen *et al* (2007a), citado por Ferreira *et al* (2010, p. 252), como “uma manifestação natural associada ao período

gravídico” com término no momento do parto ou no período pós-parto. É essencial que ambos os membros do casal tenham conhecimento acerca da possibilidade desta situação, para que se possam apoiar mutuamente e recorrer a ajuda de profissionais de saúde prevenindo vivências negativas da paternidade.

Assiste-se hoje a uma tendência dos pais entrarem muito mais cedo nas vidas das crianças, sendo promovidas interações precoces benéficas para o desenvolvimento das mesmas num meio caloroso, contendor e educacional (Morais e Almeida, 2013; Pereira, 2009). Brazelton e Cramer afirmam que os pais exercem uma “influência *directa* no desenvolvimento da criança, realçada pela vinculação ao filho, desde a infância” (Brazelton & Cramer, 2007, p. 55). A participação paterna tem um impacto positivo na vida dos filhos, resultando em menos problemas de comportamento, menos conflitos legais, menor vulnerabilidade económica no futuro, melhor desenvolvimento cognitivo, desempenho escolar e menos *stress* na vida adulta (Instituto Promundo, 2015). Consequentemente, a ausência do envolvimento paterno resulta em “grandes custos económicos e sociais” (Instituto Promundo, 2015, p. 28).

A este propósito Oliveira e Brito acrescentam que

“a ajuda paterna precoce (...) proporciona uma interacção precoce e mais intensa entre pai e bebé, o que favorece o crescimento saudável da criança, além de transmitir segurança à companheira, pois ajuda-a, indirectamente a sentir-se mais amorosa e dedicada ao seu filho” (Oliveira e Brito, 2009, p. 596).

#### 2.3.4. O EE ESMO como facilitador do envolvimento dos pais no processo de nascimento

A Royal College of Midwives (s.d.) (organização sindical que presta apoio, orientação e formação aos EE ESMO<sup>5</sup>) refere que, em comparação com as gerações anteriores, as expectativas e os desejos dos pais e da sociedade estão cada vez mais exigentes, no que diz respeito ao envolvimento dos pais no processo de nascimento.

Neste sentido, é imprescindível que os cuidados dos EE ESMO se adaptem às novas exigências dos indivíduos em particular e da sociedade em geral. As intervenções do EE ESMO podem ser individuais, em grupo ou em casal (Morais e Almeida, 2013), procurando refletir preocupação pela humanização do processo de

---

<sup>5</sup> Fonte: <https://www.rcm.org.uk/> (23/09/2016).



nascimento e satisfazendo as necessidades dos progenitores ou de outros cuidadores. Assim, é essencial que, também, estabeleçam uma relação terapêutica com os pais, de modo a envolvê-los individualmente no processo de cuidados, criando condições ambientais favoráveis à sua tomada de decisão e ação no decorrer do processo de nascimento (OE, 2011).

A Royal College of Midwives (s.d.) recomenda uma intervenção específica e direcionada às necessidades dos pais durante o período pré-natal, perinatal e pós natal.

Assim, durante o período pré-natal importa: reconhecer que as mulheres identificam os pais como a pessoa que gostariam de ter ao seu lado em consultas de vigilância pré-natais, exames, cursos de preparação para o nascimento e durante todas as fases do trabalho de parto; observar se existe qualquer conflito ou desacordo entre o casal; colher informações sobre a relação entre o casal e sobre a expectativa de ambos; envolver e interagir com os pais e incentivar a sua adesão às mesmas; tratar os pais pelo seu nome preferido; ser flexível nos horários e no acesso aos cuidados pré-natais; expor imagens de pais envolvidos no processo de nascimento e nos cuidados ao recém-nascido nas salas de espera; capacitar os pais sobre o processo de paternidade e sensibilizá-los para a importância que o seu apoio tem sobre a mãe; fornecer informações dirigidas à mãe, ao pai ou a ambos; dar “espaço” para os pais exporem as suas necessidades, dúvidas e receios em grupo ou em particular; reconhecer que as preocupações dos pais e as suas experiências podem ser diferentes das da mãe e dos outros pais; ajudar os pais a entenderem quando a grávida se encontra em fase de trabalho de parto ativo e quando há necessidade de recorrerem aos serviços hospitalares; incidir no curso de preparação para o nascimento aspetos positivos do parto e da paternidade; preparar os pais por meio de folhetos dirigidos aos próprios para entenderem o seu papel na sala de partos, reforçando a sua importância; informar os pais acerca dos diferentes estádios do trabalho de parto e como eles podem intervir em cada um deles e validar os seus conhecimentos e motivações para o seu envolvimento.

No período perinatal é recomendado: perceber até que ponto os pais querem ser envolvidos e garantir-lhes que serão respeitados se mudarem de ideia; tentar perceber como se sentem ao longo do trabalho de parto; incentivar os pais a assumirem um papel ativo durante o nascimento (apoiar, expressar o seu amor, dar

carinho e segurança à parturiente; proporcionar a possibilidade de cortar o cordão umbilical); incentivar os pais a utilizarem medidas não farmacológicas de alívio da dor às parturientes (liberdade de movimentos, massagem, utilização da água, da música, técnica de relaxamento); incentivar a comunicação entre o casal; incluir os pais no processo de tomada de decisão por proporcionar-lhes educação para a saúde para que tomem decisões esclarecidas (Johansson & Hildingsson, 2013); incentivar os pais a acompanhar o recém-nascido, caso haja necessidade de o separar da mãe e envolvê-los nos cuidados ao mesmo.

Finalmente, no período pós-natal é aconselhado: dar suporte aos pais no apoio à parturiente e recém-nascido; incentivar o contato pele a pele; envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido; dar espaço durante o período de internamento, nas visitas domiciliares, no período pós-natal ou no âmbito da consulta de enfermagem pós-natal, à discussão da experiência do parto e da parentalidade; fornecer informação, apoio, orientação e segurança a ambos; avaliar a saúde e o bem-estar das mães e dos pais no período pós-natal precoce; educar para a saúde no que respeita a hábitos alimentares, exercício, descanso/relaxamento, hábitos de vida saudáveis e contraceção, conforme as necessidades do casal; discutir os benefícios da amamentação; garantir que, caso a mãe não queira ou não possa amamentar, ambos desenvolvam competências na preparação e administração do leite adaptado; garantir que ambos tenham conhecimentos e habilidades para prestar os cuidados ao recém-nascido; sensibilizar os pais a estarem alertas para os riscos reconhecidos para o “*baby blues*”, depressão pós-parto, psicose puerperal e Síndrome de Couvade; mostrar disponibilidade para contato na presença de quaisquer suspeitas das situações anteriormente descritas e garantir o respetivo encaminhamento; observar qualquer conflito ou desacordo entre o casal, fazendo o respetivo encaminhamento e incentivar membros da família escolhidos pelo casal a apoiá-los durante a transição para a parentalidade.

### **3. OPÇÕES METODOLÓGICAS**

Neste capítulo pretende-se descrever o percurso metodológico realizado ao longo de todo este trajeto, conducente ao desenvolvimento de competências nos cuidados à mulher/homem/casal/recém-nascido durante o processo de nascimento na sala de partos, com especial ênfase no envolvimento dos pais.

As opções metodológicas utilizadas foram a prática baseada na evidência, a metodologia de projeto e a prática reflexiva.

#### **3.1. Prática baseada na evidência**

A prática baseada na evidência consiste na “incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa ou qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006, p. 1). Craig e Smyth referem que a prática baseada na evidência significa “fazer as coisas de uma forma eficaz e com os maiores padrões possíveis mas, também assegurar que o que é feito é feito “bem” para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos” (Craig & Smyth, 2004, p. 4). Neste sentido, pode-se considerar que a prática baseada na evidência conduz a uma melhoria da qualidade dos cuidados e a uma otimização dos resultados em saúde (OE, 2006).

Deste modo, emergiu a necessidade de se realizar uma revisão da literatura de modo a entender de que forma as intervenções autónomas do EE ESMO são facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento na sala de partos.

Assim, procedeu-se à pesquisa na plataforma EBSCO, no dia 27 de maio de 2016, nas bases de dados CINHALL Plus with full text e Medline with full text submetendo as palavras-chave pai (father), EE ESMO (midwifery), envolvimento (involvement) e nascimento (birth) que se podem contextualizar na seguinte questão, segundo a terminologia PICO:

“De que forma as intervenções do EE ESMO são facilitadoras do envolvimento do pai no processo de nascimento na sala de partos?”

Analisando a questão identificam-se os pais como a população em estudo (P), as intervenções do EE ESMO facilitadoras do envolvimento do pai no processo de nascimento como fenómeno de interesse (I) e a Sala de Partos como o contexto (Co). Em seguida, cruzaram-se todas as palavras, utilizando um friso cronológico de dez anos e um conjunto de critérios de inclusão (texto completo em Pdf sem necessidade de pagamento e descritos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa).

Da pesquisa realizada foram encontrados seis artigos na plataforma EBSCO, sendo que, cinco artigos emergiram da Medline Plus with full text e um artigo da CINHALL Plus with full text (apêndice I e II). Após a leitura integral de todos os artigos apenas um foi de encontro à questão supramencionada.

### **3.2. Metodologia de projeto**

O projeto orientador começou a ser delineado na UC Opção do CMESMO (2º semestre). Este foi o eixo condutor ao longo dos diversos EC.

Com este projeto pretendeu-se:

- Identificar as expectativas dos pais relativamente ao seu envolvimento no processo de nascimento, na sala de partos;
- Identificar intervenções autónomas do EE ESMO facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos;
- Implementar intervenções autónomas do EE ESMO facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos durante a realização do EC “Estágio com Relatório”;
- Refletir no contributo das intervenções implementadas para o envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos.

Para além da prática baseada na evidência, foi utilizada a observação no âmbito da prestação de cuidados e respetivo registo cuidadoso num instrumento construído para o efeito (apêndice III). Fortin refere que a “observação estruturada consiste em observar e em descrever, de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação” (Fortin, 2009, p. 371). Assim, o instrumento em questão permitiu a avaliação sistemática dos cuidados

à medida que se foi intervindo em contexto da prestação de cuidados durante este EC, tendo também sido objeto de reformulação ao longo do mesmo.

### **3.3. Prática reflexiva**

A prática reflexiva permite aos profissionais questionar e observar de que forma a evidência contribui para a melhoria da sua prática diária (Craig & Smyth, 2004). Esta é uma “componente chave dos cuidados de saúde baseados na evidência” (Craig & Smyth, 2004, p. 7). O processo reflexivo, também é promotor do desenvolvimento pessoal e profissional do estudante de enfermagem. Este é um processo contínuo de autoconhecimento e de descoberta do outro e de si próprio. Deste modo, o conhecimento prático e a reflexão na ação “assumem uma relevância particular na prática do cuidado” (Lage *et al*, 2004, p. 15).

O registo reflexivo, segundo o ciclo de *Gibbs*, percorre diversas fases que permitem que o estudante/profissional caminhe e progrida com as experiências vividas. Os conhecimentos previamente adquiridos e o distanciamento permitem que a atenção do estudante/profissional se foque não apenas no problema e nas dificuldades sentidas mas, também nos sentimentos que emergiram, nas estratégias mobilizadas e na aprendizagem que cada experiência lhe proporcionou (Martins, 2009). Para tal, foram elaborados jornais de aprendizagem ao longo dos diversos EC onde, de forma intencional, se utilizaram estratégias que visaram o crescimento pessoal e profissional.

Como forma de espelhar o supracitado passa-se a descrever alguns excertos desses momentos de reflexão:

- “Refletir acerca da sessão de educação para a saúde fez-me perceber que apesar de muita literatura disponível, tanto impressa como na internet, ainda existem muitas dúvidas e mitos que necessitam de ser dissolvidos.” (excerto do 2º Jornal de Aprendizagem do EC III).
- “Senti a necessidade de refletir sobre esta situação devido à insegurança que senti perante a exposição a uma tomada de decisão desta natureza. (...) Parece que naquele momento de pressão as manobras utilizadas na abordagem da distócia de ombros ainda não estavam bem sedimentadas na minha memória.” (excerto do 2º Jornal de aprendizagem da UC de EC “Estágio com Relatório”).

## **4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo pretende-se a análise das competências desenvolvidas e a avaliação do percurso de aprendizagem ao longo do CMESMO, sendo espelhado a sua plenitude na UC de EC “Estágio com Relatório”.

### **4.1. Contexto onde decorreu o EC “Estágio com Relatório”**

O EC “Estágio com Relatório” decorreu no Bloco de Partos e no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia de uma instituição hospitalar recente e moderna, que intervém de acordo com a área de influência e redes de referênciação. A unidade de ginecologia e obstetrícia dispõe de quarenta e dois quartos no serviço de ginecologia e obstetrícia e dez salas de período expulsivo. Para além disso, dispõe ainda de dois blocos operatórios dedicados à realização de cesarianas.

Os cuidados prestados à mulher/recém-nascido e família são realizados por uma equipa de dezoito EE ESMO, nove enfermeiros generalistas com experiência específica neste domínio e dezasseis médicos especializados em Ginecologia e Obstetrícia.

Esta unidade tem como missão a prestação de cuidados com qualidade, e em simultâneo, a gestão responsável e criteriosa dos recursos humanos, físicos e tecnológicos associados. Assume como valores referenciais o compromisso, o respeito, a integridade, a inovação e o trabalho de equipa.

A unidade hospitalar em questão participou no projeto “Maternidades com Qualidade” de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2014, com o intuito de alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **4.2. Análise das competências do EE ESMO em contexto de Bloco de Partos**

Para Benner (2001), um estudante percorre cinco níveis de proficiência na aquisição e desenvolvimento de uma competência, sendo eles, o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. Desta forma, neste EC “Estágio com Relatório” surgiu a oportunidade de se adquirir/aprimorar as competências gerais e

específicas do EE ESMO, capacidades e habilidades (algumas já desenvolvidas ao longo do CMESMO), bem como a mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos previamente (apêndice IV), tendo sido todo o percurso percorrido visando a excelência dos cuidados.

Momentos de intensas emoções foram vividos ao longo deste EC. O segundo estágio do trabalho de parto foi, sem dúvida alguma, aquele que mais gerou momentos de ansiedade. Apesar da consciência dos conhecimentos previamente adquiridos, apenas os últimos partos foram vivenciados com maior segurança, contribuindo para uma vivência mais plena e recompensadora da experiência do cuidar. Tal facto está em conformidade com o referido por Benner (2001) quando afirma que somente a experiência da enfermeira perita possibilita ultrapassar as suas incertezas, fazer escolhas difíceis, estabelecer prioridades e agir em benefício da complexidade das situações com que se depara.

A análise e a avaliação do alcance das competências desenvolvidas neste EC contribuem, também, para crescimento pessoal e profissional (Benner, 2001), permitindo o progresso nos níveis de proficiência e na aquisição e desenvolvimento de competências. Esta análise e avaliação vai ser realizada com base nos pressupostos de um cuidado com qualidade, sendo os indicadores de evidência estabelecidos no projeto “Maternidades com Qualidade” - o eixo condutor.

Cuidar envolve ter “elevada consideração pelo todo da pessoa, pelo seu estar-no-mundo” (Watson, 2002, p. 111) e reconhecer a sua “autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 66). Assim sendo, quer o contato com a cliente seja reduzido, em contexto de urgência, quer seja mais longo, em contexto de internamento, considerou-se essencial assumir uma atitude de confiança, naturalidade, respeito, cordialidade e amistosa (Freitas *et al*, 2006). O acolhimento sempre foi uma preocupação constante, traduzindo-se na apresentação da equipa, do serviço e das suas normas.

É fundamental que o EE ESMO compreenda que o seu apoio tem um resultado direto na forma como a cliente encara o seu trabalho de parto e parto (OE, 2015). A autonomia da mulher durante o trabalho de parto, refere a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) “está associada à sua participação nas decisões que ao parto diz respeito, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica” (APEO,

2009, p. 16). Todavia, ao longo de todos os EC, sempre se tentou perspectivar a mulher não numa esfera isolada mas, inserida numa família e comunidade.

A comunicação sempre foi valorizada como “a principal ferramenta terapêutica” (Phaneuf, 2005, p. 17). Sempre foi levado em consideração a escuta, a consulta e a percepção das expectativas, desejos e preferências do casal para o seu parto. Para tal, foram questionados acerca do seu planeamento para o parto (independentemente de terem um plano de parto escrito). O plano de parto é uma recomendação da OMS datada de 2002, sendo essencial na humanização e personalização dos cuidados prestados. Consiste num documento elaborado pela mulher<sup>6</sup>, preferencialmente durante a gravidez, onde são expressos os seus desejos para o seu trabalho de parto e parto (OE, 2012).

Este aspeto foi passível de ser aprimorado nos diversos EC do CMESMO, mais especificamente durante as consultas pré-natais e no internamento de medicina materno-fetal, através da educação para a saúde e da capacitação do casal para tomar as suas próprias decisões. No bloco de partos este também foi um aspeto levado em consideração na abordagem do casal, de forma a atuar-se em conformidade com o plano de parto e a garantir-se intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2012).

Apenas três casais se fizeram acompanhar deste documento. No entanto, ao questionar os que não se faziam acompanhar de um plano de parto, pôde verificar-se que a maioria já apresentavam mentalmente definidos alguns desejos, tais como, o acompanhamento dos pais durante o trabalho de parto e parto, o uso da bola de pilatos, o corte tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida.

Foi interessante verificar que a maioria dos desejos expressos pelos casais foram de encontro aos indicadores estipulados pelo projeto “Maternidades com Qualidade”. Esta foi mais uma razão pela qual se considerou pertinente efetuar a análise e a avaliação das competências desenvolvidas tendo por base os indicadores do projeto (hidratação/ingesta durante o trabalho de parto, medidas não

---

<sup>6</sup> Contudo, sendo a experiência do nascimento um direito de ambos os progenitores é importante incluir também os pais no processo de construção do plano de parto.



farmacológicas de alívio da dor, estímulo a posições não supinas, episiotomia seletiva e início da amamentação na primeira hora de vida).

No que diz respeito à **hidratação/ingesta durante o trabalho de parto**, a evidência refere que o jejum encontra-se associado a uma maior incidência de alterações na progressão do trabalho de parto e em partos instrumentalizados, devido à diminuição da atividade uterina causada pela libertação e oxidação de ácidos gordos (APEO, 2009). Neste sentido, é benéfico para a parturiente de baixo risco a ingestão de chá, água, sumos de fruta sem polpa ou gelatina em pequenas quantidades (volumes não superiores a 100 ml), sempre que solicitado. Relativamente a este indicador considera-se que ele foi atingido na sua plenitude, uma vez que durante o trabalho de parto sempre foi oferecido à parturiente chá, água e gelatina, sempre que solicitado aumentando, desta forma, o conforto da mesma.

O EE ESMO deve ter em consideração que “durante o trabalho de parto todas as mulheres vão experimentar algum nível de dor (fisiológica) nalgum momento” (OE, 2015, p. 44). É este o sentido do indicador **medidas não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto**. A OE (2013) referencia medidas não farmacológicas do alívio da dor apropriadas durante o trabalho de parto, tais como, a liberdade de movimentos (deambulação, mudança de posição e bola de pilatos), o apoio contínuo da parturiente, a utilização da água e outras técnicas (relaxamento/massagem, acupuntura, estimulação nervosa elétrica transcutânea<sup>7</sup>, injeção de água estéril, aromoterapia, hipnose e musicoterapia/ audioanalgesia<sup>8</sup>).

A evidência revela que a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto conduz a uma diminuição da dor, menor necessidade de analgesia epidural, menor alteração da frequência cardíaca fetal, diminuição da duração do primeiro estágio do trabalho de parto e aumento dos diâmetros pélvicos, facilitando a descida fetal (OE, 2013). No que diz respeito ao apoio contínuo da parturiente durante o trabalho de parto, a OE (2013) refere que este conduz a uma menor necessidade de recorrer a analgésicos e a uma maior satisfação relativamente à experiência do parto. O uso da água durante o trabalho de parto conduz a um aumento do relaxamento da parturiente,

---

<sup>7</sup> Consiste na utilização de correntes elétricas terapêuticas que atuam na promoção da analgesia, melhoria da circulação sanguínea local, drenagem de líquidos e relaxamento muscular (Melo *et al*, 2006).

<sup>8</sup> Utilização do som/música com fins terapêuticos.

redução da ansiedade, devido à produção de endorfinas, redução da duração do primeiro estágio do trabalho de parto, aumento da sensação do controlo da dor e, conseqüente, maior satisfação da mesma (OE, 2013).

Relativamente a este indicador surgiu a oportunidade de se oferecer um vasto leque de medidas não farmacológicas de alívio da dor de forma isolada ou associadas. Assim, foi assegurada a disponibilidade do duche, da música, da técnica de relaxamento, da massagem, da aplicação de calor na zona do desconforto, da liberdade de movimentos (deambulação, mudança de posição, bola de pilatos, dança) e do apoio contínuo. Em todas as situações sempre foi fornecida educação para a saúde acerca dos benefícios das medidas disponíveis para o favorecimento de um parto normal, salientado e reforçando que “a Mulher é que decide o que quer ou não fazer” (OE, 2015, p. 40). Estas medidas também foram aplicadas mesmo quando a parturiente recorria à analgesia epidural.

A maioria das parturientes referiram satisfação, relativamente ao seu bem-estar físico e emocional, quando aplicaram estas medidas. Estas também foram facilitadoras do envolvimento dos companheiros no trabalho de parto.

O indicador relativo ao **estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto** foi aquele onde se sentiu maior resistência na sua implementação. Várias entidades mundiais, entre as quais o *Lamaze Institute* e a OMS, defendem a liberdade de escolha relativamente à posição de parto. A evidência referencia benefícios na adoção de posições alternativas durante o parto, tais como, a lateral, de cócoras, de gatas, reclinada ou sentada (Pridis *et al*, 2012).

Neste âmbito, após discussão com a orientadora clínica houve alguma abertura para a colocação das parturientes na posição mais confortável para as mesmas, sendo dada a possibilidade da posição de cócoras, de sentada, de pé e lateralizada durante a fase primária do segundo estágio do trabalho de parto e durante a fase avançada do mesmo estágio, a posição McRoberts. De facto, a liberdade de movimento é

“a melhor forma de usar a força da gravidade para ajudar o bebé a descer, e a aumentar o tamanho e a forma da pélvis. Permite também que a mulher responda melhor à dor e poderá acelerar o processo de trabalho de parto” (Shilling e DiFranco (2003, p. 1).

As parturientes referiram agrado pelo facto de lhes ser dada a possibilidade de poderem adotar posições mais confortáveis para si mesmas.

O partograma foi a ferramenta utilizada para avaliar a progressão do trabalho de parto, sendo rigorosamente registados todos os acontecimentos, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes dos cuidados (OE, 2015). Esta ferramenta tornou-se essencial para a avaliação das mulheres em trabalho de parto não sendo “apenas um instrumento de registo, é também um instrumento de diagnóstico” (OE, 2015, p. 42).

A progressão do trabalho de parto é, frequentemente, avaliada pelo toque vaginal, sendo este “o método mais aceite” para o efeito (APEO, 2009, p. 46). Porém, a OMS recomenda que o número de toques deve ser limitado ao estritamente necessário, sendo suficiente um em cada quatro horas e, preferencialmente, avaliado pelo mesmo profissional (APEO, 2009).

Sabendo que o exame vaginal frequente implica desconforto físico, psicológico e aumento do risco de infeção esta prática foi limitada ao estritamente necessário. De forma a ir de encontro a esta filosofia procurou-se desenvolver habilidades na avaliação do trabalho de parto através da minuciosa

“visualização da linha púrpura, observação do triângulo de Michaelis, descida da melhor posição para auscultação fetal, alteração do padrão respiratório materno, comportamento e vocalizações maternas, frequência e duração das contrações” (OE, 2015, p. 42)<sup>9</sup>.

Para além disso, as parturientes foram incentivadas a “escutarem” o seu próprio corpo. “Se se sentir confortável a andar, ande, se se sentir confortável na bola de pilatos, vá para bola de pilatos, se se sentir confortável deitada, fique deitada por um pouco...”.

Em relação ao indicador **episiotomia seletiva** a OMS (1996) recomenda que a sua utilização em mais de 10% das mulheres a classifica de modo rotineiro, uma prática inadequada e prejudicial à saúde da mulher. A evidência científica ressalva a importância de se apostar no uso de técnicas não cirúrgicas, de modo a permitir a distensão perineal (calor no períneo e posição materna durante o parto) promovendo assim a integridade perineal (Aasheim *et al*, 2011). Por outro lado, também é de

---

<sup>9</sup> Linha púrpura: linha roxo violácea que surge nas margens do ânus com início na fase ativa do trabalho de parto e ascende progressivamente de forma ascendente entre as nádegas, coincidindo com a dilatação cervical completa (APEO, 2009). Triângulo de Michaelis: é um “indicativo da dilatação completa em mulheres cuja posição permite uma ligeira deslocação do triângulo formado pelo cóccix, sacro e últimas vértebras lombares” (APEO, 2009, p. 48)

máxima importância a realização de educação para a saúde acerca da realização da massagem perineal durante a gestação (Beckmann & Garrett, 2008).

Durante o EC foram efetuadas doze episiotomias de modo seletivo<sup>10</sup>. Graça refere que “até há poucos anos, no seu primeiro parto, 50% a 90% das mulheres seriam sujeitas a episiotomia” porém, “actualmente, assiste-se a um retorno a actividades mais conservadoras que pugnam pela redução das taxas de episiotomia, reservando a prática da intervenção às situações de parto em que a indicação seja formal” (Graça, 2010, p. 697). A APEO salienta que “uma percentagem de episiotomias, sem que se produzam lesões na mãe e no bebé, seria um bom objetivo a alcançar” (APEO, 2010, p. 94).

Tendo em conta o valor de referência da OMS (1996), pode-se considerar que os 28% de episiotomias realizadas durante o EC devem ser alvo de reflexão. Este achado pode, eventualmente, estar relacionado com o facto da posição mais adotada no segundo estágio do trabalho de parto ser a posição de McRoberts. A este respeito APEO refere que são realizadas “mais episiotomias, na posição de semi-sentada ou em posição de supina, que em qualquer outra, sobretudo em nulíparas” (APEO, 2009, p. 93). Nas restantes situações foi feita tentativa de períneo íntegro, tendo sido concretizados apenas sete resultando as restantes em lacerações do 1º e 2º grau<sup>11</sup>.

Graça refere que “a reparação da episiotomia e das lacerações do períneo deve ser sempre feita por planos” (Graça, 2010, p. 698). A zona a suturar “deve ser cuidadosamente inspeccionada” e, somente, depois iniciada a sutura (Graça, 2010, p. 698). Tanto a episiorrafia como a sutura de lacerações perineais provocam “quase sempre dor mais ou menos intensa” no período pós-natal (Graça, 2010, p. 698). Para alívio destas queixas algícas recomendou-se a aplicação de gelo local e a solicitação de analgésico ou de um anti-inflamatório não esteroide, se necessário (Graça, 2010).

Relativamente à clampagem do cordão umbilical, esta deve ser realizada de uma forma tardia, de modo a permitir que um maior aporte de volume de sangue chegue ao bebé (OE, 2015). No entanto, não deve ser realizada antes do primeiro minuto após o nascimento, excetuando-se as situações onde existe evidência de

---

<sup>10</sup> Num total de 42 partos.

<sup>11</sup> Graça (2010, p. 698) define laceração do 1º grau como sendo uma laceração espontânea que atinge “a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal” e laceração do 2º grau uma laceração espontânea que envolve “as estruturas do 1º grau mais fásia e músculos do diafragma urogenital”.

bradicardia neonatal (NICE, 2014). Neste âmbito, não surgiram nenhuns obstáculos à realização desta prática pelo que, sempre que possível, foi concretizada.

Após o parto a OMS (1998) recomenda o contato pele a pele entre a mãe e o bebé na sala de partos, assim como o início da amamentação na primeira hora de vida. A evidência científica ressalva os benefícios desta prática na interação entre a mãe e o recém-nascido. Por conseguinte, a realização do contato pele a pele encontra-se diretamente relacionado com o **início da amamentação na primeira hora de vida** (Chaparro & Lutter, 2009). Relativamente a este indicador houve a oportunidade de realizar o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, em todos os casais que expressaram esse desejo, quer de uma forma prévia ao nascimento ou após o mesmo de forma contínua e prolongada (pelo menos uma hora)<sup>12</sup>. Apenas surgiu uma situação em que a mãe preferiu que o contato pele a pele fosse realizado pelo companheiro e pai do recém-nascido. Este momento foi referido pelo pai como algo gratificante e permitiu que a mãe descansasse calmamente.

Também, se pôde verificar que o contato pele a pele é de facto facilitador da amamentação na primeira hora de vida, pois praticamente todos os recém-nascidos fizeram uma boa adaptação à mama nessa mesma hora.

Esta prática foi verbalizada com muita satisfação pela maioria dos casais: “é maravilhoso poder tê-lo em cima de mim!”, “como é possível já estar à procura da mama?! Obrigada Sra. Enfermeira por este maravilhoso privilégio!”.

A APEO menciona que as “vantagens do parto normal são tantas que é difícil enumerá-las” (APEO, 2009, p. 15). No entanto, ao se refletir nas diferenças que ainda subsistem entre as recomendações da OMS (1996), APEO (2009), ICM (2013), OE (2015) e a realidade que se encontra no contexto da prática clínica, pode-se concluir que ainda existe muito a caminhar na direção da excelência dos cuidados.

No entanto, verificou-se que ao questionarem-se os profissionais acerca das práticas rotineiras foi promovida a reflexão destes. Esta, por sua vez, pode ser

---

<sup>12</sup> Esta prática insere-se no quarto passo da política dos “Dez passos para o sucesso no aleitamento materno” (Levy & Bértolo, 2012) onde as puérperas são encorajadas a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. No projeto “Maternidades com Qualidade” é recomendado o contato pele a pele o mais precoce possível e pelo menos durante a primeira hora de vida, coincidente com o indicador amamentação na primeira hora de vida.

impulsionadora da mudança das práticas. Por outro lado, o aumento da literacia dos casais acerca da sua saúde e do parto, a sua vontade em serem ativos e envolvidos na tomada de decisão (OE, 2015) também pode ter o mesmo efeito nos profissionais.

No entanto, constatou-se que nos indicadores do projeto “Maternidades com Qualidade” os pais ficam muitas vezes “esquecidos” durante o processo de nascimento. Desta forma, considerou-se pertinente refletir, no capítulo seguinte, a importância da intervenção do EE ESMO facilitadora do envolvimento dos pais no processo de nascimento em contexto de sala de partos (apêndice V).

#### **4.3. Análise das intervenções do EE ESMO facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos e seus resultados**

O nascimento de um filho, refere Gaspar “enquanto experiência interior além do observável e momento marcante do ciclo de vida familiar e pessoal, exacerba (...) as necessidades de busca e crescimento, como a autorrealização” (Gaspar, 2015, p. 14). Watson (2002) refere que é fundamental o reconhecimento da importância da dimensão espiritual e do poder interior do processo do cuidar como propulsores de mudanças positivas e bem-estar. Assim, quando alguém transcende o seu eu habitual significa que alcançou um sentido mais elevado do seu “eu interior (...), o qual está ligado a um maior conhecimento de si próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas” (Watson, 2002, p. 83) crescendo e autorrealizando-se.

Assim, o EE ESMO “co-participante na mudança através do processo de cuidar” (Watson, 2002, p.128) compreende os pais como alguém diferente das mães com especificidades, características, talentos e forças próprias, comuns aos homens e que nenhuma mulher as terá iguais. Desta forma, é importante que defina intervenções, assentes nos dez fatores de cuidar (apêndice VI), individualizadas e facilitadoras do crescimento e da autorrealização dos pais em cada um dos diferentes estádios do trabalho de parto, na sala de partos (apêndice VII).

O envolvimento dos pais no processo de nascimento pode ser influenciado pela sua preparação prévia por meio de literatura, conversas com a sua companheira e amigos, participação nas consultas pré-natais, preparação para o nascimento

(Backstrom & Wahn, 2009) e pela sua experiência anterior. Kululanga et al (2012) refere que muitos pais ainda se sentem despreparados devido à falta de conhecimentos relativamente ao trabalho de parto e às estratégias que podem ser utilizadas no apoio emocional da parturiente.

Com o intuito de colmatar este achado, importa incluí-los nas consultas de enfermagem pré-natais, nos cursos de preparação para o nascimento e na sala de partos oferecendo-lhes educação para a saúde e abertura para exporem as suas expectativas, idealizações, dúvidas e medos. Afinal como podem os pais cuidarem das parturientes se eles próprios se sentem desamparados e despreparados?

Este capítulo pretende analisar se as intervenções definidas facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos, resultaram no reforço dos pais enquanto parceiros ativos e determinantes no processo do cuidar e no seu crescimento e autorrealização. Para tal, foram cuidadosamente delineadas, a partir da evidência científica e dos fatores de cuidar da Jean Watson, intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no processo de nascimento, na sala de partos no primeiro, segundo, terceiro e quarto estágio do trabalho de parto.

#### 4.3.1. Intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no primeiro estágio do trabalho de parto

No primeiro estágio do trabalho de parto foi interessante perceber que a maioria dos pais assumiram um papel distinto quanto ao apoio físico e ao apoio emocional da sua companheira. Quanto ao apoio físico eles demonstraram disponibilidade para a assunção de um papel ativo embora aguardassem a orientação da estudante/EE ESMO para saberem o que podiam fazer nesse sentido. Relativamente a este aspeto pode-se dizer que a maioria dos pais assumiam um papel de **“colega de equipa”/“referência familiar”** (Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002; Motta & Crepaldi, 2005).

No que diz respeito ao apoio emocional a maioria dos pais assumiram um papel de **“incentivador”/“acompanhante ativo”** (Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002; Motta & Crepaldi, 2005) mostrando habilidade, espontaneidade e autonomia na interação emocional e verbal por meio do toque, do sorriso, do elogio e de palavras

de encorajamento. Este aspeto fica bem visível nas palavras de um pai à sua companheira “tu consegues! Já falta muito pouco para podermos ter a nossa pequena princesa nos braços! Tu consegues! Vou estar sempre aqui ao teu lado!”.

Em relação à dependência dos pais para com os cuidados da estudante/EE ESMO é possível concluir que a maioria se mostrou **dependente-independente** quanto ao apoio físico mas, **independente** relativamente ao apoio emocional.

Considerou-se pertinente, no primeiro estágio do trabalho de parto, proceder ao estabelecimento de uma relação com o casal. Um dos aspetos essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica é tratar o outro pelo seu nome próprio ou nome preferido.

A importância deste aspeto ficou evidente numa situação que ocorreu durante a presente EC. Na admissão de um casal em trabalho de parto foi questionado o nome a cada um dos membros do casal. Quando se questionou o nome do pai, este instintivamente respondeu o nome do filho. Porém, numa fração de segundos refletiu na pergunta e disse “durante estes nove meses nunca ninguém me perguntou o nome! O meu nome é J.” Esta reação levantou uma questão muito importante. Afinal se é valorizado o facto de se tratar as parturientes pelo próprio nome ou pelo seu nome preferido, não será também digno de defesa o mesmo princípio em relação ao pai?

O resultado da consideração do EE ESMO pelos pais ao perspectivá-los como protagonistas e parceiros dos cuidados reflete-se numa postura mais calma, comunicativa e interativa por parte dos mesmos. Os achados de Johansson e Hildingsson (2013) e Backstrom e Wahn (2009) reforçam que a presença e o apoio contínuo do EE ESMO encontra-se associado a uma redução dos níveis de ansiedade dos pais. Neste sentido, foi interessante presenciar algumas estratégias de comunicação e dissolução de tensões utilizadas por alguns pais, nomeadamente o humor (José, 2002). O humor “é uma linguagem, uma forma de expressão que diz outras coisas para além daquilo que parece exprimir” (José, 2002,p. 25). Esta estratégia criativa e inteligente pode proporcionar “um estado de relaxamento no qual a respiração, o ritmo cardíaco e a tensão voltam a níveis abaixo do normal” (José, 2002, p. 32), sendo de grande benefício para a progressão do trabalho de parto.

O respeito pela privacidade e intimidade do casal também foi considerada uma intervenção pertinente. A maioria dos casais verbalizaram satisfação quando se batia à porta do quarto antes de entrar, se estabelecia limites em relação ao número de



profissionais presentes no quarto ou quando se dava espaço para o casal tomar as suas próprias decisões. No entanto, muitas vezes os próprios solicitavam que se permanecesse junto deles: “fique aqui connosco Sra. enfermeira!” (1º estágio do trabalho de parto), “quando está aqui ela fica mais calma!” (1º estágio do trabalho de parto).

A procura das expectativas e idealizações (plano de parto) do casal foi outra intervenção que se considerou oportuna. Os achados de Backstrom e Wahn (2009) salientam que é importante envolver os pais nas conversas, perguntar a sua opinião e estar atento às suas necessidades individuais.

É também importante procurar empoderar os pais através da educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, do reforço positivo, do elogio, do encorajamento e da sua inclusão no processo de tomada de decisão. Por outro lado, também é pertinente que se mostre abertura e disponibilidade para escutar as suas ansiedades, medos e sentimentos: “se não fosse a vossa explicação sobre o que estava a acontecer acho que ainda teria ficado mais nervoso do que já estava”, “obrigada por me ter respondido a todas as minhas perguntas. Foi muito importante para mim”.

Os achados de Kululanga *et al* (2012) revelam que os pais ficam satisfeitos quando são envolvidos na tomada de decisão, sentindo-se como defensores das suas companheiras. Assim, foi feito um esforço contínuo na oferta de informações aos casais que possibilitassem a sua própria tomada de decisão. Para tal, foram dadas informações acerca do bem-estar materno fetal e evolução do trabalho de parto, orientação acerca do que os pais podem fazer e como podem fazer (ajudar a vestir a parturiente, guardar os seus pertences, promover o seu conforto por meio de almofadas ou mudança de posição), das medidas não farmacológicas de alívio da dor (liberdade de movimentos, massagem, utilização da água, relaxamento), da ingestão de líquidos claros, da realização de massagem, da escolha da música, do corte tardio do cordão umbilical, do contato pele a pele, da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, entre outros aspetos.

Considerou-se facilitador para o envolvimento dos pais a construção e o fornecimento de um folheto intitulado “Envolvimento do pai no nascimento” (apêndice VIII) onde se sugeriram estratégias para o seu envolvimento ao longo do trabalho de parto. O impacto que esse folheto provocou nos pais foi muito positivo, sendo que alguns verbalizaram satisfação e gratidão pela preocupação demonstrada a respeito

do seu envolvimento: “obrigada, nem sabe quão boa é a sensação de também ser alvo da vossa atenção!” (um pai durante a apresentação do folheto), “isto fez-me sentir importante” (um pai a expressar a sua satisfação durante a leitura do folheto).

Através da análise do conteúdo do instrumento de registo de observação pôde-se verificar a condição sociodemográfica, relação entre o casal e o envolvimento dos pais no primeiro estágio do trabalho de parto (quadro nº 1 e nº 2).

Com a análise dos dados do quadro nº 1 pôde-se concluir que, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, a faixa etária predominante foi a superior a 35 e inferior ou igual a 40 anos e a que menos predomina foi a inferior ou igual a 20 e superior a 40. A faixa etária superior a 30 e inferior ou igual a 35 foi a que revelou ter maiores habilitações académicas (licenciatura). Ao nível do relacionamento com a parturiente, o estado casado é o mais prevalente. No que diz respeito à atividade profissional, a maioria dos pais encontra-se ativo.

Quadro nº 1 - Condição sociodemográfica dos pais acompanhados no primeiro estágio do trabalho de parto.

Idade	Escolaridade			Relacionamento com a parturiente		Situação Profissional	
	Até 9º ano	Até 12º ano	Licenciatura	União de facto	Casados	Ativo	Desempregado
≤ 20 (N-1)	1	0	0	1	1	1	0
> 20 ≤ 25 (N-3)	1	2	0	3	0	2	1
> 25 ≤ 30 (N- 10)	2	5	2	6	4	9	1
> 30 ≤ 35 (N-9)	1	4	5	0	9	9	0
> 35 ≤ 40 (N-11)	3	4	4	2	9	11	0
> 40 (N-1)	0	1	0	0	1	1	0

Com a análise dos dados do quadro nº 2 pôde-se observar que, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, no que concerne à adesão do curso de preparação para o nascimento, a faixa etária com maior frequência foi a superior a 40 anos.

Ao nível do apoio emocional pôde-se concluir que a maioria dos pais foram independentes da estudante/EE ESMO, mostrando de forma autónoma e espontânea, carinho e interação verbal para com a sua companheira.

Em relação ao apoio físico, os pais demonstraram um maior envolvimento ao nível do apoio na liberdade de movimentos (deambulação, exercícios na bola de pilatos, dança) e na realização da massagem à sua companheira. Todavia aguardaram previamente a orientação da estudante/EE ESMO.

Quadro nº 2 – Envolvimento dos pais e orientação da estudante/EE ESMO no primeiro estágio do trabalho de parto.

Envolvimento								
Idade	CPPN	Apoio Emocional	Apoio físico					Orientado pela estudante/EE ESMO
			Liberdade de Movimentos	Duche	Respiração	Relaxamento	Massagem	
≤ 20 (N-1)	0	1	1	1	1	1	1	1
> 20 ≤ 25 (N-3)	1	3	3	2	3	2	3	3
> 25 ≤ 30 (N-10)	5	10	9	8	8	6	8	10
> 30 ≤ 35 (N-9)	3	9	9	7	8	7	8	9
> 35 ≤ 40 (N-11)	3	11	9	7	10	10	11	11
> 40 (N-1)	1	1	1	0	1	1	1	1

#### 4.3.2. Intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto

No segundo e terceiro estágio do trabalho de parto verificou-se que a maioria dos pais assumiram um papel de **“colega de equipa”/“referência familiar”** (Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002; Motta & Crepaldi, 2005). Foram identificadas como características específicas destes pais o desejo de ajudar a parturiente, contudo manifestaram dificuldade em fazê-lo por sentirem ansiedade e insegurança, talvez devido ao receio das complicações possíveis do parto. No que diz

respeito à sua dependência para com os cuidados da estudante/EE ESMO conclui-se que a maioria dos pais mostraram-se **dependente-independente**, no sentido em que necessitaram da orientação da estudante/EE ESMO em relação ao que podem e como podem fazer tanto ao nível do apoio emocional como físico.

Este aspeto é evidente no comentário de um dos pais ao qual se questionou como se tinha sentido durante o parto: “saber que estava quase mas, que alguma coisa podia correr mal com a minha esposa ou com o meu filho fez-me ficar tão nervoso que tinha vontade de ajudar mas, não tinha reação para nada!”. Um outro referiu: “foi muito importante terem-me informado previamente do que eu podia fazer, porque naquele momento acho que, apesar de querer, não me atrevera a perguntar nem a fazer nada”.

Assim sendo, no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto deu-se continuidade à relação de ajuda estabelecida, manteve-se o respeito, a procura das suas expectativas, o seu empoderamento, o encorajamento e envolvimento, bem como a garantia da disponibilidade para a escuta. Porém, considerou-se oportuno acrescentar o reforço da orientação dos pais relativamente a onde e como podiam participar no parto, a garantia de que os pais se encontram numa posição facilitadora de serem envolvidos (apoio na respiração e nos esforços expulsivos espontâneos) e, em simultâneo, dar apoio emocional e psicológico às parturientes, fornecimento de informação acerca dos procedimentos realizados às parturientes, durante o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, incentivá-los ao contato/toque com o recém-nascido, o mais precocemente possível, ao corte tardio do cordão umbilical e ao acompanhamento do recém-nascido em todos os procedimentos, fornecimento de informação acerca dos procedimentos realizados ao mesmo e validação com os pais da hora e do peso do recém-nascido.

Embora retraídos, talvez associado aos elevados níveis de ansiedade, a maioria dos pais, apoiaram as companheiras na respiração e na realização dos esforços expulsivos, repetindo as orientações dadas pela estudante/EE ESMO e elogiando-as. Uma situação que retrata bem este aspeto foi a de um casal em que a parturiente referia que já não conseguia realizar os esforços expulsivos porque estava muito cansada. O companheiro agarrou-lhe a mão e disse-lhe “tu consegues! Tu consegues!”. A parturiente respirou profundamente e iniciou os esforços expulsivos.

Após a expulsão o companheiro beijou-a e disse-lhe “Vês como conseguiste? Eu sabia que ias conseguir!”.

No que se refere ao corte do cordão umbilical, os achados de Brandão e Figueiredo (2012) referem que os pais que cortaram o cordão umbilical no parto obtiveram uma significativa melhoria no seu envolvimento emocional com os seus filhos. Este aspeto ficou claro quando um dos pais referiu que “o cortar o cordão umbilical foi um momento muito especial e marcante para mim. Senti que naquele momento se criou uma ligação muito forte entre mim e a minha filha”.

Durante o terceiro estágio do trabalho de parto, outro aspeto que também foi referido pelos pais como importante foi o facto de se mostrar a placenta e explicar o seu funcionamento. Um pai perplexo com as características da placenta referiu “então foi aí dentro que ele passou estes nove meses! Não fazia ideia qual era o seu aspeto e funcionamento”.

O segundo e o terceiro estágio é, sem dúvida onde é mais notório a expressão de intensas emoções por parte dos pais. O choro e o sorriso são achados frequentes. Muitos pais expressaram palavras de agradecimento aos profissionais. Este aspeto ficou bem evidente quando um pai, com lágrimas nos olhos, referiu que “não trocava este momento por nada no mundo! Obrigada por me deixarem estar aqui!”.

Dos resultados dos dados obtidos através do instrumento de registo de observação permitiu-se a descrição da condição sociodemográfica, relação do casal e do envolvimento dos pais no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto.

Através da análise dos dados do quadro nº 3 pode-se verificar que a faixa etária predominante foi a superior a 20 e inferior ou igual a 25. A faixa etária com maiores habilitações académicas (licenciatura) corresponde à faixa superior a 35 e inferior ou igual a 40 anos. Em relação ao seu relacionamento com a parturiente, a condição de casado é a que mais predomina. A maioria dos pais encontram-se profissionalmente ativos, estando apenas dois na condição de desempregado.

Quadro nº3 - Caracterização sociodemográfica dos pais acompanhados no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto.

Idade	Escolaridade			Relacionamento com a parturiente		Situação Profissional	
	Até 9º ano	Até 12º ano	Licenciatura	União de facto	Casados	Ativo	Desempregado
≤ 20 (N - 0)	0	0	0	0	0	0	0
> 20 ≤ 25 (N- 1)	1	0	0	1	0	1	0
> 25 ≤ 30 (N- 8)	1	4	3	6	2	7	1
> 30 ≤ 35 (N- 6)	1	3	2	0	6	6	0
> 35 ≤ 40 (N- 7)	1	1	5	0	7	6	1
> 40 (N- 1)	0	1	0	0	1	1	0

Por meio da análise dos dados do quadro nº 4, pôde-se verificar que, no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, a faixa etária superior a 25 e inferior ou igual a 30 anos foi a que teve maior adesão no curso de preparação para o nascimento.

No que diz respeito ao apoio emocional da parturiente, pôde-se observar que todos os pais assumiram uma postura ativa embora com alguma retração (eram carinhosos e atenciosos para com a parturiente mas, ao mesmo tempo mostravam-se muito ansiosos). Em relação ao apoio físico da mesma, a maioria manifestou o desejo de colaborar, contudo aguardavam a orientação da estudante/EE ESMO antes de intervir. Verificou-se que houve uma maior adesão ao nível do apoio na amamentação, diminuindo gradualmente no que respeita ao apoio na respiração, do contato pele a pele e, por último, da realização de esforços expulsivos.

Relativamente ao corte do cordão umbilical 55% dos pais efetivaram-no, sendo destacada a faixa etária superior a 25 ou igual ou inferior a 30. Ao nível dos cuidados ao recém-nascido e da interação emocional, todos se envolveram após o incentivo e a orientação da estudante/EE ESMO.

Quadro nº 4 – Envolvimento dos pais e orientação da estudante/EE ESMO no segundo e terceiro estágio do trabalho de parto.

Envolvimento									
Idade	C P P N	Parturiente					RN		Orientado pela estudante / EE ESMO
		Apoio emocional	Apoio físico				Corte do cordão umbilical	Interação física e emocional	
			Respiração	Esforço expulsivos	Apoio contato pele a pele	Apoio na amamentação			
≤ 20 (N - 0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 20 ≤ 25 (N- 1)	0	1	1	1	1	1	1	1	1
> 25 ≤ 30 (N- 8)	5	8	7	7	7	8	5	8	8
> 30 ≤ 35 (N- 6)	2	6	6	4	4	6	3	6	6
> 35 ≤ 40 (N- 7)	1	7	6	5	7	7	2	7	7
> 40 (N- 1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1

#### 4.3.3. Intervenções facilitadoras do envolvimento dos pais no quarto estágio do trabalho de parto

No quarto estágio do trabalho de parto foi possível constatar-se que a maioria dos pais assumiram, à semelhança do primeiro estágio, um papel distinto quanto ao apoio físico à companheira ou nos cuidados ao recém-nascido e à interação verbal e emocional com a sua companheira/recém-nascido.

Assim, quanto ao apoio físico à puérpera ou em relação aos cuidados ao recém-nascido foi notório o desejo por parte da maioria dos pais na assunção de um papel ativo, porém aguardavam a orientação da estudante/EE ESMO para saberem como poderiam colaborar. Desta forma, relativamente ao apoio físico à puérpera e cuidados ao recém-nascido pode-se dizer que a maioria dos pais assumiram um papel de **“colega de equipa”/“referência familiar”** (Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002; Motta & Crepaldi, 2005).

No que diz respeito à interação verbal e emocional com a puérpera e recém-nascido, a maioria dos pais assumiram um papel de **“incentivador”/“acompanhante**

**ativo**” (Chapman, 1992 citado por Lowdermilk, 2002; Motta & Crepaldi, 2005), sendo autônomos na expressão de beijos, do toque, do sorriso, do elogio, de palavras de encorajamento, carinho e atenção.

Relativamente à sua dependência para com os cuidados da estudante/EE ESMO, averiguou-se que a maioria dos pais mostraram-se **dependente-independente** quanto ao apoio físico à puérpera e cuidados ao recém-nascido mas, **independente** relativamente à sua interação emocional e verbal com os mesmos.

Neste estágio do trabalho de parto, para além das intervenções anteriormente descritas, considerou-se fundamental o empoderamento do casal através da educação para a saúde (cuidados e segurança do recém-nascido, cuidados à puérpera no pós-parto, *baby blues*, síndrome de Couvade), do esclarecimento de dúvidas, do reforço positivo, do elogio, do encorajamento, do envolvimento dos pais (amamentação (verificação e correção da pega), cuidados ao recém-nascido e apoio à puérpera), do prolongamento máximo de tempo de contato dos pais com a díade, da promoção da amamentação através da educação para a saúde (vantagens do aleitamento materno, sinais de prontidão, pega correta, regime livre) e da prestação de ajuda prática, sempre que necessária ou solicitada.

Em relação ao contato pele a pele, os pais, manifestaram satisfação de lhes terem sido proporcionados conhecimentos em relação aos seus benefícios: “não fazia ideia que havia tantos benefícios no contato pele a pele! Claro que eu quero que o meu filho o faça”.

Durante a sua realização, os pais, reforçaram o seu vínculo com o recém-nascido e expressaram calorosas manifestações de afeto pela sua companheira.

Em relação à amamentação foi oportuno verificar que a maioria dos pais facilmente identificaram os sinais de prontidão do recém-nascido e os sinais de uma boa pega.

No que concerne aos cuidados ao recém-nascido, como o colocar a fralda, o vestir, o pegar ao colo, foi possível observar expressões de satisfação por parte dos pais aquando estimulados serem os primeiros a fazê-lo: “foi bom ser o primeiro a vestir o meu filho, é algo que vai ficar para sempre na minha memória. Vou poder dizer-lhe quando for maior: “o pai foi o primeiro a colocar-te a fralda e a vestir-te!” (sorriu).

Considerou-se facilitador para o envolvimento dos pais a construção e o fornecimento de um folheto intitulado “Envolvimento do pai após o nascimento”



(apêndice IX) onde foram sugeridas estratégias para o seu envolvimento no período pós-natal. Em relação à pertinência do folheto, referem que este foi uma ferramenta orientadora tanto para o período de internamento como para o domicílio.

Através da análise do conteúdo do instrumento de registo de observação foi possível a analisar a condição sociodemográfica, relação entre o casal e o envolvimento dos pais no quarto estágio do trabalho de parto.

Com a análise dos dados do quadro nº 5 pôde-se verificar que a faixa etária com maior número de pais, no quarto estágio do trabalho de parto, corresponde à faixa superior a 25 e inferior ou igual a 30. As habilitações literárias são superiores nos indivíduos que se encontram na faixa etária superior a 35 e inferior ou igual a 40 anos, sendo que 60% dos mesmos eram licenciados. A condição de casado é a que mais predomina. A maioria dos pais encontra-se ativo a nível profissional.

Quadro nº 5 - Caracterização sociodemográfica dos pais acompanhados no quarto estágio do trabalho de parto.

Idade	Escolaridade			Relacionamento com a parturiente		Situação Profissional	
	Até 9º ano	Até 12º ano	Licenciatura	União de facto	Casado	Ativo	Desempregado
≤ 20 (N - 0)	0	0	0	0	0	0	0
> 20 ≤ 25 (N-1)	1	0	0	1	0	1	0
> 25 ≤ 30 (N-11)	2	5	4	8	3	10	1
> 30 ≤ 35 (N- 5)	1	2	2	0	4	5	0
> 35 ≤ 40 (N- 10)	3	1	6	1	9	9	1
> 40 (N- 1)	0	1	0	0	0	1	0

Através da análise dos dados do quadro nº 6, observou-se que o curso de preparação para o nascimento foi mais frequentado por pais que se encontravam na faixa etária superior a 40 anos, sendo que 100% dos mesmos o frequentaram.

Relativamente ao apoio emocional da puérpera, todos os pais assumiram autonomia para fazê-lo (através de manifestações de afeto, palavras de elogio e de agradecimento). Quanto ao apoio físico, a maioria dos pais, apoiou a puérpera ao nível

da promoção do conforto, do apoio no contato pele a pele e na amamentação, contudo aguardaram previamente a orientação da estudante/EE ESMO.

No que diz respeito ao recém-nascido todos os pais, de forma autónoma, interagiram emocionalmente com os mesmos, por meio de manifestações de afeto, tais como, o toque, o beijo e expressões de carinho. Todos se envolveram nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente na muda da fralda e no vestir, sob orientação prévia da estudante/EE ESMO.

Quadro nº 6 – Envolvimento dos pais e orientação da estudante/EE ESMO no quarto estágio do trabalho de parto.

Envolvimento								
Idade	CPPN	Parturiente				RN		Orientado pela estudante/EE ESMO
		Apoio emocional	Apoio físico			Cuidados no RN	Interação emocional	
			Promoção do conforto	Apoio contato pele a pele	Apoio na amamentação			
≤ 20 (N - 0)	0	0	0	0	0	0	0	0
> 20 ≤ 25 (N - 1)	0	1	1	1	1	1	1	1
> 25 ≤ 30 (N - 11)	5	11	11	9	10	8	11	11
> 30 ≤ 35 (N - 5)	2	5	5	5	5	4	5	5
> 35 ≤ 40 (N - 10)	3	10	10	8	10	9	10	10
> 40 (N - 1)	1	1	1	1	1	1	1	1

#### 4.3.4. Intervenções facilitadoras da continuidade dos cuidados

Com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados foram realizadas onze visitas ao internamento de obstetrícia aos casais acompanhados em contexto de bloco de partos e uma visita domiciliária. Aos restantes casais foram efetuados contatos telefónicos de *follow up*, com o objetivo de apoiar o casal no seu processo de adaptação e transição para a parentalidade através da educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas e elogio.

A visita domiciliária é uma estratégia que permite ao EE ESMO visar a continuidade dos cuidados permitindo também “uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelo individuo” (Bernardi *et al*, 2011, p. 1075) e pela família. No domicílio, surgem sentimentos, atitudes e comportamentos (Almeida *et al*, 2012), que, muitas vezes, são vivenciados pela puérpera de forma isolada (Mendes, 2012). Contudo, é nele que ela se sente mais à vontade para abordar assuntos constrangedores (Lowdermilk & Perry, 2008).

A visita domiciliária realizada pelo EE ESMO é, sem dúvida alguma, uma mais-valia, pois permite “ajudar os pais a lidarem com os cuidados ao bebé, a mudança de papéis e as alterações do estilo de vida e da estrutura familiar resultante da inclusão de um novo bebé” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 542).

A visita domiciliária realizada foi, entre outros aspetos, imprescindível para o sucesso do aleitamento materno e para a interação dos irmãos com a recém-nascida. Uma das intervenções fundamentais para a sucesso do aleitamento materno é a manutenção do contato com os pais para a resolução de pequenas dificuldades. Nesta visita domiciliária, foi possível a observação da importância deste aspeto, pois a mãe estava, de facto, com dificuldades em conseguir que a recém-nascida fizesse uma pega correta. A observação da mamada permitiu a resolução desta pequena dificuldade.

Quanto à adaptação dos irmãos mais velhos ao recém-nascido, esta pode demorar algum tempo “devendo ser-lhes permitido que as crianças possam interagir ao seu ritmo, em vez de serem forçadas a fazê-lo” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 540). Assim, nesta visita domiciliária reforçou-se a importância do envolvimento dos irmãos nos cuidados e na interação com a recém-nascida respeitando o ritmo individual de cada um.

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os princípios éticos e deontológicos da prática de cuidados de enfermagem pressupõem a salvaguarda da “dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões” (OE, 2015, p.19). O mesmo princípio logicamente é aplicado na prática de cuidados do EE ESMO.

Face à consciencialização dos casais em relação à sua participação mais ativa e personalizada no processo de nascimento, importa que o EE ESMO tenha bem presente os seis pressupostos básicos decretados pela carta dos direitos humanos da grávida e direitos humanos do nascimento, sendo eles o direito ao consentimento informado, à recusa do tratamento médico, à saúde, ao tratamento igualitário, à privacidade e à vida (OE, 2015).

Neste âmbito, a prática de cuidados durante o EC “Estágio com Relatório” foi executada segundo os mesmos princípios, dando ênfase ao paradigma da autonomia em detrimento do paradigma paternalista nos cuidados à mulher/homem/casal.

O primeiro pressuposto acima, mencionado, reflete o dever de informar, artigo 84º (CDE), todos os casais respeitando a sua autodeterminação e consentimento informado. Deste modo, durante a prática de cuidados nos diferentes EC o consentimento informado foi sempre garantido oralmente ou por escrito (visitas domiciliárias), de modo a respeitar a autonomia, dignidade e liberdade do casal.

O segundo pressuposto, a recusa de tratamento médico, também assenta no mesmo artigo, bem como no artigo 81º e 89º. O consentimento informado implica “respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas” (OE, 2005, p. 112). O respeito pelos valores humanos implicam cuidar do outro sem o discriminar em razão de “motivos económicos, sociais, políticos, ideológicos ou religiosos” (OE, 2005, p.92). A humanização dos cuidados envolve aceitar o outro como um cidadão único livre e responsável. Neste sentido, quando os casais manifestaram o desejo de recusar algum tipo de tratamento médico sempre se teve em consideração o respeito, isento de juízos de valor, pela decisão livre e esclarecida do mesmo (recusa de transfusões de sangue, recusa de administração de perfusão ocitócica no primeiro estágio do trabalho de parto, recusa da analgesia epidural, plano de parto, por exemplo).

O terceiro pressuposto, o direito à saúde, encontra-se em consonância com o artigo 83º (CDE), o direito ao cuidado. Neste âmbito, o direito à saúde é um direito individual que permite o acesso às ofertas disponibilizadas pelo progresso científico, especificamente na área de saúde materna e obstetrícia. Assim, de acordo com as orientações emanadas pela recente evidência científica, procurou-se discutir com os casais os seus desejos e expectativas relativamente ao parto e garantir a efetiva implementação com o máximo de segurança, dignidade e integridade humana (garantia da liberdade de movimentos, ingestão de líquidos claros, medidas não farmacológicas de alívio da dor quando coincidente com a vontade do casal, por exemplo) (OE, 2015).

Relativamente ao quarto pressuposto, este assenta no respeito pelos valores humanos, o direito ao cuidado, à excelência do exercício e à humanização dos cuidados. Assim, face ao “valor universal da igualdade, o enfermeiro, nomeadamente o EE ESMO, assume o dever de cuidar sem discriminar” (OE, 2005, p. 92) visando o bem-estar daqueles que são alvos dos seus cuidados (mulher/homem/casal/família/comunidade).

O direito à privacidade está diretamente relacionado com o dever do sigilo (artigo 85º) e o direito à intimidade (artigo 86º) do CDE. Neste sentido, tanto na elaboração do presente trabalho, bem como na prática clínica sempre se garantiu o anonimato de todos os envolvidos (mulheres/homens/casais/famílias/comunidade e até profissionais de saúde/instituições de saúde) de forma a proteger a identidade e a confidencialidade das informações transmitidas.

Por outro lado, o direito à intimidade também se pôde concretizar no bater à porta antes de entrar, no garantir que a mulher estava devidamente coberta antes de circular dentro ou fora do serviço, no assegurar que o tom e a altura da voz não fossem exagerados pondo em causa a confidencialidade do que estava a ser dito, na solicitação da autorização da mulher/homem/casal para se estar presente ou prestar cuidados enquanto estudante do CMESMO, por exemplo.

O último pressuposto, o direito à vida, está aliado ao artigo 82º (CDE). Este direito deve ser garantido em todo ciclo vital. Está na sua génese o respeito pela dignidade humana, quer seja de natureza extra ou intrauterina. Em específico na área da obstetrícia importa salientar que também o embrião/feto devem ser tidos como sujeito de direitos (OE, 2005) e como tal merecem o devido respeito.

## 6. LIMITAÇÕES DO PROJETO

Algumas limitações foram sentidas na realização deste projeto, tornando-se pertinente a reflexão acerca das mesmas.

Foram participantes deste projeto pais envolvidos no processo de nascimento do primeiro, segundo ou terceiro filho/a. Sabendo que o seu envolvimento pode ser influenciado pelas suas experiências anteriores, é pertinente a realização de projetos que permitam a compreensão do modo como os pais se envolvem, as diferenças e as semelhanças entre os pais “primíparos” e os pais “multíparos”.

Por outro lado, a maioria dos pais que foram envolvidos no segundo estágio do trabalho de parto, foram-no num contexto de parto eutócico.

Com a clarificação do direito da parturiente ser acompanhada pelo pai ou outra pessoa significativa em todas as fases do trabalho de parto, mesmo quando é realizada cesariana, através do Despacho nº 5344- A/2016, foi realizado durante este EC “Estágio com Relatório” um documento alusivo ao circuito do pai/acompanhante durante o processo (apêndice X). No entanto, devido à limitação temporal do EC não houve oportunidade para o acompanhamento dos pais em contexto de partos cirúrgicos. Desta forma, sugere-se a realização de projetos que permitam compreender como os pais podem ser envolvidos, que sentimentos emergem nestes e que intervenções do EE ESMO são facilitadoras do processo de envolvimento dos pais em contexto de cesariana.

## 7. CONTRIBUTOS PARA A EXCELÊNCIA DOS CUIDADOS

A elaboração deste trabalho deixa bem evidente que existem inúmeras mudanças que ainda podem ser implementadas no contexto da prática clínica, da gestão dos cuidados, da formação e da investigação para o alcance da excelência dos cuidados.

No que diz respeito envolvimento dos pais no processo de nascimento, felizmente, muitas medidas têm sido adotadas para os incentivarem a serem envolvidos. Contudo, ainda existe um longo caminho a percorrer. Questionam-se algumas práticas: porque têm os pais apenas três dispensas no trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais (artigo 46º do código do trabalho)? A presença deles é importante em todas elas! Assim sendo, será que seria benéfico a realização das consultas de enfermagem pré-natal e dos cursos de preparação para a nascimento/parentalidade em horário pós-laboral incentivando, desta forma, a presença dos pais? Será que seria benéfico a realização de aulas dirigidas somente para os homens “grávidos” nos cursos de preparação para o nascimento/parentalidade? Em contexto de internamento, será que seria vantajoso que os pais também tivessem direito a refeição durante o período em que estão a acompanhar a parturiente? Porque são impedidos de saírem sozinhos das salas de parto restringindo desta forma momentos de decompressão da ansiedade tão necessários para eles próprios?

Propõe-se que em contexto da prática clínica e da gestão de cuidados sejam implementadas estratégias práticas facilitadoras do envolvimento dos pais desde o período pré-concepcional até ao período pós-natal. Sugere-se a implementação de indicadores de qualidade onde o envolvimento dos pais seja contemplado, a formação em serviço de modo a sensibilizar os profissionais para o envolvimento dos pais no período pré-natal, perinatal e pós-natal, realização das consultas de enfermagem pré-natais e pós-natais e cursos de preparação para o nascimento/parentalidade em horário pós-laboral, gabinetes de enfermagem equipados com cadeira disponível também para os pais e material de leitura com informação específica para os mesmos, entre outras.

Por outro lado, propõe-se igualmente medidas impulsionadoras da conceção de um parto natural, fisiológico e familiar (assim como é defendido pela evidência

científica). Sugere-se a formação em serviço acerca da temática, de modo a sensibilizar os profissionais para a mesma, disponibilidade de materiais necessários para um parto natural e fisiológico nos serviços para serem utilizados sempre que solicitados pela parturiente (bola de pilatos, banco de parto, leitor de musica, por exemplo), fornecimento de material de leitura às grávidas acerca dos benefícios do parto natural, fisiológico e familiar, entre outras.

Seria, também, oportuno nas escolas (talvez desde o jardim de infância) dar-se o devido relevo a matérias ligadas às questões de género, atribuindo aos rapazes o merecido destaque “enquanto grupo com necessidades específicas e com responsabilidades partilhadas com as raparigas” (Prazeres, 2003, p.11). Prazeres recomenda a “necessidade de se abordar a saúde dos adolescentes do sexo masculino de uma forma mais estruturada, individualizada e efectiva” (Prazeres, 2003, p.13). Esta questão da saúde no masculino é incontornável, sendo um direito emanado pelos direitos humanos e pelos direitos da criança (convenção dos direitos da criança ratificado em 1990 pelo Estado Português). Os “comportamentos dos rapazes têm consequências directas no seu estado de saúde enquanto adultos, a curto, a médio e a longo prazo” (Prazeres, 2003, p.14) e, estão directamente relacionados com a saúde das raparigas. Atualmente, em especial os homens mais novos assumem a co-responsabilidade ao nível da reprodução e pretendem ser participes na tomada de decisão relativamente à contraceção e planeamento familiar (Prazeres, 2003). Então porque não começar desde cedo nas escolas a ajudar os rapazes a refletirem sobre estas temáticas?

A investigação nesta área deveria ser mais profunda procurando saber até que ponto os membros da família, amigos, professores e profissionais de saúde podem influenciar positivamente a visão dos rapazes relativamente à sua masculinidade e feminilidade e que benefícios essa influência comporta ao nível da sua futura parentalidade.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho pretendeu-se descrever e analisar as competências desenvolvidas ao longo do CMESMO, através duma metodologia de projeto, o qual foi implementado ao longo dos vários EC do curso, com particular destaque na UC de EC “Estágio com Relatório”.

O desenvolvimento das competências gerais e específicas do EE ESMO foi alcançado através de um percurso pautado pelo investimento na pesquisa científica, análise e reflexão das práticas diárias.

Relativamente ao projeto que esteve na base do presente relatório, constatou-se que os pais assumem diferentes papéis ao longo do processo de nascimento, na sala de partos, podendo assumir o papel de **incentivador/acompanhante ativo, colega de equipa/referência familiar e testemunha/presença passiva**, de acordo com a literatura analisada. Por conseguinte, cada uma das tipologias é caracterizada por diferentes níveis de dependência dos pais em relação aos cuidados do EE ESMO.

No entanto, todos os pais se sentiram motivados, envolvendo-se nas diferentes fases do trabalho de parto. Tal facto pode estar relacionado com a preocupação, sempre presente, em se ter uma abordagem facilitadora e direcionada ao envolvimento do mesmo.

Neste sentido, foi possível averiguar-se que durante o primeiro e quarto estágio do trabalho de parto os pais assumiram o papel de **incentivador/acompanhante ativo**, no que diz respeito à interação emocional e verbal com a parturiente/recém-nascido e **colega de equipa/referência familiar**, no que diz respeito ao apoio físico à parturiente ou nos cuidados ao recém-nascido. No segundo e terceiro estágio, os pais assumiram o papel de **colega de equipa/referência familiar** tanto no apoio físico como no apoio emocional.

No primeiro estágio do trabalho de parto, pôde-se verificar que a maioria dos pais em relação ao apoio físico à parturiente manifestavam alguma ansiedade, mas sentiam o desejo para interagir com a equipa de saúde, contudo necessitavam da orientação da mesma. No que diz respeito ao apoio emocional, a maioria dos pais foram autónomos no apoio, elogio e encorajamento da sua companheira. É interessante salientar que alguns pais neste estágio usaram o humor como estratégia de distração para com as suas companheiras.

No segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, observou-se uma maior ansiedade claramente expressa na fâcias dos pais, daí a adoção de um papel mais observador e menos interativo, mesmo ao nível do apoio emocional.

No quarto estágio do trabalho de parto, percebeu-se facilmente uma decompressão da ansiedade resultante da ausência de complicações relacionadas com o parto. Neste sentido foi perceptível o aumento da interação entre a tríade através das emoções expressas pelo choro, sorriso, toque, carícias e beijos. Contudo, em relação ao apoio físico à puérpera e aos cuidados ao recém-nascido, os pais careciam de um apoio maior por parte da estudante/EE ESMO.

É importante que o EE ESMO seja sensível à satisfação das necessidades humanas dos pais, imprescindíveis ao seu bem-estar (Watson, 2002) em todo o processo de nascimento. Para tal, é importante levá-los em consideração, desde bem cedo, nas consultas de enfermagem pré-natal, nos cursos de preparação para a parentalidade com sessões estruturadas e dirigidas às suas necessidades e nas salas de parto, de forma a minimizar os seus sentimentos de medo, ansiedade e impotência.

De facto, a gravidez e o trabalho de parto devem ser entendidos como eventos naturais e familiares. Partilhar este conceito com a mulher/homem/família/sociedade pode ser um desafio para o EE ESMO devido às representações da gravidez e do parto como eventos femininos ainda profundamente enraizados na sociedade portuguesa. O EE ESMO assume um papel privilegiado nas mudanças das representações da masculinidade e parentalidade, por estar presente nas diversas áreas dos cuidados e por possuir as ferramentas necessárias (conhecimentos, competências e capacidade de inovação) para a qualidade dos cuidados (OE, 2011).

Para tal, importa refletir e respeitar as seis categorias definidas para os padrões de qualidade dos cuidados: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o auto cuidado, a readaptação à nova condição de saúde e, finalmente, organização dos cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia. Se assim for, estas orientações podem “assumir-se como um motor para o desenvolvimento da disciplina e a qualidade do exercício profissional” do EE ESMO (OE, 2011, p. 11) e influir na proteção, melhoria e preservação da “dignidade humana” (Watson, 2002, p.55).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M. & Reinar, L. V. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Library*. Acedido em: 19 julho de 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract>
- Almeida, E., Nelas, P. & Duarte, J. (2012). Visita domiciliária no pós-parto: avaliação das puérperas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 34-38.
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino: A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa ao Parto Normal*. Loures: Lusodidacta.
- Alves, A., Cavadas, G., Amaral, M. & Pereira, T. (2005). A tríade interativa enfermeiro-pais- recém-nascido. *Informar*. Nº 35 julho/dezembro Ano XI, p. 57-62.
- Bäckström, C., Wahn, E. H. (2011). Support during labour: first-time fathers` descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. 27, 67-73. Acedido em: 7 julho. Disponível em: [http://ac.els-cdn.com/S0266613809001004/1-s2.0-S0266613809001004main.pdf?\\_tid=5cbdf00c-2bd6-11e5-a6ec-00000aacb35e&acdnat=1437063718\\_398c4021c09f3d5783800fc9015eed32](http://ac.els-cdn.com/S0266613809001004/1-s2.0-S0266613809001004main.pdf?_tid=5cbdf00c-2bd6-11e5-a6ec-00000aacb35e&acdnat=1437063718_398c4021c09f3d5783800fc9015eed32)
- Barros, F. & Figueiredo, R. (2014). *Manual de Medicina Sexual Visão Multidisciplinar*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia e Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica.
- Beckmann, M. M. & Garrett, A. J. (2008). Antenatal Perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Library*. Acedido em: 19 julho de 2016. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub2/abstract>

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Edição Quarteto.
- Bernadini, M. C., Carraro, T.E. & Sebold, L. F. (2011). Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: Revisão integrativa. *Revista Rene*. 12, 1074-80. Acedido em: 28 de junho de 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=682475&indexSearch=ID>
- Boterf, G. L. (2004). *Construir les compétences individuelles et collectives: les responses à 90 questions*. Paris: Éditions d'Organization.
- Brandão, S. M. P. A. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência do parto*. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto. Acedido em: março de 2015. Disponível em: [repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16151/2/Sonia%20Brandao%20%20Dissertacao.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16151/2/Sonia%20Brandao%20%20Dissertacao.pdf).
- Brandão, S. & Figueiredo, B. (2012). Fathers emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*. 2730-2739. Acedido em: 27 de maio de 2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=42&sid=3db90ca3-957f-4429-b948-521a161278a5%40sessionmgr4004&hid=4214>
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se família o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. & Cramer B. G. (2007). *A relação mais precoce os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.

- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Chaparro, C.M. & Lutter, C. K. (2009). Incorporating nutrition into delivery care: delivery care practices that affect child nutrition and maternal care. *Maternal and Child Nutrition*. 5, 322-333. Acedido em: 19 de julho de 2016. Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17408709.2009.00182.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17408709.2009.00182.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase)
- Colman, A. D. & Colman, L. L. (1994). *Gravidez – A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusiciência.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Decreto-Lei nº 14/85 de 6 de julho de 1985. Diário da República I Série (06/07/1985), 1874-1874.
- Despacho nº 5344/A 2016 (2016). Gabinetes da Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República, II Série Nº 76 (19/04/2016) 12560.
- Dicionário de Língua Portuguesa Priberam (2016). Acedido em: maio de 2016. Disponível em: [www.priberam.pt/DLPO/metaparadigma](http://www.priberam.pt/DLPO/metaparadigma)
- Ferreira, L. S., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Sintomatologia de Couvade e o envolvimento paterno vivenciado durante a gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 11 (2), 251-269.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, F., Menke, C. H., Rivoire, W. A. & Passos, E. P. (2006). *Rotinas em Ginecologia*. Porto: Artmed.

- Garcês, M. M. F. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade*. Escola de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto. Acedido em: março de 2015. Disponível em:  
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1783/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>
  
- Gaspar, T.S.L. (2015). *O que espera o casal do pai durante o trabalho de parto? Contributos dos Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. ESEL. Tese de Mestrado. Lisboa
  
- Graça, M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lisboa.
  
- Hintz, H. C. & Baginski, P. H. (2012). Vínculo Conjugal e Transição para a Parentalidade: Fragilidades e possíveis Superações. *Revista Brasileira de Terapia Familiar*. 4 (1), 10-22. Acedido em: 24 de maio de 2016. Disponível em:  
<http://www.abratef.org.br/2016/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>
  
- Instituto Promundo (2015). *Programa P Manual para o exercício da Paternidade e do Cuidado*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo. Acedido em: 10 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://promundo.org.br/recursos/programa-p-manual-para-o-exercicio-da-paternidade-e-do-cuidado/>
  
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido em: abril de 2015 Disponível em:  
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%20010,%20revised%202013.pdf>
  
- Johansson, M. & Hildingsson, I. (2013). Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: Mode of birth matters for satisfaction. *Women and Birth*. 26, 195-201. Acedido em: 7 julho 2015. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1871519213000401/1-s2.0-S1871519213000401->

[main.pdf? tid=7cd1b054-2bd6-11e5-a245-00000aab0f27&acdnat=1437063772\\_0fcda049b981d6be8567cb9f44c2b9a5](#)

- José, H. M. G. (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Camarate: Lusociência.

- Kululanga, L. I., Malata A., Chirwa, E. & Sundby, J. (2012). Malawian fathers views and experiences of attending the birth of their children: a qualitative study. *Pregnancy and Childbirth*, 12, 141. Acedido em: 27 maio de 2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2402298-1896-4e95-87a2-2379358f9dac%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4214>

- Lage, M. G. S., Magalhães, M. A., Melo, M. M. S., Macedo, A. P. C., Cainé, J. M. P. & Novais, R. M. F. (2004). Educar para o cuidado refletido. *Sinais Vitais*, 53, 14-18.

- Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009). Artigo 46º do Código do trabalho Dispensa para consulta pré-natal, aprovado pelo Diário da República I Série Nº 30 (12//02/2009) 937.

- Lei nº 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril. Diária da República I Série, Nº 180 (16/09/2009) 6528-6550.

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

- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

- Lowdermilk, D., Perry, S. & Bobak, I. (2002). *Os cuidados de enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed.

- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.
  
- Martins, A., Fernandes, E., Ferreira, F., Pacheco, F. (2009). A vivência do pai na sala de partos: perspectiva do acompanhante. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 43-46.
  
- May, K. A. (1986). *Coping with life crises*. New York: Plenum Press.
  
- Melo, P. G., Molinero, P. V.R., Dias, R.O. & Matthey K. (2006). Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no pós-operatório de cesariana. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 10 (2), 219-224. Acedido em: 3 de novembro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n2/v10n2a12.pdf>
  
- Mendes, A. M. P. S. (2012). A visita domiciliária no puerpério. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 38-41.
  
- Ministério da Saúde (2015). *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários Propostos para o ano 2015*. Lisboa: Ministério da saúde.
  
- Motta, C. C. L. & Crepaldi, M. A. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia*. 15 (30), 105-118. Acedido em: 23 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>
  
- Moraes, S. M. O., Almeida, R. A. R. (2013). Do ser homem ao sentir-se pai a importância da enfermagem na construção da paternidade. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 13, 39-47.
  
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. Methods, evidence and recommendation. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. United Kingdom: NICE. Acedido a: 20/05/2016. Disponível em: [http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE\\_clinical\\_guideline\\_190\\_dec2014.pdf](http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_dec2014.pdf)



- Oliveira, J. H. B. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
  
- Oliveira, M. M. S. (2005). Paternidade e práticas de cuidar- estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 5, 37-40.
  
- Oliveira, E. & Brito, R. (2009). Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. 13 (3), p. 595-601. Acedido em: 20 maio de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a20.pdf>
  
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 8 de julho de 2016 Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 2 agosto de 2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.
  
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 2 de agosto de 2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>.
  
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 3 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2013). Efectivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo as diretrizes da OMS. Acedido a: 6 de janeiro de 2026. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Ingesta\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. Acedido a: 6 de janeiro de 2026. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PosicaodeParto\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Realizar precocemente o contato pele a pele, entre a mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. Acedido a: 6 de janeiro de 2026. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PeleaPeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Acedido a: 6 de janeiro de 2026. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Acedido a: 6 de janeiro de 2026. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Episiotomia\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
  
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE.
  
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *REPE Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE. Acedido a 2 de agosto de 2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- Organização Mundial da Saúde (2013). Delayed Clamping of Umbilical Cord To Reduce Infant Anaemia. *WHO/ RHR*. Acedido em: 24 de maio de 2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO\\_RHR\\_14.19\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO_RHR_14.19_eng.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO. Acedido a: 19 de julho de 2016. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (1996). *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. OMS: Geneva. Acedido em: 24 de maio de 2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Perdomini, F. R. I. (2010). *A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre. Acedido em: abril de 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25194/000752725.pdf?sequence=1>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino Género e Saúde Sexual e Reprodutiva*. Lisboa: Direção Geral da Saúde Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Prazeres, V. (2009). *Género, cidadania e intervenção educativa: Sugestões práticas*. Lisboa: CIG. Acedido em: 29 de junho de 2016. Disponível em: [https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/159\\_164\\_t3c\\_capF.pdf](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/159_164_t3c_capF.pdf)
- Pridis, H., Dahlen, H. & Schimied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25, 100-106.

- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Nº 35 2ª série, 8648-8653.
- Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, Nº 35 2ª série, 8662-8666.
- Ribeiro, A. F. C. (2005). Afinal a díade é a tríade? A evolução do conceito de pai e da sua participação no nascimento do filho. *Servir*. 53 (4), 190-194.
- Ribeiro, H. & Lopes, L. (2006). O papel do pai na sala de partos. *Nursing*. 206, 25-27.
- Rodrigues, C. (2014). O papel do pai na gravidez, parto e pós-parto: percepções paternas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 47-51.
- The Royal College of Midwives (s.d.). *Reaching Out: Involving Fathers in Maternity Care*. London: The Royal College of Midwives.
- Shilling, T. & DiFranco, J. (2003). *Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural- Libertad de Movimiento a lo Largo del Trabajo de Parto*. EUA: Lamaze Institute for a Normal Birth.
- Sottomayor, M. C. (2015). A Convenção de Istambul e o novo paradigma da violência de género. *ex æquo*. 31, 105-121. Acedido em: 1 agosto 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n31/n31a09.pdf>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado.

## **APÊNDICES**

**Apêndice I: Pesquisa nas bases de dados Medline e  
CINHAL**

Termos de indexação (CINAHL Plus With full texto)	Número artigos	
“Birth”	S1	56 326
MM “Fathers”	S2	2 045
MM “Midwifery”	S3	9 153
“Involvement”	S4	35 980
S1 AND S2 AND S3 AND S4	S5	1 (1 <i>Full text</i> )
Número de artigos selecionados após leitura integral		0

Termos de indexação (Medline Plus With full texto)	Número artigos	
“Birth”	S1	270 473
MM “Fathers”	S2	3 651
“Midwifery” Explode	S3	32 643
“Involvement”	S4	364 584
S1 AND S2 AND S3 AND S4	S5	5 (2 <i>Full text</i> )
Número de artigos selecionados após leitura integral		1

**Apêndice II: Análise de artigos selecionados nas bases de dados Medline e CINHAL**



<b>Identificação do Estudo</b>	<p>Kululanga, L. I., Malata, A., Chirwa, E. &amp; Sundby, J. (2012). Malawian fathers views and experiences of attending the birth of their children: a qualitative study. <i>Pregnancy and Childbirth</i>. 12, 141. Acedido em: 27 maio de 2016. Disponível em: <a href="http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2402298-1896-4e95-87a2-2379358f9dac%40sessionmgr4001&amp;vid=0&amp;hid=4214">http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2402298-1896-4e95-87a2-2379358f9dac%40sessionmgr4001&amp;vid=0&amp;hid=4214</a></p>
<b>Objetivo do Estudo</b>	<p>Descrever as perspectivas e as experiências dos homens relativamente aos cuidados que lhe foram prestados durante o nascimento do seu filho num hospital privado de uma cidade do Malawi.</p>
<b>Tipo de estudo</b>	<p>Estudo exploratório, descritivo qualitativo.</p>
<b>Participantes</b>	<p>Um total de 20 homens deram o seu consentimento para a sua participação no estudo.</p>
<b>Colheita de dados</b>	<p>A colheita de dados foi efetuada por meio de uma entrevista semiestruturada.</p>
<b>Resultados</b>	<p><b>Motivação:</b> A maioria dos homens refere que foram informados pelas “<i>midwives</i>” nas consultas pré-natais acerca da sua presença no</p>

nascimento. Este facto possibilitou a discussão entre o casal acerca das suas expectativas relativamente ao nascimento.

**Experiências positivas:** O facto de serem alvo dos cuidados durante o processo de nascimento provocou um impacto positivo nos homens. O conhecimento que possuem acerca do nascimento bem como o facto de serem a primeira pessoa a receber o filho foram os aspetos positivos mencionados. Para além disso, mencionaram positivo o facto de serem defensores das suas companheiras conseguindo negociar que fossem tomadas medidas para alívio da dor, bem como estarem numa posição privilegiada para dar apoio psicológico à parturiente. Sentiram, pela primeira vez, o *status* social de ser pai.

**Experiências negativas:**

Vergonha e embaraço principalmente durante alguns procedimentos, tal como, o exame cervical, onde sentiram a sua privacidade invadida. Por outro lado, perceberem a experiência de dor da sua companheira fá-los sentirem-se com medo, raiva, frustração e impotência. Referiram-se sentir-se irritados com os profissionais de saúde quando não adotavam outras medidas para o alívio da dor da sua companheira. Para além disso, também mencionaram sentir medo pela vida das suas companheiras.

Desamparo e despreparados principalmente em relação à sua dificuldade em oferecer suporte psicológico à sua companheira. Referiram também não saber o que fazer para ajudar a parturiente durante o trabalho de parto. Mencionaram que as sessões de educação pré-natal não os preparou devidamente para o processo do nascimento.

Profissionais de saúde-pai: Poucos homens referiram que a sua presença causou tensão entre eles e os profissionais de saúde principalmente quando questionavam os profissionais sobre o que estava a acontecer com as suas companheiras ou quando exigiam medidas analgésicas para aliviar a dor da parturiente.

Exclusão na tomada de decisão: Todos os participantes expressaram que nem eles nem mesmo as suas companheiras foram envolvidas na tomada de decisão acerca dos cuidados prestados. A equipa médica decidia e os casais eram apenas informados das decisões.

**Reflexão e Resolução:** O período após o nascimento é propício para a reflexão e resolução. Os homens referiram que a sua presença durante o nascimento deu-lhes a oportunidade de compreenderem todo o processo, assim como resolver alguns equívocos que possuíam anteriormente. Referem que o seu envolvimento durante o nascimento fortaleceu a sua relação com a sua companheira bem como com o recém-nascido. Sentem-se mais protetores do seu filho, assim como mais motivados para colaborar nos cuidados ao recém-nascido. Muitos participantes referem que a experiência aumentou o seu amor e respeito pela sua companheira, e pelas mulheres em geral. A maioria dos participantes refere que a sua vida sexual não ficou alterada. Alguns dos homens referem que esta experiência diminuiu o seu desejo de ter mais filhos.

**Apêndice III: Instrumento de registo de observação do envolvimento  
do pai no processo de nascimento, na sala de partos**

Instrumento de Registo de observação do envolvimento do pai no processo de nascimento na sala de partos						
Nome da parturiente:	Nome do companheiro:	Índice Obstétrico:	Acompanhamento da gravidez:	Observações:		
Idade:	Idade:		Preparação para a parentalidade:			
Contacto:	Contacto:	Idade Gestacional:	Temáticas em que o pai participou:			
1º Estadio do Trabalho de parto	<b>A estudante EE ESMO “co-participante dos cuidados” e promotor do desenvolvimento do “eu interior” (Watson, 2002):</b> - Estabelece uma relação de ajuda terapêutica com o casal - Respeita a privacidade do casal - Conhece as expectativas e idealizações do casal - Empodera o casal através da educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, reforço positivo, elogio, entre outros - Encoraja a participação e envolvimento do pai - Informa o casal acerca do bem-estar fetal e evolução do trabalho de parto - Inclui o pai no processo de tomada de decisão (corte do cordão umbilical, contato pele a pele, amamentação) - Inclui o pai dando-lhe orientações sobre o que fazer nas situações em que pode participar, tais como, ajudar a vestir a mãe, guardar os seus pertences, dar apoio emocional, contato físico, elogios, entre outros - Instrui o pai sobre as medidas não farmacológicas de controlo da dor (duche, massagem, liberdade de movimentos) que permitem a assunção de um papel ativo no processo de nascimento		<b>O Pai parceiro ativo e determinante no processo do cuidar (Watson, 2002):</b> - Ajuda a parturiente a vestir-se - Guarda os pertences da parturiente - Ajuda a parturiente nos exercícios de respiração - Faz massagens de relaxamento à parturiente - Apoia a parturiente na liberdade de movimentos - Encoraja, apoia e elogia a parturiente - Fica em silêncio - Estabelece interação com a parturiente  Precisa de orientação do EEESMO: - Para apoiar na respiração - Para apoiar na liberdade de movimentos - Para o esclarecimento de dúvidas - Para a realização de massagens e/ou toque - Para encorajar, apoiar e elogiar a parturiente		Observações:	
	2º e 3º Estádios do trabalho de parto	<b>A estudante EE ESMO “co-participante dos cuidados” e promotor do desenvolvimento do “eu interior”:</b> - Estabelece uma relação de ajuda terapêutica com o casal - Respeita a privacidade do casal - Conhece as expectativas e idealizações do casal - Promove a comunicação em casal - Empodera o casal através da educação para a saúde (contato pele a pele, amamentação, plano de parto, episiotomia, liberdade de movimento, medidas não farmacológicas de alívio da dor e ingestão de líquidos claros), esclarecimento de dúvidas, reforço positivo, elogio, entre outros - Encoraja a participação e envolvimento do pai - Explica ao pai onde e como pode participar no parto, bem como a sua importância durante todo o processo - Verifica se o pai, no momento do parto se encontra posicionado face à parturiente de modo facilitador ao apoio emocional e psicológico - Incentiva o pai a entrar em contato o mais precocemente com o seu filho/a, cortar-lhe o cordão, contato pele a pele, tocá-lo, acariciá-lo, acompanhá-lo/a em procedimentos, entre outros - Mostra abertura e disponibilidade para falar acerca dos sentimentos do pai no decorrer do parto - Informa o pai acerca dos procedimentos realizados ao seu filho/a		<b>O Pai parceiro ativo e determinante no processo do cuidar:</b> Com a mãe: - Assiste ao parto - Não assiste ao parto Motivo: _____ - Oferece ajuda prática nos exercícios respiratórios - Oferece apoio emocional à parturiente por encorajá-la, apoiá-la e elogiá-la - Estabelece interação física ou verbal com a parturiente - Fica em silêncio  Precisa de orientação do EEESMO: - Para apoiar na respiração - Para encorajar, apoiar e elogiar a parturiente - Para prestar cuidados ao recém-nascido  Com o recém-nascido: - Manifesta sentimentos de alegria (sorri, chora, entre outros) - Corta o cordão umbilical - Toca no recém-nascido - Pega no recém-nascido		Observações:
		4º Estadio do trabalho de parto	<b>A estudante EE ESMO “co-participante dos cuidados” e promotor do desenvolvimento do “eu interior”:</b> - Estabelece uma relação de ajuda terapêutica com o casal - Conhece as expectativas e idealizações do casal - Promove e respeita a privacidade e intimidade entre a tríade - Empodera o casal através da educação para a saúde (amamentação, cuidados ao recém-nascido), esclarecimento de dúvidas, reforço positivo, elogio, entre outros - Encoraja a participação e envolvimento do pai (amamentação, cuidados ao recém-nascido, vesti-lo) - Encoraja a participação e envolvimento do pai no apoio à puérpera e nos cuidados ao seu filho/a - Dá a oportunidade ao pai, em caso de cesariana, de realizar o contato pele a pele - Prolonga o máximo de tempo que o pai está com a puérpera - Promove a amamentação, fornecendo educação para a saúde e ajuda prática sempre que necessário - Mostra abertura e disponibilidade para falar acerca dos sentimentos do pai no decorrer do processo de nascimento		<b>O Pai parceiro ativo e determinante no processo do cuidar:</b> Com a mãe: - Oferece ajuda prática por ajudar a mãe na amamentação identificando os sinais de prontidão e de pega do recém-nascido - Oferece apoio emocional à mãe por encorajá-la, apoiá-la e elogiá-la durante a amamentação - Estabelece interação física ou verbal  Com o recém-nascido: - Sorri - Toca no recém-nascido - Pega ao colo - Fica em silêncio ou ausenta-se - Precisa de orientação da enfermeira para o apoio na amamentação - Identifica os sinais de prontidão e de pega do recém-nascido - Memoriza a hora do nascimento e o peso do recém-nascido	

**Apêndice IV: Contributos para o desenvolvimento de competências do EE ESMO desenvolvidas ao longo do CMESMO**

## **H1. Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional**

<p><b>H1.1. Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.</b></p>	<p>Durante a realização do EC I (Ginecologia) e EC III (Cuidados de Saúde Primários). No EC I (Ginecologia) foram realizadas um total de 15 consultas de planeamento familiar, sendo que 6 foram no âmbito do apoio à fertilidade.</p>
<p><b>H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.</b></p>	<p>No EC III (Cuidados de Saúde Primários) foram efetuadas um total de 79 consultas de planeamento familiar, sendo que 16 foram no âmbito do período pré-concepcional.</p> <p>Colaboração no Laboratório de Reprodução Humana nas técnicas de punção do ovário e inseminação artificial.</p> <p>Foram efetuadas 20 citologias.</p>
<p><b>H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.</b></p>	<p>Aplicados 3 Dispositivos Intrauterinos (SIU).</p> <p>Aplicados 2 implantes subdérmicos.</p> <p>Elaboração de Manual de acolhimento na Consulta de Apoio à Fertilidade.</p>

## H2. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

<p><b>H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</b></p>	<p>Durante o EC III (Cuidados de Saúde Primários), EC IV (Medicina Materno-Fetal) e UC de EC “Estágio com Relatório”.</p> <p>Efetuada 130 exames pré-natais com inclusão do diagnóstico e monitorização da gravidez e apoio à mulher e família em situação de abortamento.</p>
<p><b>H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</b></p>	<p>Vigilância e cuidados à mulher grávida e família em situações de risco em 44 situações.</p> <p>Elaboração de folheto informativo alusivo ao envolvimento do pai no período pré-natal, perinatal e pós-natal.</p>
<p><b>H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</b></p>	<p>Realização de sessão de educação para a saúde acerca do Aleitamento Materno.</p> <p>Remodelação do Cantinho da Amamentação da instituição onde foi realizado o EC III (Cuidados de Saúde Primários).</p> <p>Exposição de imagens alusivas ao envolvimento do pai no processo de nascimento na instituição onde foi realizado o EC III (Cuidados de Saúde Primários).</p> <p>Elaboração de um <i>poster</i> alusivo aos Direitos à Maternidade e Paternidade no EC IV (Medicina Materno-Fetal).</p>



### **H3. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

<p><b>H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</b></p>	<p>Durante o EC IV (Medicina Materno-Fetal) e UC de EC “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos).</p> <p>Foi feito acompanhamento a cerca de 104 grávidas/casais em trabalho de parto. Realizados 42 partos em apresentação cefálica, sendo que em 4 deles houve a necessidade de resolução da complicação obstétrica de distócia de ombros e em 2 deles a necessidade da resolução da complicação atonia uterina.</p>
<p><b>H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</b></p>	<p>Realizadas episiotomias de forma seletiva, episiorrafias e sutura de lacerações de grau I e II.</p> <p>Colaboração em 4 partos distócicos por ventosa e 1 por fórceps.</p>
<p><b>H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.</b></p>	<p>Realização de simulação de parto de apresentação pélvica em modelo em sala de aula.</p> <p>Implementadas medidas não farmacológicas de controlo da dor, tais como, liberdade de movimentos (bola de pilatos, duche, deambulação, dança), massagem, relaxamento, respiração, música, entre outras.</p> <p>Prestação de cuidados imediatos a 50 recém-nascidos.</p> <p>Envolvimento do pai no processo de nascimento.</p>

Apoio ao processo de transição e adaptação à parentalidade a ambos os progenitores.

Promoção do contato pele a pele.

Promoção da amamentação na primeira hora de vida.

Promoção da continuidade dos cuidados por meio da transferência do casal/tríade para o internamento de obstetrícia, visita 29 casais/tríades durante o internamento no serviço de obstetrícia e realização de 1 visita domiciliária programada.

Colaboração na construção do documento oficial da instituição onde foi realizado o UC de EC “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos) alusivo ao circuito do pai nas cesarianas.

Realização de 2 jornais de aprendizagem (envolvimento do pai em partos distócicos e tomada de decisão nas complicações obstétricas) e 1 reflexão acerca da visitação domiciliária.

#### **H4. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

<b>H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</b>	Durante o EC II (Saúde Materna e Obstétrica), EC III (Cuidados de Saúde Primários), EC V (Neonatologia) e UC de E. C. “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos).
<b>H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</b>	Prestados cuidados a 100 puérperas durante o puerpério imediato, precoce e tardio, 106 recém-nascidos saudáveis e a 19 recém-nascidos com necessidades de cuidados especiais.
<b>H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal.</b>	Promoção da continuidade de cuidados: realização de 3 visitas domiciliares no âmbito do período do pós-parto (EC II (Saúde Materna e Obstétrica), EC V (Neonatologia) e UC de EC “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos). Remodelação do cantinho da amamentação da instituição onde foi realizado o EC III (Cuidados de Saúde Primários).

## **H5. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**

<b>H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.</b>	Durante o EC I (Ginecologia) e EC III (Cuidados de Saúde Primários). Realizadas 10 consultas no âmbito do climatério durante o EC I (Ginecologia) e de 4 consultas no EC III (Cuidados de Saúde Primários).
<b>H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.</b>	
<b>H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.</b>	

## **H6. Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

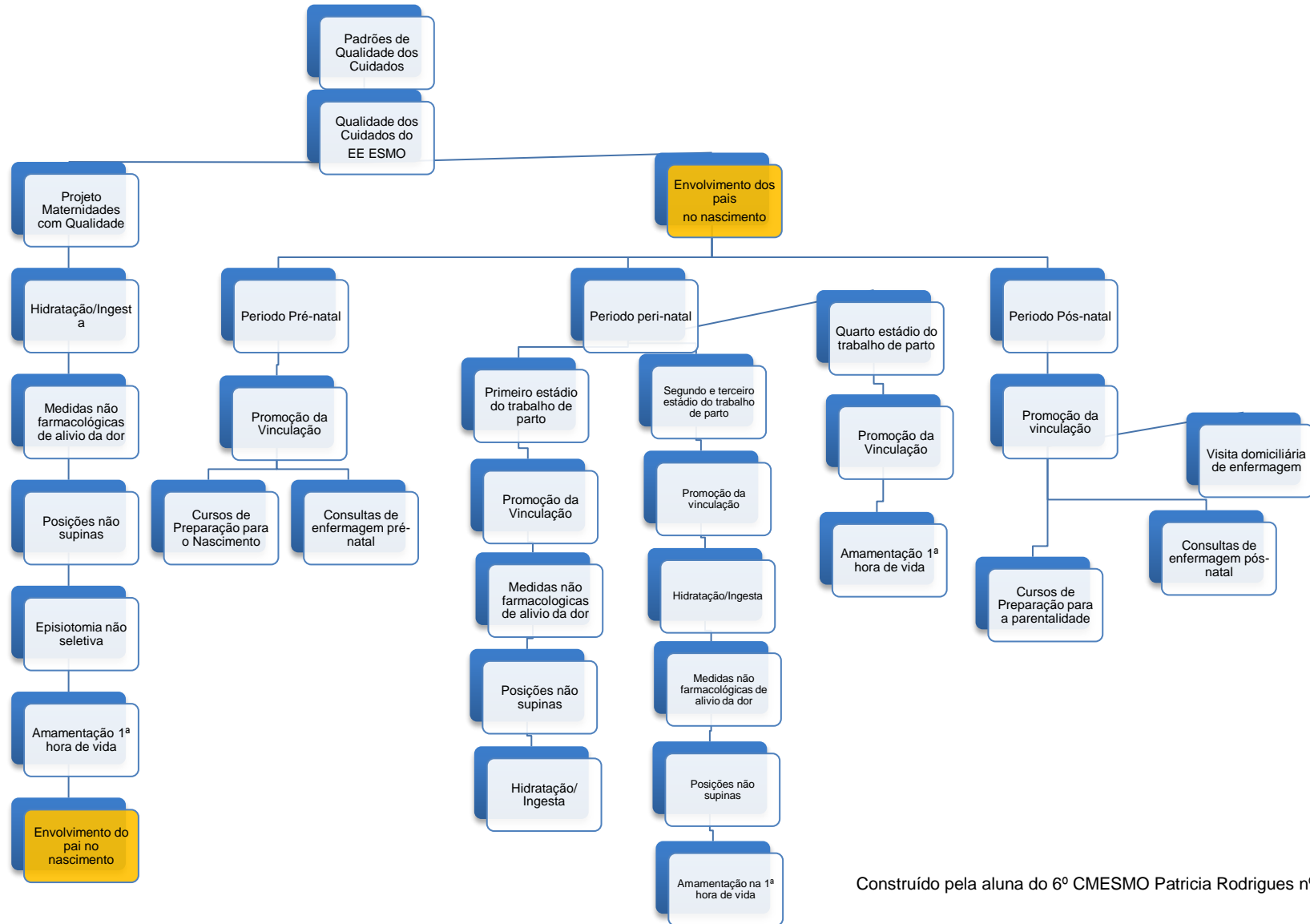
<b>H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.</b>	Durante o EC I (Ginecologia), EC III (Cuidados de Saúde Primários) e UC de E C “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos).
<b>H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama.</b>	Prestados cuidados a cerca de 44 mulheres que estavam a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Acompanhamento pré, intra e pós-operatório de mulheres com patologia do âmbito génito-urinário.
<b>H6.3. Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à sua nova situação.</b>	Realizada educação para a saúde acerca de estilos de vida saudáveis, autoexame da mama, prevenção do cancro do colo do útero, estratégias de alívio de sintomatologia, entre outras.

## **H7. Cuida do grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**

<b>H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.</b>	Durante a realização de todos os EC. Empoderamento/ capacitação da mulher/casal para tomarem as suas próprias decisões por meio da educação para a saúde, reforço positivo e elogio.
<b>H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.</b>	Cuidados centrados na família. Apoio do processo de transição e adaptação à parentalidade dirigido a ambos os progenitores. Envolvimento do pai em todo o processo de nascimento, encarando-o como parceiro da equipa de saúde e alvo dos cuidados da mesma. Promoção da continuidade dos cuidados por meio da transferência dos casais/tríade de serviço, visita dos casais/tríade nos diferentes serviços e da visitação domiciliária.
<b>H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.</b>	Realização de registos claros e rigorosos. Cooperação com a equipa multidisciplinar (assistentes Sociais, psicólogos, médicos obstetras, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros). Encaminhamento dos casais para os recursos disponíveis na comunidade.

**Apêndice V: Proposta de inclusão dos pais (e seu envolvimento) nos indicadores de qualidade do projeto “Maternidades com Qualidade”**

## Proposta do envolvimento dos pais nos indicadores de qualidade do projeto “Maternidades com Qualidade”



## **Apêndice VI: Sistema de Valores da Jean Watson**



## **Sistema de valores da Jean Watson no envolvimento do pai no processo de nascimento, na sala de partos**

Os profundos valores estão associados a um profundo respeito pela admiração e mistérios da vida, o reconhecimento de uma dimensão espiritual pela vida e poder interior do processo de cuidar, crescimento e mudança (Watson, 2002). Assim, cuidar requer elevada consideração pela vida, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha. É colocado ênfase na ajuda dada ao indivíduo na aquisição de maior conhecimento, auto controle e preparação para o autocuidado” (Watson, 2002, p.65). O EEESMO como “co-participante no processo de cuidar” (Watson, 2002, p.66) deve apoiar o pai a desenvolver o seu “eu interior ou essência da pessoa, o qual está ligado a um maior conhecimento de si próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas” (Watson, 2002,p. 83). Este sistema de valores é misturado com os 10 fatores de cuidar:

### **1. Altruísmo humano**

- Respeitar a privacidade do casal;
- Conhecer as expectativas e idealizações do casal relativamente ao envolvimento do pai no processo de nascimento;
- Escutar as necessidades do pai/casal;
- Esclarecer as dúvidas do pai/casal;
- Entender os sentimentos do pai/casal durante o processo de nascimento.

### **2. Promoção da fé/ esperança**

- Empoderar o casal através da educação para a saúde (contato pele a pele, amamentação, posições não supinas durante o trabalho de parto e parto, plano de parto, ingestão de líquidos claros), esclarecimento de dúvidas, reforço positivo, elogio, entre outros.

### **3. Sensibilidade para nós próprios e para com os outros**

- Estabelece uma relação de ajuda terapêutica com o pai/casal onde imperam os seguintes requisitos a aceitação, o respeito e a empatia (Phaneuf (2005)). Esta relação de ajuda irá permitir que haja um desenvolvimento do pai no que diz respeito ao seu “eu interior ou essência da pessoa, o qual está ligado a um maior conhecimento de si próprio, um

grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas” (Watson, 2002, p. 83);

- Mostra disponibilidade e abertura para falar acerca dos sentimentos do pai no decorrer do processo de nascimento (por explorar o assunto após o parto).

#### **4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda/ confiança**

- Estabelece uma relação de ajuda terapêutica com o pai/casal onde imperam os seguintes requisitos a aceitação, o respeito e a empatia (Phaneuf (2005)). Esta relação de ajuda irá permitir que haja um desenvolvimento do pai no que diz respeito ao seu “eu interior ou essência da pessoa, o qual está ligado a um maior conhecimento de si próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas” (Watson, 2002, p. 83).

#### **5. Promoção e aceitação de pensamentos positivos e negativos**

- Mostra disponibilidade e abertura para falar acerca dos sentimentos do pai no decorrer do processo de nascimento (por explorar o assunto após o parto);

- Estimular a verbalização dos sentimentos, medos e receios do pai/ casal durante o processo de nascimento.

#### **6. Uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomada de decisão**

- Uso instrumento de registo baseado e atualizado com a evidência científica atual.

#### **7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal**

- Empodera o pai/casal através da educação para a saúde (contato pele a pele, amamentação, plano de parto, episiotomia, liberdade de movimento, medidas não farmacológicas de alívio da dores e ingestão de líquidos claros), esclarecimento de dúvidas, reforço positivo, elogio, entre outros

- Inclui o pai dando-lhe orientações sobre o que fazer nas situações em que pode participar, tais como, ajudar a vestir a mãe, guardar os seus pertences, dar apoio emocional, contato físico, elogios, entre outros;

- Ensina o pai a realizar medidas não farmacológicas de controlo da dor (duche, massagem, liberdade de movimentos, bola de pilatos) que permitem a assunção de um papel ativo no processo de nascimento;
- Informa o casal acerca do bem-estar fetal e evolução do trabalho de parto;
- Informa o pai acerca dos procedimentos realizados ao seu filho/a;
- Inclui o pai no processo de tomada de decisão.

**8. Promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sócio- cultural e espiritual**

- Criar um “ambiente terapêutico” onde predomina o conforto, a privacidade e a segurança.

**9. Assistência com gratificação das necessidades humanas**

- Encoraja a participação e envolvimento do pai;
- Verifica se o pai, no momento do nascimento encontra-se no local adequado, confortável onde possa dar apoio emocional e psicológico à parturiente;
- Incentiva o pai a entrar em contato o mais precocemente, com o seu filho/a por cortar-lhe o cordão, contato pele a pele, tocá-lo, acariciá-lo, acompanhá-lo/a em procedimentos, entre outros.

**10. A existência de fatores existenciais e fenomenológicos – espirituais**

- Incentivar o pai a estar presente no processo de nascimento e ajudá-lo a dar um significado ao momento por mostrar abertura e disponibilidade, após todo o processo, para falar acerca dos seus sentimentos e alcance das suas expectativas durante todo o trabalho de parto e parto.

**Referências bibliográficas:**

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

**Apêndice VII: Projeto delineado ao longo do CMESMO para a UC de EC  
“Estágio com Relatório”**

Competências	Tarefas	Atividades	Resultados Esperados
<p><b>H 1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover cuidados centrados na família;</li> <li>- Promover o empoderamento do casal no período pré-concepcional;</li> <li>- Promover uma maternidade e paternidade responsáveis;</li> <li>- Facilitar precocemente o processo de transição e adaptação à parentalidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o casal (apresento-me ao casal, tratá-los pelo nome próprio/ nome preferido);</li> <li>- Promoção e respeito da privacidade do casal (manter a porta/cortina fechada, dar espaço ao casal para conversarem sozinhos);</li> <li>- Promoção da saúde ginecológica através da vigilância e monitorização (intervenções de rastreio) e da educação para a saúde;</li> <li>- Empoderamento do casal, através da parceria nos cuidados, reconhecendo a sua autonomia humana e liberdade de escolha através do fortalecimento do seu “eu interior” (Watson, 2002, p.83), realização de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, conforme as necessidades do casal, reforço positivo, encorajamento, apoio e elogio do casal;</li> <li>- Conhecimento das expectativas e idealizações do casal acerca de uma futura gravidez;</li> <li>- Promoção da fecundidade segundo o desejo do casal;</li> <li>- Promoção da decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional;</li> <li>- Identificação e monitorização do potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação;</li> <li>- Colaboração com o casal no planeamento de uma gravidez saudável;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de cuidados centrados na família;</li> <li>- Demonstração de empoderamento do casal no período pré-concepcional;</li> <li>- Demonstração de uma maternidade e paternidade responsáveis;</li> <li>- Demonstração de continuidade de cuidados por meio da elaboração de notas de enfermagem claras e completas e cuidados centrados na família.</li> </ul> <p><b>Horizontes temporais:</b> Durante o Ensino Clínico I (Ginecologia) e II (Saúde Materna e Obstétrica).</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação dos casais com problemas de fertilidade dando-lhes suporte emocional e psicológico;</li> <li>- Elaborado guia de acolhimento para a Consulta de Apoio à Fertilidade;</li> </ul>	
<p><b>H 2. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover os cuidados centrados na família;</li> <li>- Promover o empoderamento do casal no período pré-natal;</li> <li>- Facilitar o processo de transição e adaptação à parentalidade;</li> <li>- Promover o envolvimento do pai no período pré-natal;</li> <li>- Promover a relação precoce entre a tríade;</li> <li>- Promover a Continuidade de Cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o casal (apresentarmos-nos ao casal, trata-los pelo nome próprio/nome preferido);</li> <li>- Promoção e respeito da privacidade do casal;</li> <li>- Empoderamento do casal através da parceria nos cuidados reconhecendo a sua autonomia humana e liberdade de escolha através do fortalecimento do seu "eu interior" (Watson, 2002, p.83), realização de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas conforme as necessidades do casal, reforço positivo, encorajamento, apoio e elogio do casal;</li> <li>- Conhecimento a expectativas e idealizações do casal acerca do envolvimento do pai no período pré-natal, nascimento e pós-natal;</li> <li>- Elucidação do casal para a importância do envolvimento do pai no processo de nascimento;</li> <li>- Reconhecimento de que as necessidades, preocupações, dúvidas e receios do pai são diferentes das da mãe e dos outros pais;</li> <li>- Encorajamento da participação e envolvimento do pai nas no período pré-natal, nascimento e pós-natal;</li> <li>- Elaborado poster alusivo aos Direitos da Maternidade e Paternidade;</li> <li>- Envolvimento e interagir com o pai nas consultas pré-natais, nos exames pré-natais (monitorização cardiotocográfica) e nas aulas de educação pré-natal;</li> <li>- Entrega do folheto informativo elaborado acerca do envolvimento do pai no período pré-natal, nascimento e período pós-natal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de cuidados centrados na família;</li> <li>- Demonstração de empoderamento do casal no período pré-natal;</li> <li>- Demonstração de transição e adaptação à parentalidade;</li> <li>- Demonstração do envolvimento do pai no período pré-natal;</li> <li>- Demonstração de relação precoce entre a tríade.</li> <li>- Demonstração de continuidade de cuidados por meio da elaboração de notas de enfermagem claras e completas e cuidados personalizados.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incisão nas consultas de vigilância pré-natal e aulas de educação para a saúde pré-natal aspetos positivos do parto e da paternidade;</li> <li>- Proporção de flexibilidade dos horários e no acesso aos cuidados pré-natais;</li> <li>- Exposição de imagens alusivas ao envolvimento do pai no processo de nascimento e cuidados ao recém-nascido nas instituições de saúde;</li> <li>- Capacitação do pai acerca das fases de trabalho de parto e alertá-lo para quando há necessidade de recorrer aos serviços hospitalares, evitando internamentos precoces;</li> <li>- Capacitação do pai na diferenciação os estádios do trabalho de parto e o modo como pode intervir em cada um deles;</li> <li>- Capacitação do pai em envolver-se no período pré-natal, nascimento e pós-natal, reforçando a sua importância;</li> <li>- Validação dos conhecimentos e a motivação do pai para o seu envolvimento no processo de nascimento.</li> </ul>	<p><b>Horizontes temporais:</b> Durante o EC III (Saúde Materna e Obstétrica), EC IV (Medicina Materno-Fetal) e UC de EC “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos).</p>
<p><b>H 3. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover os cuidados centrados na família;</li> <li>- Promover o empoderamento do casal no processo de nascimento;</li> <li>- Facilitar o processo de transição e adaptação à parentalidade;</li> <li>- Promover o envolvimento do pai no nascimento;</li> <li>- Promover a relação precoce, vinculação e o apego entre a tríade;</li> <li>- Promover a Continuidade de Cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o casal (apresentar-me ao casal, tratá-los pelo nome próprio/ nome preferido);</li> <li>- Promoção e respeito da privacidade do casal (manter a porta/ cortinas fechadas, dar espaço ao casal para estarem sozinhos);</li> <li>- Empoderamento do casal através da parceria nos cuidados reconhecendo a sua autonomia humana e liberdade de escolha através do fortalecimento do seu “eu interior” (Watson, 2002, p.83), realização de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, conforme as necessidades do casal, reforço positivo, encorajamento, apoio e elogio do casal;</li> <li>- Conhecimento das expectativas e idealizações do casal acerca do envolvimento do pai no processo de nascimento;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de cuidados centrados na família demonstrado;</li> <li>- Demonstração de relação precoce, vinculação e apego entre a tríade;</li> <li>- Demonstração de transição e adaptação à parentalidade.</li> <li>- Demonstração de continuidade de cuidados por meio da</li> </ul>

- Encorajamento da participação e envolvimento do pai durante o processo de nascimento caso seja esse o seu desejo;
- Fornecimento de informação ao casal acerca do bem-estar fetal e evolução do trabalho de parto;
- Mobilização do folheto informativo durante a educação para a saúde elaborado acerca do envolvimento do pai no nascimento com o intuito de capacitá-lo na sua adaptação e transição no processo de nascimento;
- Inclusão do pai no processo de tomada de decisão;
- Implementação ou colaboração na implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor (duche, massagem, liberdade de movimentos) que permitam que o pai possa assumir um papel ativo no processo de nascimento;
- Perceção dos sentimentos do pai no decorrer do processo de nascimento por questioná-lo após o nascimento;
- Promoção da comunicação entre o casal;
- Facilitação do processo de transição para a parentalidade (corte do cordão umbilical, promover o contato pele a pele);
- Promoção e incentivo ao contato precoce pele a pele, o toque entre o casal e entre a tríade;
- Assegurar que sejam tidas em conta as crenças culturais e religiosas do casal;
- Favorecimento de espaço ao casal durante o período de internamento, nas visitas domiciliárias no pós-natal ou no âmbito da consulta de enfermagem pós-natal para a discussão da experiência do parto e da parentalidade (questioná-los sobre os seus sentimentos, perguntar-lhes se alcançou as suas expectativas, o que mais gostaram, o que gostavam que tivesse sido diferente, entre outra);

elaboração de notas de enfermagem claras e completas, cuidados personalizados e visitação domiciliária.

**Horizontes temporais:**

Durante o “Estágio com Relatório” (período de internamento do casal no Bloco de Partos, Internamento de Puerpério e após a alta).



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência da tríade para o serviço de Puerpério;</li> <li>- Realização de uma visita ao serviço de Puerpério às mulheres/casais no horário em que o pai esteja presente;</li> <li>- Realização de visita domiciliária ou contato telefónico após a alta.</li> </ul>	
<p><b>H 4. Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover os cuidados centrados na família;</li> <li>- Promover o empoderamento do casal no período pós-natal;</li> <li>- Facilitar o processo de transição e adaptação à parentalidade;</li> <li>- Promover o envolvimento do pai no período pós-natal;</li> <li>- Promover a relação precoce, vinculação e apego entre a tríade;</li> <li>- Promover cuidados culturalmente competentes;</li> <li>- Promover a Continuidade de Cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o casal (apresentar-me ao casal, trata-los pelo nome próprio/ nome preferido);</li> <li>- Promoção e respeito da privacidade da tríade;</li> <li>- Empoderamento do casal através da parceria nos cuidados reconhecendo a sua autonomia humana e liberdade de escolha através do fortalecimento do seu “eu interior” (Watson, 2002, p.83), realização de educação para a saúde, esclarecimento de dúvidas, conforme as necessidades do casal, reforço positivo, encorajamento, apoio e elogio do casal;</li> <li>- Avaliação da saúde e o bem-estar da mãe e do pai no período pós-natal precoce;</li> <li>- Encorajamento da participação e envolvimento do pai no apoio à puérpera e nos cuidados ao recém-nascido (não o substituindo nos cuidados ao recém-nascido);</li> <li>- Mobilização do folheto informativo durante a educação para a saúde elaborado acerca do envolvimento do pai no nascimento com o intuito de capacitá-lo na sua adaptação e transição no processo de nascimento;</li> <li>- Exposição de imagens alusivas ao envolvimento do pai no processo de nascimento e cuidados ao recém-nascido no Cantinho de Amamentação da USCP onde decorreu o EC III;</li> <li>- Promoção do contato pele a pele;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de cuidados centrados na família;</li> <li>- Demonstração de empoderamento do casal no período pós-natal;</li> <li>- Demonstração de transição e adaptação à parentalidade;</li> <li>- Demonstração de envolvimento do pai no período pós-natal;</li> <li>- Demonstração de relação precoce, vínculo e apego entre a tríade;</li> <li>- Demonstração de continuidade de cuidados por meio da elaboração de notas de enfermagem claras e completas, cuidados personalizados e visita domiciliária.</li> </ul>

- Promoção da amamentação fornecendo educação para a saúde e ajuda prática sempre que solicitado ou necessário;
- Reformulação do Cantinho da Amamentação da UCSP onde decorreu o EC III tornando-os mais privados, afáveis e acolhedores;
- Sensibilização do pai para os riscos reconhecidos para o “*baby blues*”, depressão pós-parto ou psicose puerperal e mostrar disponibilidade para contato na presença de quaisquer suspeitas das situações anteriormente descritas garantindo o respetivo encaminhamento;
- Observação de qualquer conflito ou desacordo entre o casal e fazer o respetivo encaminhamento para o profissional mais adequado disponível no serviço;
- Envolvimento da família alargada escolhida pelo casal, contribuindo para a socialização do recém-nascido e para a identificação/ adaptação dos diferentes papéis familiares.

**Horizontes temporais:**

Durante o EC II (Saúde Materna e Obstétrica), EC III (cuidados de Saúde Primários), EC IV (Medicina Materno Fetal), EC V (Neonatologia) e “Estágio com Relatório” (Bloco de Partos) e após a alta.

**Apêndice VIII: O envolvimento do pai no nascimento (folheto apresentado aos pais durante o primeiro estágio do trabalho de parto)**

# *O envolvimento do pai durante o nascimento*

## **Ser pai é uma experiência maravilhosa!!!!**

Seguem-se alguns conselhos que o ajudarão a desfrutar em cada momento de emoções únicas:

- Converse e decida com a sua companheira acerca da sua presença e envolvimento durante o trabalho de parto e parto;
- Discuta com os profissionais de saúde as possibilidades do seu envolvimento durante o trabalho de parto em:
  - apoiar a sua companheira nas respirações;
  - realizar massagem de relaxamento à sua companheira;
  - cortar o cordão umbilical;
  - realizar com o seu filho contato pele a pele;
  - vestir o seu filho;
  - apoiar a sua companheira na amamentação.
- Demonstre o seu amor e carinho pela sua companheira através do encorajamento, incentivo e elogios (reforço positivo).



Fonte: <http://www.gestacaobebe.com.br>



Fonte: <http://revistacrescer.globo.com>

Elaborado por:  
Patrícia Rodrigues (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Docentes Orientadores: Professora Madalena Oliveira e Professora Teresa Félix

#### Referências Bibliográficas:

- The Royal College of Midwives (s.d.). *Reaching out: Involving fathers in Maternity Care*. London: The Royal College of Midwives.
- Instituto Promundo (2015). *Programa P Manual para o exercício da Paternidade e do Cuidado*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo.

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Apêndice IX: O envolvimento do pai no período pós-natal (folheto  
apresentado aos pais no quarto estágio do trabalho de parto)**

# *O envolvimento do pai após o nascimento*



Fonte: <http://www.palcoruja.eu>

**Ser pai é uma  
experiência  
maravilhosa!!!!**

**Seguem-se alguns conselhos que o ajudarão a desfrutar em cada momento de emoções únicas após o nascimento do seu filho:**

- Coopere com a sua companheira no registo do bebé na maternidade, na marcação do “teste do pezinho” (entre o 3º e o 6º dia) e na marcação de consultas de saúde infantil e de revisão do parto;
- Acompanhe, sempre que possível, a sua companheira durante período de internamento, nas consultas pós-natais e nos cursos de recuperação pós-natal;
- Interaja e coloque as suas dúvidas e receios aos profissionais de saúde que vos acompanham, o pai também tem direitos!
- Dê apoio emocional à sua companheira e expresse o seu amor por ela, partilhem sentimentos e emoções;
- Aproveite cada oportunidade para expressar o seu amor pelo seu bebé embalando, acariciando, falando ou cantando para ele;
- Apoie e incentive a amamentação estando ao lado da sua companheira, sempre que possível, pois este é também um projeto melhor a três!
- Colabore e partilhe os cuidados ao recém-nascido com a sua companheira;
- Coopere na criação de um ambiente familiar onde abunde amor e respeito;
- Colabore nas tarefas domésticas e na gestão das visitas.

**O vosso filho agradece!!**

**Referências Bibliográficas:**

- The Royal College of Midwives (s.d.). *Reaching out: Involving fathers in Maternity Care*. London: The Royal College of Midwives.

- Instituto Promundo (2015). *Programa P Manual para o exercício da Paternidade e do Cuidado*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo.

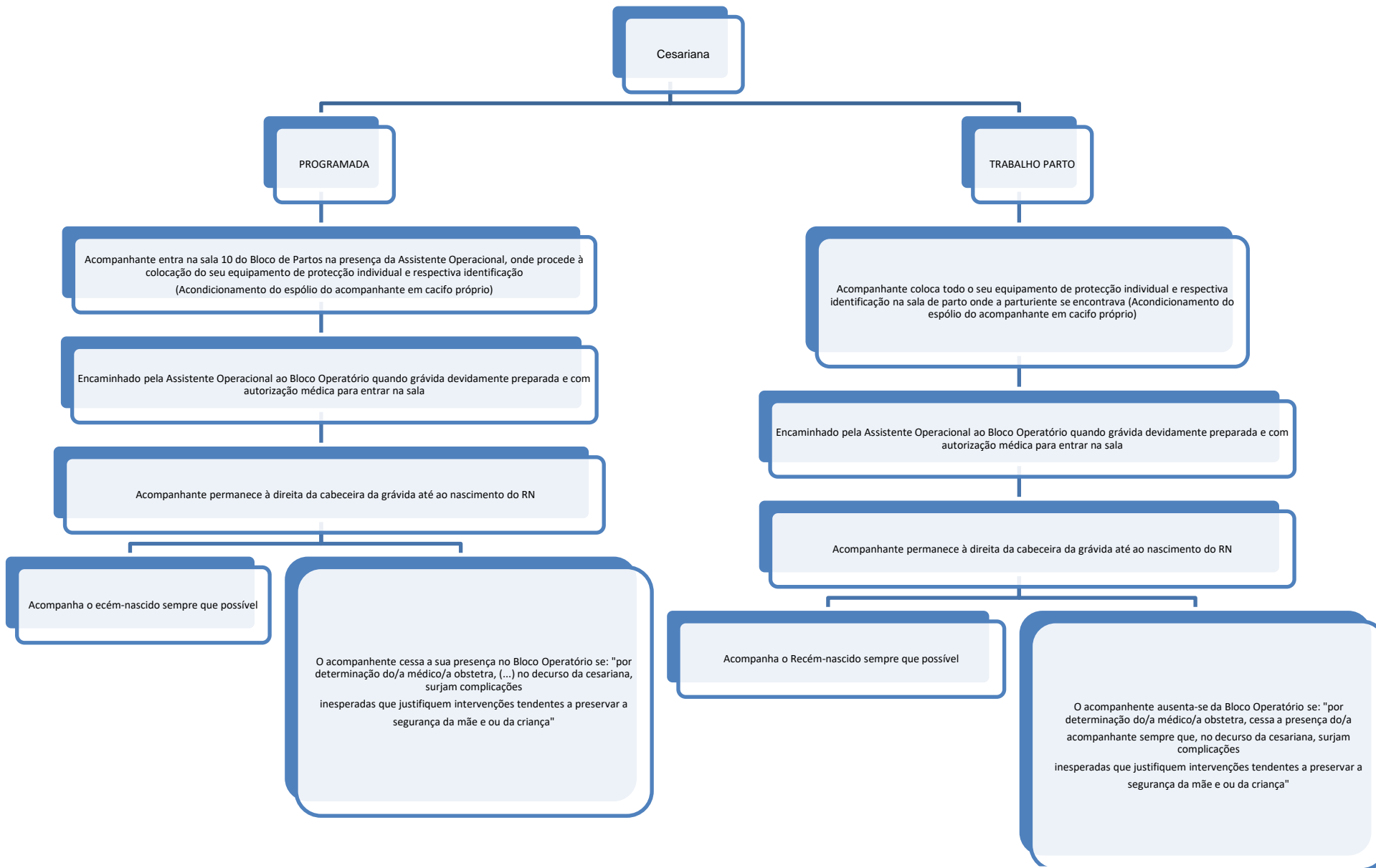
**Elaborado por:**

Patrícia Rodrigues (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Docentes Orientadores: Professora Madalena Oliveira e Professora Teresa Félix

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Apêndice X: Circuito do pai/acompanhante em contexto de cesariana  
(documento construído no âmbito da UC de EC “Estágio com Relatório”)**



Construído em colaboração com a equipa coordenadora da instituição onde decorreu a UC de EC “Estágio com Relatório”



