



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

**Estágio com Relatório Final**

**Vivências do casal nos Programas de Preparação Para o  
Parto e Nascimento**

Susana Martins Alves

Julho de 2022





## **Estágio com Relatório Final**

# **Vivências do casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia e  
11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica

Susana Martins Alves

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório final  
sob a orientação da Professora Doutora Emília Coutinho

Viseu, julho de 2022



“Ser enfermeiro é colorir a vida de alguém sem usar lápis de cor”.

Vizleide Alves Vieira.



À minha Avó.



## **Agradecimentos**

Para a realização de todo o caminho percorrido ao longo do trabalho desenvolvido, com trajetos por vezes tumultuosos face a vários condicionalismos, a minha profunda gratidão a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me apoiaram e não se esqueceram da minha existência.

À Professora Doutora Emília Coutinho, pela orientação e disponibilidade incondicional demonstrada ao longo deste percurso. Agradeço-lhe por ter confiado que seria capaz de levar a bom rumo este desafio.

Ao Leandro, o meu companheiro, pelo carinho, disponibilidade para ouvir os meus desabafos e inigualável ajuda e toda a força que me deu.

Agradeço a todos os profissionais dos locais de estágio por onde passei, que sempre acreditaram que era possível e me deram força para concluir este percurso, agradeço o seu acolhimento.

A todos os casais que amavelmente aceitaram participar no estudo e terem compreendido o contributo que este trabalho possa fornecer.

A todos os que se cruzaram no meu caminho, nomeadamente colegas e professores, que me apoiaram em momentos de descrença e quase abandono deste caminho, só facilitado pela vossa presença e apoio.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus por me amparar nesta caminhada!

**OBRIGADA!**



## Resumo

**Introdução:** Os programas de preparação para o parto e nascimento constituem-se espaços privilegiados de interação entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e as grávidas/casais. É um espaço de desenvolvimento da confiança mútua, respeito pela singularidade de cada casal e compreensão dos seus anseios, expectativas, necessidades e dúvidas. Importa também referir que os estágios contribuíram para mais conhecimentos teórico-práticos, tendo sido um caminho para a prática de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, culminando com o desenvolvimento de competências comuns e específicas. Este foi um percurso que permitiu uma prática de uma enfermagem especializada e avançada, sendo essencial para promover cuidados eficazes, seguros e de elevada qualidade, como se descreve na primeira parte deste relatório.

**Participantes e métodos:** Este relatório teve como objetivos legitimar a obtenção de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e conhecer as vivências do casal nos programas de preparação para o parto e nascimento, através da realização de um estudo de investigação qualitativa, utilizando o método fenomenológico-hermenêutico apresentado por Max van Manen, aprovado por Comissão de Ética. Pelo método de bola de neve, selecionaram-se 10 participantes, para entrevista fenomenológica, 5 mulheres e 5 homens. Os dados recolhidos foram alvo de análise qualitativa de dados suportada pelo *software* Nvivo® versão 12. As entrevistas decorreram entre os dias 27/01/2022 e 16/02/2022.

**Resultados:** Apresentam-se as 10 categoriais e subcategorias emergentes da análise: “Benefícios atribuídos pelo casal ao programa”, subdivididos pelos “Benefícios para a mulher”, onde se destacou “*Obter conhecimentos*”, “*Controlar a dor*”, “*Sentir-se ajudada*” e “*Ser bom*”; “Benefícios para o homem”, sendo os mais referenciados “Aprender sobre os cuidados ao recém-nascido” e “Preparar para o desempenho da parentalidade”; “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez”, onde a “Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher” e “Desconhecimento sobre o processo gravídico” foram os constrangimentos mais referidos pelos homens; prevaleceram o “cansaço”, “dor lombar” e “dor ciática” como “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez”; “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez” mais referenciadas foram “Abstrair-se dos problemas”, “Passear com a esposa” e “Praticar exercícios de Kegel”; “Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados” subdividiram em “Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal”, com duas subespecificações “Transmitir conhecimentos específicos”, sendo esta a mais referenciada, e “Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal”, com cinco subespecificações, onde “Esclarecer dúvidas” foi a mais reiterada pelos participantes. Importa referir que os participantes identificaram lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo a mais referenciada a “Incapacidade de ajuda efetiva”; “Transição para a parentalidade”, dois participantes relataram que antes da frequência do programa havia a “Ausência da consciencialização do papel de pai” e, após a sua frequência, emergiu o sentimento de “Sentir-se envolvido”; nos “Atributos da EESMO valorizados pelo casal” sobressaiu ser “Extraordinária no cuidar” e em relação aos “Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal”, evidenciou-se ser “Boa pessoa”; nas “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher”, emergiram duas subcategorias, sendo a primeira relativa às intervenções “Valorizadas pela mulher”, na qual “Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto”, “Estar presente”, “Apoiar na amamentação”, “Promover relaxamento”, “Tomar conta do bebé” foram as mais referenciadas, na subcategoria intervenções “Valorizadas pelo homem”, “Partilhar conhecimento” foi a mais designada.

**Conclusão:** A realização dos estágios mostram que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pelas competências que possui e, alicerçando-se nos seus conhecimentos especializados, assume um papel de destaque ao nível das boas práticas obstétricas, o que foi reforçado com a percepção dos participantes que valorizaram a sua frequência no programa de preparação para o parto e nascimento, destacando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Casal; Programa de preparação para o parto e nascimento.

## Abstract

**Introduction:** The programs of preparation for labor and birth are privileged spaces for the interaction between the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing and the pregnant women/couples. It is a space for the development of mutual trust, respect for the uniqueness of each couple and understanding of their wishes, expectations, needs and doubts. It is also important to mention that the internships contributed to more theoretical and practical knowledge, having been a path to the specialization practice in Maternal and Obstetric Health Nursing, culminating with the development of common and specific skills. This was a path that allowed for a specialized and advanced nursing practice, being essential to promote effective, safe and high quality care, as described in the first part of this report.

**Participants and methods:** This report aimed to legitimize the attainment of competencies of the Specialist Nurse in Maternal, Obstetric and Gynecological Health and to understand the couple's experiences in labor and birth preparation programs, by conducting a qualitative research study, using the phenomenological-hermeneutic method presented by Max van Manen, approved by the Ethics Committee. By the snowball method, 10 participants were selected for phenomenological interview, 5 women and 5 men. The collected data were subject to qualitative data analysis supported by Nvivo® version 12 software. The interviews took place between 27/01/2022 and 16/02/2022.

**Results:** The 10 categorical and subcategories emerging from the analysis are presented: "Benefits attributed by the couple to the program", subdivided by "Benefits for the woman", where "Obtaining knowledge", "Controlling pain", "Feeling helped" and "Being good" stood out; "Benefits for the man", being the most referenced "Learning about the care of the newborn" and "Preparing for the performance of parenthood"; "Constraints experienced by men during pregnancy", where "Inability to deal with the woman's mood swings" and "Lack of knowledge about the pregnancy process" were the constraints most mentioned by men; "tiredness", "lower back pain" and "sciatic pain" prevailed as "Discomforts experienced by women during pregnancy"; "Strategies adopted by the couple in view of the constraints experienced during pregnancy" most often mentioned were "Taking a break from problems", "Going for a walk with the wife" and "Practicing Kegel exercises"; "Interventions of the Nursing team valued by the couple receiving their care" were subdivided into "Interventions of the General Care Nurse valued by the couple", with two sub-specifications "Transmit specific knowledge", which was the most referenced, and "Interventions of the ESMO Nurse valued by the couple", with five sub-specifications, where "Clarify doubts" was the most repeated by the participants. It should be noted that the participants identified shortcomings of the General Care Nurse, with "Inability to effectively help" being the most frequently mentioned; "Transition to parenthood", two participants reported that before attending the program there was "Lack of awareness of the father's role" and, after attending the program, the feeling of "Feeling involved" emerged; in the "Attributes of the EESMO valued by the couple", it stood out that she was "Extraordinary in caring" and in relation to the "Attributes of the general care nurse valued by the couple", it stood out that she was "Good person"; In the "Interventions developed by the significant person during the maternity and parenthood process valued by men and women", two subcategories emerged, the first one concerning the interventions "Valued by women", in which "Helping to perform pain relief exercises during labor", "Being present", "Supporting breastfeeding", "Promoting relaxation", "Taking care of the baby" were the most referenced.

**Conclusion:** The completion of the internships showed that the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, due to his/her skills and based on his/her specialized knowledge, plays an important role in good obstetric practices. This was reinforced by the participants' perception that they valued their attendance in the preparation for labor and birth program, highlighting the role of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

**Keywords:** Nursing; Couple; Program of preparation for labor and birth.

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	19
<b>I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica</b> .....	23
<b>1. Promoção da saúde da mulher</b> .....	25
<b>2. Neonatologia</b> .....	31
<b>3. Patologia da Gravidez</b> .....	41
<b>4. Sala de Partos</b> .....	47
<b>5. Puerpério</b> .....	53
<b>6. Enfermagem em Ginecologia</b> .....	61
<b>Considerações finais</b> .....	65
<b>II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação</b> .....	67
<b>Resumo</b> .....	69
<b>1. Justificação do estudo</b> .....	71
<b>2. Enquadramento teórico - Estado da arte</b> .....	73
<b>3. Participantes e métodos</b> .....	79
3.1. Tipo de estudo .....	79
3.2. Formulação dos objetivos e questões de investigação .....	81
3.3. Participantes .....	82
3.4. Instrumento de recolha de dados .....	83
3.5. Procedimentos metodológicos .....	84
3.6. Procedimentos éticos .....	84
<b>4. Resultados</b> .....	85
<b>5. Discussão</b> .....	95
<b>Conclusão</b> .....	101
<b>Implicações para a prática clínica</b> .....	102
<b>Referências bibliográficas</b> .....	105
<b>Anexos</b> .....	115
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética	
Anexo II – Declaração de Consentimento Informado	
Anexo III – Guião da entrevista	



## Lista de Figuras e Tabelas

Figura 1. Algoritmo da oximetria de pulso como método de rastreamento em uso no hospital .	56
Tabela 1: Experiências mínimas obtidas no Estágio de Promoção da Saúde .....	29
Tabela 2: experiências mínimas obtidas no Estágio de Neonatologia.....	39
Tabela 3: experiências mínimas obtidas no Estágio da Patologia da Gravidez .....	46
Tabela 4: Experiências mínimas obtidas no Estágio Sala de Partos .....	51
Tabela 5: Experiências mínimas obtidas no Estágio de Puerpério .....	60
Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes .....	82
Tabela 7: Dados contextuais à gravidez e nascimento .....	86
Tabela 8: Benefícios atribuídos pelo casal ao programa.....	89
Tabela 9: Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez .....	90
Tabela 10: Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez.....	90
Tabela 11: Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez.....	91
Tabela 12: Intervenções da equipe de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados .....	91
Tabela 13: Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher.....	92
Tabela 14: Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal.....	92
Tabela 15: Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa.....	92
Tabela 16: Transição para a parentalidade.....	93
Tabela 17: Atributos da equipe de Enfermagem manifestados pelo casal .....	93



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

CEP - Consulta Externa de Pediatria

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

et al. - e outros autores

EU – União Europeia

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

N – Frequência

NIPPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

RANU - Rastreio Auditivo Neonatal Universal

RN – Recém-nascido

ROP - Retinopatia da prematuridade

SDR - Síndrome de dificuldade respiratória

SP - Serviço de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Ur – Unidade de registo



## Introdução

O presente documento diz respeito à Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, integrada no do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), com a duração global de 1500 horas.

Como preconizado pela Ordem dos enfermeiros (Artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019, 3 de maio de 2019, p. 13561), as competências do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) são as seguintes:

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

Contudo, para que se possa cumprir este desígnio, a prática de enfermagem impõe a conjugação da teoria e da prática para se alcançar competências efetivas na área de especialização. Por tal, ganha toda a relevância a realização dos estágios, que surgem com o propósito de complementar a formação teórica, representando uma etapa de aplicação dos conhecimentos aprendidos na prática que podem promover a reflexão crítica e o aperfeiçoamento de habilidades em situações reais, levando ao desenvolvimento de um agir mais consciente, crítico e criativo. Os estágios em enfermagem são um sistema de formação e de experiências coordenados num ambiente académico e conducente à aquisição dos conhecimentos, competências e atributos essenciais para a prática da enfermagem profissional especializada (Ghazy et al., 2021, p. 255).

O estágio é uma experiência de aprendizagem que constitui a base para a aplicação dos conhecimentos, desenvolvimento de competências e socialização profissional. Por outras palavras, este é um espaço que faculta aos estudantes uma experiência prática em situações da vida real e incorpora atitudes, valores e crenças da prática profissional. O estágio visa proporcionar competências e experiências necessárias para qualificar o estudante como especialista competente em enfermagem (Stephen et al., 2020, p. 505). As aprendizagens são inesgotáveis havendo sempre oportunidade de melhorar, evoluir e experienciar novas situações, percorrem-se etapas com compromisso profissional, para que quando se chegue ao final de mais uma etapa, se esteja mais próximo de alcançar o

patamar de enfermeiro perito que, segundo Benner (2001, p. 58), é aquele que já possui muito mais experiência, compreensão intuitiva de situações clínicas e cujo desempenho é fluído, flexível e altamente proficiente.

A experiência em enfermagem na prática clínica é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, no caso concreto à mulher, criança e família. Neste contexto referencia-se Benner (2001, p. 58), segundo a qual, a profissão de Enfermagem, para produzir mudanças inovadoras, deve enveredar pela aquisição de mais conhecimento numa lógica de formação contínua, o que serve de alicerce à forma como os enfermeiros constroem e melhoram as suas competências com base na aquisição de experiência. A formação do pessoal é um processo contínuo que nunca deverá cessar. Para prestar cuidados seguros e eficazes, o enfermeiro especialista/perito deve ter formação e proficiência na avaliação das situações com que se depara na sua prática profissional. Adquirir este conjunto de competências e conhecimentos requer tempo e prática. A aprendizagem deste conjunto de competências ajuda o enfermeiro a tornar-se num perito que não só “sabe isso” (“knows that”) mas “sabe como” (“knows how”). As competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à mulher, criança e família são alcançadas através das experiências obtidas e sua demonstração, o que será apresentado na primeira parte deste relatório.

Tendo por base o exposto, o presente relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas no decorrer dos diversos contextos de estágio; refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO e estudar as vivências do casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, ou seja, compreender o significado atribuído pela mulher/casal aos cuidados pré-natais recebidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento e compreender o significado atribuído pela mulher/casal à experiência vivida nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, através de um estudo de investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica. Ao permitir compreender o significado que a mulher/casal atribui aos cuidados pré-natais nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento e à experiência vivida, esta investigação poderá contribuir para a adequação dos cuidados desenvolvidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, traduzindo-se em ganhos em cuidados de saúde durante a gravidez e parto, com impacto inquestionável no processo de gravidez, maternidade, vinculação e desenvolvimento infantil.

Ter e criar filhos pode ser uma fonte de alegria para os pais. No entanto, a transição para a parentalidade está associada a um certo grau de tensão e stresse e a qualidade da relação do casal, em muitos casos, decresce durante essa transição. A coparentalidade, a responsabilidade partilhada da educação dos filhos, beneficia tanto os pais (pai/mãe) como

os filhos e é um aspeto importante da transição para a parentalidade, o que é potenciado nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento (Takeishi et al., 2019, p. 9).

O presente documento encontra-se estruturado em dois capítulos: no I Capítulo - Relatório da componente clínica - faz-se a apresentação da organização estrutura e atividades relativas ao percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, ou seja, descrição e reflexão com base num referencial teórico de enfermagem, nos diferentes contactos clínicos: promoção da saúde da mulher, neonatologia, patologia da gravidez, sala de partos e puerpério, terminando com as considerações finais; no II Capítulo - Relatório Final da componente de investigação – tem lugar um estudo de investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica sobre as vivências do casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, onde se apresenta a justificação do estudo, o enquadramento teórico, os participantes e métodos, os resultados e a sua discussão, bem como se apontam as principais conclusões e implicações para a prática clínica. O trabalho termina com as referências bibliográficas.



**I CAPÍTULO - Relatório da componente clínica**

---



## 1. Promoção da saúde da mulher

No presente capítulo apresenta-se o percurso efetuado durante o Estágio de Promoção da Saúde da Mulher que teve lugar na UCC de um Centro de Saúde da região centro, com a duração de 72 horas, compreendidas de 18 outubro a 5 de novembro de 2021, tendo como orientadora uma Enfermeira Especialista e supervisão da Professora Doutora Emília Coutinho.

Relativamente à identificação da dinâmica organizacional e funcional do serviço, com especial atenção para o papel do Enfermeiro Especialista, logo no primeiro dia de estágio, depois de ter sido extremamente bem-recebida pela Enfermeira Especialista, foi-me dada a conhecer a estrutura física, funcional, organizacional, recursos humanos e dinâmica da UCC. Julgo que me integrei na equipa com grande facilidade, estabelecendo uma relação empática e assertiva com os vários profissionais de saúde, o que contribuiu para o estabelecimento de um ambiente terapêutico, facilitador do processo de prestação de cuidados à mulher/casal/família. Assim, considero que fui bem-recebida, que fui integrada como membro da equipa nos cuidados, ficando totalmente esclarecida quanto à orgânica e funcionalidade do serviço. Saliento o à-vontade que me foi transmitido pela equipa de saúde, tendo sido esta atitude de extrema importância, dando-me mais motivação para um melhor desempenho da minha parte.

Colaborei no Programa de Preparação para o Parto e Nascimento implementado na UCC, o que mais me motivou para a realização do trabalho de investigação. O nascimento de um filho é uma das experiências mais especiais e importantes na vida de um casal. A satisfação com a experiência do parto não é apenas um indicador da qualidade dos cuidados, mas também tem impacto na saúde e bem-estar da mulher e do seu recém-nascido. A experiência insatisfatória pode levar à depressão pós-parto, distúrbio de stress pós-traumático, menor sucesso na amamentação e a preferência pelo parto por cesariana para os nascimentos seguintes. Como tal, assume toda a relevância a educação pré-natal para melhorar a satisfação das mulheres, ajudando o casal a terem expectativas realistas em relação à experiência e para que a mulher mantenha o controlo durante o trabalho de parto e parto (Akca et al., 2017, p. 1127).

O medo do parto representa riscos substanciais para um ajustamento saudável desde a gravidez até ao nascimento e até ao período pós-parto. Está relacionado com uma baixa autoeficácia do parto, maior uso de medidas farmacológicas para a dor durante o parto, mais intervenções obstétricas indesejadas no parto, bem como maior risco de depressão pós-parto. O Programa de Preparação para o Parto e Nascimento é o principal

mecanismo pelo qual o casal pode ser apoiado durante a gravidez, trabalho de parto e parto (Duncan et al., 2017, p. 2). Ainda neste âmbito, contactei as grávidas do concelho inscritas para realizar o Programa de Preparação para o Parto e Nascimento e agendei a consulta de Enfermagem obrigatória antes de ingressarem no mesmo. Nas consultas prévias ao ingresso no Programa procurei dar resposta às dúvidas da grávida/casal, avaliar sinais vitais, avaliar glicémia capilar, auscultar o foco fetal e avaliar a altura do fundo do útero (AFU).

Verifiquei que, nestes programas, provavelmente por estarem a vivenciar o período da gravidez, as grávidas/casal sentem-se mais à vontade para partilhar experiências, não só com o EESMO, mas também entre eles próprios. Considero que isto ocorre também pela maneira como os conhecimentos lhes são fornecidos, dado que os programas estão organizados de forma interativa e a enfermeira responsável tem uma lista para anotar o tema que já foi abordado e vai confirmando, ao longo do tempo, se já todas ouviram as informações acerca desse tema. Assim, facilita a inserção das grávidas/casal ao longo de qualquer sessão, sem que tenham que aguardar por um período do Programa específico para a frequência do mesmo, tendo, assim, bastantes oportunidades de interação. Elaborei e dei uma aula no Programa subordinado ao tema “Comunicação intra-uterina”, tendo transmitido à mulher/casal que a gravidez consiste num indiscutível momento ímpar na vida do casal, enfatizando que a transição de casal para pais é um processo complexo, o qual vai sendo construído ao longo do processo gravídico, cooperando para a transição de papéis, edificando-se laços que subsistem para a vida. Neste contexto, a comunicação intra-uterina oferece um maior conhecimento das particularidades de cada membro da nova família que está em construção, os pais fortalecem a capacidade de comunicação e aprendem a conhecer os ritmos do bebé, bem como adquirem estratégias para partilhar sentimentos e situações quotidianas. Mais do que técnicas, a comunicação intra-uterina assume-se como uma estratégia simples de comunicação entre os pais/bebé, que, deste modo, abrem um canal para a partilha entre o meio exterior e o meio intra-uterino, ou seja, são tão simples que se tornam naturais.

Há muito tempo que se entende que a transição para a parentalidade pode ser um período stressante e difícil para os pais. Neste sentido, é importante ajudar e apoiar o casal durante este período difícil. O EESMO assume um papel importante na educação e empoderamento dos pais (pré-natal e pós-natal) como uma importante missão, para que estes prevejam, previnam, e resolvam as situações mais difíceis inerentes à parentalidade, assume-se como “o 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), sendo basilar a assunção de “atitudes e

comportamentos profissionais diários que revelem independência, responsabilidade, conhecimento, respeito e dignidade” (OE, 2015, p. 18).

Assisti a consultas de Saúde Materna e de Planeamento Familiar que, naquele centro de saúde, não eram feitas por uma Enfermeira ESMO, o que considero algo indesejável. Os cuidados prestados pelo EEESMO nestas consultas são uma área fundamental nos cuidados à mulher, sendo significativamente importantes ao terem como foco as necessidades e preocupações maternas e no auxílio de uma transição saudável para o papel parental e na autonomia aos cuidados ao recém-nascido, bem como para assegurar a saúde global da mulher, independentemente da sua idade.

A educação para a saúde é uma das principais funções de um enfermeiro especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação. As oportunidades de educação para a saúde foram diversas e nelas procurei esclarecer e ensinar de forma personalizada, tendo em conta que o ensino na área do planeamento familiar tem um papel crucial.

Tive sempre em mente que era muito importante que desenvolvesse uma relação de confiança com a mulher. Esta relação era iniciada logo no momento do primeiro contacto, para que, deste modo, fosse criado o sentimento de segurança na informação dada por mim enquanto “sua” enfermeira de família e para que a utente se sentisse à vontade para esclarecer dúvidas comigo ao nível da saúde reprodutiva e planeamento familiar, uma vez que é um tema que ainda hoje causa algum desconforto a muitas mulheres. Tendo consciência desta realidade, procurei proporcionar um acolhimento personalizado, tentando diminuir a ansiedade inerente à consulta. Para tal, expliquei sempre os procedimentos e tratamentos a realizar e deixei que as dúvidas fossem colocadas de forma livre.

As atividades inerentes a esta consulta são: avaliação do estado de saúde geral da mulher; avaliação da tensão arterial; avaliação ponderal; realização de entrevista de enfermagem, verificando o método contraceutivo utilizado, data da última menstruação, regularidade e características dos ciclos menstruais; educação para a saúde sobre educação sexual, reprodução, métodos contraceutivos e desde quando está a utilizar o que utiliza no presente, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, transição para a menopausa, sinais e prevenção de desconfortos da menopausa, deteção precoce do cancro da mama e do colo do útero, autoexame da mama; fornecimento de contraceutivos orais e de barreira, reforçando a sua utilização; auxílio na realização do exame ginecológico e de colpocitologias. Percebi a importância do enfermeiro de família neste contexto, dado que a Enfermeira Especialista conhecia sempre a história daquela utente e facilmente chegava à conclusão do que seria para abordar na consulta.

Nesta consulta procurei incentivar as mulheres a manterem comportamentos de procura de saúde e de regularidade nas consultas de Planeamento Familiar, salientando a grande importância do autoexame da mama e do rastreio do cancro do colo do útero através da realização da colpocitologia e da avaliação ginecológica, uma vez que na Europa, o cancro do colo do útero (CCU) é a oitava neoplasia que mais afeta as mulheres. Apesar do marcado declínio da mortalidade de CCU em Portugal o valor deste indicador mantém-se praticamente inalterado desde meados da década de 80, para todos os grupos etários, excetuando o grupo mais jovem. Estes resultados sugerem que deve haver investimento em transmitir informação relevante à população portuguesa, com o intuito de aumentar a sua participação em rastreios para CCU (Teixeira et al., 2019).

O EESMO assume uma importante responsabilidade na promoção da saúde e na prevenção da doença da Mulher e assim, deve efetuar os exames que permitam a identificação precoce e o encaminhamento adequado das situações que configurem desvios ao “normal”, sendo a execução da citologia cervical, uma atividade inerente à vigilância da Saúde da Mulher durante o seu ciclo reprodutivo. No mesmo documento podemos verificar que a “colheita de material para colpocitologia é um procedimento que pode ser executado corretamente por um único profissional médico(a) ou enfermeiro(a), devidamente treinado, como aliás é prática corrente na maioria dos países da UE” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2017).

Particpei na elaboração de um projeto de melhoria contínua acerca de como melhorar os indicadores “Proporção de crianças que completam 1 ano, com aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade” e “Proporção de crianças que completam 1 ano, com aleitamento materno exclusivo até aos 4 meses de idade”. Senti que a amamentação é um assunto que causa muita ansiedade às mães. Aquelas que frequentaram o Programa de Preparação para o Parto e Nascimento demonstravam mais segurança do que as que não tinham frequentado, o que robustece ainda mais este projeto. No processo de transição para a parentalidade interligam-se a aquisição de competências na amamentação e os cuidados com o RN. Assim é esperado do EEESMO quer um domínio técnico, quer uma forte componente educacional. No processo de transição para a parentalidade estão implícitas a capacitação e a autonomia na prestação de cuidados ao RN. Por conseguinte, compete ao EEESMO facultar estratégias de apoio e ensino às mulheres dotando-as de competências no autocuidado e em todos os cuidados necessários ao RN, promovendo quer a satisfação com os cuidados de enfermagem, quer ganhos em saúde para esta díade.

As experiências mínimas obtidas neste estágio estão apresentadas na tabela 1:

Tabela 1: Experiências mínimas obtidas no Estágio de Promoção da Saúde

<b>Estágio de Promoção da Saúde</b>
- Vigilância e prestação de cuidados a 65 mulheres durante a gravidez
- 65 consultas de grávidas, incluindo 65 exames pré-natais



## 2. Neonatologia

O estágio de Neonatologia decorreu no Serviço de Pediatria de um hospital da região centro, no período compreendido entre 31 de maio e 10 de junho, com a duração total de 72 horas, sob orientação de uma Enfermeira Especialista.

O Serviço de Pediatria (SP) deste hospital é constituído pelo Internamento de Pediatria (IP), subdividido em Ala I e Ala II, pela Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN) e pela Consulta Externa de Pediatria (CEP) e faz parte do Departamento da Mulher e da Criança. Estes Serviços assistem RN/crianças/jovens e suas famílias residentes no presente distrito ou que, no caso de residirem fora deste distrito, sejam admitidos através do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

A missão do SP é prestar cuidados diferenciados, centrados na família, organizados de acordo com os princípios da melhor prática clínica e com profissionais devidamente preparados, a todas as crianças até aos 17 anos e 364 dias, num ambiente seguro e adequado à sua idade e ao seu desenvolvimento.

Compete de igual forma a este Serviço assegurar a articulação e continuidade de cuidados com os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, Hospital Pediátrico de Coimbra, os Cuidados de Saúde Primários e colaborar na prevenção da doença através da educação para a saúde.

A UCIN destina-se ao internamento de recém-nascidos em situação de prematuridade, peso inferior a 2000gr, doença, dificuldades alimentares ou situações de risco social. A Ala I destina-se ao internamento de latentes e crianças, desde os 29 dias até aos 4 anos e 364 dias. A Ala II destina-se ao internamento de crianças e adolescentes desde os 5 anos até aos 17 anos e 364 dias.

A UCIN é constituída por uma equipa de enfermagem com profissionais com grande disponibilidade e abertura face à presença de estudantes, tendo sido um grande facilitador na minha integração no campo de estágio, fomentando a minha aprendizagem e permitindo o desenvolvimento de competências especializadas, do meu pensamento crítico e a aquisição de novas aprendizagens.

Considero que desenvolvi o meu autoconhecimento e mantive a assertividade dentro da equipa multidisciplinar. A integração no seio da equipa multidisciplinar ocorreu com naturalidade. Sempre que necessário contactei as diversas especialidades, no sentido de gerir os cuidados ao RN e família, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, articulando com a equipa multidisciplinar os cuidados a prestar.

Cada vez que surgiram situações novas/desconhecidas procurei evidência científica no sentido de prestar cuidados baseados na praxis clínica especializada, baseando-me em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Ao longo deste estágio promovi a proteção dos direitos humanos, integrando e respeitando os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional, assegurando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, fomentando o respeito pelo direito à privacidade e assegurando o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, seguindo e dignificando o Código Deontológico, desenvolvendo uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção.

Na prestação de cuidados o Processo de Enfermagem é um método eficaz de orientação dos cuidados especializados, personalizados e humanizados, pelo que se aplica esta metodologia fundamental na prática de enfermagem, seguindo todas as suas etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos resultados.

É primordial a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem ao RN e família, diagnóstico de enfermagem/foco de atenção, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo RN e família (Ordem dos Enfermeiros, Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 2022).

Assim, tive a oportunidade de contactar com o padrão de documentação informatizado da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/SAPE®).

É um sistema com o qual não contacto em contexto profissional, com linguagem CIPE®. Consegui apreender o modo de funcionamento do sistema e ser autónoma nos registos efetuados. Aqui, foi uma vez mais de elevada importância a Enfermeira Tutora que me transmitiu vastos conhecimentos relativos a este sistema de registo, facilitando a minha aprendizagem. Percebi que esta forma de registo permite e facilita o planeamento dos cuidados ao RN, incluindo sempre a família, sendo esta também alvo da intervenção do enfermeiro.

No sentido de assegurar a continuidade dos cuidados, as intervenções realizadas, bem como todas as informações pertinentes foram validadas e registadas no processo informático SClinico®, de acordo com o artigo 104 dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros que diz que “O Enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: ...d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 83).

Para além dos registos escritos, é fundamental assegurar a segurança na transmissão de informação na transição de cuidados de saúde, ou seja, assegurar que na passagem de turno, na transferência do RN para outro serviço/instituição, esta é efetuada de forma adequada, não colocando em risco o doente. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações), conforme especificado na Norma nº 001/2017, de 08/02/2017, da Direção Geral de Saúde (DGS) – Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde.

Tentei utilizar a técnica ISBAR nas transições de cuidados, o que favorece redução de ocorrência de erros e evitando esquecimentos na transmissão de informação.

Na UCIN existe um vasto número de diagnósticos e situações específicas de doença. Tive oportunidade de observar RN internados com: dificuldades alimentares, icterícia com necessidade de fototerapia, síndrome de dificuldade respiratória (SDR) pós-parto, taquipneias transitórias, sépsis precoce, sépsis clínica, desidratação e prematuros.

A dinâmica familiar sofre grandes alterações nestas situações, visto que o facto de o RN estar internado, fora do seu ambiente familiar, muitas vezes com grandes alterações na dinâmica familiar, vai-se refletir negativamente na vinculação e no desenvolvimento do papel parental.

Constatei que há uma grande preocupação em minimizar a separação entre recém-nascido/pais, sendo por isso incentivada a relação pais/filho, com o objetivo de promover o vínculo afetivo da tríade. Os pais são motivados, envolvidos em todo o processo, sendo fundamentais no planeamento e na prestação dos cuidados. Assim sendo, é necessário promover o papel parental, através da parceria de cuidados, capacitando os pais/cuidadores/pessoa significativa para a prestação de cuidados, no sentido de os empoderar, promovendo a literacia em saúde. Para tal, é primordial um acompanhamento diário, negociando a participação dos pais nos cuidados, informando sobre o funcionamento e as dinâmicas do serviço, a situação específica do RN, promoção da saúde, cuidados após a alta (a preparação da alta inicia-se no momento do internamento). Os cuidados são baseados no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, sendo os pais/cuidadores reais parceiros nos cuidados ao RN. Este modelo é sustentado fundamentalmente por crenças e valores que defendem os pais como os ideais prestadores de cuidados, salientando o contributo significativo dos mesmos para os cuidados prestados à criança, dando sempre aos pais/cuidadores a liberdade de decidir até que ponto se querem envolver, assente na premissa de que os pais são quem melhor conhece o RN. O cuidado ao RN é

melhor realizado pelas suas famílias, com diferentes graus de assistência dos membros da equipa de saúde devidamente qualificada sempre que necessário (Casey, 1988, cit. por Farrell, 1992, p. 175). A contribuição única que os pais fazem nos cuidados prestados aos seus filhos tem sido bem estabelecida e reconhecida. Qualquer cuidado da criança doente requer o envolvimento dos pais para que os cuidados sejam eficazes. Ao contrário de outros modelos de enfermagem, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey identifica claramente a contribuição significativa que os pais dão para o cuidado à criança doente.

A componente relacional foi desenvolvida privilegiando a comunicação, aceitando as crenças, respeitando a dignidade e o direito à privacidade, transformando a relação numa relação de ajuda, assente em princípios éticos, que são a base do cuidar em enfermagem.

Na UCIN, é de suprema importância promover a vinculação entre o RN e os pais. Neste momento, com as especificidades que a COVID-19 trouxe aos serviços, não há visitas e só pode estar presente um dos pais ou uma pessoa significativa. Ao longo da reflexão falarei sempre na mãe, porque foram sempre as mães a acompanhar os RNs no período em que estive em estágio. Uma das formas de promover a vinculação do RN com a mãe é a utilização do método canguru, que é praticado na UCIN deste hospital. Posso dizer que apoiei as mães no processo da amamentação e no Método Canguru, numa perspetiva de assistência humanizada aos recém-nascidos. Os principais benefícios atribuídos ao Método Canguru compreendem: redução de hipotermia e da permanência hospitalar, além de impacto positivo no desenvolvimento cognitivo e motor de prematuros, manutenção da estabilidade durante transporte de prematuros ou recém-nascidos a termo, bem como dos sinais vitais em níveis fisiológicos, mesmo quando realizado em prematuros sob ventilação mecânica e hemodinamicamente estáveis (Azevedo et al., 2012). Num estudo realizado por Luz et al. (2020, p. 1), cujo objetivo foi identificar “as potencialidades, barreiras e dificuldades para a implantação do cuidado humanizado na perspetiva do Método Canguru”, através de uma revisão integrativa de literatura, dos estudos considerados emergiram duas categorias: “Potencialidades para o cuidado humanizado na perspetiva do Método Canguru; Barreiras ou dificuldades para a implementação do Método Canguru”. As autoras referem múltiplas “potencialidades para o cuidado humanizado aliadas à tecnologia e à educação permanente foram identificadas, assim como várias barreiras na implementação do Método Canguru, tais como falta de espaço físico, falta de profissionais e de treinamento da equipa, desconhecimento, falta de adesão e desmotivação profissional”.

Retomando a experiência ao longo deste estágio, tive a oportunidade de constatar que o Método Canguru é grandemente valorizado neste serviço, em que é promovido precocemente o contacto pele a pele entre mãe e bebé. Existe um projeto de melhoria contínua no serviço sobre o método canguru, onde está definido todo o método e

procedimento, desde as indicações, quais os RN que estão aptos para a técnica, como executá-la, o que avaliar, o que registrar, indicações para interromper.

Penso que consegui atingir este objetivo, procurando evidência científica, e aproveitando todas as oportunidades para estimular a vinculação e promover o papel parental.

O envolvimento parental no processo de cuidados evidencia-se complexo e desafiador para os profissionais, pois obriga a que sejam ampliadas competências e capacidades relacionais, comunicação e a colaboração da criança e família no cuidar. Os cuidados centrados na família privilegiam todos e cada momento de contato para a otimização e objetivam a maximização da utilização de todos os momentos de contacto para a otimização e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ensinar é uma parte integrante da prática de enfermagem que realizei na UCIN, indo ao encontro das necessidades específicas de cada RN e família, pretendendo identificar quais as dificuldades sentidas no processo de doença e incidindo nas necessidades sentidas. Em cada momento de ensino, foi realizada uma avaliação do que a família vai demonstrando ou não na prática, no sentido de os capacitar na maximização da sua saúde. Na UCIN todas as intervenções eram dirigidas à mãe/pai ou pessoa que estava a acompanhar o RN, no sentido de preparar e habilitar para cuidar o RN com as limitações que este poderia apresentar (de acordo com cada situação específica).

É primordial que se promova a parentalidade e a vinculação, compreender quais os potenciais e as limitações que a mãe tem, para que se ajuste, caso a caso, as intervenções de forma a colmatar as necessidades da mãe. A este propósito, Karakaş e Dağlı (2019, p. 76) referem que a vinculação é um padrão de interação e comunicação estabelecido e desenvolvido entre a mãe e o bebé. Para que a criança se desenvolva mental e fisicamente de forma saudável, deve promover-se uma vinculação mesmo antes do nascimento. Há vários fatores que afetam a vinculação, com evidências a mostrarem que as crianças com problemas de vinculação parental podem vir a ter problemas na sua vida futura.

Tive a oportunidade de promover a amamentação, ensinar/instruir sobre o banho do RN, informar sobre a importância do diagnóstico precoce e das vacinas, bem como ensinar/instruir cuidados específicos ao RN, tendo em conta a sua situação clínica. No decorrer do meu estágio na UCIN esforcei-me para ensinar, capacitar e empoderar as mães a cuidar do RN, considerando as suas especificidades, fazendo de cada elemento familiar presente uma verdadeira parceria no cuidar, respondi às dúvidas e questões colocadas, não deixando sem resposta ninguém.

Notei algumas situações de maximização da saúde mais específicas ao longo deste estágio, nomeadamente o diagnóstico precoce no prematuro, a administração de vacinas nos prematuros, a hiperbilirrubinémia neonatal, o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU), a Retinopatia da Prematuridade (ROP) e o Rastreio das cardiopatias, que passarei a explicar, dado a sua diferenciação no que respeita a prematuros.

O diagnóstico precoce faz o rastreio de 25 doenças (24 doenças hereditárias do metabolismo e o hipotiroidismo congénito). No RN de termo este exame realiza-se entre o 3º e o 6º dia de vida. Nos grandes prematuros (que nascem com menos de 1500gr e/ou com menos de 30 semanas de gestação) o rastreio neonatal consiste na análise de três amostras: a primeira colhida entre o 3º e o 6º dia de vida, a segunda às duas semanas de vida e a terceira às quatro semanas de vida. Tive a oportunidade de planear e realizar o diagnóstico precoce ao RN prematuro, empoderar a mãe, executar a técnica e realizar os respetivos registos.

A administração de vacinas é muitas vezes efetuada na UCIN, nomeadamente a 1ª dose da VHB e a BCG (quando elegível para tal, de acordo com a Norma nº 006/2016, de 29/06/2016 da DGS). Se RN de termo e com peso superior ou igual a 2000gr faz a VHB no nascimento; se RN prematuro ou com peso ao nascer inferior a 2000gr, administrar de acordo com as indicações no Plano Nacional de Vacinação 2017, sempre com um intervalo mínimo de 4 semanas entre cada dose. No decorrer deste estágio não tive a oportunidade de realizar vacinas, pois nenhum dos RN internados necessitou desta administração ou, necessitando, não coincidiu com os turnos em que eu estava presente. No entanto, consegui identificar quando as realizar, planear a sua realização, agilizar o pedido das mesmas e onde efetuar o respetivo registo.

A icterícia neonatal é uma manifestação clínica da hiperbilirrubinémia, com frequência elevada no período neonatal e de etiologia multifatorial. O pico da hiperbilirrubinemia indireta ocorre no recém-nascido termo entre 3º e 5º dia e no recém-nascido pré-termo entre 5º e 7º dia. Define-se como concentração sérica de bilirrubina indireta > 1,5mg/dL ou de bilirrubina direta >1,5 mg/dL, desde que represente mais que 10% do valor de bilirrubina total. A complicação de maior relevo é a encefalopatia bilirrubínica (*Kernicterus*) (Ansong-Assoku et al., 2022, p. 1). A fototerapia é a terapêutica mais utilizada no tratamento da hiperbilirrubinémia neonatal causada pelo aumento dos níveis de bilirrubina indireta e a eficácia da fototerapia é dependente da absorção de fótons de luz pelas moléculas de bilirrubina. Observei RN em fototerapia simples e fototerapia dupla. Na UCIN há um cuidado acrescido em ter o RN com a maior área exposta possível, a colocação de proteção ocular para prevenção de lesões oculares, o controlo da temperatura, a

vigilância do número e características das micções e dejeções e a tentativa de redução dos efeitos de separação pais/recém-nascido (incentivando a interação e a amamentação).

A surdez congénita ou precocemente adquirida tem implicações graves no desenvolvimento da fala e da linguagem, no aproveitamento escolar, na capacidade de comunicação, na cognição, na leitura e no desenvolvimento sócio emocional, com consequências inevitáveis na educação e na empregabilidade, pelo que a deteção e intervenção precoce é determinante para evitar estas consequências e permitir às crianças com surdez desenvolver o seu máximo potencial. O RANU é essencial para identificar as crianças com perda auditiva e permitir a intervenção terapêutica precoce, de forma a melhorar o prognóstico do desenvolvimento linguístico, cognitivo e social da criança surda. Em Portugal a implementação de um programa nacional de deteção e intervenção auditiva precoce foi desenvolvida pelo Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil que produziram, em 2005, um conjunto de recomendações para o RANU. Por isso, todos os RN devem realizar o RANU, de acordo com a Norma nº018/2015 da DGS, de 11/15/2015. Durante o estágio não tive a oportunidade de programar o RANU, no entanto, é um procedimento que já me era familiar de estágios anteriores – nomeadamente na maternidade.

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença vascular proliferativa que ocorre na retina parcialmente desenvolvida do recém-nascido prematuro. Na atualidade é a doença ocular mais frequente em Neonatologia, sendo uma das complicações no RN de muito baixo peso. São considerados grupos de risco, com critérios para este exame oftalmológico: o RN com idade gestacional <32 semanas ou peso ao nascer <1500gr; o RN com peso ao nascer <2000gr com necessidade prolongada de oxigénio suplementar; o RN gravemente doente e/ou submetido a grande cirurgia. O primeiro exame oftalmológico deve ser efetuado às 31-33 semanas de idade gestacional ou 4 - 6 semanas de vida, o que ocorrer mais tarde. Os exames subsequentes serão adaptados à gravidade das lesões encontradas. No estágio identifiquei os RNs que deveriam efetuar este exame e agendei o mesmo com o serviço de oftalmologia.

As cardiopatias são o grupo mais comum de anomalias congénitas. O diagnóstico precoce destas situações melhora o prognóstico, diminuindo a mortalidade associada. Utiliza-se a oximetria de pulso como método de rastreio. A oximetria de pulso é um teste bem estabelecido, fiável, não invasivo, com baixo custo e sensibilidade moderada, que permite quantificar objetivamente a hipoxémia, um sinal comumente presente nas cardiopatias, preenchendo os critérios para rastreio universal. No Anexo III apresento o algoritmo de oximetria de pulso para o rastreio das cardiopatias congénitas. No estágio

realizei o rastreio, apoiei a mãe e fiz o respetivo registo no processo e no Boletim de Saúde Infantil.

Em suma, penso que consegui assistir o RN e a sua família na maximização da sua saúde, tentando ir de encontro às necessidades e expectativas do RN e respetiva família, baseando-me na evidência científica, demonstrando conhecimento e interesse.

Durante o estágio fui tentando realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN. Para que tal fosse possível, utilizei a escala de avaliação de dor adequada à idade e ao estágio de desenvolvimento do RN.

Na UCIN avalia-se a dor com a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPPS); útil em RN a partir das 24 semanas de gestação. É composta por 6 indicadores (cinco comportamentais e um fisiológico): expressão facial, choro, movimentos respiratórios, movimentos das pernas e dos braços e o estado de vigília. A cotação total pode ir de 0 a 7 pontos, sendo que a intervenção farmacológica é recomendada entre os 2 e os 4 pontos.

Ademais da avaliação da dor através da escala, é importante avaliar e perceber os sinais de desorganização do RN e atuar em conformidade. São exemplos de sinais de desorganização do RN – alterações na frequência cardíaca, na frequência respiratória, na saturação de oxigénio e agitação. Como medidas para o RN se manter organizado pode-se utilizar a técnica de contenção, usar a chupeta, o colo, manter o ambiente calmo e tranquilo, controlar a temperatura ambiente, entre outras. Enquanto estive na UCIN tive a oportunidade de avaliar e perceber estes sinais de desorganização e atuar em conformidade, como por exemplo, mantendo o RN com os braços no centro do tórax, contendo as pernas, mantendo-o no ninho, oferecendo a chupeta, colocando ao colo ou recorrendo à técnica canguru.

Durante o estágio avalei sempre a dor, conforme o protocolo, e utilizando a escala adequada à faixa etária, instituindo medidas não farmacológicas e prestando cuidados não traumáticos. De acordo com Witt et al. (2016, p. 1), os recém-nascidos experimentam dores agudas com vários procedimentos médicos, o que reforça o controlo da dor, traduzindo-se em melhores resultados fisiológicos, comportamentais e hormonais. A OMS (2018, p. 36) refere que os recém-nascidos sentem dor e desconforto e podem apresentar sofrimento emocional, principalmente quando separados dos pais nas primeiras horas de vida. Os bons cuidados iniciais, incluindo a vinculação e a amamentação, têm um impacto positivo duradouro na saúde e no bem-estar dos recém-nascidos ao longo da vida.

Na UCIN tentei desenvolver as minhas competências na avaliação do RN a nível do crescimento e desenvolvimento. No entanto, considero que ficam aprendizagens por adquirir no respeitante à avaliação do desenvolvimento do RN prematuro, em especial dos grandes

prematuros. Foi um estágio de horas reduzidas e com muitas aprendizagens por adquirir. A nível da promoção da amamentação considero que atingi o objetivo, uma vez que de 3 em 3 horas, sensivelmente, as mães dos RN internados se deslocavam à UCIN para amamentar os seus bebés, fornecendo-me condições perfeitas para avaliar e assistir na técnica da amamentação.

Verifiquei a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do aleitamento materno em prematuros e/ou recém-nascidos, sendo de grande relevância a realização da estimulação e extração do leite materno. Respeitante aos benefícios do aleitamento materno é de realçar a melhoria do controlo térmico do recém-nascido, contribuindo, deste modo, para uma menor permanência hospitalar. Como preconiza a OMS (2018, p. 29), os profissionais de saúde devem apoiar os cuidados essenciais ao recém-nascido e a amamentação.

Consegui ter a oportunidade de observar RN prematuro com complicações da alimentação. Há RN que, por diversos motivos (como diabetes gestacional ou intolerância alimentar), não iniciam de imediato a alimentação oral, iniciando soro endovenoso, que mais tarde reduzem e aumentam a ingestão oral, de acordo com a tolerância. Durante e após esta fase avalia-se a capacidade que o RN tem para mamar à mama, por tetina ou administra-se o leite por sonda nasogástrica. Sei que não raras vezes, acontece de o RN ir à mama, se não se adaptar bem à mama, administra-se por tetina e ainda, se o RN não conseguir mamar a totalidade do leite prescrito, administra-se o restante por sonda.

Relativamente às estratégias para promover o contacto físico pais/RN foi sempre privilegiado o contacto físico mãe/RN, quer através do colo, quer através da amamentação, quer através da Técnica Canguru, pelo que considero que atingi os objetivos propostos.

Como síntese, apresento as experiências mínimas obtidas (cf. tabela 2).

Tabela 2: experiências mínimas obtidas no Estágio de Neonatologia

---

**Estágio de Neonatologia**

---

- Vigilância e prestação de cuidados a 35 recém-nascidos com algum risco associado.

---



### 3. Patologia da Gravidez

O estágio de Patologia da Gravidez decorreu no Serviço de Medicina Materno-Fetal de um hospital da região centro, no período compreendido entre 1 a 30 de setembro de 2021, com a duração total de 96 horas; sob orientação de uma Enfermeira ESMO.

O desenvolvimento das minhas atividades em colaboração com a equipa multidisciplinar decorreu de forma progressiva. Ao longo dos primeiros dias de estágio mantive o meu papel de observadora, mas também de participante nas várias atividades que iam decorrendo, tendo em atenção a dinâmica do serviço. Para um melhor conhecimento do serviço, consultei os seus guias orientadores, normas, rotinas, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem em patologia materno-fetal, o que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados à grávida.

Pude constatar que a metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual de trabalho, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar. Também verifiquei que existe espírito de entreajuda da equipa, o que vem dar mais qualidade aos cuidados de enfermagem.

Para haver qualidade nos cuidados de saúde é fundamental a existência de uma boa relação entre a equipa multidisciplinar, em que o respeito e o trabalho em equipa são muito importantes. Neste sentido, procurei trabalhar em equipa com as assistentes operacionais e cooperar com a equipa médica, fornecendo-lhes informações sempre que solicitada.

Deve ser reconhecida ao Enfermeiro Especialista a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área (OE, 2019). Benner (2001) reitera que o Enfermeiro Especialista deve estar capacitado de forma eficaz para tomar decisões, comunicar adequadamente, ser flexível, responsável e criativo, possuir espírito crítico, iniciativa e possuir uma conduta ética e deontológica. Deste modo, ao longo deste estágio procurei mobilizar todo o conhecimento alcançado previamente, partindo para uma prática sobretudo reflexiva, uma capacidade que é legitimada ao Enfermeiro Especialista. A autora refere que a prática do enfermeiro perito/especialista é caracterizada por um modo específico de pensar evoluído a partir da fusão de conhecimentos, competências e experiências. A perícia é uma função da experiência e da capacidade de negociar através de situações clínicas complexas. Benner(2021) também discute a diferença entre “saber isso” e “saber como”. Assim, referencia Kuhn (1970) e Polanyi (1958), segundo os quais “saber como” correspondem às competências adquiridas para “saber isso” Neste

sentido, considero que nem sempre é teoricamente possível explicar o nosso “saber como” para muitas atividades comuns, porque os níveis avançados baseiam-se no saber incorporado. Retomando o pensamento de Benner (2001), o conhecimento mais elevado corresponde ao que é aplicado e que guia a ação. Neste sentido, o conhecimento é frequentemente separado da intuição e da experiência.

Algo que tive sempre presente foi procurar desenvolver e demonstrar uma atitude ética e deontológica, adotando uma conduta marcada pelo sigilo e descrição profissional, demonstrando respeito pelas utentes, colegas e restantes profissionais. A preocupação pela privacidade e intimidade das grávidas foi uma constante, bem como a promoção de um ambiente calmo e acolhedor.

Ao longo deste estágio, tentei relacionar os conhecimentos teóricos com os cuidados prestados, expressando as minhas dúvidas e aceitando com humildade todas as orientações e críticas construtivas que ocasionalmente me foram dirigidas. Procurei sempre ter iniciativa e abertura para a aprendizagem, pois, a meu ver, todas as pequenas oportunidades são construtivas.

Com o decorrer do estágio fui adotando um conjunto de comportamentos baseado no perfil de competências do enfermeiro especialista ao nível dos diversos saberes, desde o saber, o saber - fazer, o saber - ser, o saber - aprender, com o intuito de saber - transformar.

Na minha opinião, a melhor aprendizagem é aquela que parte do interesse em descobrir. Não é apenas aquilo que nos ensinam, mas aquilo que pesquisamos porque gostamos e temos vontade de saber. Neste sentido, procurei sempre pesquisar sobre os assuntos que me traziam dúvidas e refletir sobre as atividades desenvolvidas. Isto permitiu-me identificar melhor as minhas necessidades de aprendizagem e assim empenhar-me mais na resolução dos meus pontos fracos.

As competências relacionais assumem-se de extrema importância, pois delas dependerá o sucesso das relações entre profissionais e destes com as utentes/família. No meu ponto de vista, o tipo de relação que se desenvolve irá influenciar grandemente a qualidade dos cuidados prestados e o nível de confiança que depõem nos profissionais de saúde, e ditará a forma como a grávida e a família viveram a sua experiência de gravidez, no que diz respeito à relação estabelecida com os profissionais. Santos et al. (2020, p. 1) referem que a competência relacional entre os membros da equipa de saúde ocorre através “do desenvolvimento de capacidades a serem adquiridas pelos enfermeiros”, tais como a gestão “de conflitos, comunicação assertiva, gestão de pessoas por meio do dimensionamento de pessoal e inteligência emocional”, o que promove cuidados de saúde mais humanizados e de excelência.

No meu ponto de vista, neste campo de estágio tem-se o privilégio de cuidar da mulher numa das fases mais belas do ciclo vital – a gravidez. Esta fase caracteriza-se por um conjunto de emoções e sentimentos que diferem de mulher para mulher devendo o EESMO estar sensibilizado para esta realidade. Especificamente, neste serviço lida-se com grávidas para cesariana eletiva, em início de trabalho de parto ou com patologia associada à gravidez, fatores esses extremamente “stressantes” para a grávida/família. Em contexto de patologia na gravidez é muito importante que as mães percebam a possibilidade de terem um parto prematuro e também, consoante essa prematuridade, haver a possibilidade de os RN serem internados no serviço de Neonatologia (UCIN). Durante o internamento devem ser preparadas para esse cenário, caso essa hipótese seja uma possibilidade, e assim as dúvidas e os receios podem ser esclarecidos numa fase prévia a tudo acontecer. Na minha opinião, considero ser muito importante o desenvolvimento desta relação de confiança entre utente e enfermeiro e esta começa desde logo no acolhimento. Este momento é fundamental para que no futuro a utente sinta segurança na informação dada pela equipa de enfermagem e que esteja à vontade para esclarecer dúvidas. Procurei sempre demonstrar respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes, honrando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para tal, utilizei uma linguagem assertiva, tentando transmitir calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar e transmitindo informações oportunas. O respeito pelo estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais, bem como o respeito pela privacidade foram uma preocupação constante. Pude aperceber-me que a nossa disponibilidade, o nosso incentivo pode diminuir a ansiedade das grávidas internadas, e dar-lhes mais autoconfiança. As experiências de dignidade e respeito pelas mulheres, na sua individualidade, demonstraram-me a importância de lhes prestar cuidados individualizados. Os cuidados centrados na mulher, humanizados e individualizados, foram sempre foco da minha prática durante o estágio.

A educação para a saúde é, sem dúvida, uma das principais funções de um Enfermeiro Especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação. Esta é também uma forma de dar resposta a uma das competências do EESMO, nomeadamente, promover “a saúde da mulher durante o período pré-natal” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4) e que pressupõe, entre outros, informar, orientar e implementar programas e projetos de promoção da saúde pré-natal, de preparação para o parto e parentalidade responsável, de promoção do aleitamento materno.

No decorrer deste estágio, as oportunidades de educação para a saúde foram muitas, em que procurei esclarecer de forma personalizada, tendo em conta as características únicas da pessoa. Sendo um momento de grande tensão, nervosismo e

dúvidas para as utentes, procurei adequar a informação às necessidades detetadas, avaliando e reforçando informações anteriores e acrescentando novos conhecimentos de forma gradual.

Conceber, planear, implementar e avaliar cuidados de enfermagem especializados em situações de indução, início de trabalho de parto e patologia na gravidez, constituíram o meu maior desafio em termos de desenvolvimento e aquisição de competências neste estágio. Prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia exige, para além de um grande conjunto de conhecimentos, uma grande prática a nível de desempenho, que só a experiência e o tempo podem trazer.

Ao longo deste período tive oportunidade de prestar cuidados a várias utentes com diferentes situações clínicas, ou seja, assisti, vigiei e prestei cuidados de enfermagem especializados em várias situações, tendo sido uma delas uma interrupção médica da gravidez por trissomia 21, pelas 14 semanas de gestação, o que implicou apoiar a mulher a nível psicológico, encontrando-se esta numa fase muito frágil. A interrupção médica da gravidez é uma decisão complexa, que pode levar a complicações a longo prazo, tanto para a mulher, como para toda a família, o que requer uma prestação de cuidados apropriados e desejáveis a esta díade para poderem lidar com este processo (Kamranpour et al., 2020, p. 2).

Tive a oportunidade de acompanhar algumas mulheres no trabalho de parto durante a fase latente e, após terem-se esgotado todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, as mulheres foram para o bloco de partos para realização de epidural, aquelas que o desejavam. Constatei que no Serviço de Patologia Materno-Fetal há uma constante valorização da dor da grávida e do empenho da equipa na sua avaliação e tentativa do seu alívio. Sem dor ou com a sua diminuição é possível uma melhor colaboração e participação da grávida nesta fase que precede o momento tão maravilhoso que é o de ser mãe. Neste sentido, procurei sempre mostrar interesse e preocupação face à dor manifestada pelas grávidas, valorizando as suas queixas e tendo em atenção às suas expressões verbais e não-verbais. Procurei monitorizar a dor segundo a escala numérica e administrei analgesia prescrita (após esclarecimento da sua ação e efeitos secundários), avaliando algum tempo depois se surtiu efeito.

Manifestei disponibilidade e interesse face à dor da grávida, valorizando sempre as suas queixas, tendo em conta a sua individualização. A complexidade da dor e da sua gestão requer compromisso, tempo e conhecimento por parte da equipa de saúde. A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.7) refere que "(...) cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados". Como tal, a dor e

todo o fenómeno doloroso consiste num complexo em que a pessoa se encontra no seu centro e o enfermeiro possui capacidades e competências capazes de atuar de forma determinante nesse fenómeno. Devido à sua subjetividade, consiste num dos maiores desafios que persiste nos cuidados de saúde, todavia, o desenvolvimento e a constante procura pelo aperfeiçoamento do conhecimento permitem-nos gerir a dor de forma mais diferenciada, um indicador de qualidade da prática de enfermagem. Neste sentido, monitorizei a dor e adequei as estratégias não farmacológicas para o seu alívio (posicionamentos, deambulação ...), mantendo sempre um ambiente calmo e acolhedor.

Reforço que cuidar em enfermagem proporciona um acesso particular à pessoa a quem prestamos cuidados, no caso as grávidas, sendo um ato que se caracteriza por um conjunto de dimensões de ordem técnica e humana profundamente interdependentes, que se constituem como um todo inseparável. Assim, adaptei sempre um olhar por dentro de cada grávida, ou seja, por dentro da experiência que estava a vivenciar. “Importa olhar o outro como experiência corporal, experiência emocional, experiência relacional e experiência espiritual. Independentemente das situações que ocorrem, estas experiências permanecem, seja na saúde ou seja na doença” (Pereira, 2015, p. 2146). A mesma autora acrescenta que “Cuidar em enfermagem é sobretudo uma resposta pessoal em que a ênfase é colocada na relação interpessoal”, o que implicou de minha parte uma relação terapêutica para que pudesse gerir eficazmente a dor, promovendo conforto físico e psicológico. No serviço de patologia materno-fetal, a dor é um sinal cardinal da grávida, ela leva-nos a pesquisar o bem-estar da díade e a correlacionar a dor referida com o diagnóstico em questão.

Acompanhei uma grávida de 6 semanas de gestação com hiperémese gravídica - *Hyperemesis gravidarum*, que consiste na ocorrência de vômitos incontrolláveis durante a gestação, resultando em desidratação, perda ponderal e cetose. Trata-se de uma situação de diagnóstico clínico e através da verificação de cetona urinária, eletrólitos séricos e função renal. Não existe consenso sobre os critérios específicos de diagnóstico, mas geralmente refere-se ao extremo grave do espectro no que diz respeito a náuseas e vômitos durante a gravidez. Esta atividade destaca o papel da equipa multiprofissional na prevenção e gestão da hiperémese gravídica (Jennings & Mahdy, 2021, s.p.). Também acompanhei uma grávida com 26 semanas com ameaça de parto pré-termo e preparação de grávidas para cesariana.

Em suma, obtiveram-se como experiências mínimas neste estágio as que se apresentam na tabela 3.

Tabela 3: experiências mínimas obtidas no Estágio da Patologia da Gravidez

<b>Estágio de Patologia da Gravidez</b>
- Vigilância e prestação de cuidados a 109 mulheres em trabalho de parto;
- Vigilância e prestação de cuidados a 25 mulheres em situação de risco durante a gravidez;
- 39 consultas de mulheres grávidas, incluindo 39 exames pré-natais.

#### 4. Sala de Partos

O Estágio Enfermagem em Sala de Partos, que correspondeu o período de 1 de julho a 31 de agosto e 8 de novembro a 31 de dezembro de 2021, com um total de 432 horas, decorreu primeiramente no Bloco de partos de um hospital da região centro, sob orientação de duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e, posteriormente, decorreu no Núcleo de Partos de um hospital da região norte, sob orientação de duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

No que se refere às instalações deste serviço, na região centro o mesmo contém: 2 salas de admissão, 1 sala de cardiocografia, 1 sala de trabalho de enfermagem e 5 quartos individuais de dilatação e parto; possui igualmente uma sala de bloco operatório e uma sala de reanimação do recém-nascido.

No respeitante às instalações deste serviço, na região norte: 1 sala de enfermagem de admissão, 1 sala de cardiocografia, 3 salas de observação médica, equipadas com ecógrafo, 3 salas de Indução de Parto, 5 salas de Parto, equipadas com sistema de monitorização fetal (ligado em rede à Central de Vigilância) e reanimador de recém-nascido, 1 sala de Bloco Operatório, 1 sala de recobro, 1 sala de vigilância de situações de Alto Risco/ Emergência e 1 sala de trabalho médico/enfermagem, onde está instalada a Central de Vigilância de cardiocografia e STAN.

O conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional do Serviço, com a consulta de guias orientadores, pesquisa de protocolos e normas existentes no Serviço de Urgência/Bloco de partos, identificação da metodologia de trabalho, bem como a integração na equipa multidisciplinar, desenvolvendo espírito de equipa, foram fatores primordiais para a concretização dos objetivos aos quais me propus.

No que diz respeito à aprendizagem, este campo de estágio apresentou-se como uma componente formativa essencial, pois permitiu uma consolidação e aquisição de conhecimentos, de competências científicas, humanas e relacionais, a utilização e desenvolvimento de técnicas adquiridas durante o ensino teórico, de forma a facilitar a compreensão da assistência especializada de enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O estágio em Sala de Partos assumiu-se de extrema importância, pois o nível de exigência técnica e científica torna-se cada vez maior. Neste sentido, aproveitei ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem, demonstrando empenho e rigor na minha prestação de cuidados, procurando sempre fazer com que a parturiente/casal se sentisse protagonista desta experiência única que é o nascimento de um filho.

No âmbito das competências profissionais, desenvolvi uma comunicação funcional e pedagógica com a parturiente/família, demonstrando uma atitude de empatia, aceitação, interesse, responsabilidade, sigilo profissional, respeito pelos direitos da mulher, diferenças individuais, culturais e suas crenças. A aplicação da metodologia científica na assistência de saúde à parturiente, recém-nascido e família, através do planejamento, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem integrados e globais também fizeram parte das metas que tinha a atingir. Ao longo deste estágio, aproveitei as oportunidades de aprendizagem que contribuíram para um maior desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando disponibilidade, responsabilidade, colaboração e espírito de iniciativa, atendendo à prestação de cuidados com qualidade, dando especial atenção às competências específicas do EEESMO.

Assim, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família durante o período de dilatação, o que implicou, inicialmente, o acolhimento e a integração da grávida/pessoa significativa na unidade, estabelecendo uma relação empática e de confiança, através de uma comunicação assertiva. Participei no planejamento dos cuidados em função das necessidades identificadas, através do estabelecimento de prioridades e aplicação da metodologia científica. Demonstrei sempre respeito pelo plano de parto da grávida, indo ao encontro, sempre que possível, das suas expectativas referentes ao trabalho de parto e parto. Instruí oportuna e congruentemente a grávida/família, favorecendo a decisão esclarecida e promovendo a sua responsabilização, estimulando o envolvimento do acompanhante/convivente significativo no decurso do trabalho de parto e nos cuidados à parturiente, promovendo a liberdade de posições confortáveis e movimentos, indo ao encontro das suas necessidades individuais. Tive também a oportunidade de colaborar na vigilância da evolução do trabalho de parto e do bem-estar materno-fetal, através da: avaliação da frequência cardíaca fetal e da dinâmica uterina; avaliação obstétrica, tendo em conta as características do colo/índice de *bishop* (plano de descida da apresentação, posição, consistência, apagamento e dilatação), integridade das membranas amnióticas, tipo de postura, situação, apresentação e variedade da posição fetal, bem como a sua relação com os eixos maternos; monitorização e diagnóstico de risco materno-fetal, através da leitura e interpretação do registo cardiotocográfico, e de desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando e colaborando nas situações que estão para além da nossa área de atuação; manutenção do aporte hídrico e calórico da parturiente; vigilância do padrão de eliminação vesical e intestinal, promovendo a higiene e o conforto da parturiente. Outra atividade desenvolvida consistiu na colaboração no processo de monitorização e alívio da dor da grávida, através da: valorização das suas queixas tendo em atenção as expressões verbais e não-verbais de dor; monitorização da dor segundo a

escala numérica; transmissão de informação sobre a analgesia epidural e as condições para a sua realização, respeitando a sua decisão e esclarecendo as suas dúvidas e colaborando no procedimento. Promovi medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto e avaliação da sua eficácia, como: manutenção de um ambiente calmo e acolhedor; promoção de exercícios de relaxamento, técnicas de distração (como a música ambiente), massagens e técnicas de respiração adequadas, envolvendo a pessoa significativa; prestação de cuidados à mulher durante o trabalho de abortamento, oferecendo suporte emocional, incluindo à pessoa significativa.

De igual modo, ajudei na elaboração de registos claros e sistematizados, preenchimento e interpretação correta do partograma, utilizando linguagem científica na transmissão de informação.

Prestei cuidados de enfermagem especializados à mulher/família durante o período expulsivo, promovendo a liberdade de posições confortáveis e movimentos durante esta fase, vigilância e avaliação do bem-estar materno-fetal através da interpretação do registo cardiotocográfico e das condições da bacia materna; forneci informações à parturiente sobre como e quando deve realizar esforços expulsivos e o tipo de respiração a fazer, promovendo a sua participação ativa no nascimento do filho; promoção da descida passiva fetal (protegendo o períneo através da manobra de Ritgen) e realização de episiotomia, se necessário; desenvolvimento de maior habilidade e destreza técnica na execução do parto eutócico; colaboração na execução de partos distócicos (ventosas, fórceps) e preparação da parturiente para cesariana; promoção do envolvimento emocional entre recém-nascido/mãe/pai, através do contacto pele a pele e da possibilidade do corte do cordão umbilical e desenvolvimento de maior aptidão na colheita de células estaminais.

Prestei cuidados de enfermagem especializados à mulher/família durante a dequitação, o que compreendeu a observação dos sinais de descolamento placentar e realização da dequitação; verificação da integridade das membranas e cotilédones, identificação do número de vasos e tipo de inserção do cordão umbilical; avaliação da integridade do canal de parto e aplicação das técnicas de reconstituição anatómica por planos; administração de anestesia local nas situações de manifestação de dor por parte da puérpera; avaliação da integridade do esfíncter anal; realização da massagem uterina e confirmação da formação do Globo de Segurança de Pinard; avaliação e quantificação das perdas hemáticas; lavagem e desinfeção do períneo e preenchimento do partograma.

Tive sempre a preocupação de promover o conforto e o relaxamento da parturiente, mantendo incondicionalmente a sua privacidade, a intensidade da luz foi sempre ajustada quando era pretendido, o ruído era restringido ao mínimo e incentivei, sempre que possível,

o envolvimento do acompanhante, encorajando-o a participar no apoio à mulher. Estes cuidados à mulher em trabalho de parto tiveram sempre como fio condutor que esta deve sentir-se segura na sala de partos, bem como sentir-se livre para escolher as medidas de relaxamento e de conforto que elege. Assim, assumiu-se como deveras importante proporcionar uma experiência de parto positiva, amenizando receios e incertezas que eram expressos quer pela mulher quer pelo acompanhamento, de forma a criar sentimentos de confiança e segurança na equipa de saúde. Sempre que oportuno, era solicitado à mulher colaboração nos cuidados, para que esta estivesse, sempre que possível, ciente da relevância da sua colaboração, ou seja, potenciava-se que esta tivesse um papel ativo no seu trabalho de parto. De igual modo, considerei, o quanto possível, o papel do acompanhante tendo como finalidade a promoção de um maior vínculo entre a díade, bem como visando um ambiente familiar envolvente e facilitador da vivência do trabalho de parto e parto, para que se tornasse o mais positivo e satisfatório para a parturiente e acompanhante.

Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/família no período de pós-parto imediato, o que implicou a realização da avaliação global da puérpera e vigilância dos sinais vitais; vigilância de sinais de hemorragia puerperal; promoção do aleitamento materno, colocando o recém-nascido à mama nos primeiros 30 minutos de vida; promoção da vinculação precoce entre recém-nascido/mãe/pai. Transmiti informações pertinentes sobre a amamentação, a prevenção da síndrome de morte súbita no lactente, cuidados vulvoperineais, prevenção de hemorragia, características dos lóquios, sexualidade, entre outros, tendo em conta as particularidades e os conhecimentos prévios de cada mulher. Outra atividade refere-se à execução dos cuidados vulvoperineais duas horas após o parto, incluindo: avaliação do Globo de Segurança de Pinard; massagem uterina e avaliação das características dos lóquios; avaliação do períneo; rastreio de sinais de retenção urinária e promoção da micção espontânea; estimulação do levante precoce e promoção/vigilância da alimentação e hidratação da puérpera; elaboração de registos de enfermagem claros e concisos, bem como a realização da preparação e transferência da puérpera e recém-nascido para o internamento, tendo por base uma abordagem holística e envolvendo a família/pessoas significativas.

Colaborei na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido normal e de risco, o que compreendeu a avaliação e prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido, estabelecendo prioridades e implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina; colaboração na reanimação do recém-nascido e identificação de alterações morfológicas e funcionais, referenciando as situações que estão

para além da nossa área de atuação; colaboração na sua transferência para o Serviço de Neonatologia, se necessário; promoção da vinculação precoce da tríade, motivando o contacto pele a pele e a comunicação verbal; promoção e apoio ao aleitamento materno realização dos respetivos registos.

Em suma, este estágio permitiu-me concretizar interesses pessoais no âmbito dos cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, tendo em conta as experiências obtidas (cf. tabela 4), o que se espelhou na manifestação nos cuidados prestados do gosto e o interesse que sinto pela área.

Tabela 4: Experiências mínimas obtidas no Estágio Sala de Partos

<b>Estágio Sala de Partos</b>
- Realização de 40 partos;
- Prática de 9 episiotomia/perineorrafia;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 puérperas e 89 mulheres em trabalho de parto;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 recém-nascidos normais.



## 5. Puerpério

O Estágio de Enfermagem em Puerpério correspondeu ao período de quatro semanas, de 24 de março a 21 de abril de 2021, com um total de 120 horas. Este decorreu no Serviço de Obstetrícia de um hospital da região centro sob orientação de uma Enfermeira Especialista.

No primeiro dia de estágio foi-me apresentada a equipa e a estrutura física do serviço através de uma visita guiada efetuada pela Enfermeira Especialista. Desde modo, conheci a organização e o funcionamento do Serviço de Obstetrícia deste hospital, que se localiza no 2º piso do Bloco Central. É constituído pelo Bloco de Partos, Urgência de Obstetrícia, Ala II (ginecologia e patologia da gravidez), Ala I (maternidade) e consulta externa.

A nível estrutural, o serviço de internamento de puérperas é composto por 8 quartos, cada um com 3 camas, o Berçário (para prestação de cuidados específicos ao recém-nascido), uma sala de apoio à amamentação, uma zona de sujos e um armazém de consumíveis, bem como um balcão central e uma sala de preparação de medicação.

Com o surgimento da pandemia por Covid-19 e decorrente de todas as restrições impostas pela mesma, a duração do internamento hospitalar no puerpério diminuiu: o parto eutócico mantém as 48h de internamento e um parto por cesariana, antes da pandemia era de 3 dias, agora são 48h de internamento, o que certamente afeta as necessidades de cuidados à puérpera/recém-nascido/família, no que diz respeito à não deteção precoce de problemas relacionados com o puerpério.

Para poder ter um melhor conhecimento do Serviço, consultei os seus guias orientadores, as normas e protocolos instituídos. Nestes encontram-se descritos de forma sistematizada as normas, rotinas, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem em puerpério, tendo-me possibilitado a uniformização e rigor dos cuidados prestados à puérpera e recém-nascido.

Constatei que a metodologia de trabalho é o método individual de trabalho, em que, ainda que todos implementem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada e humanizada em conformidade com o seu modo de ser e de trabalhar. Existe um grande espírito de trabalho de equipa, o que se reflete num espírito de entreajuda, o que vem dar mais qualidade aos cuidados prestados.

De forma progressiva desenvolvi as minhas atividades sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar. Desde o primeiro dia de estágio procurei participar nos cuidados

prestados à puérpera e ao recém-nascido, de acordo com a dinâmica e as rotinas do serviço. Senti-me rapidamente integrada no serviço, o que se deveu sobretudo ao acolhimento que me foi feito pela equipa de enfermagem, transformando-se num sentimento de grande motivação e com que este estágio se tornasse deveras enriquecedor. A integração na equipa multidisciplinar pautou-se pelo progressivo estabelecimento de uma relação de empatia e de reciprocidade. De forma gradual fui-me tornando mais autónoma, no entanto, sempre que surgiram dúvidas solicitei a presença ou opinião da enfermeira tutora ou de outra enfermeira. O sucesso dos cuidados prestados à puérpera/recém-nascido/família depende do trabalho em equipa, tendo sido essencial a minha integração na mesma. Deste modo, constatei que a comunicação é o fator chave, tendo estabelecido uma comunicação efetiva entre todos os membros da equipa, com a finalidade de proporcionar cuidados humanizados à puérpera/recém-nascido/família.

Nesse sentido, na minha prestação de cuidados, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, prestando cuidados culturalmente congruentes à puérpera, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Esta minha atuação pautou-se pelo uso de uma linguagem assertiva, procurando transmitir com calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar. Neste sentido, tive a oportunidade de ensinar/treinar sobre os cuidados ao recém-nascido: banho - preparar o banho e a técnica do banho; cuidados com as unhas; higiene nasal; higiene das roupas; cuidados ao coto umbilical; vigilância e avaliação da eliminação vesical e intestinal; ensinar e realizar a massagem abdominal do recém-nascido; ensinar/treinar sobre a mudança da fralda (limpeza ântero-posterior no sexo feminino e cordão umbilical fora da fralda) e acerca de como tranquilizar o recém-nascido (ensinar sobre a contenção com lençol ou manta).

Procurei sempre respeitar o estado físico e emocional da puérpera, estando sempre atenta às suas manifestações verbais e não-verbais, demonstrando respeito pela sua privacidade. Constatei que a nossa disponibilidade, o nosso incentivo e ensinar/treinar são ações que podem reduzir a ansiedade da puérpera e dar-lhe mais autoconfiança, no sentido da independência no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido.

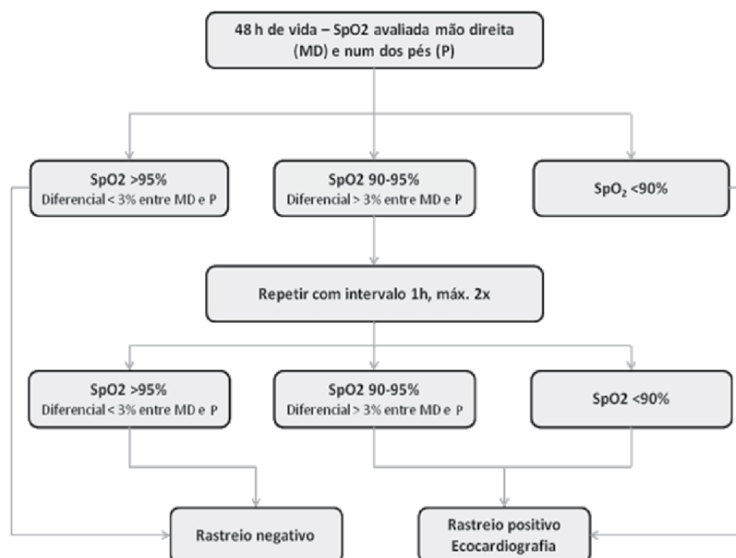
De igual modo, tive a oportunidade de ensinar/treinar sobre o aleitamento artificial, nomeadamente como preparar o biberão. Ensinei também como atuar em caso de engasgamento do bebé, acerca da prevenção da morte súbita do lactente (SMSL), cuidados de segurança a ter com o transporte do bebé, designadamente aconselhando acerca do *airbag*, lugar mais seguro, não aos objetos soltos no carro, não retirar a cadeira com o carro em marcha. Segundo Meleis (2012, p. 10), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. Como tal, define o “cliente” de enfermagem como um ser humano em interação contínua

com o ambiente em que se insere, no qual se operam transições ecológicas constantes. A transição para a parentalidade, neste caso, compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação da puérpera à sua nova condição de mãe. Ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar esta nova situação, particularmente quando se trata do primeiro filho, poderá apresentar desajustamentos. Por conseguinte, cabe-nos levar a puérpera a ajustar-se ou adaptar-se à nova situação, fornecendo-lhe informações de qualidade.

A puérpera deve ser incentivada para o seu autocuidado e cuidados do bebé (amamentação, higiene e conforto, segurança e prevenção de acidentes, cuidados ao coto umbilical, entre outros). Neste sentido, revelei-me sempre disponível para tirar dúvidas, uma vez que é nesta fase que emergem os grandes ajustes fisiológicos e psicológicos. Neste sentido, Mesquita, Paulino e Nogueira (2011, p. 40) salientam que as mais significativas alterações corporais que ocorrem no puerpério consistem: na “recuperação dos órgãos da mulher, sobretudo dos órgãos genitais, nomeadamente: a cicatrização das lesões causadas durante o parto; recuperação de forma gradual do volume do útero; presença de lóquios; perda de peso; restabelecimento do ciclo menstrual; *terminus* das modificações das glândulas mamárias, que ficam aptas para a amamentação”.

Tive a oportunidade de participar no rastreio de cardiopatias ao recém-nascido às 48h de vida, tendo em conta o algoritmo da oximetria de pulso como método de rastreio em uso no hospital (cf. figura 1).

Figura 1. Algoritmo da oximetria de pulso como método de rastreio em uso no hospital



Fonte: Morais, S., & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 343–347. <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2717>

Outra atividade foi o diagnóstico precoce entre o 3º e 6º dia se ainda o recém-nascido estivesse internado, bem como participei na administração de vacina da hepatite B a todos os recém-nascidos após as 48h de vida. Realizei a avaliação de glicémias ao recém-nascido filho de mãe diabética e após cesariana, avaliação do peso do bebé, bem como o perímetro cefálico e comprimento, tendo prestado cuidados ao bebé em fototerapia e realizado colheitas de sangue para análise ao bebé e mãe. Saliento ainda um caso em que houve a necessidade de realizar algaliação intermitente à puérpera devido a globo vesical.

Desta forma, cabe ao Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizar um plano de cuidados para orientar o autocuidado, o cuidado neonatal e os possíveis problemas e transformações psicossociais que podem ocorrer durante esse período. O cuidado de enfermagem deve basear-se numa assistência holística, considerando as condições socioculturais de cada puérpera. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica possui um relevante papel uma vez que pode assumir a função de fornecer informações sobre o autocuidado, amamentação e cuidado ao recém-nascido, que capacitem as puérperas para práticas corretas para o seu bem-estar e do seu bebé (Duarte et al., 2013).

Para apoiar as puérperas, é necessário um conhecimento científico e técnico aliado ao cuidado afetivo e humanizado durante o internamento. Cada puérpera necessita de ser abordada integralmente, tendo em consideração não apenas o corpo biológico, mas estendendo o cuidado para além da avaliação física, informando-se a mulher que o nascimento de uma criança representa e que acarreta mudanças a todos os níveis (Oliveira et al., 2019, pp. 662-663). O período de hospitalização do pós-parto é geralmente curto e, neste momento, na maioria das vezes, a mulher é dependente e sente-se insegura quanto ao autocuidado e cuidados com o recém-nascido, principalmente relacionados com a higiene, amamentação, cuidados com coto umbilical e sono (Costa et al., 2013, p. 633), o que implicou também prestar cuidados pós-alta para a mulher: sinais de alarme: lóquios – avaliar a cor, a quantidade e o cheiro; cuidados com as mamas; alimentação e nutrição; atividade física; consulta de revisão puerperal às 6 semanas; cuidados vulvoperineais (mudança regular de penso higiênico e lavagem do períneo); sexualidade no pós-parto (usar preservativo até à consulta de revisão ou tomar a pílula da amamentação a partir dos 21 dias do bebé; alterações emocionais; prevenção de mastite – atenção a febre, dor, rubor, calor; quando ir à Urgência. Transmitir também informações sobre os sinais de alerta do bebé na alta: choro - falta de choro ou choro fraco e constante, gemido ou um ronco à expiração; icterícia fisiológica – bilirrubina acumulada no organismo; respiração - irregular, tiragem, adejo nasal, gemido, estridor inspiratório, palidez, cianose, sudação, agitação; circulação – pele marmoreada e fria, sonolência, petéquias, púrpura; febre; vigilância de micções e dejeções; convulsão – colocar mão em cima do tremor e se não parar é convulsão, devendo anotar a hora a que começa e acaba o episódio e ver a T°C – quando ir à urgência. Indiquei que a próxima vacina era aos 2 meses e informei a puérpera que o bebé tinha de fazer o teste do pezinho ao 3º - 6º dia no centro de saúde.

Colaborei na avaliação puerperal para prevenção de complicações, dando informações sobre as infeções vulvoporineais e hemorragias pós-parto. Ensinei como avaliar as mamas: moles, tensas, ingurgitadas; os mamilos: invertidos, rasos, proeminentes, elásticos. Particpei na palpação uterina, com verificação da altura do fundo do útero, a sua localização e consistência. Fiz a avaliação dos lóquios/perdas hemáticas pelo aspeto, quantidade, cor e cheiro. Particpei na inspeção do períneo, nomeadamente sinais inflamatórios, presença de hematoma, equimose, edema, presença de perineorrafia ou lacerações corrigidas, tendo ainda avaliado a presença de edemas.

Realizei ensino acerca da higiene vulvoperineal sempre que cada puérpera utilizava o WC, aconselhando a “sentir o útero” e a massajá-lo para que esta tivesse a noção de que lentamente o útero retorna à sua posição inicial. Particpei na avaliação do penso da sutura operatória (no caso das cesarianas), como forma de avaliar a presença de repassamento do

penso e a necessidade de substituição ou avaliação de sinais inflamatórios da sutura, bem como colaborei na avaliação do retorno das eliminações vesical e intestinal no período pós-parto e na avaliação de desconfortos manifestados pela puérpera e atuar, quer através da administração de terapêutica prescrita, quer pela disponibilidade de presença efetiva com recurso a comunicação terapêutica e escuta ativa necessária.

As informações e treinos corretos influenciam a preparação da mulher para um adequado cuidado no período puerperal (Silva et al., 2016, p. 8). Por tal, tem de haver uma boa preparação da puérpera e transmissão de informação na alta hospitalar no que diz respeito às suas necessidades. As principais dúvidas das puérperas referem-se à “alimentação, higiene corporal, atividade física e vida sexual”. Neste período, os enfermeiros desempenham um papel importante, transmitindo informações de qualidade sobre a amamentação, o autocuidado e cuidado ao recém-nascido, prestando-lhes o apoio necessário no “processo de reorganização psíquica e em relação aos vínculos afetivos, mudanças corporais, amamentação” e o retomar a casa (Silva et al., 2016, p. 8).

Para se atingir os resultados esperados e concretizar os objetivos pretendidos, é necessário que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica adote as medidas corretas e adequadas, de forma a providenciar aconselhamento, informação e apoio à puérpera; avaliar a sintomatologia apresentada e ajudá-la na adaptação às alterações fisiológicas e emocionais próprias do puerpério (Graça, 2017, p.100). A informação transmitida à puérpera deve ser acompanhada de entrega de folhetos para aumentar os seus conhecimentos, sendo também importante fazer acompanhar um contacto telefónico do local onde se devem dirigir em caso de emergência (Néné et al., 2016).

Roque e Costa (2014, pp. 53-54) acrescentam as dificuldades que se relacionam com o cordão umbilical, limpeza das vias aéreas, posicionamento, segurança, desenvolvimento infantil, choro, diagnóstico precoce, vacinação, vinculação e promoção da parentalidade. Tendo em consideração que o período de internamento nas maternidades tem vindo a reduzir, mais na atualidade por causa da pandemia por Covid-19, resultando num tempo também mais escasso “para a puérpera aprender a cuidar de si, do seu RN, conseguir identificar sinais de alerta e reorganizar o seu pensamento e comportamento (...), levando muitas vezes a que mulher não adquira a independência suficiente nestes cuidados quando regressa ao seu domicílio” (Gonçalves et al., 2018, p. 1589). De acordo com as mesmas autoras, é “no regresso a casa que surgem as maiores dificuldades, não só pelas novas e exigentes responsabilidades, mas também pela perda do apoio e proteção dos profissionais de saúde da maternidade”, o que reforça ainda mais a necessidade de se capacitar a puérpera durante o internamento.

Além disso, de acordo com Gilmer et al. (2016, p.119), a educação da puérpera baseia-se no pressuposto de que, quando esta estiver provida com o novo conhecimento, reduzirá as suas dificuldades e promoverá mudanças positivas nas suas atitudes e, finalmente, no seu comportamento. Essas mudanças positivas no comportamento apoiarão o objetivo geral de as ajudar no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido. Certamente, ainda de acordo com os mesmos autores, a educação da puérpera também é utilizada para criar benefícios além de simplesmente educá-la (por exemplo, desenvolver um relacionamento de confiança com o enfermeiro), mas o foco principal dessas iniciativas está em fornecer informações e instruir as mulheres para uma harmoniosa transição para a parentalidade.

Tive igualmente oportunidade de prestar cuidados à puérpera com cesariana, nomeadamente a realização de esvaziamento vesical caso a puérpera não urinasse após o parto. Fiz vigilância dos sinais vitais, ou seja, nas primeiras 24h avaliei a tensão arterial de 4/4h, nas seguintes de 12/12h (8/8h se anestesia geral). No que se refere à diurese, colaborei na remoção da sonda vesical após 12h do parto e quando a puérpera urinasse espontaneamente e tolerasse a alimentação, retiravam-se os soros. Realizei pesquisas de glicémias, prestei cuidados relativamente à dieta, ou seja, se sujeita a anestesia geral iniciava dieta após 12h, se foi administrada a epidural, iniciavam passado 6h (líquidos) e após 12h passavam a cozidos e grelhados. Colaborei ainda no primeiro levante após 4-6h, se epidural, e 6-8h, se anestesia geral, para uma recuperação pós-parto mais eficaz. Prestei a atenção especial à dificuldade de mobilidade devido à presença de fluidoterapia, sonda vesical e cateter epidural.

Prestei cuidados à puérpera com parto vaginal, nomeadamente: a primeira micção até 7h após o parto; realização de crioterapia na episiorrafia; alimentação 2h após o parto e levante 4-6h após o parto.

Um dos meus interesses pessoais foi colaborar na melhoria contínua, tendo, neste âmbito, cooperado em dois processos de melhoria contínua: “Amamentação: um tesouro a descobrir”, objetivando facilitar o processo de amamentação; evitar pequenos desconfortos da amamentação e evitar o abandono da amamentação; “Segurança no transporte” cujo objetivo consistiu em facilitar o uso da cadeira de transporte nas viaturas automóveis e evitar acidentes.

Tendo a referir que o meu maior desafio consistiu na utilização do sistema informático SClínico, com o qual nunca tinha tido contactado. No entanto, com o decorrer do tempo consegui ambientar-me aos registos de enfermagem SClínico, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este sistema apresenta

registos claros e concisos que correspondem às generalidades de cada puérpera, não substituindo a necessidade de uma avaliação específica e individualizada. As intervenções de enfermagem são selecionadas de acordo com o obtido do resultado.

Tabela 5: Experiências mínimas obtidas no Estágio de Puerpério

<b>Estágio de Puerpério</b>
Vigilância e prestação de cuidados a 65 puérperas;
Vigilância e prestação de cuidados a 66 recém-nascidos normais.

## 6. Enfermagem em Ginecologia

O Estágio de Ginecologia decorreu no Serviço de Ginecologia de um hospital da região centro, que se localiza no 2º piso do Bloco Central. É constituído pelo Bloco de Partos, Urgência de Obstetrícia, Ala II (ginecologia e patologia da gravidez), Ala I (maternidade) e consulta externa. Este estágio teve a duração de 72 horas totais e contou com a orientação de uma Enfermeira Especialista.

A nível estrutural, a ala II inclui o serviço de internamento de ginecologia e de patologia da gravidez, sendo o de ginecologia composto por 2 quartos, cada um com 3 camas, um dos quartos destinados a cirurgias de ambulatório.

O cuidado prestado pelo EESMO assenta numa filosofia de cuidados, cuja natureza se centra num modelo de assistência em que este profissional estabelece uma parceria com a mulher.

Neste estágio tive oportunidade de trabalhar diretamente com mais profissionais do serviço, uma vez que não estão contemplados cuidados pelo EESMO a estas utentes, mas sim por todos os enfermeiros, especialistas ou não. O método de trabalho continua a ser o método individual, mas com prestação de cuidados personalizados e com enorme espírito de entreajuda e de equipa. O desenvolvimento das minhas atividades em colaboração com a equipa multidisciplinar ocorreu de forma progressiva. Procurei desde o início do estágio participar nos cuidados prestados à mulher com patologia ginecológica e da mama, tendo em atenção a dinâmica e rotinas do serviço.

Este estágio foi muito rico em experiências, tendo tido a oportunidade de prestar cuidados às mulheres que realizaram diversas cirurgias do foro ginecológico: histerectomia (por laparotomia e vaginal); histeroscopias; CPP (colpoplastia posterior); CPA (colpoplastia anterior); remoção de tumor anexial; salpingectomia. Assisti a cirurgias no bloco operatório central: CPP, CPA e histeroscopia com remoção de miomas (miomectomia) e marsupialização das glândulas de Bartholin. Participei nas consultas de patologia do colo: consultas de vigilância e primeiras consultas (onde poderiam ser reencaminhadas para realizarem conização, vaporização a laser) e assisti à realização de colposcopias. De igual modo, assisti à consulta de colocação de DIU's. Participei do projeto de melhoria contínua em vigor no serviço chamado "Confirmação de critérios operatórios por contacto telefónico", que consiste em efetuar uma chamada telefónica à utente que irá ser intervencionada cirurgicamente no dia anterior a fim de questionar acerca: alteração do estado de saúde nas últimas 3 semanas (ex.: se antibioticoterapia, deve aguardar 3 semanas); medicação a não tomar ou tomar no dia anterior; se há presença de hemorragia vaginal ativa ou não (para

cirurgias como CPP, CPA, histeroscopia não poderá haver perdas sanguíneas); para informar sobre a data e hora da admissão e acerca da dieta e jejum a cumprir.

Sugeri um projeto de melhoria contínua: *a criação de um telefonema 3-6 dias após a alta do serviço para as utentes intervencionadas*, pois quando chegam ao domicílio é que as grandes questões e dúvidas surgem e, assim, poder-se-ia evitar vindas à Urgência por algo que telefonicamente se poderia explicar.

As patologias ginecológicas foram na sua grande maioria cirúrgicas, tais como hysterectomias e salpingectomias, o que me permitiu desenvolver conhecimentos no âmbito da patologia médica e cirúrgica e adquirir competências a nível dos cuidados a ter no pré e pós-operatório. Foi sempre dada muita atenção ao controlo da dor e ao desconforto causado, sendo implementadas estratégias não farmacológicas e administrada medicação analgésica prescrita ou protocolada e solicitada reavaliação médica se necessária. Foi também incentivada a realização da auto-palpação da mama de maneira a prevenir situações patológicas e incentivada a participação em programas de rastreios disponíveis na comunidade. As mulheres foram alertadas para situações que merecem ida de urgência ao hospital. A nível do internamento em ginecologia, transmiti informações e fiz esclarecimentos pré e pós cirúrgicos, explicando o procedimento cirúrgico a realizar, as possíveis complicações e formas de recuperação - diminuição do medo e da ansiedade. No pós-operatório imediato era avaliado o bem-estar da mulher sob uma vigilância rigorosa dos sinais vitais e da presença de hemorragias, náuseas, vômitos, tonturas, entre outros. Perante todo este processo foi prestado apoio emocional, tanto à mulher como à família.

Segundo a OE (2019, p. 13 561), cabe ao EEESMO adotar, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas nas quais estão inerentes processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, bem como intervenções autónomas e interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco, nas quais estão envolvidos processos patológicos e de vida disfuncional ao longo do ciclo reprodutivo da mulher.

Deste modo, tomar decisões em enfermagem assume-se igualmente como uma maneira de se caminhar para a especialização. Por tal, neste meu processo formativo, socorri-me de instrumentos que me possibilitavam desenvolver uma aprendizagem significativa tendo como finalidade tornar-me numa profissional reflexiva, autónoma e responsável, ou seja, apta para a prestação de cuidados de excelência com equidade e proximidade à mulher, independentemente das suas características e situação clínica.

Este campo de estágio foi muito rico em termos de experiências no acompanhamento da mulher que se encontra clínica e emocionalmente instável. Esta

experiência é vivenciada de forma singular por cada mulher, devendo o EESMO estar sensibilizado para esta realidade. Como tal, na minha prestação de cuidados à mulher, procurei estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade para com as mulheres, prestando cuidados culturalmente congruentes, respeitando as suas crenças e valores e abstendo-me de juízos de valor. Para todas as situações procurei sempre utilizar uma linguagem assertiva, por forma a transmitir com calma e segurança, explicando sempre os procedimentos que ia realizar. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais, bem como o respeito pela sua privacidade também foram uma preocupação constante. Tive sempre o cuidado em incentivar as utentes a participarem nos seus cuidados, no sentido de desenvolverem a sua independência. De igual modo, procurei sempre identificar défices de conhecimentos através de entrevistas não formais durante a prestação de cuidados e preparei assertivamente a alta da mulher.



## Considerações finais

Após este percurso, quero deixar registado que todos os estágios se configuraram como a melhor forma de organizar as atividades práticas, desenvolvidas em ambiente profissional, tendo-me possibilitado aprender a executar técnicas, a desenvolver outras competências, designadamente a relação interpessoal e de ajuda, um maior desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade de avaliação e decisão nas mais variadas situações.

Ao longo dos estágios procurei prestar cuidados de enfermagem especializados, tendo como base a evidência científica e uma visão holística de quem cuidava, tendo em conta que cada pessoa é um ser único com sentimentos, necessidades e medos próprios que diferem dos demais, mesmo quando existem patologias ou situações semelhantes. A prática reflexiva é de extrema importância no exercício profissional do enfermeiro e revela-se fundamental num contexto de formação como é o de estágio. Este conceito, que se reflete sobre a ação, favorece o crescimento pessoal e profissional, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico o que se traduz numa melhoria dos cuidados prestados.

Para tal procurei fundamentar a minha prática clínica na evidência científica existente no momento, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 06 de fevereiro de 2019), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio de 2019) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022), constituindo estes documentos uma referência para a prática especializada, estimulando a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoiando os processos de melhoria contínua da qualidade.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia exige que o EESMO apresente uma intervenção especializada, autónoma, independente e/ou interdependente, bem como o domínio de competências técnico-científicas, crítico reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas. Desta forma, estes estágios permitiram-me desenvolver competências, que visam a prática de cuidados de enfermagem altamente qualificados, de modo a atingir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à puérpera/casal/RN. Na procura da excelência dos cuidados, o EESMO deve pretender que a puérpera/casal/RN alcance os níveis máximos de satisfação. De modo a atingir estes níveis de satisfação, foi importante procurar estabelecer uma parceria com a puérpera/casal no planeamento do processo de cuidados, bem como

procurar minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente, num contexto de humanização e holismo.

Assim, posso dizer que todas as aprendizagens se traduziram em experiências muito gratificantes com muitos momentos de oportunidades únicas para a aquisição de novos conhecimentos, pois, diariamente em qualquer um dos estágios, surgiam novas situações e dificuldades, que fizeram com que procurasse, pesquisasse e enriquecesse o meu nível de aprendizagens. Daí que constato a importância do ensino clínico, sob a orientação de profissionais experientes e capacitados para tal.

Tenho consciência que muito mais havia para aprender, porque a formação não se constrói por acumulação de conhecimentos ou de técnicas, nem de um dia para o outro, mas sim através de uma reconstrução permanente. Para isso é necessário ter força de vontade, empenho e desejo de crescer, pois são todas estas experiências que me irão ajudar a desenvolver competências na caminhada de iniciado a perito que pretendo alcançar. Procurarei desenvolver e participar em todas as atividades que ocorreram e que permitiram enriquecer os meus conhecimentos. Decorrente destes pressupostos, a prática reflexiva permitiu-me (re)formular, sempre numa tentativa de melhorar e recriar uma ação mais consciente e rigorosa, permitindo que melhorasse as minhas práticas, visando a reconstrução de saberes, tão importantes para a minha prática futura como EEESMO.

Fiz por desenvolver uma prática profissional segura, responsável e profissional, estando consciente do âmbito e limite da minha intervenção. Penso que ao longo deste percurso a minha conduta foi efetivamente esta.

No que diz respeito às Enfermeiras que me coordenaram e orientaram em cada um dos estágios, foram uma inspiração e um modelo a seguir a nível técnico, humano e profissional na área. Com uma atitude carinhosa, pedagógica e de ajuda, revelaram-se sem dúvida excelentes profissionais e a quem só posso dirigir palavras de agradecimento. Foram uma mais-valia para o acompanhamento em contexto clínico.

**II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação**

---



## Resumo

**Introdução:** Os programas de preparação para o parto e nascimento constituem-se espaços privilegiados de interação entre o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e as grávidas/casais. É um espaço de desenvolvimento da confiança mútua, respeito pela singularidade de cada casal e compreensão dos seus anseios, expectativas, necessidades e dúvidas.

**Participantes e métodos:** Estudo de investigação qualitativa, utilizando o método fenomenológico-hermenêutico apresentado por Max van Manen. Estudo aprovado por Comissão de Ética. Pelo método de bola de neve, selecionaram-se 10 participantes, para entrevista fenomenológica, 5 mulheres e 5 homens. Os dados recolhidos foram alvo de análise qualitativa de dados suportada pelo software Nvivo® versão 12. As entrevistas decorreram entre os dias 27/01/2022 e 16/02/2022.

**Resultados:** Apresentam-se as 10 categoriais e subcategorias emergentes da análise: “Benefícios atribuídos pelo casal ao programa”, subdivididos pelos “Benefícios para a mulher”, onde se destacou “Obter conhecimentos”, “Controlar a dor”, “Sentir-se ajudada” e “Ser bom”; “Benefícios para o homem”, sendo os mais referenciados “Aprender sobre os cuidados ao recém-nascido” e “Preparar para o desempenho da parentalidade”; “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez”, onde a “Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher” e “Desconhecimento sobre o processo gravídico” foram os constrangimentos mais referidos pelos homens; prevaleceram o “cansaço”, “dor lombar” e “dor ciática” como “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez”; “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez” mais referenciadas foram “Abstrair-se dos problemas”, “Passear com a esposa” e “Praticar exercícios de Kegel”; “Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados” subdividiram em “Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal”, com duas subespecificações “Transmitir conhecimentos específicos”, sendo esta a mais referenciada, e “Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal”, com cinco subespecificações, onde “Esclarecer dúvidas” foi a mais reiterada pelos participantes. Importa referir que os participantes identificaram lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo a mais referenciada a “Incapacidade de ajuda efetiva”; “Transição para a parentalidade”, dois participantes relataram que antes da frequência do programa havia a “Ausência da consciencialização do papel de pai” e, após a sua frequência, emergiu o sentimento de “Sentir-se envolvido”; nos “Atributos da EESMO valorizados pelo casal” sobressaiu ser “Extraordinária no cuidar” e em relação aos “Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal”, evidenciou-se ser “Boa pessoa”; nas “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher”, emergiram duas subcategorias, sendo a primeira relativa às intervenções “Valorizadas pela mulher”, na qual “Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto”, “Estar presente”, “Apoiar na amamentação”, “Promover relaxamento”, “Tomar conta do bebé” foram as mais referenciadas, na subcategoria intervenções “Valorizadas pelo homem”, “Partilhar conhecimento” foi a mais designada.

**Conclusão:** Conclui-se que os participantes valorizaram a sua frequência no programa de participação para o parto e nascimento, destacando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Casal; Programa de preparação para o parto e nascimento.



## 1. Justificação do estudo

Os Programas de Preparação para o Parto e Nascimento constituem-se espaços privilegiados de interação entre o EEESMO e as grávidas/casais. É um espaço de desenvolvimento da confiança mútua, respeito pela singularidade de cada casal e compreensão dos seus anseios, expectativas, necessidades e dúvidas. É em função dos mesmos que se desenvolvem programas de capacitação e empoderamento dos casais, apoiando-os em todo o processo, desde a gravidez até ao pós-parto. Neste sentido, o EEESMO tem oportunidade de promover a participação ativa da grávida/casal nestes Programas, tendo em conta as suas competências específicas, as quais serão uma mais-valia para que, em parceria com a mulher/casal, se consiga a tão desejada capacitação para a assunção da parentalidade. Em todo o programa, o desenvolvimento da literacia é necessário ao empoderamento do casal, para a promoção da vivência plena desta importante etapa da vida da família.

Ao permitir compreender o significado que a mulher/casal atribui aos cuidados pré-natais nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento e à experiência vivida, esta investigação poderá contribuir para a adequação dos cuidados desenvolvidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, traduzindo-se em ganhos em cuidados de saúde durante a gravidez e parto, com impacto inquestionável no processo de gravidez, maternidade, vinculação e desenvolvimento infantil

Verificando-se uma carência investigativa na área, nomeadamente em Portugal, pretende-se com este trabalho acrescentar informação atual no que respeita às Vivências do casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento.



## 2. Enquadramento teórico - Estado da arte

A preparação para o nascimento é de extrema importância para o casal, uma vez que permite ter acesso às expectativas e aos receios relativamente ao nascimento, às crenças no que respeita à transição para a parentalidade e conhecer as necessidades do casal, o que possibilita ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) implementar intervenções específicas, recorrendo à individualidade dos cuidados, fazendo com que o nascimento seja uma realidade o mais gratificante possível para o casal. Neste sentido, ganham relevância os programas de preparação para o nascimento, cuja finalidade consiste em “promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança das mulheres, dos homens e dos casais no que concerne à gravidez, parto, pós-parto, transição e exercício da parentalidade... contemple o apoio na elaboração opcional de um Plano de Nascimento personalizado” (Direção-Geral da Saúde, 2020, p. 18). Assim, o EESMO, dada a abrangência da sua intervenção, é o profissional de saúde de eleição para desenvolver estes programas.

O nascimento de um filho é um dos eventos mais significativos na vida dos pais e tem o potencial de ser uma experiência estimulante e gratificante para alguns ou uma experiência assustadora que provoca ansiedade para outros. Assim, os Programas de Preparação para o Parto e Nascimento são espaços promotores de informações para o casal, preparando-os para o parto e transição para a parentalidade. Como defendem Coutinho et al. (2014, p. 25), “a preparação proporciona momentos de aprendizagem e partilha de experiências entre grávidas, o que as leva a perceber que não estão sozinhas nesta fase de tantas alterações, não só no seu corpo, mas também na sua mente e na forma como ela se vê e é vista pela sociedade onde está inserida”.

A educação pré-natal existe na maioria dos países ocidentais para fortalecer e apoiar os pais e, assim, ajudá-los a lidar com o parto e as mudanças inerentes ao seu novo papel. Esta educação tornou-se parte integrante dos serviços de saúde e é um componente essencial do cuidado pré-natal, cujo objetivo comum é preparar os pais para o parto e a parentalidade. Para alcançar resultados ideais de saúde materna e neonatal, é importante investir em cuidados de educação pré-natal (Dean et al., 2013, p. 2).

O nascimento de um filho é um dos momentos mais importantes da vida do casal. Este é um momento repleto de alegria e de felicidade, mas configura-se simultaneamente como momento de ansiedade, dúvidas e medos. Neste sentido e como referem Silva e Lopes (2020, p.2), é importante que o casal tenha preparação para o parto e nascimento, o que passa por um plano de parto, que se “constituiu uma estratégia para promover o

envolvimento da mulher na preparação para e no trabalho de parto (TP) e para expressar as suas expectativas e desejos relacionados com o decurso do mesmo”. As mesmas autoras referem ainda que é essencial que “seja refletido pela mulher/casal, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas” (p. 2).

Até recentemente, as questões de gravidez e do parto eram, em grande parte, encaradas como domínio das mulheres, enquanto os homens permaneciam afastados. Desde meados da década de 1990, tem havido um ímpeto crescente de envolver os homens em programas de gravidez e parto, como parceiros, pais, membros da comunidade e decisores de questões familiares. Por exemplo, no Reino Unido, os homens foram ativamente incluídos em programas de saúde materno-infantil desde 1970. Na Suécia e na Noruega, a participação dos homens na saúde materno-infantil foi enfatizada na legislação desde 1995 (Maluka & Peneza, 2018, p. 2).

Em Portugal, os Programas Governamentais têm, através da Segurança Social e de outras entidades, como os serviços de saúde, procurado dar apoio à natalidade e à parentalidade, com recurso a várias estratégias, onde se inclui a preparação para o nascimento através dos Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade direcionados para a mulher/casal. Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros tem desempenhado um papel relevante apoiando a parentalidade, definindo competências específicas ao nível da EESMO, como forma de garantir a prestação de cuidados especializados numa fase da vida deveras importante quer para a grávida/feto, quer para a mulher/casal. Portanto, preparar os casais para o nascimento e para a transição para a parentalidade, apoiando-os para o seu novo papel, é um investimento de suma importância na prática profissional do EESMO. Em Portugal, a preparação para o parto é um direito legalmente estabelecido pela Lei nº. 142/99, de 31 agosto, ministrado por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, sendo caracterizado como um programa de educação para a saúde, para as grávidas e companheiros, com o objetivo principal de preparar e estimular a mulher a desempenhar um papel ativo ao longo da gravidez e trabalho de parto.

As transformações sociais têm também contribuído para a significativa importância dos conhecimentos que o casal deve ter. Os casais cada vez mais procuram informação para que se possam preparar melhor para o nascimento e para a parentalidade. Neste sentido os programas de preparação para o parto e nascimento dão resposta a essas necessidades, sendo um forte contributo para uma vivência da gravidez positiva e para a construção do papel parental (Amaro de Sousa, 2015, pp. 67-68).

De acordo com McDonald et al. (2014, p. 2), a preparação para o nascimento em grupo - casal - resulta em benefícios muito maiores do que de se só tiver a participação da mulher. Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde (2015), refere que o suporte recíproco entre o casal e a partilha de sentimentos entre esta díade é facilitador da expressão e esclarecimentos de dúvidas que o casal possa apresentar.

Perante a vivência da gravidez, o casal tem a necessidade de se preparar para o parto e para a parentalidade. Como tal, a sua participação nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento configura-se como um meio acessível, através do qual se promove a transição para a parentalidade, ou seja, o nascimento dos novos pais, com mais segurança, participativos e comprometidos com este seu novo papel. Este também se constituiu como um recurso para assegurar a vinculação entre a mãe/pai e filho (Whitford et al., 2014, p. 284).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a vinculação é definida como “ligação entre a criança e a mãe e/ou pai; formação de laços afetivos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 89). O processo de vinculação é influenciado por diferentes dimensões, mormente a nível biológico e psicológico, quer dos pais, quer do próprio recém-nascido, desenvolvendo-se durante a gestação, mas adquirindo vigor sobretudo no parto e no pós-parto. Assim, este processo não tem uma natureza imediata, mas sim progressiva, desde o processo gravídico até ao pós-parto, estabelecendo-se ligações que implicam a interação do casal e do recém-nascido. Esta vinculação pode ser estimulada ao longo da preparação para o nascimento.

Apesar da defesa do envolvimento masculino na educação pré-natal, existe uma necessidade não satisfeita de informação sobre educação pré-natal para os casais (Chikalipo et al., 2018, p. 2). Tendo em conta estes pressupostos, os mesmos autores realizaram um estudo para compreenderem mais profundamente o conteúdo educacional para casais durante sessões de Programas de Preparação para o Parto e Nascimento, no Malawi. Tratou-se de um estudo descritivo transversal exploratório, com recurso a uma abordagem qualitativa, com a realização de quatro *focus group* entre homens e mulheres de forma independente, foram também conduzidas uma discussão *focus group* com enfermeiras ESMO. Foi identificado um tema abrangente: necessidades de informação sobre educação pré-natal em casal. O tema tinha três subtemas que foram identificados com base nos três domínios do ciclo da maternidade que são a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o período pós-parto. Os temas mais emergentes foram: descrição da gravidez, cuidados a ter com a grávida, papel dos homens durante o período perinatal, preparação familiar para o parto e plano de preparação para o parto e nascimento, sexualidade durante a gravidez e após o parto e cuidados ao recém-nascido. Os mesmos

autores referem que a preparação para o parto e para o nascimento é um dos pilares dos cuidados pré-natais que tem por objetivo melhorar a saúde das mães, casal, bebê e a família. Através da informação obtida a partir de sessões de educação pré-natal, o casal fica melhor preparado para a gravidez, parto e transição para a parentalidade (Chikalipo et al., 2018, p. 2).

Silva e Lopes (2020, p. 1) referem que “o plano de parto é um processo reflexivo e de tomada de decisão do casal grávido, exposto num documento escrito, promovendo uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e a autonomia das mulheres”. Tendo por base este pressuposto, realizaram um estudo qualitativo, tipo exploratório-descritivo, inserido numa investigação mais vasta, cujo objetivo consistiu na descrição da expectativa do casal sobre o plano de parto. Participaram 10 casais que frequentaram o programa de preparação para o parto e nascimento de uma maternidade do centro de Portugal. As evidências do estudo mostram que metade dos participantes desconheciam o conceito de plano de parto, todavia, reconheceram a importância de poderem discutir as suas preferências com um EESMO como forma de terem “uma experiência de parto positiva”.

A literatura específica na área é unânime quanto à importância da preparação do casal para o parto e nascimento, ainda que grande parte se centre apenas na mulher, já começa a ter muita adesão por parte do casal, ou seja, já se verifica um crescendo do envolvimento masculino na saúde materna, incluindo a educação pré-natal (Andersson et al., 2018, p. 28). Este argumento é apoiado por outros estudos que demonstram uma lógica de que os homens tendem a participar em questões da saúde materno-infantil e cumprir os seus papéis de apoio como maridos e parceiros, procurando, assim, ao lado da sua companheira informações e conhecimento sobre a gravidez, parto e parentalidade precoce (Sardo & Pinheiro, 2018; Holanda et al., 2018; Chikalipo et al., 2018; Silva & Lopes, 2020).

A reforçar, Munkhondya et al. (2020, p. 304) referem que a gravidez e o parto, em muitos casos, particularmente em mulheres primíparas, de despoletar medo devido ao aumento da vulnerabilidade às complicações do parto e à morte materna em ambientes de poucos recursos. O medo do parto neste contexto refere-se a sentimentos de incerteza e ansiedade sobre a gravidez e o parto, havendo mulheres que descrevem o período pré-natal do parto como “um lugar de perigo” que pode ser prejudicial para elas próprias e para o recém-nascido. Deste modo, os mesmos autores defendem a necessidade de proporcionar ao casal programas de preparação para o parto e nascimento, para que haja uma saudável adaptação à gravidez e preparação para o parto e adaptação à parentalidade (alimentação, segurança, sono e vigilância da saúde do recém-nascido).

Na mesma linha de pensamento, Entsieh e Hallström (2016, p. 2) referem que os programas de preparação para o parto e nascimento destinam-se a preparar adequadamente os futuros e novos pais durante a transição para a parentalidade, sobre elementos da própria gravidez, trabalho de parto e parto, bem como sobre as competências gerais sobre parentalidade. No entanto, ainda em conformidade com os mesmos autores, o conteúdo da maioria dos programas de educação pré-natal não transmitem muitas informações aos pais, uma vez que a maior parte do tempo centra-se na educação dos pais expectantes sobre processos de trabalho de parto e parto, enquanto é dada pouca ou nenhuma informação sobre competências parentais. Elementos de autoconfiança, saúde emocional dos pais expectantes, competências parentais e a relação do casal estão entre os muitos aspetos deixados por abordar durante a preparação para o parto e nascimento. Quando questionados em retrospectiva, os pais relatam estar mais satisfeitos com os preparativos para o parto e sentem-se muito menos capacitados no que diz respeito aos preparativos para o nascimento (Entsieh & Hallström, 2016, p. 2).

A transição para a parentalidade tem várias definições e foi alargada da definição tradicional desde o período que começa com uma gravidez e termina alguns meses após o nascimento, para o início da transição com a decisão do casal de engravidar e a sua interrupção quando a criança tem entre dois e três anos de idade. É descrita como uma das transições mais desafiantes na vida quando ocorrem grandes mudanças na vida de pais expectantes (Polomeno, 2006, p. 35).

A família sofre um ciclo natural de desorganização e reorganização, num esforço para alcançar um nível de equilíbrio desejável. A relação do casal durante esta transição é mais frágil, pois têm de aprender a adaptar-se às mudanças físicas, psicológicas, emocionais e relacionais que ocorrem. Esta transição pode melhorar a relação do casal ou, nos piores casos, pode levar ao divórcio (Entsieh & Hallström, 2016, p. 2). Meleis et al. (2000, pp. 13-14) salienta que há uma série de fatores que ou melhoram ou inibem qualquer tipo de transições. Um desses fatores é a preparação e o conhecimento; onde o tempo suficiente para a preparação melhora positivamente a experiência de transição. Do mesmo modo, a aquisição de conhecimentos sobre o que ainda está por vir e o facto de estar “equipado” com estratégias de enfrentamento serve como um fator positivo para melhorar a transição (Meleis et al., 2000, p. 15).

A Organização Mundial de Saúde (2007) promove um maior envolvimento dos homens nos cuidados de saúde materna e infantil, assumindo que estes devem assumir um papel mais ativo durante o nascimento, para que não surjam sentimentos de ansiedade e medo do parto. Níveis elevados de medo são suscetíveis de ter um impacto na saúde emocional dos pais expectantes. Quando os homens vivenciam um sentimento de medo e

insegurança, pode também influenciar a sua capacidade de apoiarem emocional e fisicamente a sua parceira.

Neste contexto, Johansson et al. (2021, pp. 1-2) referem que há evidências científicas que 13% dos pais sofrem de sentimentos de ansiedade e de medo do parto. As taxas de prevalência podem diferir devido a várias razões, incluindo diversos contextos culturais, utilizando diferentes instrumentos de avaliação, diferentes sistemas estruturais de maternidade e diferentes definições de medo do parto. Os fatores associados aos pais com sentimentos de ansiedade e de medo do parto incluem a expectativa do seu primeiro filho, preferência por um parto por cesariana, experiência de um parto traumático. Níveis elevados de medo são suscetíveis de ter um impacto na saúde emocional do próprio casal e na sua experiência de parto. Quando o homem vivencia sentimentos de ansiedade e de medo do parto, pode também influenciar negativamente a sua capacidade de apoio emocional e físico e de 'disponibilidade' para a sua parceira. Pesquisas anteriores sugerem que a qualidade do apoio redutor do medo aos pais expectantes pode influenciar a forma como estes lidam com a sua transição para a parentalidade. Assim, Johansson et al. (2021, p. 2) referem que é vital promover programas de preparação para o parto e nascimento envolvendo o casal, dotando-os de competências emocionais e instrumentais que facilitem a transição para a parentalidade.

Neste sentido, os Programas de Preparação para o Parto e Nascimento são um recurso potencial para divulgar informações e abordar com o casal as suas necessidades, apoiando-os em todo o processo, desde a gravidez até ao pós-parto na transição para a parentalidade. Neste sentido, o EESMO deve promover a participação ativa do casal em Programas de Preparação para o Parto e Nascimento, tendo em conta as suas competências específicas, para que juntamente possam promover a participação do casal, dotando-os de literacia acerca do processo gravídico, trabalho de parto, parto e pós-parto, ou seja, para que se possa capacitar o casal para percorrer este caminho juntos.

### 3. Participantes e métodos

Neste capítulo descreve-se o tipo de estudo de investigação, seguindo-se a formulação dos objetivos e questões de investigação. Posteriormente são apresentados os participantes, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos metodológicos e éticos realizados. Este capítulo compreende também os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e as principais conclusões do estudo.

#### 3.1. Tipo de estudo

Estudo de investigação qualitativa, descritiva e exploratória, com enfoque fenomenológico-hermenêutico, como proposto por Max van Manen (Manen, 2014).

A investigação qualitativa recorre a uma variedade de métodos “para abordar uma problemática de forma naturalista e interpretativa”, isto é, “estuda-se o problema em ambiente natural, procurando interpretar os fenómenos em termos do que eles significam para os sujeitos”, recorre a uma multiplicidade de “materiais empíricos – estudo de caso, experiência pessoal, entrevistas, histórias de vida, introspeção – que descrevem rotinas e significados nas vidas dos sujeitos” (Coutinho, 2021, p. 328).

O processo de investigação qualitativa, enquanto “uma trajetória que vai do *campo* ao *texto* e do *texto* ao *leitor*”, sendo esta uma trajetória que se configura como um “processo reflexivo e complexo”, ou seja, o “investigador faz a pesquisa no terreno, para obter informação, orientando-se por duas persuasões básicas: persuasão científica que define e descreve a natureza da realidade social, e persuasão epistemológica que determina e orienta o modo de captar e compreender a realidade” (Aires, 2015, p. 16).

No que se refere à pesquisa fenomenológica, esta coloca a tónica no “individual e sobre a experiência subjetiva, ou seja, o investigador pretende conhecer e compreender um fenómeno - o seu problema de investigação – e, para o conseguir, vai reunir um conjunto de experiências vividas desse fenómeno, interpretá-las, analisá-las e extrair ... a *essência* do fenómeno” (Coutinho, 2021, p. 349). Tem como finalidade a dissemelhança entre a aparência e os fatores principais, de tal maneira que o investigador procura perceber a experiência subjetiva imediata como base do conhecimento, desde a perspectiva dos sujeitos individuais. Por outras palavras, o método fenomenológico contribui para a investigação qualitativa porque enfatiza o interesse em conhecer de que forma os participantes

experienciam e interpretam a realidade que constroem em interação (Coutinho, 2021, p. 349).

A abordagem fenomenológica hermenêutica consiste num método com processos rigorosos e coerentes das dimensões éticas da experiência quotidiana, dificilmente acessível por outros métodos usuais de investigação (Guillen, 2019, p. 217). A mesma autora salienta que a fenomenologia teve origem na palavra grega fenómeno que significa algo que se mostra e manifesta que se pode tornar visível por si só. Esta abordagem concentra-se na forma como os indivíduos compreendem os significados das experiências vividas. A abordagem surge como uma oposição ao naturalismo, uma vez que observa o indivíduo e erradica a intencionalidade e intuição dos observadores. Para Husserl (1992, p. 52), a fenomenologia concede um novo método descritivo e um método de ciência apriorística que se decompõe a partir dela e se destina a fornecer o meio fundamental para uma filosofia rigorosamente científica. Por outro lado, Heidegger (2006, p. 99) sustenta que a fenomenologia enfatiza a ciência dos fenómenos. Isto é, baseia-se em permitir e perceber o que se mostra, tal como se mostra a si próprio e tanto quanto se mostra a si próprio. Consequentemente é um fenómeno objetivo, sendo assim verdadeiro e científico, ao mesmo tempo. A fenomenologia tem como objetivo transportar uma investigação exaustiva e atingir a raiz, ou seja, o campo onde a experiência é materializada, a “coisa em si”, como as coisas são para a consciência.

Van Manen (2014) refere que a metodologia fenomenológica, em primeira pessoa, proporciona um acesso direto com os significados atribuídos pela pessoa, originando resultados reais. O carácter distintivo da abordagem em primeira pessoa “as-lived/lived-through” reside na sua capacidade de revelar os contextos ocultos que moldam as formas de ser, pensar e agir de cada pessoa. Quando estes contextos são revelados, permite a criação de novos contextos que conferem ao investigador mais espaço e mais graus de liberdade para analisar eficazmente a autoexpressão natural. Para o autor, a fenomenologia, como metodologia, compreende métodos filosóficos, filológicos e das ciências humanas, sendo a *epoché* e a simplificação elementos fulcrais num estudo fenomenológico, que permite ao investigador aceder à experiência vivida pelos outros, no caso concreto as experiências vivenciadas por casais em Programas de Preparação para o Parto e Nascimento. A compreensão da experiência humana através deste tipo de estudo configura-se como um contributo de grande relevância ao nível do desenvolvimento da prática do cuidar em enfermagem. Em suma, e ainda à luz do pensamento de Van Manen (2014), a finalidade da fenomenologia consiste na criação de um texto que evoque as experiências tal como são vivenciadas pelas pessoas, o que pode ser feito com recurso a várias fontes que lhe possibilitem aclarar o sentido do fenómeno em estudo. Neste sentido, através de

entrevistas a casais que participaram em Programas de Preparação para o Parto e Nascimento, procura-se ter acesso às suas experiências e ao significado que cada um lhes atribui.

### 3.2. Formulação dos objetivos e questão de investigação

O cuidado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO) tem como foco a gravidez e parto, tidos como eventos fisiológicos. Nesta fase, os casais, por norma, estão “muito motivados e recetivos a informação que os ajude a prepararem-se para o nascimento do seu filho, procuram apoio e orientação sobre gravidez e o parto no sentido de se sentirem mais seguros e confiantes”, sendo esta aprendizagem feita, em muitos casos, de maneira “incorreta e empírica, interiorizada por histórias relatadas de gravidezes e partos complicados, através sobretudo da tradição oral” (Mourato, 2015, pp. 10-11). Assim sendo, o EEESMO desempenha um papel crucial para dar resposta às necessidades dos casais grávidos. Este profissional de saúde, nos Programas de preparação para o parto e nascimento, “encontra-se numa posição privilegiada para desenvolver intervenções”, que têm como finalidade desenvolver as “competências dos casais, que contribuem para uma parentalidade saudável” (Mourato, 2015, p. 11).

A literatura científica demonstra que os casais que fazem preparação para o parto e nascimento revelam uma transição para a parentalidade de forma mais saudável (Silva & Lopes, 2020, p. 2). Assim, conhecer as vivências dos casais sobre a preparação para o parto e nascimento é importante para aumentar a consciência da relação entre as decisões e as escolhas e para tomar decisões responsáveis e informadas. Neste sentido, é essencial para reforçar a literacia em saúde do casal sobre o processo gravídico, trabalho de parto, parto e cuidados ao recém-nascido, incluindo o apoio crucial do EEESMO.

A preocupação com este tema surge de um contexto profissional e também porque a investigadora teve a oportunidade de participar no programa de preparação para o parto e nascimento, durante o estágio de promoção da saúde da mulher. Por outro lado, porque, de acordo com as evidências científicas, estes programas centram-se cada vez mais nas escolhas seguras de casais informados, contribuindo para melhores resultados em obstetrícia e neonatologia. Desta forma, o programa de preparação para o parto e nascimento é uma ferramenta importante para a vivência de experiências positivas do nascimento, contribuindo para o *empowerment* e satisfação dos casais no processo de nascimento dos seus filhos.

Face a estes pressupostos, pretende-se compreender as vivências do casal nos programas de preparação para o parto e nascimento.

Decorrente destes objetivos, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais as vivências do casal nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento?

### 3.3. Participantes

Participaram neste estudo cinco homens e cinco mulheres que frequentaram um programa de preparação para o parto e nascimento há menos de um ano.

#### Caracterização dos/as participantes do estudo

Dos 10 participantes, 60,0% situam-se na faixa etária dos 32-36 anos e 40,0% possuem idade entre os 25-31 anos, sendo que metade se encontra na situação de casada/união de facto e a outra metade dos participantes está solteira. São todos de nacionalidade portuguesa. No que se refere às habilitações literárias, 50,0% possuem a licenciatura, 40,0% o ensino secundário e um participante o terceiro ciclo do ensino básico, estando 90,0% a trabalhar a tempo inteiro, com uma participante desempregada. As profissões variam entre empresário (n=2; 20,0%) e empregada de mesa. Todos vivem com companhia e em meio urbano (cf. tabela 6).

Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>
<b>Idade</b>	
25-31 anos	4
32-36 anos	6
<b>Estado civil</b>	
Casado/União de facto	5
Solteiro	5
<b>Nacionalidade</b>	
Portuguesa	10
<b>Habilitações literárias</b>	
Terceiro ciclo do ensino básico	1
Ensino secundário	4
Licenciatura	5
<b>Situação profissional</b>	
Trabalhar a tempo inteiro	9
Desempregada	1
<b>Profissão</b>	
Administrativo	2
Empresário	1
Esteticista	1
GS-Admin (Supervisor de análise de dados desportivos)	1
Instrutora de pilates	1
Engenheiro civil	1
Mecânico	1
Empregada de mesa	1
Desempregado	1

<b>Coabitação</b>	
Viver com companhia	10
<b>Zona de residência</b>	
Meio urbano	10

### 3.4. Instrumento de recolha de dados

Como método de recolha de dados optou-se por um guião de entrevista fenomenológica, precedido de um protocolo de recolha de dados de caracterização sociodemográfica, profissional e dados contextuais à gravidez e nascimento, através de um questionário (cf. anexo I) que permitiu a compreensão do fenómeno em estudo.

Para a caracterização dos/as participantes foi recolhida a seguinte informação:

Parte I - Caracterização sociodemográfica e profissional: com 8 questões sobre: a idade, estado civil, nacionalidade, habilitações literárias, situação profissional, profissão, coabitação e zona de residência.

Parte II - Dados contextuais à gravidez e nascimento: possui 10 questões acerca: do local em que frequentou o programa de preparação para o parto e nascimento, tempo de gestação, número de gravidezes, gravidez planeada, número de consultas de vigilância da gravidez, momento da primeira consulta de vigilância da gravidez; gravidez de risco/normal; tipo de parto; peso do bebé ao nascimento; idade do bebé no momento da entrevista.

Parte III – Vivências do casal nos programas de preparação para o parto e nascimento: composto por questões abertas, que permitiram que o casal falasse livremente acerca do tema em análise: o significado da participação num Programa de Preparação para o Parto e Nascimento durante a gravidez; experiências durante a frequência deste programa; constrangimentos vivenciados durante a gravidez; estratégias utilizadas para fazer face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez; significado dos cuidados que recebeu por parte de um enfermeiro de cuidados gerais e de um EEESMO durante a sua gravidez; significado do acompanhamento que teve por parte da pessoa significativa durante a gravidez e programas de preparação para o parto, parto e pós parto; qual a pessoa significativa; significado da pessoa significativa durante o parto; benefícios sentidos durante a gravidez, durante o trabalho de parto, parto e pós parto decorrentes da participação no programa de preparação para o parto e nascimento.

### 3.5. Procedimentos metodológicos

As entrevistas decorreram entre os dias 27/01/2022 e 16/02/2022, e tiveram uma duração entre 25 a 35 minutos, sendo a duração média de 30 minutos.

Tendo em consideração os objetivos delineados, recorreu-se à análise qualitativa dos dados recolhidos por gravação de entrevista, que depois de serem transcritas os dados foram analisados com ajuda do software Nvivo® versão 12.

Nos resultados obtidos, os números apresentados nas tabelas referem-se não ao número de participantes, mas sim ao número de unidades de registo (UR) identificadas, isto é, a frequência com que determinada ideia aparece na voz dos/as participantes. O n representa o número de participantes.

A análise dos resultados foi apresentada por ordem decrescente relativamente ao número das unidades de registo. A terminologia utilizada na apresentação dos resultados por ordem decrescente foi: categoria, subcategoria e subespecificação.

No final da análise categorial procedeu-se à análise qualitativa de dados, tendo emergido dez categorias.

### 3.6. Procedimentos éticos

Qualquer processo de pesquisa deve iniciar-se com a explicação dos objetivos do estudo. Foi garantida e assegurada a confidencialidade dos participantes no estudo, bem como a confidencialidade dos dados aquando da sua análise. As entrevistas foram gravadas apenas pela investigadora envolvida no projeto, que as guardou em computador próprio com sistema de bloqueio. A investigadora realizou a transcrição das entrevistas que serão destruídas, conforme vontade dos participantes, após discussão e apresentação do trabalho em provas públicas. Todos os dados foram codificados com atribuição de um nome fictício, impossibilitando a sua identificação com a fonte. Assegurou-se que estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas

singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados).

#### **4. Resultados**

Para a análise dos resultados, teve-se em conta a questão de investigação que orienta este estudo.

Em primeiro lugar apresentam-se os resultados relativos à gravidez e nascimento.

##### **Dados contextuais à gravidez e nascimento**

Todos os participantes referiram que a gravidez foi normal, tendo 6 deles relatado que a mesma foi planeada e 4 disseram ter sido não planeada. A idade atual do bebé varia de 15 dias a 9 meses. Cinco participantes referiram que o local de frequência de preparação para o parto e nascimento foi no público, tendo outros cinco referenciado o privado. Todos os participantes mencionaram que a gravidez foi vigiada, com prevalência (n=8) dos que relataram terem mais de seis consultas de vigilância da gravidez. Prevaecem os participantes que esta foi a primeira gravidez (n=8). Em grande parte dos casos, o bebé pesava mais de 3 Kg ao nascimento (n=9). O tempo de gestação varia entre as 38-39 semanas e as 40-41 semanas, com predomínio das 38-39 semanas (n=6). A gravidez normal ocorreu em 9 participantes (cf. tabela 7).

Tabela 7: Dados contextuais à gravidez e nascimento

Dados contextuais à gravidez e nascimento	n
<b>Gravidez</b>	
Normal	10
<b>Gravidez planeada</b>	
Planeada	6
Não planeada	4
<b>Idade atual do bebê</b>	
Dezassete dias	1
Dois meses e três semanas	1
Nove meses	1
Onze meses	1
Quatro meses	1
Quinze dias	1
Sete meses	2
Três meses	1
Três meses e dez dias	1
<b>Local de frequência de preparação para o parto e nascimento</b>	
No público	5
No privado	5
<b>Número de consultas de vigilância da gravidez</b>	
Mais do que seis consultas	8
Seis consultas	2
<b>Número de gravidezes</b>	
Primeira gravidez	8
Duas gravidezes	1
Terceira gravidez	1
<b>Peso do bebê ao nascimento</b>	
Mais de 3 Kg	9
Três Kg	1
<b>Primeira consulta de vigilância da gravidez</b>	
Antes da gravidez	5
Primeiro trimestre	9
<b>Tempo de gestação</b>	
38-39 semanas	6
40-41 semanas	4
<b>Tipo de parto</b>	
Parto normal	8
Cesariana	2

Da análise qualitativa dos dados realizada emergiram dez categorias: **categoria 1** “**Benefícios atribuídos pelo casal ao Programa**”, com duas subcategorias: “Benefícios para a mulher” (26 subespecificações; Aprender a controlar o corpo, Aprender a fazer exercícios de relaxamento, Aprender a fazer exercícios para o alívio das dores lombares, Atenuar os medos, Compreender as dificuldades, Conhecer as alterações do corpo, Controlar a dor, Ficar mais capaz de resolver situações inesperadas, Obter conhecimentos, Obter explicações pormenorizadas acerca do que vai acontecer, Partilhar a experiência com o companheiro, Partilhar experiências com outras mulheres, Poder conhecer previamente os Enfermeiros da sala de partos, Praticar exercícios de Kegel, Preparar para o desenvolvimento da gravidez, Preparar para o parto e pós-parto, Preparar psicologicamente, Controlar a ansiedade, Controlar o medo, Promover segurança e tranquilidade, Recomendar a experiência às amigas, Sentir acompanhamento profissional, Sentir-se ajudada, Ser bom, Unir mais o casal, Visitar o hospital); “Benefícios para o homem” (com 14 subespecificações: Acompanhar a mulher durante o Programa, Adquirir experiência e conhecimento, Apoiar a mulher, Aprender a preparar a mala da maternidade, Aprender sobre os cuidados ao recém-

nascido, Compreender as alterações psicológicas da companheira, Conhecer as estratégias facilitadoras do trabalho de parto, Descontrair, Esclarecer dúvidas, Obter conhecimento, Preparar para o desempenho da parentalidade, Proporcionar mais tranquilidade, Realizar e incentivar a mulher para técnicas de relaxamento, Sentir-se apoiado); **categoria 2 “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez”** (7 subcategorias: Desconhecimento sobre o processo gravídico, Dificuldade em saber como ajudar, Falta de preparação para o nascimento do filho, Impedimento para assistir ao nascimento do filho, Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher, Medo do desconhecido, Preocupação constante com o bem-estar da mulher); **categoria 3 “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez”** (10 subcategorias: Azia, Cansaço, Desconforto abdominal, Dor ciática, Dor lombar, Edema dos membros inferiores, Incontinência urinária, Insônia, Náuseas, Sonolência); **categoria 4 “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez”** (10 subcategorias: Abstrair-se dos problemas, Colocar em prática o que aprendeu com a enfermeira, Nenhuma estratégia, Participar no programa de preparação para o parto e nascimento, Passear com a esposa, Praticar exercícios de Kegel, Realizar as tarefas domésticas, Realizar exercícios de mobilidade da bacia, Recorrer à fisioterapia, Recorrer a terapêutica para as náuseas); **categoria 5 “Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados”**, que se subdivide em duas subcategorias: “Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal”, com 2 subespecificações (Avaliar sinais e sintomas de doença e Esclarecer dúvidas), “Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal”, com 5 subespecificações (Apoiar na amamentação, Capacitar para a gravidez, parto e nascimento, Esclarecer dúvidas, Escutar ativamente, Transmitir conhecimentos específicos); **categoria 6 “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher”** com duas subcategorias, designadamente: “Valorizadas pela mulher”, com 7 subespecificações (Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto, Ajudar a passar todas as dificuldades, Apoiar, Apoiar na amamentação, Estar presente, Promover relaxamento, Tomar conta do bebé); “Valorizadas pelo homem” com 5 subcategorias (Ajudar, Envolver-se intensamente na experiência, Esclarecer dúvidas, Partilhar conhecimento, Tranquilizar); **categoria 7 “Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal”** com duas subcategorias (Desatualizada e Incapacidade de ajuda efetiva); **categoria 8 “Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa”** constituída por 5 subcategorias (Compreensão, Confiança, Segurança e tranquilidade, Sentir que foi importante, Ser importante a nível físico); **categoria 9 “Transição para a parentalidade”** na qual emergiram 3 subcategorias (Ausência da consciencialização do papel de pai, Sentir-

se envolvido, Sentir-se próximo da companheira); **categoria 10 “Atributos da equipa de Enfermagem manifestados pelo casal”**, com duas subcategorias (Atributos da EESMO valorizados pelo casal, que contém 4 subespecificações (Cativante, Competência profissional na área da especialidade, Capacidade de ajuda, Extraordinária no cuidar”; Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal (3 subespecificações: Boa pessoa, Capacidade relacional, Disponibilidade).

### **Categoria 1 - Benefícios atribuídos pelo casal ao programa**

A **Categoria 1 “Benefícios atribuídos pelo casal ao programa”** é formada por duas subcategorias, sendo a primeira referente aos “Benefícios para a mulher”, que contém 26 subespecificações, sendo as mais referenciadas “Obter conhecimentos” (16 Ur), “Controlar a dor” com 10 Ur, “Sentir-se ajudada” e “Ser bom”, ambas com 6 Ur. Quanto aos “Benefícios para o homem”, formada por 14 subespecificações, as mais referenciadas foram: “Aprender sobre os cuidados ao recém-nascido” (14 Ur), e “Preparar para o desempenho da parentalidade” (7 Ur) (cf. tabela 8).

Tabela 8: Benefícios atribuídos pelo casal ao programa

<b>Benefícios atribuídos pelo casal ao Programa</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
<b>Benefícios para a mulher</b>		
Obter conhecimentos	6	16
Controlar a dor	3	10
Sentir-se ajudada	5	6
Ser bom	3	6
Unir mais o casal	3	4
Preparar para o parto e pós-parto	3	4
Aprender a controlar o corpo	3	3
Aprender a fazer exercícios de relaxamento	3	3
Conhecer as alterações do corpo	2	3
Ficar mais capaz de resolver situações inesperadas	2	3
Sentir acompanhamento profissional	2	2
Compreender as dificuldades	2	2
Partilhar experiências com outras mulheres	1	2
Obter explicações pormenorizadas acerca do que vai acontecer	1	2
Preparar para o desenvolvimento da gravidez	2	2
Preparar psicologicamente	2	2
Promover segurança e tranquilidade	2	2
Partilhar a experiência com o companheiro	1	1
Poder conhecer previamente os Enfermeiros da sala de partos	1	1
Praticar exercícios de Kegel	1	1
Controlar a ansiedade	1	1
Controlar o medo	1	1
Recomendar a experiência às amigas	1	1
Aprender a fazer exercícios para o alívio das dores lombares	1	1
Atenuar os medos	1	1
Visitar o hospital	1	1
<b>Benefícios para o homem</b>		
Aprender sobre os cuidados ao recém-nascido	6	14
Obter conhecimento	4	9
Preparar para o desempenho da parentalidade	4	7
Conhecer as estratégias facilitadoras do trabalho de parto	3	5
Adquirir experiência e conhecimento	4	4
Compreender as alterações psicológicas da companheira	3	4
Apoiar a mulher	2	3
Proporcionar mais tranquilidade	1	3
Realizar e incentivar a mulher para técnicas de relaxamento	1	3
Esclarecer dúvidas	2	2
Aprender a preparar a mala da maternidade	1	1
Descontrair	1	1
Acompanhar a mulher durante o Programa	1	1

## **Categoria 2 - Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez**

A categoria 2 “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez” é formada por 7 subcategorias: “Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher” (5 Ur) e “Desconhecimento sobre o processo gravídico” (3 Ur), sendo as mais referenciadas, seguindo-se o “Impedimento para assistir ao nascimento do filho”, “Dificuldade em saber como ajudar”, “Falta de preparação para o nascimento do filho”, “Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher”, “Medo do desconhecido, Preocupação constante com o bem-estar da mulher” (cf. tabela 9).

Tabela 9: Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez

<b>Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher	3	5
Desconhecimento sobre o processo gravídico	1	3
Impedimento para assistir ao nascimento do filho	2	2
Dificuldade em saber como ajudar	1	1
Falta de preparação para o nascimento do filho	1	1
Medo do desconhecido	1	1
Preocupação constante com o bem-estar da mulher	1	1

### **Categoria 3 - Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez**

Na **categoria 3 “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez”** emergiram 10 subcategorias: o “cansaço” (7 Ur); “dor lombar” (3 Ur), “dor ciática” (3 Ur), com menor referência à “azia”, “desconforto abdominal”, “edema dos membros inferiores”, “incontinência urinária”, “insônia”, “náuseas”, “sonolência” (cf. tabela 10).

Tabela 10: Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez

<b>Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
Cansaço	2	7
Dor lombar	3	3
Dor ciática	1	3
Azia	1	1
Desconforto abdominal	1	1
Edema dos membros inferiores	1	1
Incontinência urinária	1	1
Insônia	1	1
Náuseas	1	1
Sonolência	1	1

### **Categoria 4 - Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez**

No que se refere à **categoria 4 “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez”**, a mesma é composta por 10 subcategorias: “Abstrair-se dos problemas”, “colocar em prática o que aprendeu com a enfermeira”, “Nenhuma estratégia”, “Participar no programa de preparação para o parto e nascimento”, “Passear com a esposa”, “Praticar exercícios de Kegel”, “Realizar as tarefas domésticas”, “Realizar exercícios de mobilidade da bacia”, “Recorrer à fisioterapia”, “Recorrer a terapêutica para as náuseas”, sendo as mais referenciadas “Abstrair-se dos problemas” (4 Ur), “Passear com a esposa” e “Praticar exercícios de Kegel”, ambas referenciadas 2 vezes (cf. tabela 11).

Tabela 11: Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez

<b>Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
Abstrair-se dos problemas	3	4
Passear com a esposa	3	3
Praticar exercícios de Kegel	1	3
Colocar em prática o que aprendeu com a enfermeira	1	2
Nenhuma estratégia	2	2
Realizar as tarefas domésticas	2	2
Realizar exercícios de mobilidade da bacia	1	2
Participar no Programa de Preparação para o parto e nascimento	1	1
Recorrer à fisioterapia	1	1
Recorrer a terapêutica para as náuseas	1	1

### **Categoria 5 - Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados**

A categoria 5 “Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados” subdivide-se em duas subcategorias: “Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal”, com 2 subespecificações “Transmitir conhecimentos específicos”, sendo esta a mais referenciada (11 Ur), “Avaliar sinais e sintomas de doença”, “Esclarecer dúvidas”; “Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal”, com 5 subespecificações: “Esclarecer dúvidas”, mais reiterada pelos participantes (5 Ur), “Capacitar para a gravidez, parto e nascimento”, “Apoiar na amamentação” e “Escutar ativamente” (cf. tabela 12).

Tabela 12: Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados

<b>Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
<b>Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal</b>		
Transmitir conhecimentos específicos	8	11
Avaliar sinais e sintomas de doença	2	2
Esclarecer dúvidas	1	2
<b>Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal</b>		
Esclarecer dúvidas	3	5
Capacitar para a gravidez, parto e nascimento	3	3
Apoiar na amamentação	2	3
Escutar ativamente	1	1

### **Categoria 6 Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher**

A categoria 6 “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher” tem duas subcategorias, sendo a primeira relativa às intervenções “Valorizadas pela mulher”, com 7 subespecificações: “Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto”, sendo esta a mais referenciada”, “Estar presente”, “Apoiar na amamentação”, “Promover relaxamento”, “Tomar conta do bebé”, sendo estas 5 as mais referenciadas (2 Ur cada uma), “Ajudar a passar todas as dificuldades, “Apoiar”; a subcategoria intervenções

“Valorizadas pelo homem” detém 5 subcategorias: “Partilhar conhecimento”, sendo a mais referida (4 Ur), “Ajudar”, “Envolver-se intensamente na experiência”, “Esclarecer dúvidas” e “Tranquilizar” (cf. tabela 13).

Tabela 13: Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher

<b>Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
<b>Valorizadas pela mulher</b>		
Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto	2	2
Estar presente	2	2
Apoiar na amamentação	1	2
Promover relaxamento	1	2
Tomar conta do bebé	1	2
Ajudar a passar todas as dificuldades	1	1
Apoiar	1	1
<b>Valorizadas pelo homem</b>		
Partilhar conhecimento	2	4
Ajudar	2	2
Envolver-se intensamente na experiência	2	2
Tranquilizar	1	2
Esclarecer dúvidas	1	1

### **Categoria 7 - Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal**

No que diz respeito à categoria 7 “Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal”, a mesma comporta duas subcategorias, sendo a mais referenciada a “Incapacidade de ajuda efetiva” (12 Ur) (cf. tabela 14).

Tabela 14: Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal

<b>Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
Incapacidade de ajuda efetiva	6	12
Desatualizada	2	2

### **Categoria 8 - Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa**

A categoria 8 “Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa” é constituída por 5 subcategorias: “Sentir que foi importante”, “Segurança e tranquilidade”, “Compreensão”, “Confiança” e “Ser importante a nível físico”, destacando-se “Sentir que foi importante”, com 6 Ur (cf. tabela 15).

Tabela 15: Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa

<b>Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
Sentir que foi importante	5	6
Segurança e tranquilidade	2	3
Compreensão	1	1
Confiança	1	1
Ser importante a nível físico	1	1

### **Categoria 9 - Transição para a parentalidade**

Quanto à **categoria 9 “Transição para a parentalidade”**, emergiram 3 subcategorias “Ausência da consciencialização do papel de pai” (2 Ur), “Sentir-se envolvido” (1 Ur) e “Sentir-se próximo da companheira” (1 Ur) (cf. tabela 16).

Tabela 16: Transição para a parentalidade

<b>Transição para a parentalidade</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
Ausência da consciencialização do papel de pai	2	2
Sentir-se envolvido	1	1
Sentir-se próximo da companheira	1	1

### **Categoria 10 - Atributos da equipa de Enfermagem manifestados pelo casal**

A **categoria 10 “Atributos da equipa de Enfermagem manifestados pelo casal”** compõe-se por duas subcategorias, consistindo a primeira nos “Atributos da EESMO valorizados pelo casal”, que contém 4 subespecificações, sendo a mais referenciada “Extraordinária no cuidar” (10 Ur), seguindo-se “Cativante” (7 Ur), “Capacidade de ajuda” (5 Ur) e “Competência profissional na área da especialidade” (1 Ur); a segunda subcategoria denomina-se “Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal”, com 3 subespecificações: “Boa pessoa” (4 Ur), “Disponibilidade” (3 Ur) e “Capacidade relacional 2 (2 Ur) (cf. tabela 17).

Tabela 17: Atributos da equipa de Enfermagem manifestados pelo casal

<b>Atributos da equipa de Enfermagem manifestados pelo casal</b>	<b>N</b>	<b>Ur</b>
<b>Atributos da EESMO valorizados pelo casal</b>		
Extraordinária no cuidar	5	10
Cativante	4	7
Capacidade de ajuda	2	5
Competência profissional na área da especialidade	1	1
<b>Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal</b>		
Boa pessoa	4	4
Disponibilidade	3	3
Capacidade relacional	2	2



## 5. Discussão

As categorias desocultadas no presente estudo, respetivas subcategorias e subespecificações serão discutidas à luz das evidências apresentadas por outros estudos. Deste modo, a apresentação da discussão seguirá a mesma ordem da apresentação dos resultados, ou seja, das dez categorias já mencionados anteriormente.

No que se refere aos “Benefícios atribuídos pelo casal ao programa”, os mesmos subdividiram-se pelos “Benefícios para a mulher”, onde se destacou “Obter conhecimentos”, “Controlar a dor”, “Sentir-se ajudada” e “Ser bom”. Quanto aos “Benefícios para o homem”, o que mais foi referenciado foi “Aprender sobre os cuidados ao recém-nascido” e “Preparar para o desempenho da parentalidade”. Estes resultados são corroborados pelas evidências encontradas por Yohai et al. (2018, pp. 49-51), em que as mulheres referiram que a frequência no programa de preparação para o parto e nascimento contribuiu para ganhos de conhecimentos, conhecer técnicas para controlo da dor, o que lhes transmitiu uma sensação de tranquilidade, pois perceberam que estavam a ser ajudadas/apoiadas. Destacou-se também o facto de ficarem mais capacitadas para os cuidados ao recém-nascido, sendo um meio facilitador de uma transição mais positiva para a parentalidade.

Verificou-se que, em relação aos “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez”, a “Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher” e “Desconhecimento sobre o processo gravídico” foram os constrangimentos mais referidos pelos homens. Estes resultados comprovam a relevância do homem também participar nos programas de preparação para o parto e nascimento, dotando-os de mais conhecimentos sobre como poder acompanhar a companheira durante o processo gravídico. Como referem Coutinho et al. (2016, p. 436), o homem tem de ser mais incentivado a envolver-se desde a gravidez até à transição para a parentalidade, fazendo-o sentir que está a desempenhar um papel ativo no processo, encoraja-o a desenvolver laços mais estreitos e íntimos que conduzem a uma consolidação da unidade familiar, a assunção de um papel parental para além de ser capaz de partilhar toda esta experiência com a mãe e contribuir para o seu bem-estar. A equipa de profissionais de saúde tem um papel crucial na integração do pai em todo este processo, com a sua presença a refletir-se também na humanização dos cuidados de saúde. De acordo com os mesmos autores, há muitos benefícios do envolvimento paterno em todo este processo, pois ao acompanhar a mãe desde momento da gravidez, com uma presença ativa durante o parto e desfrutando de todo o processo, partilhando emoções e sentimentos, estar-se-á a contribuir para a humanização dos cuidados e para uma ligação afetiva entre a tríade. Deste modo, o desempenho do EEESMO reflete-se na

inclusão do pai nos programas de preparação para o parto e nascimento, sendo um espaço onde este pode desmistificar tabus, obter mais conhecimentos sobre como apoiar a companheira durante a gravidez, ultrapassando todos os constrangimentos que podem resultar em ansiedade e instabilidade entre o próprio casal.

Apurou-se que os “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez” mais referenciados foram o “cansaço”, “dor lombar” e “dor ciática”. Estes desconfortos são próprios da gestação, que marca um período de significativas modificações no corpo da mulher que podem ser percebidas desde o primeiro trimestre, sendo algumas delas mais subtis, mas que se vão aumentando e intensificando ao longo de todo o processo gravídico. Neste sentido, é fundamental que o casal esteja desperto quer para a importância dos cuidados de vigilância pré-natal, sintomas fisiológicos comuns da gravidez e ter conhecimento dos sinais de alerta, sendo estes temas abordados nos programas de preparação para o parto e nascimento. A assistência em saúde pré-natal é promotora da literacia em saúde materna-fetal para o casal. Neste contexto, a frequência nos programas constitui uma oportunidade para o EEESMO ensinar e aconselhar o casal, o que irá ter repercussões positivas na sua saúde e no seu contexto familiar. “Muitas mulheres saudáveis vivenciam uma variedade de sintomas ou desconfortos que surgem devido às mudanças fisiológicas normais, da adaptação do corpo à gravidez”, podendo conservar-se ao longo de todo o período gestacional ou ser temporários (DGS, 2015, p. 57). Estas transformações a diferentes níveis durante o processo gravídico, paralelamente às preocupações com o bem-estar fetal e com o seu próprio bem-estar, devem ser foco de atenção do EEESMO. Os desconfortos inerentes às adaptações fisiológicas da gravidez podem levar a problemas de saúde a nível do bem-estar físico e psicológico da mulher, afetando negativamente a sua qualidade de vida e, posteriormente, a sua relação com a criança, parceiro e outros membros da família (Guerra et al., 2014, p. 119). No seu estudo, Santos (2018, p. 64), também verificou que a maioria das mulheres entrevistadas referiu, como principais desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez, o “cansaço, a dor e os edemas nos membros inferiores”. No presente estudo, as “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez” mais referenciadas foram “Abstrair-se dos problemas”, “Passear com a esposa” e “Praticar exercícios de Kegel”.

No estudo de Mourato (2015, p. 16), ficou demonstrado que “os EEESMO consideraram importante que a grávida conheça o que se passa consigo, com o seu corpo, todos os processos e mecanismos em que está e irá passar, sendo que a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério serão momentos que têm de ser compreendidos através de preparação adequada”. Os EEESMO do seu estudo demonstraram a necessidade de reduzir “a ansiedade, o medo e a dor”, designadamente “através da

desmistificação de preconceitos baseados em tradições orais e escritas, mitos e ritos”. Duarte e Mamede (2013, pp. 120-121), num estudo quantitativo com 74 grávidas, verificaram que as orientações prestadas pela equipa de enfermagem foram: “local e serviços de atendimento ao parto cuidados com o recém-nascido 17,5%, aleitamento materno, sinais de trabalho de parto e modificação corporais”.

Os participantes referiram “Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados”, que se subdividiram em “Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal”, com duas subespecificações “Transmitir conhecimentos específicos”, sendo esta a mais referenciada, e “Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal”, com cinco subespecificações, onde “Esclarecer dúvidas” foi a mais reiterada pelos participantes. Importa referir que os participantes identificaram lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo a mais referenciada a “Incapacidade de ajuda efetiva”. Neste contexto, enfatiza-se que os enfermeiros desempenham um papel ativo na preparação para o parto e nascimento, cujas intervenções devem ocorrer através da educação para a saúde, da promoção do autocuidado e adaptação à parentalidade, transmitindo conhecimentos específicos e esclarecer dúvidas. Neste contexto, e mais especificamente, o EEESMO tem um papel muito relevante para capacitar o casal grávido, fornecer-lhes todas as “ferramentas” necessárias para possam solucionar as suas dúvidas. Entsieh e Hallström (2016, p. 2) referem que os programas de preparação para o parto e nascimento destinam-se a preparar adequadamente os futuros e novos pais durante a transição para a parentalidade, sobre elementos da própria gravidez, trabalho de parto e parto, bem como sobre as competências gerais sobre parentalidade, o que se assume de grande importância, atendendo ao facto de se ter constatado que, em relação à “Transição para a parentalidade”, dois participantes relataram que antes da frequência do programa havia a “Ausência da consciencialização do papel de pai” e, após a sua frequência, emergiu o sentimento de “Sentir-se envolvido”. Os homens têm estado cada vez mais envolvidos na preparação para o parto e nascimento, sendo a sua participação considerada como benéfica para a saúde de toda a família. Vulpen et al. (2021, pp. 9-10), após uma revisão de oito estudos qualitativos acerca do tema, verificaram que os pais vivenciam uma falta de conhecimentos e uma necessidade de estar melhor preparados, expressando querer estar mais envolvidos, precisando de orientação, informação e respostas claras para os ajudar a cumprir um papel de apoio à companheira. Os pais desconsideram as suas próprias necessidades para se concentrarem nas necessidades da mãe. Estar presente nos programas de preparação para o parto e nascimento tem estado associado a uma parentalidade mais empenhada e madura e tem sido descrito como um benefício para a

saúde dos pais, das companheiras e filhos. Pode também fortalecer a relação entre os casais e facilitar a ligação entre pais/bebé (Allport et al., 2018, p. 747).

Neste contexto é ainda de referir que os participantes referenciaram atributos da equipa de Enfermagem, mais concretamente “Atributos da EESMO valorizados pelo casal”, onde sobressaiu ser “Extraordinária no cuidar”, seguindo-se “Cativante”, “Capacidade de ajuda” e “Competência profissional na área da especialidade”; os “Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal” foram “Boa pessoa”, “Disponibilidade” e “Capacidade relacional”. Estes atributos assumem-se como fundamentais, pois, só através de uma relação empática e possuindo competências profissionais, é que se pode efetivar a verdadeira essência dos programas de preparação para o parto e nascimento. É essencial que o enfermeiro possua tais atributos para que possa apoiar e ajudar os casais na transição para a parentalidade, procurando conhecer as necessidades de cada casal e os fatores que podem inibir ou potenciar essa transição de forma positiva (Korukcu et al., 2017, p. 2).

Neste sentido, faz-se referência à Teoria da Transição de Meleis (2010), segundo a qual, é necessário determinar os fatores que facilitam e inibem a transição, bem como os indicadores do processo e dos resultados que mostram a resposta à transição. De acordo com Meleis (2010), os tipos de transição são um conceito importante, onde se inclui a transição para a parentalidade. Uma transição saudável é caracterizada por processos e indicadores de resultados. Tendo em conta que as transições se desenrolam com o tempo, a identificação de indicadores de processo que movem os clientes quer na direção da saúde ou para a vulnerabilidade e o risco permite uma avaliação e intervenção de enfermagem que facilite resultados saudáveis (Meleis 2010). Neste sentido e tendo em conta as reexperiências vivenciadas pelos casais entrevistados, constata-se que os seus padrões de resposta à transição incluem sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver a confiança e a capacidade de lidar com a situação. Por conseguinte, os seus testemunhos deixam transparecer que, ao nível do domínio de novas competências necessárias para gerir as transições (gravidez, trabalho de parto e nascimento) sob a orientação do EESMO, essa transição e desenvolvimento alcançados ao longo do programa de preparação para o parto e nascimento, conferiu-lhes uma identidade integradora fluída, que se constituem como indicadores de resultados de acordo com a Teoria da Transição de Meleis, para quem a tarefa mais importante do enfermeiro é ajudar as pessoas que estão a experimentar várias transições ao longo da sua vida, para lhes proporcionar transições saudáveis e minimizar as transições insalubres durante este processo. Nessa perspectiva, o EEESMO pode recorrer à teoria da transição de Meleis, para ajudar os casais a terem uma transição positiva, ou seja, para que ocorra a transição de um período de instabilidade para um período de estabilidade,

isto é, segundo Meleis (2010), no contexto dos cuidados de enfermagem, a fase de instabilidade transicional deve ser delimitado e analisado através de etapas, sendo primordial diagnosticar-se a natureza, os fatores facilitadores e inibidores da transição e os padrões de resposta de cada pessoa.

É de referir também que o estudo qualitativo de Larsson e Thies-Lagergren (2021, p. 1), com uma amostra de 36 casais de uma zona rural no norte da Suécia, revela que os casais referiram que a frequência num programa de preparação para o parto e nascimento fortaleceu a sua relação e facilitou uma sensação de segurança para ambos. Os participantes também referenciaram a disponibilidade, a competência e o profissionalismo dos enfermeiros especialistas. O profissionalismo foi muito valorizado e o estabelecimento de uma relação empática com o enfermeiro facilitou a sensação de segurança, o que é corroborado no presente estudo.

Em relação às “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher”, onde emergiram duas subcategorias, sendo a primeira relativa às intervenções “Valorizadas pela mulher”, na qual “Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto”, “Estar presente”, “Apoiar na amamentação”, “Promover relaxamento”, “Tomar conta do bebé” foram as mais referenciadas. Na subcategoria intervenções “Valorizadas pelo homem”, “Partilhar conhecimento” foi a mais designada. Estas perceções dos casais entrevistados corroboram os resultados encontrados por Firouzan et al. (2018, pp. 7-8). Os mesmos autores salientam que a participação do casal durante o período perinatal é uma estratégia importante para melhorar a saúde da mulher, preparação para o parto, ficar mais capacitado para os cuidados ao recém-nascido (alimentação, higiene, segurança, estimulação e sono, vigilância da saúde do recém-nascido). No seu estudo qualitativo realizado no Irão, os autores citados, após análise dos dados, extraíram como categorias principais: “ajuda na manutenção da saúde da mãe e do feto”, “apoio emocional da mãe”, “participação integral do pai na vida conjugal”, “preparação para a segurança no parto” e “apoio pós-parto”, resultando em sentimentos positivos após a participação num programa de preparação para o parto e nascimento, o que é corroborado no presente estudo, onde os “Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa” foram: “Sentir que foi importante”, “Segurança e tranquilidade”, “Compreensão”, “Confiança” e “Ser importante a nível físico”, destacando-se “Sentir que foi importante”. Destaca-se que a rede de apoio da mulher deve ser incluída na preparação para o parto e nascimento, o que implica que a pessoa significativa seja também foco de intervenção, recebendo “informações e conhecimentos que repercutirão futuramente no processo de trabalho de parto e parto”. A pessoa significativa “é de suma importância nos desfechos positivos de parto e nascimento, pois ao

ter um acompanhante informado e participativo, ele ajudará a mulher a ter apoio emocional, segurança e diminuição de medos e anseios” (Paulo et al., 2021, p. 10).

## Conclusão

Da análise de conteúdo das vivências do casal nos programas de preparação para o parto e nascimento emergiram dez categorias: Categoria 1 “Benefícios atribuídos pelo casal ao Programa”; Categoria 2 “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez”; Categoria 3 “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez”; Categoria 4 “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez”; Categoria 5 “Intervenções da equipa de Enfermagem valorizadas pelo casal alvo dos seus cuidados”; Categoria 6 “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher”; Categoria 7 “Lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais identificadas pelo casal”; Categoria 8 “Sentimentos vivenciados pelo casal durante o programa”; Categoria 9 “Transição para a parentalidade”; Categoria 10 “Atributos da equipa de Enfermagem manifestados pelo casal”.

Dos “Benefícios atribuídos pelo casal ao programa”, incluem-se os “Benefícios para a mulher”, tendo-se destacado “Obter conhecimentos”, “Controlar a dor”, “Sentir-se ajudada” e “Ser bom”. Quanto aos “Benefícios para o homem”, o que mais foi referenciado foi “Aprender sobre os cuidados ao recém-nascido” e “Preparar para o desempenho da parentalidade”;

Dos “Constrangimentos vivenciados pelo homem durante a gravidez”, destacam-se a “Incapacidade para lidar com as alterações de humor da mulher” e “Desconhecimento sobre o processo gravídico” como sendo os mais referidos pelos homens;

Os “Desconfortos vivenciados pela mulher durante a gravidez” mais referenciados foram o “cansaço”, “dor lombar” e “dor ciática”;

No presente estudo, as “Estratégias adotadas pelo casal face aos constrangimentos vivenciados durante a gravidez” mais referenciadas foram “Abstrair-se dos problemas”, “Passear com a esposa” e “Praticar exercícios de Kegel”;

As “Intervenções da equipa de Enfermagem perçecionadas pelo casal alvo dos seus cuidados” subdividiram em “Intervenções da Enfermeira de Cuidados Gerais valorizadas pelo casal”, com duas subespecificações “Transmitir conhecimentos específicos”, sendo esta a mais referenciada, e “Intervenções da Enfermeira ESMO valorizadas pelo casal”, com cinco subespecificações, onde “Esclarecer dúvidas” foi a mais reiterada pelos participantes. Importa referir que os participantes identificaram lacunas do Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo a mais referenciada a “Incapacidade de ajuda efetiva” perçecionada pelos casais;

Em relação à “Transição para a parentalidade”, destacou-se a “Ausência da consciencialização do papel de pai” e, após a sua frequência, emergiu o sentimento de “Sentir-se envolvido”;

Quanto aos atributos da equipa de Enfermagem, mais concretamente “Atributos da EESMO valorizados pelo casal”, sobressaiu ser “Extraordinária no cuidar” e em relação aos “Atributos do Enfermeiro de cuidados gerais valorizados pelo casal”, evidenciou-se ser “Boa pessoa”, “Disponibilidade” e “Capacidade relacional”;

Nas “Intervenções desenvolvidas pela pessoa significativa durante o processo de maternidade e paternidade valorizadas pelo homem e pela mulher”, emergiram duas subcategorias, sendo a primeira relativa às intervenções “Valorizadas pela mulher”, na qual “Ajudar a fazer exercícios de alívio da dor durante o trabalho de parto”, “Estar presente”, “Apoiar na amamentação”, “Promover relaxamento”, “Tomar conta do bebé” foram as mais referenciadas. Na subcategoria intervenções “Valorizadas pelo homem”, “Partilhar conhecimento” foi a mais designada.

### **Implicações para a prática clínica**

Com o presente estudo, compreende-se o significado atribuído pela mulher/casal aos cuidados pré-natais recebidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento e compreendendo o significado atribuído pela mulher/casal à experiência vivida nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, pretende-se que haja ganhos em conhecimento e com isto existir uma ponderação benefícios *versus* riscos em todo o processo envolvente às vivências dos casais nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento.

Com esta investigação, pretende-se que se reflita na prática o seu imenso contributo e potencial para permitir uma adequação dos cuidados desenvolvidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, traduzindo-se em ganhos em cuidados de saúde durante a gravidez e parto, com impacto inquestionável no processo de gravidez, maternidade, vinculação e desenvolvimento infantil.

Pelos testemunhos fornecidos pelos participantes, considera-se que as ações do EESMO são essenciais para perceber qual a melhor forma de transmitir os conhecimentos sobre todo o processo do parto e nascimento, perceber a eficácia com que estes conhecimentos se mobilizam para a prática dos casais na sua experiência de gravidez, parto

e pós-parto e de que forma vêm as suas vivências na frequência de um Programa de Preparação para o Parto e Nascimento.

É o EEESMO que tem como papel fulcral a gestão dos cuidados ao nível pré-natal através dos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento e, desta forma, tendo o dever de ponderar sobre quais as intervenções a serem tomadas para a otimização do Programa, sempre considerando as melhores estratégias e mais ajustadas às reais necessidades de cada mulher/casal.

A contribuição deste estudo para a prática prende-se muito com a atuação do EEESMO nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento. Pretende-se perceber como o EEESMO promove o desenvolvimento de competências sociais e cognitivas através do empoderamento dos casais e investindo num cuidado pré-natal de qualidade, contribuindo para uma experiência de gravidez, parto e pós-parto mais satisfatória para o casal e bebé, isto é, na melhor e mais informada forma possível de passar pelo processo de transição para a parentalidade.



## Referências bibliográficas

- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). *The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction*. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(5), 1127–1133. doi:10.1007/s00404-017-4345-5
- Allport, B.S., Johnson, S., Aqil, A., Nelson, T., Kc, A., & Carabas, Y, M.A. (2018). Promoting Father involvement for Child and Family health. *Acad. Pediatr.*; 18, 746–753. doi:10.1016/j.acap.2018.03.011
- Amaro de Sousa, A. P. P. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20727/1/Tese%20vers%C3%A3o%20final-30-06-2016.pdf>
- Andersson, E., Norman, Å., Kanlinder, C., & Plantin, L. (2018). What do expectant fathers expect of antenatal care in Sweden? A cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc*; 9, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.06.003>.
- Ansong-Assoku B, Shah SD, Adnan M, et al. Neonatal Jaundice. [Updated 2022 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.
- Azevedo, V.M., Xavier, C.C., & Gontijo, F. de O. (2012). Safety of kangaroo mother care in intubated neonates under 1500g. *J Trop Pediatr*, 58:38-42
- Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M., & Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, 57, 1-7. doi: 10.1016/j.midw.2017.10.021. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29128739.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Cerejeira, I., Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Ordem dos Enfermeiros*.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

- Chikalipo, M.C., Chirwa, E.M. & Muula, A.S. (2018). Exploring antenatal education content for couples in Blantyre, Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*; 18, 497, 2-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2137-y>
- Costa, N.S., Parreira, B.D.M., Machado, M.O.F., Mattos, J.G.S., Elias, T.C., & Silva, S.R. (2013). Cuidados com recém-nascido realizados por puérperas em um alojamento conjunto. *Cienc Cuid Saude*; 12(4), 633-639.
- Coutinho, C.C., Antunes, J.G.V.C., Duarte, J.D., Parreira, V.C., Chaves, C.M.B., Nelas, P.A.B. (2016). Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 207, 435 – 442. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.010
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V., & Duarte, J. (2014). Contributos da Preparação para o Parto na Perceção de Cuidados Culturais. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pp. 21-32.
- Dean, S., Rudan, I., Althabe, F., Girard, A.W., Howson, C., Langer, A., & Venkatraman, C.M. (2013). Setting research priorities for preconception care in low-and middle-income countries: Aiming to reduce maternal and child mortality and morbidity. *PLoS Med.*; 10, e1001508, 1-9. doi: 10.1371/journal.pmed.1001508.
- Despacho nº7276/2019 de 16 de agosto (2019). Programa Nacional de Rastreio Neonatal. Diário da República 2ª série, nº156 (16-08-2019) 141-147. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124006819>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação nº014/2010 – Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Disponível em: <https://nocs.pt/dor-pediatria/>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma nº018/2015, atualizada a 14/07/2017 – Rastreio e tratamento da surdez com implantes cocleares em idade pediátrica. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0182015-de-1122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Norma nº006/216 – Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062016-de-29062016-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2016). Norma nº016/2016, atualizada a 31/07/2017 – Novo programa Nacional de Vacinação 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016-pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº012/2017 – Abordagem Diagnóstica e Critérios de Referenciação de Doenças Hereditárias do Metabolismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122017-de-12072017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 – Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018). Norma nº010/2018 – Identificação de crianças de Risco para vacinação com a vacina BCG. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102018-de-17042018-pdf.asp>
- Direção-Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e a parentalidade – CPPP. Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/documento-em-audicao-publica-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Duarte, É.F., Santo, C.S.E., Couto, M.G.C., Andrade, V.L.F.S., Matos, R.C.P., & Santos, É.I. (2013). Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato. *Rev Cuidarte*; 4(1), 523-530.
- Duarte, S. J. H., & Mamede, M. V. (2013). Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. *Ciencia y Enfermería*; 11(1), 117-129. <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441812011.pdf>
- Entsieh, A.A., & Hallström, I.K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*; 39, 1-11. doi: 10.1016/j.midw.2016.04.006.
- Farrell, M. (1992). *Partnership in care: paediatric nursing model*. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. doi:10.12968/bjon.1992.1.4.175
- Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas*

(Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://web.esenfc.pt/?url=Jt66xDHu>

- Firouzan, V., Noroozi, M., Mirghafourvand, M., & Farajzadegan, Z. (2018). Participation of father in perinatal care: a qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*; 297, 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1928-5>
- Garrido, A. F.; Simões, J. F. (2007). Supervisão de alunos em Ensino Clínico. Uma Reflexão. *Nursing*
- Ghazy, H.S.A.W., El-sayed, R.I., Khereba, W.M.I., Diasty, N.G. (2021). Effectiveness of internship program as perceived by intern nurses and its relation to their professional role at technical nursing institutes. *Port Said Scientific Journal of Nursing*; Vol. 8, 1, 255-274. Acedido em [https://pssjn.journals.ekb.eg/article\\_178003\\_c6c9384aa48ac50be2060a282f8d0e85.pdf](https://pssjn.journals.ekb.eg/article_178003_c6c9384aa48ac50be2060a282f8d0e85.pdf)
- Gilmer, C., Buchan, J.L., Letourneau, N., Bennett, C.T., Shanker, S.G., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*; Vol. 59, 118-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015>
- Gonçalves, T.I.J. de, Canais, E.M.P.D., & Andrez, V.G.M. (2018). Depois de nascer, Ajudar a crescer! Capacitar puérperas e famílias. *RIASE*; Vol. 4, 3, 1587 – 1602. Acedido em [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/viewFile/277/481](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/viewFile/277/481)
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil, GRISI. (2007). Recomendações para o rastreio auditivo neonatal universal (RANU). *Ata Pediátrica Portuguesa – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 209-214. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802\\_Consensos%20SPP\\_GRISI\\_38%285%29.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38%285%29.pdf)
- Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*; 117-124. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>

- Guia Orientador dos Estágios do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu
- Guillen, D.E.F. (2019). Qualitative Research: Hermeneutical Phenomenological Method. *Monographic: Advances on qualitative research in education*; Vol. 7, 1, 201. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Heidegger, M. (2006). *Introducción a la fenomenología de la religión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Henriques, G., Brito, C., & Teixeira, S. (2016). Retinopatia da Prematuridade – Consenso clínico. Sociedade Portuguesa de Pediatria – Secção de neonatologia. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-ROP.pdf>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (8a ). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Holanda, S.M, Castro, R.C.M.B., Aquin, P.S., Pinheiro, A.K.B., Lopes, L.G., & Martins, E.S. (2018). Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto Contexto Enferm*; 27(2):e3800016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
- Husserl, E. (1992). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Madrid: FCE
- Jangaard, K.A., & Allen, A.C. (2012). Changes in practice patterns for treatment of hyperbilirubinemia in healthy, full term infants in Nova Scotia, Canada following the AAP practice parameters. *Pediatr Res.*; 51:34A.
- Jefferies, A.L. (2012). Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health*; 17, 141-3.
- Jennings, L.K., & Mahdy, H. (2021). Hyperemesis Gravidarum. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/>
- Johansson, M., Wells, M. B., Thies-Lagergren, L. (2021). A dreaded delight: A longitudinal qualitative interview study of paternal childbirth fear during the transition to fatherhood. *European Journal of Midwifery*, 5(November), 1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/142783>
- Kamranpour, B., Noroozi, M., & Bahrami, M. (2020). Psychological experiences of women with pregnancy termination due to fetal anomalies: a qualitative study from the

- perspective of women, their spouses, and healthcare providers in Iran. *Reprod Health* 17, 109, 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00959-y>
- Karakaş, N. M., & Dağlı, F. Ş. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Turk pediatri arsivi*, 54(2), 76–81. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2018.80269>
- Korukcu, O., Deliktaş, A., & Kukulcu, K. (2017). *Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. International Nursing Review*; 64(4), 593–601. doi:10.1111/inr.12383
- Larsson, B., & Thies-Lagergren, L. (2021). Partners' expectations and experiences of the project 'Midwife All the Way': A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 5(June), 1-7. <https://doi.org/10.18332/ejm/136424>
- Lubbe, W., Ham-Baloyi, W., & Smit, K. (2020). The integrative literature review as a research method: A demonstration review of research on neurodevelopmental supportive care in preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*; Vol 26, 6, 308-315. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.04.006>.
- Luz SCL, Backes MTS, Rosa R, Schmitz EL, Santos EKA. Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20201121. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>
- Malata, A., & Chirwa, E. (2011). Childbirth information needs for first time Malawian mothers who attended antenatal clinics. *Malawi Med J.*; 23(2):43–6. <https://doi.org/10.4314/mmj.v23i2.70747>.
- Maluka, S.O., & Peneza, A.K. (2018). Perceptions on male involvement in pregnancy and childbirth in Masasi District, Tanzania: a qualitative study. *Reprod Health*; 15, 68, 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0512-9>
- McDonald, S. D., Sword, W., Eryuzlu, L. E. & Biringer, A. (2014). A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 14, 334, 2-12. doi: 10.1186/1471-2393-14-334.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.<sup>a</sup> Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practices*. Springer Publishing Company, New York, NY.

- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.*; 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Mesquita, A.C., Paulino, C.S. dos, & Nogueira, S.A. (2011). Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério. *Percursos*, 19, 39-48. URI <http://hdl.handle.net/10400.26/9233>
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Maluch, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*; 13. 171. doi: 10.1186/1471-2393-13-171.
- Morais, Sofia; Mimoso, Gabriela. (2014). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita: sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediatrica Portuguesa – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 343- 347. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.4/183>
- Mourato, C.V. (2015). *Reparação para a parentalidade: intervenções do eesmo que contribuem para uma parentalidade saudável*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16406/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio-CI%C3%A1udia%20Mourato.pdf>
- Munkhondya, B.M.J., Munkhondya, T.E., Msiska, G., Kabuluzi, E., Yao, J., & Wang, H. (2020). A qualitative study of childbirth fear and preparation among primigravid women: The blind spot of antenatal care in Lilongwe, Malawi. *Int J Nurs Sci.*; 7(3):303-312. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.05.003
- Oliveira, T.D., Rocha, K.S., Escobal, A.P. et al. (2019). Orientações Sobre Período Puerperal Recebidas por Mulheres no Puerpério Imediato. *Rev Fund Care*; 11(3), 620-626. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.620-626>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento das competencias comuns do enfermeiro especialista, 2015. Portugal. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS
- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). Ordem dos Enfermeiros. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5\\_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8194/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo-1.pdf)
- Paulo, F.G.G.N., Paulo, B.N., Carvalho, I.C.N., Silva, A.M.G.D.B., Pinto, A.C.S., & Santos, I.M.M. (2021). Atuação do enfermeiro no preparo para o parto normal e nascimento no contexto da atenção básica: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, 10, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18672>
- Polomeno, V. (2006). Why is love so important in childbirth education? *Intertional Journal of Childbirth Education*; 21 1, 35–44.
- Pousa, M.O.T. (2012). *Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9362/1/ESEP%20-%20Dissertacao%20Mestrado%20-%20Olga%20Pousa.pdf>
- Ray-Griffith, S. L., Wendel, M. P., Stowe, Z. N., & Magann, E. F. (2018). Chronic pain during pregnancy: a review of the literature. *International journal of women's health*, 10, 153–164. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S151845>
- Regulamento nº140/2019 de 06 de fevereiro (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II série, nº26 (06-02- 2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República II série, nº85 (03-05-2019) 13560-13564. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Roque, S., & Costa, G.A. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*; 47 (jun/dez), 47-60. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/5.pdf>
- Santos DJ, Henriques SH, Leal LA, Soares MI, Chaves LDP, Silva BR Relational competence of operating room nurses. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2020; 28:e51314 DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.51314>

- Sardo, D., & Pinheiro, A. (2018). Birth plan: Portuguese women's perceptions. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*; 102-112. doi:10.15405/epsbs.2018.11.11
- Silva, J.A. da., Balestrin, C.D., Poletto, D., & Silva, E.F. da (2016). Cuidados puerperais e com o recém-nascido: uma abordagem qualitativa sobre o conhecimento de gestantes de unidades básicas de saúde de Caxias do Sul. *Biblioteca Lascasas*; 12(1), 1-37. Acedido em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0885.php>
- Silva, T.M.C. de, & Lopes, M.I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*; Série V, nº2: e19095, 1-8. doi: 10.12707/RIV19095
- Stephen, H.A., Hernandez, M. A. F., & Donna, W. (2020). Employment and Retention of Nurses Who Completed an Internship and Residency Program. *Continuing Education in Nursing*, 51(11):504–508. Published Online: February 26, 2021 <https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-06>
- Takeishi, Y. Nakamura, Y., Kawajiri, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2019). Developing a Prenatal Couple Education Program Focusing on Coparenting for Japanese Couples: A Quasi-Experimental Study. *Tohoku J. Exp. Med.*; 249, 9-17. <https://doi.org/10.1620/tjem.249.9>
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Vulpen, van M., Heideveld-Gerritsena, M., Dillen, van J., Maatman, S.O., Ockhuijsen, H., & Hoogen, van den H. (2021). First-time fathers' experiences and needs during childbirth: A systematic review. *Midwifery*, 94, 102921, 2-12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102921>
- Whitford, H., Entwistle, V., Teijlingen, E., Aitchison, P., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. (2014). Use of a birth plan within woman-held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth*, 41(3), 283-289. doi:10.1111/birt.12109
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *J Perinat Educ.*; 21(1):36–44. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.3622>.
- Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate. *Current emergency and hospital medicine reports*, 4, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40138-016-0089-y>

World Health Organization. Fatherhood and health outcomes in Europe. World Health Organization; 2007. Acedido em [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/69011/E91129.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf)

Yohai, D., Alharar, D., Cohen, R., Kaltian, Z., Aricha-Tamir, B., Ben Aion, S., Yohai, Z., & Weintraub, A.Y. (2018). The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 46, 1, 47-52. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0345>





## Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética

Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

### COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

#### Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Vivências do casal nos programas de preparação para o parto e nascimento
Proponentes do projeto	Susana Martins Alves
Investigador responsável	Professora Doutora Emília Coutinho
Data de submissão	23/12/2021
Relatores	Prof.ª Doutora Ana Branca Carvalho, Doutor Carlos Almeida Pereira e Prof.ª Doutora Edite Teixeira Lemos
Data da aprovação do parecer	25/01/2022
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

#### PARECER N.º 68/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b>

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**REQUISITOS**

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

---

Denominado «Vivências do Casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento», este projeto de investigação tem como principais objetivos i) compreender o significado atribuído pela mulher/casal aos cuidados pré-natais recebidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, e ii) compreender o significado atribuído pela mulher/casal à experiência vivida nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento.

Trata-se de um estudo de investigação qualitativa, com abordagem fenomenológica, a aplicar a mulheres/casais maiores de 18 anos, com capacidade legal de consentir a sua participação, que tenham frequentado os Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento há menos de um ano (critérios de inclusão/exclusão), e por recurso à técnica de amostragem não probabilística «bola de neve».

Relativamente à fundamentação ética do estudo, os proventos em termos de conhecimento/ inovação relacionam-se com a potencial adequação dos cuidados desenvolvidos nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, traduzindo-se em ganhos em cuidados de saúde durante a gravidez e parto, com impacto inquestionável no processo de gravidez, maternidade, vinculação e desenvolvimento infantil.

São indicados i) a forma de garantir a anonimização e confidencialidade dos dados recolhidos – das entrevistas, gravada apenas em áudio, não serão feitos registos de identificação pessoal, e toda a informação será codificada; e ii) o processo de armazenamento e destruição dos dados – as entrevistas serão destruídas após a conclusão do estudo.

É garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes através do fornecimento de declaração de consentimento informado, que os participantes deverão preencher.

Não se preveem descobertas acidentais e, para o caso de eventuais danos para os participantes (virtualmente relacionados com o reviver da experiência da gravidez), é indicado que caso se verifique a necessidade de acompanhamento específico, as participantes serão encaminhadas para o seu médico assistente.

Como benefícios para os sujeitos participantes na investigação, é referida a possibilidade que os mesmos terão para expressar as suas emoções relativamente às vivências nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento. Não estão previstos custos de participação nem compensações aos participantes.

Finalmente, da análise das questões do Guião de Entrevista não resultam questões de índole ética.

---

**RECOMENDAÇÕES**

---

Recomenda-se que o estudo obtenha Parecer Ético Favorável.

---



(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA**

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não  Sim

**Motivos** (obrigatório se Sim):

**Tempo apropriado** (obrigatório se Sim):

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**QUESTÕES ÉTICAS 1**  
**SERES HUMANOS**

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.6. São pacientes?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 2**  
**PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?  
Não  Sim  Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?  
Não  Sim  Não aplicável

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3  
ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável

**3.7. REQUISITOS – ANIMAIS**

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4  
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?  
Não  Sim  Não aplicável

**4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**



Comissão de Ética  
Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 4.4.1.O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 4.4.2.Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 5  
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

- 5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

## Anexo II – Declaração de Consentimento Informado

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

#### Caro Senhor(a)

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia e do 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo/investigação com o tema Vivências do casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento, com os objetivos de: Compreender o significado atribuído pela mulher/casal aos cuidados pré-natais recebidos nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento; compreender o significado atribuído pela mulher/casal à experiência vivida nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este (a) escolha uma das opções.

Asseguramos que neste estudo/investigação serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever, o sigilo profissional.

A sua participação é de carácter voluntário, sem qualquer tipo de prejuízo caso decida não participar.

Pretende-se a realização de uma entrevista fenomenológica através de um guião, a agendar entre o investigador e a/o participante, mediante a sua disponibilidade. A entrevista será gravada em áudio, e as gravações serão destruídas após a conclusão do estudo.

Reforçamos que, todos os dados e informação recolhida durante a entrevista são confidenciais e exclusivos para a investigação. Será mantido o anonimato de todos os participantes, na medida em que não serão registados quaisquer dados de identificação pessoal e toda a informação será codificada.

Em caso de necessidade e por se tratar de um tema sensível, as participantes serão encaminhadas ao seu médico assistente.

*- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

*- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

*- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

*- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

*-Declaro que autorizo a gravação da entrevista a realizar em formato áudio.*

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

(localidade),

Data:

Nome:

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador: Susana Martins Alves (enfsusanamartinsalves@gmail.com)

Assinatura \_\_\_\_\_



## Anexo III – Guião da entrevista

IVP/ESSV/6<sup>o</sup>CMESMOG

GUIÃO DA ENTREVISTA

**Título do projeto:** Vivências do casal nos Programas de Preparação Para o Parto e Nascimento

**Objetivo do estudo:** Compreender o significado atribuído pela mulher/casal aos cuidados pré-natais recebidos nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento; compreender o significado atribuído pela mulher/casal à experiência vivida nos Programas de Preparação para o Parto e Nascimento.

### Parte I – Caracterização sociodemográfica

Idade				
Nacionalidade				
Estado Civil	Solteira	Divorciada/Separada	Casada/União Fac.	Viúva
Habilitações	1.º Ciclo E. básico	2.º Ciclo E. básico	3.º Ciclo E. básico	Secundário
	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Situação profissional	Empegada tempo integral	Empegada a tempo parcial	Desempregada	Em formação
	Qual?			
Profissão				
Coabitação	Com companhia	Sem companhia		
Residência	Aldeia	Vila	Cidade	

### Parte II – Dados contextuais à gravidez e nascimento

Local de PPP	Público	Privado	Misto		
	Comunidade	Hospitalar			
Nº Semanas gestação					
Nº Gestas					
Nº Filhos					
Gravidez planeada	Não	Sim			
Gravidez planeada	Não	Sim	Sim, mas não para esta altura		
Nº Consultas gravidez	< 6 consultas	≥6 consultas	Total de consultas?		
Data da 1ª consulta	Antes da gravidez	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	
Risco gravídico	Gravidez normal	Gravidez de risco	Motivos?		
Tipo de parto	Eutócico	Fórceps	ventosa	Cesariana	
Recém-nascido	Peso nascimento?			Idade atual?	

### Parte III – Programa de preparação para o parto e nascimento

- 1- O que significou para si participar num programa de preparação para o parto e nascimento durante a gravidez?
- 2- Quais foram as suas experiências durante a frequência deste programa?
- 3- Que constrangimentos vivenciou durante a sua gravidez?
- 4- Que estratégias utilizou para fazer face a esses constrangimentos?
- 5- O que significou para si os cuidados que recebeu por parte do enfermeiro de cuidados gerais durante a sua gravidez?
- 6- O que significou para si os cuidados que recebeu por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica durante a sua gravidez?
- 7- O que significou para si o acompanhamento que teve por parte da pessoa significativa, durante a gravidez e programas de preparação para o parto, parto, pós-parto?
- 8- Que benefícios sentiu durante a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, decorrente da sua participação no programa de preparação para o parto e nascimento?

A Investigadora Responsável  
Emília Coutinho

A Proponente  
Susana Martins Alves