

“A parentalidade é uma realidade criada para a vida que deve ser vivida de forma positiva e cooperante entre o casal. Aprender a ser pai ou mãe acontece na relação do dia-a-dia com o filho (por mais livros que se leiam ou conselhos que se recebam!) nas experiências vividas e emoções experimentadas. É na dinâmica dos elementos da família que os momentos felizes são criados e os sorrisos partilhados.”

Rivero (2006, p.2)

AGRADECIMENTOS

À Professora Esmeralda Afonso pelo despertar do interesse pela área temática aprofundada neste relatório, pela sua disponibilidade na orientação do mesmo e pelo incentivo proporcionado.

Às Mulheres/Casais que ao serem cuidados permitiram não só o desenvolvimento de competências exigidas e refletidas neste relatório, mas também o meu desenvolvimento pessoal.

À Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Maria João, pela sua preocupação com a minha aprendizagem, partilha de saberes e ajuda na tomada de decisões.

À Sr^a Enfermeira Chefe Isabel Vital, pela motivação constante e pelo cuidado no meu acolhimento e conforto no serviço.

Ao meu marido Ricardo e aos meus pais.

Aos meus amigos e colegas de profissão pelo apoio.

Siglas

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação das Associações de Parteiras Espanholas

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RABA – Rotura Artificial de Bolsa de Águas

REBA – Rotura Espontânea de Bolsa de Águas

RN - Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

UC – Unidade Curricular

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

RESUMO

A transição para a parentalidade acarreta alteração na dinâmica do casal e motiva-o a fazer alguns ajustamentos na sua relação. Este relatório teve como principais objetivos: analisar criticamente as competências desenvolvidas no último ensino clínico realizado na sala de partos, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson; refletir sobre as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal; refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais.

Embora seja uma oportunidade de desenvolvimento para ambos os progenitores, o processo de parentalidade pode ser difícil, uma vez que o casal está mais vulnerável, pelas exigências de reorganização, reajustamento e novas aprendizagens a vários níveis, nomeadamente no âmbito da conjugalidade. O enfermeiro obstetra pode então desempenhar um papel fundamental no apoio a estas novas vivências, uma vez que presta cuidados muitas vezes, desde o período pré-concepcional até aos primeiros meses após o parto, podendo por isso, ir ao efetivo encontro da pessoa/família.

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura, realizada na plataforma EBSCO, selecionando-se as bases de dados eletrónicas: CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete. Os critérios de inclusão para os artigos foram: redação em português, inglês, ou espanhol; foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo; data de publicação entre 2008 e 2013. Foram considerados pertinentes 7 artigos.

Em contexto da prestação de cuidados foram elaborados registos das interações com os casais. Os achados foram comparados com os artigos contemplados. Da análise dos dados constata-se que no primeiro mês de vida do bebé os casais apresentam dificuldades na vivência de momentos a dois, pela centralização da sua atenção nos cuidados ao filho. Valoriza-se assim, a importância de, ainda no período pré-natal, serem abordados com os casais conteúdos relativos ao trabalho de parto e cuidados ao bebé. Da mesma forma, foi verificado como relevante a presença do companheiro no TP, uma vez que este pode reforçar os comportamentos maternos e aplicar conhecimentos,

anteriormente apreendidos, sendo um elemento facilitador no processo de nascimento. Foi concluído que o EESMOG pode assumir um papel fundamental no reforço das competências parentais durante os períodos de gravidez, trabalho de parto e primeiras semanas após o parto. A clarificação do que está a ser vivenciado em cada momento foi observada como facilitadora da confiança parental, contribuindo para a diminuição da ansiedade. A promoção de estratégias de gestão de tempo pode favorecer a vivência de momentos exclusivos entre casal. Destaca-se a importância do diálogo mútuo e apoio constante entre casal, a qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas.

Palavras-chave: Conjugalidade, Relação Conjugal, Parentalidade, Cuidado Transpessoal, Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

The transition to parenthood entails changes in the dynamics of the couple and motivates to make some adjustments in their relationship. This report had as main objectives: to analyze critically the skills developed in the last clinical teaching done in the delivery room, based on transpersonal care of Jean Watson; reflect on the implications of the process of parenting in marital relationship; reflect on the data and its relevance for the development of professional skills.

Although it is a development opportunity for both parents, the process can be critical parenting difficult, since the couple may be more vulnerable, as required, by the demands of reorganization, readjustment and new learning at various levels, particularly in the conjugal context. The midwifery may play a key role in supporting these new experiences, since it provides preconception care until the first months after birth, and may therefore go to the real encounter of the person.

The methodology used was a systematic review of the literature, which has conducted research on platform EBSCO, choosing to search in three electronic databases: CINAHL, MEDLINE, and Academic Search Complete. Inclusion criteria for articles were: Writing in Portuguese, Spanish or English, focusing on problem outlined, seeking agreement with the topic under study; publication date between 2008 and 2013. 7 articles were considered relevant

In the context of caregiving field, couples interaction was wrote. The findings were compared with the articles covered. Analysis of the data reveals that in the first month of a baby's life couples have difficulties in living moments together, by centering attention on care for the baby. Values thus, the importance of even the prenatal period, are dealt with couples content relating to labor and care to the baby. Likewise, it was found to be relevant partner in the presence of TP, since it can increase maternal behaviors and applying knowledge previously seized, and therefore a facilitator in the process

It was concluded that EESMOG can play a key role in strengthening parenting skills during periods of pregnancy, labor and the first few weeks after delivery. A clarification of what is being experienced in each moment was observed as a facilitator of parental confidence, contributing to the reduction of anxiety. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Highlights the importance of dialogue and mutual support between couple, the quality of the marital relationship often already established, as well as the sharing of the child care and household chores.

Keywords: Conjuality, Family Relations, Parenting, Nursing Care, Midwifery

SUMÁRIO

	f
<u>INTRODUÇÃO</u>	11
1- <u>QUADRO DE REFERÊNCIA</u>	16
1.1- O CUIDAR TRANSPESSOAL	17
1.2- RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	19
1.3- TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO	23
2- <u>COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	28
2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA.	29
2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO.	31
2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA.	34
2.4- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA.	41
2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL	45
3- <u>METODOLOGIA</u>	47
3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	47
3.2- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	54
3.3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS	57
4- <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	66
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	68
APÊNDICE – CRONOGRAMA	75

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro 1 Apresentação dos artigos seleccionados	51
Quadro 2 Aspetos contemplados na observação da interação entre casal	54
Quadro 3 Caracterização dos participantes, segundo as variáveis idade, estado civil e escolaridade	57
Quadro 4 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo	58
Quadro 5 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no ciclo de estudos de mestrado, que visa o desenvolvimento de competências profissionais específicas. Pretende por isso, analisar criticamente o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem e interpelar/refletir nas práticas existentes e paradigmas ao nível desta disciplina (ESEL, 2013). Com a discussão pública deste relatório deseja-se adquirir o grau de mestre.

Este relatório está sobretudo centrado no Ensino Clínico “Estágio com Relatório”, que decorreu fundamentalmente em contexto de sala de partos. O projeto inicial que precedeu a realização deste trabalho foi um documento norteador do mesmo e baseou-se no Guia Orientador do Ensino Clínico, no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) e ainda na problemática específica que pretendia desenvolver - o cuidar do casal a experienciar processos simultâneos de conjugalidade e de parentalidade

De acordo com Benner (2001) é através da interação entre o enfermeiro e a pessoa/família, que ocorre o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade. Esta relação (enfermeiro-cliente) promove ainda, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. É também em contextos de trabalho, que o enfermeiro se confronta com as dificuldades reais e os recursos existentes, que o obrigam ao desenvolvimento da sua capacidade de improviso e habilidade para responder eficazmente às necessidades da pessoa cuidada (Benner, 2001).

O interesse pelas temáticas da conjugalidade e da parentalidade surge de uma preocupação pessoal resultante da interação com alguns casais durante a estadia no Serviço de Obstetrícia (Unidade de Puerpério), local onde exerço funções de enfermeira há mais de sete anos. Considero igualmente, que os conteúdos abordados nas unidades curriculares do CMESMO e do curso de licenciatura em enfermagem (CLE) relativos à gravidez e pós-parto suscitaram motivação e um aprofundamento de conhecimentos nesta área.

No CLE, na elaboração da monografia final do curso, onde se procedeu ao estudo do repertório comportamental parental na relação pais-filho, bem como durante o ensino clínico do 4º ano curricular, realizado em contexto de cuidados de saúde primários, houve oportunidade de desenvolver algumas competências relacionadas com a temática da parentalidade. Para além disso, na minha atividade profissional, o contacto frequente com casais que, a partir de um dado momento, para além dos papéis de marido e mulher passam a assumir simultaneamente, novos papéis, o de pai e o de mãe, faz-me refletir nas implicações da parentalidade na relação conjugal. Repenso ainda no papel que o enfermeiro, como profissional de saúde privilegiado, pode assumir para favorecer o desenvolvimento de competências parentais e o reajustamento de papéis na interação conjugal.

Em concordância com Benner (2001) a minha experiência profissional pode corresponder a um nível de *proficiente* no âmbito dos cuidados de enfermagem à mulher/RN/família nos primeiros dias após o parto, uma vez que sempre desenvolvi a minha atividade numa Unidade de internamento de puerpério. Contudo e com a concretização deste ciclo de estudos, pretendo atingir o mesmo nível no cuidado à mulher/famílias nas diversas situações de saúde, em diferentes etapas do ciclo vida familiar. Como considera a mesma autora, as situações são compreendidas numa perspetiva global, nunca excluindo uma série de possibilidades alternativas. Procede-se à utilização de experiências concretas do passado para orientar as ações, através de um conhecimento especializado e sistemático, baseado na experiência de trabalho e na apropriação de conhecimentos teóricos específicos.

Em Portugal, temos assistido a algumas mudanças na constituição das famílias, que conseqüentemente levaram a situações de adaptação a um mundo mais rápido, mais próspero, mais rico em informação, mais envolvente na educação e, com maior mobilidade social. Os papéis parentais, assim como as relações sistémicas na vida familiar modificaram-se. Desta forma, podemos constatar a existência de uma nova forma de ser mãe e numa nova forma de ser pai.

Penso que durante todo o percurso de desenvolvimento do projeto procedeu-se a um aprofundamento de temáticas que estão intimamente relacionadas: a parentalidade e a conjugalidade. Verificou-se que os “novos pais” necessitam de ser auxiliados e apoiados no processo de transição para a parentalidade, não só no desenvolvimento de competências como na assunção de novos papéis que, na maioria das vezes, permitem ir ao encontro das necessidades do filho. Por outro lado, importa igualmente repensar-se, como é afetada a relação conjugal neste período. Para Rivero (2006) o grande desafio do casal é viver a parentalidade em pleno, adaptando a relação conjugal à nova realidade. Cada um dos elementos do casal irá deparar-se com uma nova imagem (de si e do outro), bem como experimentar novas emoções em qualidade e intensidade, sendo um processo de transformação, acompanhado de aprendizagens constantes na prestação de cuidados ao filho. A mesma autora refere que ter um filho implica não só dar vida a um novo ser humano, como dar vida a um novo casal (Rivero, 2006).

O enfermeiro especialista em saúde materna¹ tem um papel fundamental no apoio à população, no sentido de poder proporcionar cuidados que visam a promoção de estilos de vida saudáveis, avaliando e promovendo o desenvolvimento de famílias funcionais e saudáveis, física e emocionalmente ou, atuando de forma a criar as melhores condições para que tal aconteça. É especificamente nos períodos de preconceção, gravidez, parto e pós-parto que o enfermeiro obstetra desempenha funções essenciais no Cuidar à mulher/casal, inseridos numa comunidade e numa sociedade em constante transformação e cada vez mais com maiores exigências (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É igualmente, pela presença constante, por partir ao encontro do outro, como ser holístico, constituído por corpo, mente e alma e, chegar até ele, proporcionando-lhe todo e qualquer bem, através de momentos significativos, capazes de transpor do mundo físico e o tempo real, que o enfermeiro pode ser o profissional de referência (Watson, 2007). Sendo desta forma que perspetivo o cuidar, observando a pessoa como um ser total, capaz

¹ Para possibilitar uma leitura mais fluída e agradável serão utilizadas diferentes expressões de enfermeiro (enfermeiro, enfermeiro obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna) que se referem ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG).

de experienciar de forma individual e única o seu processo de saúde, de acordo com os seus valores, princípios, padrões culturais e experiências prévias, considero que Watson, com a sua teoria do cuidar transpessoal, foi o referencial que sustentou a minha prestação de cuidados em contexto de ensino clínico.

Relativamente aos indicadores de saúde, em termos de saúde física, tem havido uma evolução muito positiva devido à vacinação e cuidados de saúde prestados durante a gravidez, nascimento e primeiros anos da criança, que colocam Portugal a par dos países europeus com melhores resultados em saúde. Contudo, os problemas afetivos e de comportamento têm aumentado.

A diminuição da taxa de natalidade e o índice de envelhecimento da população portuguesa criam preocupações demográficas e podem levar à vivência de maiores angústias com o desempenho do papel de pais, já que muitos casais têm somente um ou dois filhos e, por isso, a experiência de parentalidade e de conjugalidade no contexto da parentalidade não é muita. O cuidado de enfermagem especializado favorece apoio na área das emoções e vivências dos pais ao saber escutá-los no período pré natal e pós-parto.

Logo após o nascimento, a enfermeiro proporciona o contacto demorado pele com pele pais-filho, favorece ambiente de privacidade, avalia a interação e apoia os pais nos cuidados ao bebé. No regresso da família ao domicílio, é fundamental que o enfermeiro programe e execute visita (s) domiciliária (s) com o objetivo de promover saúde, favorecendo maior tranquilidade à família.

Segundo a DGS (2004, p. 6), é de importância extrema “desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade (...)”. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família e onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente (DGS, 2002).

Com a realização do relatório procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- Analisar criticamente as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson.
- Refletir sobre as implicações do processo de transição para a parentalidade na relação conjugal, de acordo com a análise da revisão sistemática da literatura elaborada e das notas de campo;
- Refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais, como futura enfermeira obstetra.

Este relatório está organizado em quatro pontos. No primeiro, são analisados conceitos/dimensões fundamentais da problemática em estudo. No segundo descrevem-se e analisam-se as competências do EEESMOG relativas à unidade curricular “Estágio com relatório”, tendo por base o Modelo de Cuidar Transpessoal de Jean Watson. No terceiro ponto procede-se à descrição da metodologia realizada e discutem-se os achados da revisão sistemática da literatura e notas de campo. No último, tecem-se algumas considerações finais que se referem às conclusões deste trabalho e sugestões de alguns estudos. Realiza-se ainda um cronograma, remetido para anexo, que pretende espelhar a realização das diversas atividades no decorrer dos ensinos clínicos.

1 - QUADRO DE REFERÊNCIA

Através da revisão narrativa da literatura efetuada ponderou-se o desenvolvimento dos seguintes conteúdos, constituintes do quadro de referência do relatório de estágio:

- O cuidar transpessoal
- Relação conjugal na transição para a parentalidade
- Tarefas de desenvolvimento parental na gravidez – o desejo de ter um filho

A temática em estudo reside nos dois conceitos fundamentais de conjugalidade e parentalidade, por isso torna-se essencial defini-los.

Antunes (2008) considera que a conjugalidade é entendida num contexto de relação de coabitação/casamento entre dois seres humanos. O *International Council of Nurses* (ICN, 2005) clarifica a parentalidade como sendo a ação de tomar conta, com características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel.

Sendo que, frequentemente, é no contexto de uma relação conjugal que se desenvolve a parentalidade, torna-se essencial perceber como é que o Cuidar de enfermagem pode favorecer o desenvolvimento destes papéis em interação, indo ao encontro do casal que acaba de ser Mãe e Pai, é o que tentarei refletir de seguida.

1.1 O CUIDAR TRANSPESSOAL

Para Watson (2007) a pessoa é entendida como um ser no mundo, que contacta permanentemente com o meio envolvente e que faz parte dele, pelo que a sua teoria do cuidar transpessoal, assenta no Paradigma da Transformação. A pessoa é considerada um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade a manutenção do bem-estar definido pela própria pessoa e por isso mesmo, com significado único para si. Cuidar significa ir ao encontro da pessoa e caminhar com ela, num caminho que ela define, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al, 1996). Deste modo, como profissional de saúde que presta cuidados ao casal e família, nos períodos de gravidez, parto e pós-parto, o enfermeiro tem as competências fundamentais para ir ao encontro das necessidades específicas da(s) pessoa(s) que cuida. Como refere Watson (2007) é importante que estes momentos sejam verdadeiramente transcendentais e intemporais, que transponham o mundo físico e material e, que estabeleçam contacto com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, observada como um ser no mundo, que interage com um contexto, um ambiente (família, cultura, comunidade) e, que é constituída por mente, corpo e espírito – um ser holístico (Watson, 2007). Entenda-se que mente é descrita por Watson como a inteligência, as emoções, as memórias, enquanto o espírito é observado como a alma, o eu interior, a essência da pessoa que transpõe o aqui e agora e que é capaz de projetar-se noutro local, no futuro, por exemplo.

É este o verdadeiro contributo que o enfermeiro pode deixar. É desta forma que se vivem momentos transpessoais, em que o enfermeiro influencia e é influenciado, numa união com o outro que fará parte da história de vida de cada um. Ao estabelecer uma relação baseada no *caring*, o enfermeiro torna-se pessoa significativa para a pessoa que cuida e é vulnerável às suas experiências, vivências, no decorrer da prestação de cuidados. É igualmente,

fundamental, que os valores de respeito pelo outro, pela sua vulnerabilidade e a dignificação da sua realidade sejam uma constante preocupação no cuidar.

Na situação específica em estudo, cabe ao enfermeiro desejar todo e qualquer bem à pessoa de quem cuida, perceber o que ela quer e necessita para ser ajudada, desenvolver uma comunicação eficaz, discutir percepções, sentimentos e prioridades, ajudá-la a identificar o significado desta experiência na sua situação de saúde, na sua história de vida – *fenomenal field*, e encontrar formas, com ela própria, que a capacitem para o autoconhecimento e que, por conseguinte, façam sentido para ela. Para isso, é igualmente importante, que os cuidados desenvolvidos sejam baseados na evidência, nos resultados de investigação e da informação assente em teorias que possibilitem a tomada de decisões sobre os cuidados a serem prestados, adequando-se desta forma, às necessidades solicitadas.

Quem cuida conhece, reflete e assume valores. Age e “apaixona-se” pela pessoa que encontra e com quem caminha, pois, as transações do cuidar, envolvem o reconhecimento de que cada um é um ser único, com características, com experiências e com dimensões singulares (Watson, 2007).

Durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e até mesmo em contexto de visitas domiciliárias o enfermeiro poderá avaliar as principais dificuldades e necessidades da família, interações entre o casal e pais-filho, e também o seu processo de adaptação e vinculação com o bebé. Desta forma, e estando presente no meio ambiente da família, pode atuar no sentido de desmistificar algumas crenças e sentimentos de incompetência dos pais e promover a capacidade destes para cuidarem do seu filho, evidenciando e reforçando os aspetos positivos. Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver possibilidade de recurso a intérpretes. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família, onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente, sendo fator determinante da sua forma de estar no mundo e de reagir a processos de saúde-doença (Watson, 2007).

1.2 - RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de um filho prepara-se ao longo de mais de nove meses. Das ambiguidades comuns no início da gravidez, por que passam muitos casais, ao investimento característico no último trimestre, visível na preparação do quarto e do enxoval do bebé. O desejo de ter um filho, emerge comumente cedo na vida de um rapaz ou rapariga. Enquanto a maternidade é entendida como um processo que ultrapassa a gravidez. Para Canavarro (2001, p.19) a maternidade “é um projeto a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projeto para toda a vida”.

A transição para a parentalidade, apontada como uma transição de desenvolvimento, nomeadamente por Meleis (2010), permite à enfermeira, como profissional de saúde que mais tempo tem de contacto com os utentes, ter uma posição privilegiada para poder antecipar ou apoiar o casal nesta transição. Os meses de gravidez são importantes para a mulher se adaptar ao papel maternal, sendo este um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social. Ao estar inserida no contexto familiar, todos os membros passam por um processo de adaptação onde identificam o seu papel, ao ter em vista as suas necessidades (Lowdermilk, 2008).

A transição para a parentalidade envolve a reorganização e estabilização de tarefas, a partir das quais os pais/família demonstram desenvolvimento de competências nas atividades relacionais e funcionais.

A evolução da nossa sociedade nas últimas décadas tem alterado verdadeiramente a dinâmica familiar. É cada vez mais frequente, os casais viverem em famílias nucleares, sendo raro o apoio da família alargada e das gerações mais velhas. A verificação do aumento das doenças crónicas e degenerativas, que provocam limitações na independência da população adulta e idosa, poderá afetar a disponibilidade dos avós, para auxiliarem nos principais cuidados aos netos.

Em 2013, o número médio de pessoas por agregado familiar era de cerca de 2,6, cuja constituição mais comum era o casal e um filho [(Instituto Nacional de

Estatística (INE, 2013)]. Por este motivo, na atualidade, a maioria dos pais não possui apoios familiares na prestação de cuidados ao bebé, logo, é fundamental que possuam as competências necessárias, visto serem os seus principais cuidadores. Este facto, aliado a uma diminuição do número de nascimentos faz com que haja menos contacto por parte dos jovens adultos com crianças e com os cuidados a prestar a estas. Devido à carência de suportes de cuidados informais, é necessário que, por vezes, esta assistência seja efetuada por parte de prestadores de cuidados formais, nomeadamente por enfermeiros. Estes profissionais, nomeadamente os EEESMOG, são os profissionais que podem ter um contacto mais próximo com estas famílias e que podem, consequentemente, conhecer melhor as suas principais necessidades, o seu contexto socioeconómico, os seus recursos e competências. Como tal, são profissionais com um papel importante na promoção de competências parentais.

No desenvolvimento da relação conjugal, os casais passam por diversas etapas com características específicas e tarefas que necessitam de ser cumpridas: a de enamoramento em que ocorre uma forte atração e desejo de duas pessoas se tornarem num só, sendo que a tarefa do casal é associar os seus objetivos à realidade para que se constitua um relacionamento possível de ser desenvolvido; a de encontrar diferenças em que a interação entre ambos e a capacidade de negociação, são fundamentais para consolidar a relação e sentirem-se seguros; a gestão das relações de poder em que um dos cônjuges passa a desejar maior independência do outro; a estabilidade, o casal aceita a relação, é íntimo e está cúmplice e portanto, volta-se para as realizações pessoais do mundo exterior; a de comprometimento, sendo que é assumida a posição de querer permanecer juntos e de se realizarem mutuamente, o *eu* e o *nós* coexistem em harmonia e a capacidade de negociação está bem desenvolvida possibilitando evolução e não separação (Hintz, 1998).

A transição para a parentalidade pode ser um processo crítico em que o casal pode tornar-se vulnerável, uma vez que obriga a reorganização, reajustamento

e novas aprendizagens a vários níveis nomeadamente no âmbito da conjugalidade.

Gordon e Feldman (2008) introduzem o conceito de co-parentalidade no sistema familiar definindo-o como a capacidade de coordenação entre adultos e como ambos exercem a função parental, exigindo uma sincronia mútua de comportamentos, para um fim comum – a capacidade de cuidar um filho.

Como refere Martins (2008) já no período pré-natal e, posteriormente, com o nascimento de uma criança, vivenciam-se frequentemente momentos de *stress* e modificações no bem-estar pessoal e nos estilos de vida parentais. Com o nascimento do primeiro filho a relação anterior de exclusividade é quebrada, sendo necessário que o casal elabore uma perda da posição de indiferenciação e simbiose com o companheiro e partilhe a sua atenção com um novo membro - o bebé (Hintz e Baginski, 2012). Os mesmos autores revelam, no estudo que efetuaram em 2012, que existem vários fatores que podem ser responsáveis pela rotura conjugal na sequência do nascimento do filho: as situações de tensão e de dificuldade de comunicação efetiva podem levar a triangulações com o filho; as dificuldades transgeracionais por conflitos de crenças, valores e cultura entre as famílias de origem; a idealização de uma figura parental que não corresponde à real na educação e cuidados ao filho; a incapacidade na assunção de novos papéis e na constituição de uma nova família a existência de sentimentos de ciúme pela partilha de atenção com outra pessoa, que não o cônjuge.

A orientação antecipatória e as intervenções desenhadas para facilitarem a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias podem, por isso, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da autoeficácia e satisfação parental.

Hernandez e Hutz (2009) concluíram no seu estudo que os novos papéis (o de pai e o de mãe) precisam de ser aprendidos, os novos relacionamentos desenvolvidos e os já existentes reordenados, pelo que se torna fundamental, o encontro do enfermeiro com as necessidades destes casais, assim como um caminhar constante na procura de sentidos significativos.

No estudo efetuado por Pires (2008, p. 44) destacou-se que “os casais com filhos que apresentam valores médios de satisfação conjugal mais elevados, apresentam valores médios de aliança parental também mais elevados”. Acrescenta ainda a importância do contexto e do nível socioeconómico em que as famílias se inserem, bem como do género da pessoa questionada sobre a satisfação conjugal.

Ainda num estudo desenvolvido por Menezes e Lopes (2007), verificou-se que a transição para a parentalidade pode conduzir a uma diminuição na satisfação conjugal, sendo que o fator central para a compreensão da conjugalidade na transição para a parentalidade é a qualidade da relação conjugal estabelecida antes da transição. Os autores nomeiam um estudo longitudinal com 114 casais levado a cabo por Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez, mas desceu significativamente, após o nascimento do filho. Tal declínio foi mencionado tanto pelos homens quanto pelas mulheres dos casais considerados, mas por diferentes motivos.

“Para os homens, a tendência a fazer atribuições positivas sobre o comportamento das companheiras explicou o declínio de sua satisfação com o casamento, enquanto para as mulheres, fatores como depressão e temperamento do bebê foram referidos como influenciando o declínio da satisfação conjugal” Rothman (2004) citado por Menezes e Lopes (2007, p. 84).

Para Rivero (2006) no final do primeiro ano após o nascimento do primeiro filho 70% das mulheres sentem grande insatisfação com o casamento, sendo que a insatisfação dos maridos ocorre posteriormente, como uma reação à infelicidade da esposa. O enfermeiro obstetra pode ter assim um papel fundamental no suporte ao casal, que pode muitas vezes, favorecer a aquisição de novas competências e o desenvolvimento de outras já apreendidas. É de realçar que a qualidade da relação conjugal estabelecida, a coesão e o suporte mútuos podem ser facilitadores de um entendimento conjugal no período de transição para a parentalidade, e será com certeza um recurso de afirmação a que os novos pais poderão recorrer, quando nalgumas circunstâncias por ventura, se sentirem angustiados ou incapazes de lidar com uma situação.

Rivero (2006) clarifica que, com a preparação para o nascimento de um filho e, posteriormente, com a particularidade e singularidade da relação estabelecida entre mãe e bebé, é natural ocorrer uma diminuição da disponibilidade para investir na relação conjugal. Associado a estes fatores, por vezes o cansaço físico, a privação do sono e a conjugação de todas as outras atividades do quotidiano, podem dificultar o relacionamento conjugal. Torna-se portanto, importante explicitar que no cerne de toda a desordem e obstáculos com que se deparam, é essencial existirem momentos a dois, em que ambos se reencontram, partilham e avançam. Promove-se assim, “uma relação mais gratificante com ganhos também para a criança, na medida em que irá aumentar a satisfação individual (e conjugal) e diminuir os níveis de *stress*” (Rivero, 2006, p. 2).

Sendo que muitas vezes, após o casal ter alguma estabilidade económica/financeira, a parentalidade é um dos objetivos conjugais. Procedese de seguida, a uma descrição do conceito de vinculação e a uma análise das etapas do desenvolvimento da gravidez e do nascimento.

1.3 TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO

O conceito de vinculação foi definido por Bowlby (1958), como sendo a criação de laços afetivos de uma pessoa ou animal a outro indivíduo específico, tendencialmente da mesma espécie. Compreende a existência de sentimentos de afeição/amor e é prolongada e dirigida a uma pessoa particular.

Brazelton e Cramer (2004) consideram a vinculação afetiva entre pais e filhos, como um processo contínuo que se inicia durante a gravidez e que se vai desenvolvendo com o estabelecimento das interações pais-bebé. Como se constatou em estudos que foram elaborados, se a mãe apresentar um contacto mínimo com o bebé (poucas horas depois do parto) é capaz de identificar o seu filho, através do toque, odor e choro (Figueiredo, 2001). Todavia, mães de recém-nascidos doentes que foram separadas dos filhos imediatamente, após

o parto, foram mais tarde, menos confiantes, mais desajeitadas e menos afetuosas (Gomes-Pedro, 1999).

São diversas as tarefas que caracterizam cada fase da parentalidade e que estão associadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério, bem como ao processo de vinculação que é estabelecido (Canavarro, 2001). É necessário contudo referir, que os seus *timings* de resolução são variáveis de pessoa para pessoa e que portanto, não se podem generalizar para um todo. Deste modo, são apresentadas seis tarefas de desenvolvimento para os pais (pela 1ª vez): *aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebé como pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade* (Canavarro, 2001).

A aceitação da gravidez que, habitualmente ocorre durante o primeiro trimestre de gestação, é caracterizada pela existência de sentimentos de ambivalência, mesmo que tenha sido algo planeado e desejado. Esta ambivalência deve-se ao profundo questionamento, relativo à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado implica e à própria parentalidade (Canavarro, 2001; Brazelton e Cramer, 2004).

Para dominar alguns dos receios que surgem neste período, torna-se essencial que ocorra uma idealização/visualização da criança como um ser perfeito e desejado (Brazelton e Cramer, 2004).

Durante este período os futuros pais podem estar muito recetivos ao apoio de outras pessoas (profissionais, familiares) (Brazelton e Cramer, 2004).

Cerca das 16 às 20 semanas de gestação a grávida começará a sentir os primeiros movimentos do seu bebé, notícia que poderá ser então partilhada com as pessoas que são mais significativas. Como referem Brazelton e Cramer (2004) pode constatar-se que a *vinculação mais precoce* tem início sobretudo a partir deste período, uma vez que existe a consciencialização de uma possibilidade de relação entre a mãe e o feto, que neste momento se torna um ser ativo, capaz de interferir – feto como ser competente.

O bebê aparece assim, como uma pessoa distinta da mãe, com uma identidade única. Deste modo, verifica-se constantemente, nesta etapa, o imaginar de como serão os primeiros cuidados ao recém-nascido, bem como as suas características físicas e temperamentais (Brazelton e Cramer, 2004; Canavarro, 2001).

É frequente, a partir do segundo trimestre de gestação, observar-se a grávida a acariciar o abdómen e a dialogar com o seu bebê, comportamentos muito importantes para a comunicação verbal e tátil entre ambos.

O confronto com os registos ecográficos é também de extrema importância. Como referem Sá (1997) e Sousa (2004), a audição dos batimentos cardíacos fetais, bem como a visualização das ecografias são marcos muito importantes na história da gravidez e na consolidação do bebê a nível mental. Assim, e como afirma Canavarro (2001), pode manifestar-se uma reavaliação e reestruturação da relação com os pais, dando-se continuidade às tarefas anteriormente iniciadas.

A representação que a mulher e homem têm dos seus pais é fundamental, quer pelas suas expectativas em relação ao papel que irão desempenhar como avós, quer pelo modo como observam a relação estabelecida com eles ao longo do seu desenvolvimento enquanto pessoas, integrando as experiências positivas e negativas que tiveram como filhos, aceitando o seu bom desempenho e simultaneamente, as suas falhas e limitações. É-lhes então possível, seleccionar os comportamentos que querem adotar para com o seu bebê e que foram semelhantes aos que adotaram consigo, em substituição daqueles que não considera como tendo sido funcionais e que portanto, evitarão. A tomada de consciência e aceitação das suas próprias falhas enquanto pais poderá também ser possível, através da resolução desta tarefa de desenvolvimento.

A reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro pode surgir durante o segundo trimestre (Brazelton e Cramer, 2004), ou no terceiro (Canavarro, 2001). “O reconhecimento do papel do pai ajuda a mãe a encarar o bebê como um ser diferente. (...) não só ajuda a futura mãe na tarefa de se separar do feto e de diferenciá-lo das suas fantasias, como também lhe

reafirma que ela não é, por si só, responsável por quaisquer sucessos ou insucessos” (Brazelton e Cramer, 2004, p. 36). Assim, terá que existir um reajustamento na relação do casal, a nível afetivo, sexual e na rotina diária, sendo fundamental um ajuste da aliança conjugal, para a formação da aliança parental que permita a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos da vida e promoção de suporte emocional (Canavarro, 2001).

No terceiro trimestre de gravidez, o feto é, cada vez mais observado como um ser separado e real. Esta preparação para a separação é concretizada aquando da ocorrência do parto, podendo ser marcada por momentos de alguma ansiedade, sobretudo nas mulheres primíparas (Canavarro, 2001).

Os sentimentos de ambivalência podem regressar nesta fase, já que a vontade de ter um filho e terminar o período de gravidez coexiste com o desejo de prolongar, no sentido de adiar o momento do parto e as dificuldades que podem estar presentes a partir do nascimento do bebé (Canavarro 2001).

A reavaliação e reestruturação da própria identidade, descrita por Canavarro (2001), é uma tarefa que sintetiza um pouco de todas as outras e que implica a realização de um balanço dos ganhos e perdas que a parentalidade introduziu, bem como a aceitação das mudanças implicadas.

Durante estes acontecimentos psicológicos que preparam a mulher e o homem para um acontecimento tão importante nas suas vidas e para o desempenho de novos papéis, o enfermeiro tem uma intervenção fundamental tal como alega Watson (2007) citando Mayerhoff (1971) ao referir que o enfermeiro tem que saber muitas coisas “ (...) para cuidar de alguém tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento (...) ” (p. 55-56).

Se o casal demonstra motivação e desejo em partilhar estes aspetos da experiência da gravidez e do parto no seu próprio relacionamento e com o enfermeiro obstetra a possibilidade de resolver os seus receios diminui e a sua capacitação tende a aumentar.

Desta forma, o enfermeiro adapta a sua intervenção de acordo com as características da mãe e/ou do pai e prepara o casal para o nascimento e parentalidade.

2- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com os guias orientadores formulados para os ensinamentos clínicos do 3º CMESMO; no que se refere às competências e atividades propostas para o ensino clínico a realizar na sala de partos e serviço de urgência ginecológica e obstétrica; e tendo por base os seguintes documentos:

- Competências do EEESMOG (2011) elaborado pela OE;
- “Pelo Direito ao Parto Normal” produzido pela OE e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO);
- Competências do EEESMOG preconizadas pelo ICM (2010, revistas em 2013);
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996);

Foram delineadas as competências a desenvolver no decorrer da unidade curricular - Estágio com Relatório:

- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à grávida/casal hospitalizado para indução de trabalho de parto.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os 4 estádios do trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno/fetal e a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao RN com necessidade de hospitalização na Unidade de Neonatologia.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável

Partindo da identificação de cada uma das competências apresento o contexto em que elas foram desenvolvidas assim como as atividades que realizei nesse âmbito.

2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA²

Ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica ocorrem mulheres de diferentes grupos etários, com necessidades várias decorrentes de problemas tanto da área uroginecológica como da obstetrícia. Sendo um hospital que abrange uma vasta área populacional, constata-se uma grande diversidade cultural nas populações que recorrem aos cuidados de saúde nesta instituição. No decorrer deste ensino clínico, existiu uma preocupação constante em respeitar o mais possível os aspetos culturais de cada indivíduo, nomeadamente, no que se refere às suas crenças e valores. Eles são parte integrante da especificidade de cada pessoa e interferem no modo como cada uma se vê no mundo e qual o significado que atribui à situação de saúde que experiencia (Watson 2007).

As diferenças linguísticas foram, por vezes, limitadoras da prestação de cuidados, uma vez que dificultaram o conhecimento da realidade de cada um. Deste modo, foi nalguns casos complexo o ir ao encontro das necessidades individuais da pessoa, algo tão fundamental para a prestação de cuidados como realça Watson (2007).

O facto da maioria das situações de cuidados ter ocorrido em contexto de urgência/emergência fez com que não fosse possível a articulação com um intérprete. Contudo, nos serviços de internamento das diferentes áreas de cuidados de obstetrícia e ginecologia, sempre que necessário, é efetuado um pedido à embaixada do país de origem de cada cidadão, tal como preconizam

² A unidade de saúde onde decorreu o meu estágio pertence a um hospital central e é constituída pelos serviços de urgência ginecológica e obstétrica e pela sala de partos. A equipa de enfermagem é a mesma e presta cuidados segundo o método individual de trabalho.

Active Citizenship Network (2008) na Carta dos Direitos dos Pacientes e a Direção Geral de Saúde.

No decorrer do meu processo de aprendizagem neste ensino clínico, foram cerca de 32 horas as que tive em contexto de urgência de ginecologia e obstetrícia. Sendo que a maioria das situações de cuidados durante este período, foi no âmbito da obstetrícia.

Cada utente é avaliada por um EEESMOG segundo um modelo de fluxogramas – Triagem de Manchester -- que possibilita uma avaliação rápida, objetiva e criteriosa da situação de saúde da utente quando chega ao serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia. De seguida, são então prestados outros cuidados imediatos tendo em conta cada circunstância e é feita uma observação de cada pessoa por um médico obstetra. Por fim, se necessário, é efetuada a transferência para diferentes unidades consoante a especificidade de cada situação: Serviço de Ginecologia, Unidade de Medicina Materno Fetal, Unidade de Puérperas, Sala de Partos.

A entrevista de colheita de dados é fundamental, embora no contexto de um serviço de urgência, seja extremamente direcionada, no sentido de dar uma resposta rápida e efetiva às necessidades de saúde de cada utente que se encontra quase sempre em elevado risco de morbilidade e, muitas vezes, de vida.

O diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na mulher no âmbito uroginecológico, no período pré-natal e puerpério, é o objetivo major do EEESMOG que presta cuidados neste serviço. Uma adequada colheita de dados, a valorização da sintomatologia da utente, a sua avaliação física e psicoemocional, assim como a avaliação do bem-estar fetal através da realização da auscultação cardíaca fetal, avaliação do cardiotocograma e, em colaboração com o obstetra, avaliação da ecografia fetal, tornam-se procedimentos essenciais de uma prática de excelência.

Nas diversas situações de cuidados que experienciei, tive a oportunidade de Cuidar de mulheres em situação de hiperémese e colestase gravídica, pré-eclâmpsia, hemorragia do segundo e terceiro trimestres e em fase latente e

ativa do trabalho de parto. Algumas utentes recorreram igualmente a este serviço por diminuição dos movimentos fetais.

Embora, por vezes, os tempos de atuação do enfermeiro neste serviço sejam reduzidos, pela situação de saúde de urgência/emergência, constatei que o suporte psicoemocional que o enfermeiro especialista pode prestar, é fundamental. Ao compreender a pessoa como um todo, a valorização das suas emoções é tão importante como a consideração dos aspetos fisiológicos. As diversas intervenções de enfermagem devem portanto englobar a mente, o espírito e o corpo como partes indissociáveis (Watson, 2007). Escutar o que o outro quer verbalizar, respeitar o seu silêncio, mostrar disponibilidade e empatia com os momentos de sofrimento que muitas vezes está a experienciar, pode minimizar estas vivências e dar ao outro o conhecimento de que existe um cuidador pronto a caminhar consigo.

2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

No desenvolvimento desta competência tive em conta algumas das aprendizagens já desenvolvidas no Ensino Clínico IV realizado na Unidade de Medicina Materno Fetal, onde me apercebi que, na maioria das situações, a indução do trabalho de parto é vivida pela mulher/casal com muito *stress* devido a não ser um acontecimento natural e espontâneo. Como referem OE e a APEO (2012, p. 20)

“o trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto normal é a forma mais segura de nascimento. O recurso ao parto induzido e à cesariana sem qualquer motivo de saúde, mas apenas por conveniências dos envolvidos, está associado a maiores riscos e é considerada pela comunidade científica internacional como uma prática injustificada”.

Durante o ensino clínico “estágio com relatório” foi possível constatar que as induções de trabalho de parto ocorriam por norma nas gravidezes com idade gestacional superior a 41 semanas, sendo exceção a existência de um parto

anterior por cesariana. No entanto, esta prática poderia ainda ser antecipada por fatores maternos (patologia materna com agravamento) e/ou fetais (compromisso fetal).

De acordo com a OE e APEO (2012) no documento “Pelo direito ao parto normal” e de acordo com dados da OMS cerca de 85 a 90% das gravidezes terminam em partos sem intercorrências e sem necessidade de suporte médico-cirúrgico. Já em 1996, a OMS tinha demonstrado através de estudos randomizados que nas mulheres em que foi efetuada indução de trabalho de parto, após rotura prematura de membranas (RPM), existiu uma maior necessidade de recorrer a terapêutica analgésica tendo sido, simultaneamente, verificado maior número de intervenções médico-cirúrgicas por parte dos profissionais de saúde. A OMS defende que se o trabalho de parto não se iniciar espontaneamente após 48 horas de RPM pode ser considerada a indução de trabalho de parto com ocitocina.

No local onde realizei o ensino clínico foi possível observar que as induções do trabalho de parto não ocorriam de forma rotineira, no entanto, sempre que uma mulher alcançava as 41 semanas de idade gestacional era induzido o parto, mesmo na presença de bem-estar materno e fetal, recorrendo, frequentemente, à utilização de prostaglandinas, excetuando-se as grandes múltiparas em que se utilizava a perfusão de ocitocina EV de forma contínua.

Refletindo um pouco sobre estas práticas e sobre as recomendações da OMS (1996), e da iniciativa “Pelo direito ao parto normal” (2012) e da ICM (2010), talvez ainda exista um vasto caminho a percorrer no que se refere ao esclarecimento e disponibilização de informação baseada em estudos científicos que possibilitem aos casais compreender que o nascimento é um processo natural e fisiológico que ocorre saudável e eficazmente, na sua grande maioria, sem necessidade de intervenção médico-cirúrgica. A mulher/casal e o bebé são os principais intervenientes em todo este processo, por isso cabe-lhes a possibilidade de decisão, num momento tão marcante das suas vidas. Contudo, esta decisão só poderá ser tomada de forma esclarecida se previamente tiverem acesso a informação completa e rigorosa baseada na

melhor evidência científica disponível sobre o que é esperado, quais as alternativas, os benefícios e os riscos.

Torna-se igualmente importante que os profissionais de saúde compreendam que os serviços/unidades acolhem pessoas, sujeitos ativos no seu processo de saúde e que portanto, é de extrema importância, que estes sejam espaços harmoniosos, que possibilitem a expressão de emoções e vivências e que existam para a pessoa cuidada.

Nesta experiência de ensino clínico constatei que muitas vezes o casal dispunha de muito pouca, ou nenhuma, informação, pelo que a sua capacidade de decisão neste processo de saúde estava afetada. Contudo, tentei sempre que possível selecionar a informação mais pertinente para cada situação de cuidados de forma a possibilitar um conhecimento sobre o que estava a ser vivenciado, sobre o que era esperado, mas acima de tudo favorecer o protagonismo da parturiente no seu trabalho de parto, como forma de facilitar este processo. Evidencia-se assim a importância do estar com a pessoa/família, de proporcionar-lhes diversos caminhos possíveis num projeto de saúde e não o de fazer/pensar por elas.

Apercebi-me de que, como nas situações de indução de trabalho de parto a entrada em fase ativa é mais demorada, surgem, por vezes, mais precocemente sentimentos de desespero, fadiga e incapacidade no autocontrolo. O incentivo do companheiro ao reforço positivo e a utilização de técnicas de relaxamento, as mudanças de decúbito e a utilização de medidas de conforto, nomeadamente, o banho de chuveiro, pela diminuição dos níveis de produção de adrenalina e aumento dos níveis de endorfinas e de ocitocina fisiológica em circulação, foram sentidas como facilitadores do trabalho de parto e da sua própria evolução.

2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA

O estar com a parturiente e com o seu convivente significativo constituiu uma preocupação para que os cuidados tenham uma repercussão positiva tanto em termos de vivência do processo de nascimento como do sucesso do bem-estar do feto/RN.

Ser EEESMOG é poder cuidar de mulheres, nas diferentes etapas de vida, e do casal/família nas diversas fases do ciclo de vida familiar. Neste período tão específico e singular das suas vidas, torna-se fundamental o enfermeiro compreender as vivências conjugais na transição para a parentalidade, e nos cuidados ao bebê, desde que é fantasiado/imaginado até aos primeiros momentos de vida a três (pais-filho). Sendo o nascimento de um filho um momento verdadeiramente único, que habitualmente é recordado como um dos dias mais significativos para os pais, é importante que o enfermeiro obstetra possa proporcionar experiências cada vez mais naturais e positivas, constituídas por momentos verdadeiramente transpessoais (Watson, 2007).

O trabalho de parto inicia-se com contrações uterinas capazes de provocar modificações no colo uterino (apagamento e dilatação) e que promovem a descida do feto na bacia materna.

Como já foi referido anteriormente, todas as grávidas são inicialmente “triadas” e admitidas no Serviço de Urgência de Obstetrícia e posteriormente referenciadas para a Sala de Partos, caso estejam em trabalho de parto. Desde o momento da admissão até às duas horas que se sucedem ao nascimento são efetuados registos de enfermagem no partograma, possibilitando uma rápida e eficaz compreensão sobre a evolução do trabalho de parto e intervenções específicas realizadas no decorrer do mesmo. As normas

utilizadas no preenchimento do partograma, assim como algumas duas condutas de atuação, são as preconizadas pela OMS (1996).

Na admissão na Sala de Partos, é efetuado o acolhimento e a entrevista de colheita de dados com principal enfoque nos antecedentes de saúde pessoais, obstétricos e história da gravidez atual. São validadas as expectativas do casal face ao trabalho de parto e nascimento do bebê. De seguida, é proporcionado a todas as parturientes, exceto às que apresentam REBA (rotura espontânea de bolsa de águas), dois microclisteres, colhido sangue para análise e colocado um cateter venoso periférico com uma perfusão de soro polieletrolítico glicosado. Procede-se igualmente, à avaliação dos sinais vitais e inicia-se a monitorização fetal externa contínua. Nas parturientes com BAI (bolsa de águas íntegra) é possibilitado o levante e a monitorização fetal externa de forma intermitente. Relativamente à nutrição da utente, é restrita à ingestão de pequenas quantidades de água ou chá de 4/4 horas.

Na avaliação das características do colo procura-se que seja quase sempre o mesmo profissional de saúde (EEESMOG ou médico obstetra) a efetuá-la e é limitada o mais possível. Como referem a OMS (1996) e a ICM (2008) esta é uma das medidas essenciais para avaliação da progressão de trabalho de parto e o número de “toques vaginais” deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio de trabalho de parto habitualmente o intervalo de 4/4 horas é suficiente.

A mesma entidade, OMS (1996), refere que a realização de práticas como a utilização de microclisteres, administração de soros por rotina, a não alternância de decúbitos durante o trabalho de parto, sobretudo a manutenção da posição de litotomia, são desnecessárias ou até mesmo prejudiciais e por isso devem ser eliminadas.

Quando existe rotura de bolsa de águas é necessário avaliar se a apresentação do feto está, ou não, insinuada na bacia materna, uma vez que se apresentação for móvel existe risco de prolapso do cordão. Contudo, e uma vez assegurado este princípio, a alternância de posição, nomeadamente, o encorajamento a assumir posições mais verticalizadas e confortáveis para a

própria mulher, pode favorecer a evolução do trabalho de parto e diminuição dos níveis de dor.

No que se refere à monitorização fetal de forma contínua e à restrição de administração de alimentos nas gravidezes de baixo risco, são consideradas pela OMS como sendo práticas utilizadas de forma inapropriada: “o método de eleição para a monitorização do feto num trabalho de parto normal é a auscultação intermitente”; “a nutrição é de grande importância e fundamental para a variabilidade da FCF (frequência cardíaca fetal)” (OMS, 1996, p. 23 e 13), respetivamente.

Refletindo na minha atuação, enquanto estudante ESMOG, considero que as diferenças encontradas entre as recomendações da OMS, OE, APEO e ICM, e o contexto de cuidados onde decorreu a minha aprendizagem foram, por vezes, geradores de alguma ansiedade. Contudo, penso que foi o questionar práticas consideradas como rotineiras há décadas que provocou alguns pequenos avanços e mudanças que, por mínimas que parecessem, promoviam algum bem-estar nas famílias que vivenciavam um momento tão singular. Frequentemente ao solicitar à mulher que fizesse o que o seu próprio corpo lhe sugeria, ou seja, que procurasse em si o que naquele momento seria uma medida de conforto, com base na evidência disponível, possibilitou nalgumas situações, quebrar protocolos institucionais.

A validação de princípios e técnicas com as orientadoras desta UC, a procura de estudos científicos e a discussão em equipa e em sessões de análise das práticas permitiu inúmeras aprendizagens e, por vezes, o chegar mais próximo da realidade e dos objetivos de cada utente. Havendo, cada vez mais, casais informados e com voz ativa no seu processo de saúde, neste caso com poder de decisão sobre o nascimento de um filho, as práticas têm que, cada vez mais, ser adaptadas, baseadas na evidência científica, de forma a poder proporcionar experiências o mais gratificantes possível, quer para as pessoas que são cuidadas, quer para os próprios cuidadores. São esses os momentos verdadeiramente intemporais, que transcendem o concreto do aqui e agora, como defende Watson (2007).

A avaliação da “descida da apresentação” e da “variedade fetal” foram sentidas como dificuldades iniciais, mas foram progressivamente ultrapassadas.

Apesar da analgesia epidural ser uma prática comum desde o primeiro estágio de trabalho de parto, na instituição onde decorreu o meu estágio, algumas mulheres decidiram recorrer a métodos não-farmacológicos do controlo da dor, nomeadamente através da realização do banho ou da massagem realizada pelo companheiro. Gayeski e Brüggemann referem, numa revisão sistemática da literatura que efetuaram em 2010, que o banho de imersão tem resultados bastante positivos no controlo da dor e pode ser iniciado logo após os 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade e da dor e a aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. É importante no entanto, selecionar cada método de acordo com a vontade de cada mulher, do momento em que experiencia a dor e da sua eficácia para a minimização da mesma.

O segundo estágio do trabalho de parto foi o período que para mim, enquanto estudante, foi mais gerador de *stress*. Apesar de considerar estar na posse de conhecimentos para assumir a minha prática e após algumas sessões letivas teórico-práticas sobre as intervenções no momento do período expulsivo, penso que talvez só a partir do vigésimo parto, num total de 38 partos, é que pude efetivamente desfrutar verdadeiramente das competências de uma futura EEESMOG.

Procurei que o ambiente fosse o mais tranquilizador e acolhedor possível, limitando a intensidade da luz, o material hospitalar que poderia ser gerador de ansiedade, o número de pessoas, devolvendo sempre à utente que era ela que escolhia quem ali estivesse. Na grande maioria dos partos realizados, o companheiro esteve sempre presente.

Foi validada sempre a informação relativa à segunda fase do trabalho de parto, explicitando à parturiente que só deveria iniciar esforços expulsivos quando sentisse essa necessidade para evitar o cansaço e consequentemente, assegurar um aporte de oxigénio ao feto adequado.

No que se refere ao posicionamento da utente durante o período expulsivo, por norma do serviço, a posição utilizada era a de litotomia. Tentei, no entanto,

verticalizar a cama o mais possível para favorecer a descida da apresentação fetal e facilitar o esforço materno, tendo sido sentido este posicionamento pela mulher como mais confortável.

A posição de litotomia favorece a realização de um maior número de episiotomias, menor liberdade de movimentos e estreitamento da bacia materna (OMS, 1996). Do mesmo modo, num estudo elaborado por Gupta, Hofmeyr e Smyth (2004) foram consideradas as posições que a parturiente pode assumir durante o segundo estágio trabalho de parto. Procedeu-se então à comparação entre as posições mais verticalizadas ou lateralizadas com as posições de decúbito dorsal ou de litotomia. Concluiu-se que as primeiras reduzem o tempo de período expulsivo, o número de partos assistidos e o número de episiotomias, pela melhor distensão e elasticidade do períneo e aumentam o número de lacerações (que habitualmente não ultrapassam as de grau II). Da mesma forma, as perdas hemáticas maternas via vaginal são menores, assim com a dor percebida pela mulher. Ocorrem também com menor incidência alterações patológicas na frequência cardíaca fetal.

No período expulsivo, de uma maneira geral, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos com manobra de Valsalva, quando se manifestava contração uterina. Contudo, quando se verificava dificuldade, por parte da grávida, em coordenar e controlar os esforços também era proporcionada orientação para fazer esforços de forma não dirigida. Esta prática vai ao encontro das “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” referidas pela OMS (1996, p. 36): realização de esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto. Também a Federação das Associações de Partoiras Espanholas e a APEO (2009) advogam os esforços espontâneos em detrimento da manobra de Valsalva, uma vez que durante esta manobra produzem-se alterações fisiológicas que podem prejudicar o bem-estar fetal. A orientação para o recurso a esforços expulsivos dirigidos também se tornou necessária devido ao facto de, por vezes, a parturiente não ter percepção da contratilidade nem a vontade de fazer força pelo efeito da analgesia epidural.

Foram efetuadas episiotomias de forma seletiva³ (16), sobretudo nas mulheres primíparas com bebês macrossômicos, na suspeita de sofrimento fetal ou nas mulheres em que a distância entre o intróito vaginal e o ânus era igual ou inferior a 3 cm. Nas outras mulheres foi feita tentativa de períneo íntegro, tendo sido conseguido em 10 situações, sendo que as restantes 12 apresentaram lacerações de grau 1 ou 2 que foram suturadas com relativa facilidade. Para mim, a sutura da episiotomia tornou-se mais complexa que a reparação das lacerações do períneo. A conduta de proteção do períneo utilizada foi a de proteção ativa, visto ser a adotada pela instituição. Contudo, e uma vez que exerço funções no serviço de puerpério da mesma instituição onde desenvolvi o EC, foi possível obter *feedback* sobre a evolução das lesões do períneo, das mulheres a quem fiz o parto, nos dois dias seguintes ao mesmo: o desconforto referido pelas utentes foi semelhante tanto nas que foram submetidas a episiorrafias como nas que foram submetidas a perineorrafia por lacerações de segundo grau. No entanto os períneos com perineorrafia por lacerações apresentavam menos edema e melhor evolução cicatricial do que os períneos com episiorrafias.

O nascimento é também marcado por um conjunto de acontecimentos e de tarefas que implicam a participação e envolvimento dos pais, destacando-se:

- A separação física do bebé, o que conseqüentemente leva ao fim da sensação de fusão com o feto (Brazelton e Cramer, 2004);
- O confronto com os “três filhos” – o bebé fantasmático (representação da história pessoal da filiação com os pais, fantasias que retomam à infância parental), o bebé imaginário (desejado e pensado durante a gravidez) e o bebé real (verdadeira imagem do bebé) (Cramer, 1995; Sá, 1997);
- A adaptação ao bebé real, o que por vezes pode ser gerador de sentimentos de estranheza, bem como domínio sobre o medo de fazer mal ao mesmo (Brazelton e Cramer, 2004);

³ Foi comprovado, através de diversos estudos, que a realização da episiotomia de forma seletiva está associada a uma diminuição das lacerações graves e a um maior número de períneos íntegros, embora se tenha também verificado um aumento do número de lacerações anteriores (Borges; Serrano e Pereira, 2003).

-
- A manifestação de disponibilidade no estabelecimento de uma nova relação e adequação de um repertório comportamental à satisfação das necessidades do bebé (Brazelton e Cramer, 2004).

Numa fase inicial após o nascimento, o bebé pode ser percebido como estranho, podendo a mãe sentir alguma dificuldade em (re) conhecê-lo. Como refere Kennell, “cada mãe tem uma tarefa específica a desempenhar no período após o parto. Ela deve olhar o seu bebé e «afeiçoar-se» ao bebé real, conciliando assim a imagem que dele fantasiara antes do parto com a sua verdadeira imagem” (1995, p. 36).

No nascimento, estabelece-se o primeiro encontro entre pais e bebé real, pelo que o processo de interação decorrente a partir deste momento é singular e insubstituível. Sabe-se atualmente que há processos químicos subjacentes aos afetos, nomeadamente, a hormona ocitocina fundamental para o trabalho, é também a primeira hormona que dita a ligação inicial mãe-filho (Young, 2013).

Todos os bebés, a quem prestei cuidados após o nascimento, (cerca 59), foram colocados em contacto prolongado pele com pele com a mãe e adaptaram-se à mama na primeira hora de vida, excetuando uma situação de um parto que ocorreu de forma muito precipitada em que o bebé teve necessidade de reanimação com *neopuff* (ventilador por pressão positiva) e, outra situação em que o bebé não foi adaptado à mama por a mãe ter serologia de vírus de imunodeficiência humana (VIH) positiva.

A clampagem do cordão umbilical foi alvo de discussão na equipa de enfermagem. Na grande maioria dos partos foi clampedo antes de parar de pulsar, embora a OMS (2013) defenda que este procedimento deve ser adiado até ao cordão parar de pulsar ou decorridos 1 a 3 minutos após o nascimento.

O terceiro estágio de trabalho de parto foi, por vezes, vivido com alguma apreensão. Numa situação ocorreu retenção placentária, por acretismo placentário, tendo existido necessidade de proceder-se a curetagem. Noutra situação ocorreu dequitação com membranas fragmentadas mas que, no controlo ecográfico, se constatou não existirem restos de membranas. Em quase metade dos partos que acompanhei ocorreu dequitação por mecanismo de Mathews-Duncan, apesar de vir descrito na literatura e de ser referido pelos

técnicos de saúde do local onde fiz o estágio como um mecanismo menos frequente.

Nas situações de cuidados em que o parto foi distócico, tive oportunidade de prestar cuidados ao RN e de acompanhar posteriormente, as tríades no quarto estágio de trabalho de parto, tendo colaborado em 23 partos.

Durante o período de puerpério imediato foi possível dar continuidade à observação da interação pais-filho. Procedeu-se regularmente à avaliação da tensão arterial, do globo de segurança de Pinard, controlo de perdas hemáticas maternas e eliminação vesical bem como à avaliação do RN.

Foi igualmente realizada a transferência das puérperas e dos recém-nascidos que acompanhei para a unidade de puerpério e foi possibilitada a continuidade de cuidados através da transmissão da informação necessária da mãe e do recém-nascido.

2.4- COMPETÊNCIA 4: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Apresento, de seguida, uma análise das competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem neonatal e da importância do papel do enfermeiro obstetra para prevenir/minimizar algumas das situações que resultam na hospitalização do recém-nascido na unidade.

A observação física e emocional do bebé e o apoio aos pais foram preocupações constantes no decorrer do EC “Estágio com Relatório” e do EC V (Enfermagem neonatal). Durante a prestação de cuidados nestes contextos houve ainda uma especial atenção relativa aos aspetos inerentes à estabilização hemodinâmica e ao transporte do recém-nascido, bem como o apoio aos pais a viverem a situação de hospitalização do filho.

Reportando-me um pouco para as competências do EEESMOG e através da análise e interpretação de dados colhidos no período de ensinos clínicos IV

(Grávidas de alto risco), V e “Estágio com Relatório”, compreende-se o quão fundamental é a vigilância de gravidez e a monitorização de sinais e sintomas que podem indicar risco de vida para a mulher e feto.

Das situações com as quais me confrontei em muitas das mulheres que entraram em fase latente de trabalho de parto e que ainda não se encontravam no final da gravidez, foram efetuadas intervenções que tentaram travar este processo, nomeadamente administração de tocolíticos, hidratação e promoção de repouso, assim como administração de corticosteróides para maturação pulmonar fetal. Penso igualmente, que o controlo de patologias maternas associadas à gravidez, a promoção de hábitos e comportamentos de vida saudáveis e a vigilância do bem-estar materno-fetal, são igualmente intervenções que, em muitas situações, conseguem prevenir/minimizar o parto pré-termo e, conseqüentemente, toda a possível morbimortalidade associada a um bebé prematuro.

Realço ainda o papel que o enfermeiro obstetra pode desempenhar junto dos futuros pais no período préconcecional em que por exemplo, numa das situações de malformação congénita do bebé, existiam antecedentes familiares de malformações, pelo que o aconselhamento genético e o diagnóstico ao casal nesta situação pudessem ter sido um aspeto favorável.

Apesar de observar, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos que é efetuado, quase que de forma constante, o reforço da informação à grávida/casal relativo à importância da perceção/contagem dos movimentos fetais, constato que muitas mulheres, apesar da perceção de diminuição ou ausência de movimentos fetais, tendem a protelar a ida a um serviço de saúde. Este é ainda um dos conteúdos a ser abordado no período pré-natal, sem alarmismos, mas sensibilizando e responsabilizando o casal para estar atento ao bem-estar fetal através da perceção dos seus movimentos e que na sua diminuição/ausência é aconselhado recorrer de imediato a um serviço de saúde.

Como futura enfermeira especialista foi relevante ter desenvolvido competências no âmbito da reanimação neonatal, uma vez que muitas vezes não é esperado o nascimento de um bebé com necessidade de reanimação e sendo que o enfermeiro é o profissional que por excelência se encontra 24

horas/dia na sala de partos, torna-se fundamental que seja competente para prestar cuidados neste âmbito.

Observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido prematuro, e/ou com patologia, e à sua família, foi uma realidade por vezes complexa sobretudo no que se refere à gestão de emoções. Lidar com o sofrimento de pais que, muitas vezes, viram o culminar de um projeto, extremamente planeado e desejado, numa hospitalização de um bebé em risco de vida e, em que cada dia é “o vencer de mais uma etapa”, mas que o amanhã pode ser o retroceder de inúmeras, tornou-se por vezes difícil. A relação de empatia para com os sentimentos e vivências dos casais, a escuta ativa e muitas vezes o proporcionar esperança, uma esperança real no que existe “aqui e agora” e no tentar perceber que cada etapa é uma nova conquista, mas que é algo que tem que ser construído progressivamente, que é prolongado no tempo e que pode nem sempre ter sucesso, foi um caminho que penso que consegui percorrer. Da mesma forma, o estimular os pais a participarem ativamente nos cuidados ao filho e facilitar o processo de vinculação através do toque e do *Canguru Care*, tão importante para o bem-estar da tríade, foi algo que pretendi desenvolver e que penso que teve boa aceitação.

A evidência científica demonstra que o *Canguru Care* traz benefícios à saúde do recém-nascido prematuro e/ ou de baixo peso. Deles destacam-se a redução do tempo de hospitalização, uma assistência mais humanizada, contribui para o vínculo mãe-filho e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo (Lescious e Cabral, 2010). Feldman já referia em 2004 que o *Canguru Care* tem igualmente um efeito benéfico na estabilização dos sistemas fisiológicos dos recém-nascidos.

Uma vez que se tratava de um dos objetivos do meu estágio tentei compreender o impacte do nascimento de um filho, nesta situação específica de hospitalização, na relação conjugal.

Isabella (citada por Figueiredo, 2003) refere que os fatores psicológicos que interferem na vinculação materna podem ser de dois tipos, aqueles que estão relacionados com a qualidade da relação conjugal e o impacte do estilo de

vinculação da mãe no envolvimento mais favorável com o filho. Os estudos empíricos mostram que as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros têm geralmente um envolvimento maior com o bebê.

Constatei através de diversos testemunhos que existem casais que, nesta etapa, sentem uma certa ambivalência de sentimentos relativa ao papel conjugal. Por um lado, descrevem que se sentem mais unidos ao passar por situações de hospitalização, doença, receio do sofrimento/morte, por outro sentem que a relação sofre algum “desgaste” porque muitas vezes para não preocupar o outro não verbalizam o que sentem e, porque alguns casais optam por revezar-se, enquanto um dos membros trabalha/descansa o outro está com o filho.

Considereei pertinente abordar a importância de existirem tempos de reencontro do casal, em que o diálogo, a expressão de emoções se torna fundamental para a percepção/compreensão do outro e para proporcionar apoio mútuo. Da mesma forma, reforcei positivamente os comportamentos (linguagem não verbal) de empatia evidenciados entre o casal.

O poder colaborar na prestação de cuidados a bebês em tão distintas situações de saúde e com tão diferentes necessidades, foi algo que me fez adquirir novas competências. A minimização ao máximo da manipulação dos bebês e a sua contenção, como forma de facilitar a sua organização comportamental, foi algo que tive a oportunidade de concretizar. Da mesma forma, pude intervir de modo a prevenir/minimizar perdas de calor, infecção neonatal, realização de monitorização cardiorrespiratória, execução de técnicas de alimentação entérica e promoção, assim que possível do aleitamento materno, compreensão de mecanismos de suporte ventilatório invasivo e não invasivo (CPAP e Blend), administração de terapêutica, entre outros.

2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL

Apresento de seguida uma descrição das atividades que realizei, com o objetivo de desenvolver a competência supracitada.

- Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre os temas da conjugalidade e parentalidade;
- Sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática das implicações do processo de parentalidade na dinâmica conjugal.
- Realização de sessões de educação para a saúde relativas ao processo de transição para a parentalidade e possíveis alterações na dinâmica conjugal.
- Assegurar-me que os cuidados de enfermagem prestados iam ao encontro das necessidades específicas de cada casal e desenvolver técnicas de comunicação, através da entrevista de enfermagem centrada na pessoa.
- Durante o processo de vigilância de trabalho de parto, proporcionar informação inerente a todo o processo, esclarecer dúvidas e envolver o companheiro no mesmo, de forma a proporcionar suporte à mulher e permitir-lhes partilhar a experiência de nascimento. Preparar antecipadamente o casal para o que pudesse acontecer, de forma a permitir gerir desconfortos, preocupações e ansiedade. Como referem Johansson e Hildingsson (2013) o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados à sua companheira, querem sentir-se envolvidos no processo de tomada de decisão e desejam a presença de um enfermeiro obstetra no decorrer do trabalho de parto, partilhando igualmente com o mesmo

-
- Observação de momento de interação entre casal e primeiros momentos de vida a três.
 - Perceção de eventuais alterações na dinâmica familiar, discussão com o casal de possíveis soluções de adaptação às alterações manifestadas.
 - Disponibilização de contacto telefónico e de endereço eletrónico para eventual esclarecimento de questões que o casal/pais possam estar a sentir.

No ponto que se segue procede-se à descrição da metodologia utilizada para conseguir desenvolver esta competência.

A teoria de Jean Watson, que norteou a minha prestação de cuidados, bem como o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (2010) e pelo ICM (2010) foram uma referência constante na interação com a utente/casal nomeadamente, no estabelecimento de uma relação de parceria para a promoção do autocuidado e da saúde da mulher, recém-nascido e família; no respeito pela dignidade humana e pelos princípios éticos e deontológicos da profissão; na demonstração de sensibilidade cultural nos cuidados prestados.

3 - METODOLOGIA

Neste ponto pretende-se descrever o percurso metodológico efetuado, bem como a fundamentação do mesmo. Para dar resposta aos objetivos propostos, é então descrito o processo de revisão sistemática da literatura e a observação participante em contexto de ensino clínico que possibilitou uma compreensão do fenómeno em estudo. Finalmente, serão apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos, confrontando-os com os principais achados dos artigos selecionados.

3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Através da revisão sistemática da literatura consegue-se aceder à melhor evidência científica encontrada acerca de um tema. Segundo Craig e Smyth, (2004, p. 164) “As revisões sistemáticas são métodos rigorosos de reduzir o viés, e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação”. Os mesmos autores consideram que nas revisões sistemáticas são utilizados métodos rigorosos e específicos para identificar, analisar e sintetizar os estudos mais relevantes para o fenómeno de interesse.

No processo de elaboração de uma revisão sistemática podem ser destacadas várias etapas: a formulação da questão de pesquisa (focalizada); o estabelecimento de critérios de seleção dos estudos (inclusão e exclusão); planificação da estratégia de pesquisa; análise crítica e seleção dos artigos de acordo com os critérios definidos; apresentação e interpretação dos achados.

No sentido de procurar a evidência disponível para aprofundar o desenvolvimento da competência número cinco, mencionada no ponto anterior “Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável”, procedeu-se então, primeiramente à formulação das questões de pesquisa:

- Quais as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal (I), em casais (P), durante o período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto (Co) e quais as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação (I)?

Participantes (P) – casais

Fenómeno de Interesse (I) - implicações do processo de parentalidade na relação conjugal e intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação

Contexto (Co) - período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto

As questões de pesquisa supracitadas encontram-se no domínio da abordagem qualitativa, visto que o seu objeto de estudo são as implicações do processo de parentalidade na vida conjugal de cada casal primíparo e as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadores da adaptação do mesmo a esse processo de transição. Deste modo, o fenómeno em estudo tem que ser compreendido e analisado e está dependente dos sujeitos, das suas experiências, da relação que apresentam, das circunstâncias em que se encontram.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 12) e a propósito do tipo de abordagem e da sua adequação ao objeto de estudo, “se o enfermeiro-cientista está interessado em descobrir o que é a experiência (...) os métodos de investigação qualitativa são mais adequados.” Não se procura apenas uma realidade ou “verdade”, mas a significação do fenómeno para cada pessoa. Esta crença em múltiplas realidades reforça a importância do ponto de vista do participante no estudo, como elemento central neste tipo de abordagem. Por esse motivo, é fundamental que se seja o mais fiel possível, em relação às concepções dos participantes, procurando não dirigir o estudo ou focalizá-lo apenas a uma componente ou instrumento específico (Streubert e Carpenter 2002).

Os **critérios de inclusão** para os artigos foram:

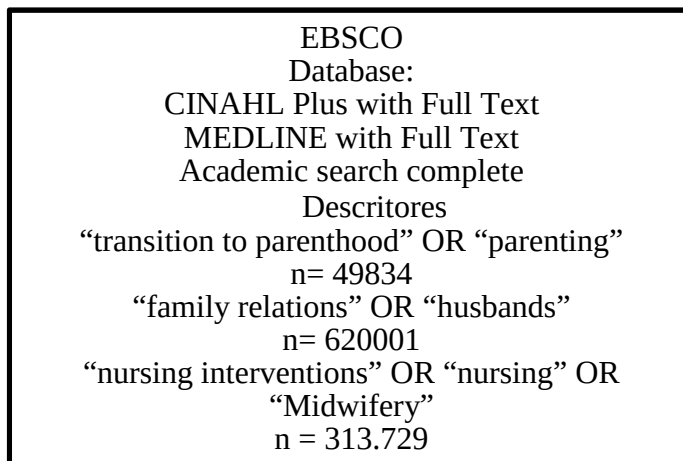
- Redação em português, inglês, ou espanhol;
- Foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por conexão, com a questão PICO;
- Data de publicação entre 2008 a 2013.

Os **critérios de exclusão** foram:

- Estudos noutras línguas, diferentes do português, inglês e espanhol;
- Ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e *abstract* dos artigos);
- Repetição do mesmo artigo nas bases de dados.

Identificam-se como descritores de pesquisa: Parentalidade (transition to parenthood, parenting); Relação conjugal/familiar (family relations, husbands); Intervenções de Enfermagem (nursing interventions, midwifery, nursing).

Processo de pesquisa na EBSCO



Conjugação dos descritores seleccionados:

“transition to parenthood” AND “family relations” AND
“midwifery” OR transition to parenthood” AND “family relations”
AND “nursing intervention” OR transition to parenthood” AND
“family relations” AND “nursing” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “Nursing Intervention” OR “parenting” AND
“family relations” AND “nursing” OR “transition to parenthood”
AND “husbands” OR “parenting” AND “husbands”

A blue arrow points from this box to the next stage.

Filtração cronológica

2008 a 2013

- Boolean/Phrase
- Texto integral

N=139

7

(com pertinência para o estudo)

Quadro1. Apresentação dos artigos selecionados

Título	Autores	Referência Ano/País	Objetivos	Participantes	Tipo estudo	Conclusões pertinentes para este estudo
1. Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment	Regina P. Lederman	Issues in a mental Health Nursing 2011, USA	Avaliar as necessidades físico-sociais envolvidas na existência de um parto prematuro assim como as relações familiares envolvidas durante a gravidez.		Revisão narrativa da literatura	A vigilância pré-natal é menos frequente e o número de nascimentos de bebês prematuros é maior quando os companheiros não apresentam as mesmas intenções na gravidez, ou quando ambos não aceitam a gravidez. Quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. O apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.
2. Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits	Arja Haaggman-Laitila, Raija Seppanen, Katri Vehvilainen-Julkunen and Anna-Maija Pietila	Journal of Clinical Nursing, 2010, Finlândia	Descrever os benefícios do "vídeo home training" na saúde e interação familiar, através de testemunhos parentais 6 meses após ter sido realizado.	15 Famílias com 66 membros familiares	Estudo descritivo, qualitativo	O "vídeo home training" estimula os pais a discutir questões relacionadas com a parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). A confiança parental e o respeito são implementados. A relação conjugal é fortalecida através do diálogo e suporte mútuo. O desenvolvimento da criança também pode ser afetado por este método, uma vez que se favorece a aquisição do auto-conhecimento e do sentido de responsabilidade. Os pais são observados como modelo para os seus próprios filhos.
3. An integrated mid-range theory of postpartum family development:	Janice Christie, Brenda C. Poulton & Brendan P. Bunting	JAN: Original Research, 2008, Reino Unido	Identificar as percepções parentais das experiências familiares no pós-parto.	17 Famílias no período de puerpério	Estudo exploratório, qualitativo.	As primeiras 6 a 8 semanas após o parto são as mais trabalhosas e incertas, que requerem a gestão de várias situações em simultâneo, sendo igualmente identificado como uma períodos de enorme adaptação e mudança. Os pais descrevem modificações na saúde

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

a guide for research and practice						física (cansaço), sentimentos e bem-estar mental, relação conjugal e atividades sociais. Como recursos para ultrapassar dificuldades os pais mencionam as experiências anteriores, conhecimentos que possuem e os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro obstetra. As visitas domiciliárias são observadas como um momento de grande suporte familiar.
4. Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting	Melinda Morril, Denise Hines, Sehar Mahmood, James Córdova	Family Process, 2010, USA	Compreender as diferenças dos modelos tradicional e alternativos da coparentalidade e perceber as suas implicações na satisfação conjugal e respostas parentais.	76 casais heterossexuais	Estudo longitudinal	No modelo tradicional, em que a coparentalidade é observada como uma parte indireta do sistema familiar que tem início com a relação conjugal, a qualidade desta relação percebida pelo homem e pela mulher, influencia a aliança coparental de ambos e por sua vez, as práticas parentais desenvolvidas. Nos modelos alternativos, a aliança coparental, é focalizada como sendo a base da relação e, por sua vez, parece ter efeitos positivos na satisfação conjugal e nas respostas parentais desenvolvidas.
5. Partner Effects of Mexican Cultural Values: The Couple and Parenting Relationships	Ana Lucero-liu, Wendy Gamble, Angela Taylor, Donna Christensen, Kerri Modry-Mandell	The Journal of Psychology, 2008, USA	Compreender o impacto dos valores individuais, na relação conjugal e implicações dos mesmos na parentalidade.	50 casais do México	Estudo exploratório, correlacional	Foram considerados dois valores: a simpatia e o respeito. Foi mencionado pelas mulheres que a simpatia do homem influenciava positivamente a relação conjugal e parental. Contudo, o respeito, nalgumas situações mais associado ao autoritarismo paterno, poderia ter efeitos negativos em ambas. Os autores encontraram uma evidência sobre o contributo dos valores maternos, na percepção do homem, para a relação conjugal. Eles interpretam estes resultados para sugerir que a mulher evidência ser mais sensível na relação conjugal e de mãe
6. Partner relationships during the transition to parenthood	Barbara Figueiredo, Tiffany Field, Miguel Diego, Maria Hernandez-Reif	Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2008, USA	Compreender as relações conjugais durante o período de transição para a parentalidade, especificamente	43 casais no segundo trimestre de gravidez	Estudo misto, longitudinal	Os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relação conjugais mais estáveis que os participantes que vivem separados ou estão descontentes com a gravidez. São referidos maiores níveis de irritabilidade do segundo para o terceiro trimestres e no

	Osvelia Deeds e Angela Ascencio		analisar as diferenças nas mulheres e nos homens de ansiedade e depressão dependendo da relação conjugal estabelecida.			pós-parto. Estes resultados são consistentes com uma diminuição dos níveis de satisfação conjugal no terceiro trimestre e período pós parto. Experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal menores originam mais ansiedade e casais com mais sentimentos negativos na relação têm ambos elevados níveis de ansiedade e de depressão.
7. Patterns of couple interaction during the transition to parenthood	Renate. Houts, Kortnee Barnett-Walker, Ablair Paley, e Martha Cox	Personal Relationship s, 2008, USA	Identificar padrões de resolução de problemas conjugais construtivos e destrutivos em casais em período pré-natal e 3, 12 e 24 meses após o nascimento.	138 Casais primigestos que frequentavam sessões no período pré-natal.	Estudo descritivo, qualitativo, longitudinal	Foram constituídos dois grupos de casais, cada um com modelos distintos de interação, com padrões de comunicação obtidos durante 4 sessões de resolução de problemas na gravidez e aos 3, 12 e 24 meses pós-parto. A maioria dos casais exibiu estabilidade no seu grupo de adesão ao longo do tempo (2 anos). Nos casais com resoluções de problemas destrutivos foram evidenciados mais problemas de saúde mental e sintomas de depressão. Por fim, determinou-se a qualidade da relação conjugal e a probabilidade de divórcio ou separação dos grupos, 5 anos após o nascimento do primeiro filho. As esposas com resolução construtiva de problemas conjugais relataram significativamente menos perspectivas negativas do seu casamento. Este grupo verificou-se como sendo o mais estável sendo que a probabilidade de divórcio ou separação é menor.

A análise e interpretação dos principais achados da revisão sistemática da literatura, será posteriormente tratada no ponto 3.3. Neste procede-se à discussão do que foi considerado nas notas de campo, comparativamente com o que com os achados da revisão sistemática da literatura.

3.2 – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Ainda para dar resposta aos objetivos propostos, desenvolvi algumas atividades que concorreram para uma compreensão mais abrangente da temática em estudo, nos diversos ensinamentos clínicos.

Durante a realização dos estágios, no centro de saúde, no serviço de medicina materno fetal e no serviço de puerpério, procurei registar os momentos de interação entre casais e compreender as suas experiências, no processo de gravidez, e primeiros dias de vida a três, relativamente à relação conjugal e à parentalidade.

Quadro 2. Aspetos contemplados na observação da interação entre o casal

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	COMUNICAÇÃO VERBAL
Presença do casal nas consultas de vigilância de saúde, no período de trabalho de parto e pós-parto.	Expressam sentimentos e vivências relacionadas com a conjugalidade e parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). Partilham sentimentos e vivências, verbalizando empatia com o que o outro está a viver ou sentir. Apresentam métodos de resolução de problemas construtivos.
Expressão de comportamentos de empatia.	
Ambos se apoiam mutuamente na divisão das tarefas domésticas/cuidados ao filho.	

No ensino clínico em sala de partos dei continuidade a estas observações e foi disponibilizado a todos os casais de quem cuidei o meu contato telefónico e correio eletrónico para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências no pós-parto.

Penso que o fato de poder desempenhar a minha atividade profissional na unidade de puerpério foi uma mais-valia para a compreensão do fenómeno em estudo e para a continuidade dos cuidados que já havia sido iniciada na sala de partos, em contexto de ensino clínico.

Os momentos de interação entre o casal foram registados em notas de campo. Segundo Everston e Green (1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005), os registos de dados em sistemas narrativos podem resultar em notas do trabalho de campo que descrevem o que foi observado, escutado, vivenciado e refletido pelo investigador, na sequência de uma observação participante. O objetivo dos sistemas narrativos é então identificar princípios gerais e modelizar situações particulares, compreendendo cada caso específico e comparando, posteriormente, os casos entre si (Everston e Green, 1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005).

Os critérios de inclusão dos casais para a elaboração das notas de campo foram: casais/pais pela primeira vez, cuja gravidez decorreu sem intercorrências, e nascimento de recém-nascido saudável que se manteve em alojamento conjunto com a mãe desde o nascimento e, a quem prestei cuidados desde a admissão até, pelo menos de puerpério imediato (incluindo realização do parto), nos meses de ensino clínico de Junho e Julho⁴. O casal tinha que permanecer junto em todos os estádios do trabalho de parto.

⁴ Foram apenas considerados estes meses por serem aqueles em que se sentiu uma maior confiança e domínio sobre as competências do enfermeiro obstetra, nomeadamente no que se refere ao aprofundamento da competência: *“Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal, implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável.”*

Considerações Éticas

Durante o desenvolvimento do estágio, e na elaboração das notas de campo, teve-se em consideração alguns dos direitos fundamentais do ser humano, que são essenciais para assegurar a proteção de todos os participantes. De entre esses direitos e princípios éticos envolvidos, foram tomadas as medidas necessárias para a não violação do direito à autodeterminação, que tem como base o princípio do respeito pelas pessoas, na qual cada um é livre de escolher e decidir acerca da sua participação no estudo, devendo ser informado acerca das condições de realização do mesmo (Fortin, 2009). O direito à autodeterminação pressupõe que haja informação antecedente, para que os sujeitos possam fazer a sua decisão de forma livre e informada - consentimento informado (Código Deontológico do Enfermeiro, 2003). Deste modo, os casais/pais foram informados da temática e dos objetivos deste trabalho, antes de serem recolhidas quaisquer informações acerca destes. Considerou-se igualmente, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que a identidade dos participantes não será divulgada, assim como algum tipo de dados e de informação recolhida, que não deverá ser exposta nem partilhada (Fortin, 2009).

Igualmente importante foi o direito de ser assegurado um tratamento justo e equitativo face a todos os clientes, garantindo que todos receberam as mesmas informações, o mesmo tipo atenção e consideração (Fortin, 2009).

Existem ainda outros princípios como o da beneficência que é definido como “acima de tudo, não causar dano” (Hungler e Polit, 2004, p. 84). Este engloba várias dimensões, como a isenção de dano e isenção de exploração para o sujeito participante, bem como uma avaliação da relação risco/benefício, sendo que a orientação geral é se “a relação risco/benefício (em termos dos riscos para os participantes) é compatível com o benefício que se espera alcançar para a sociedade e para a profissão de enfermagem” (Hungler e Polit, 2004, p. 86).

3.3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Neste ponto procede-se à apresentação dos dados obtidos e analisa-se e discute-se os mesmos com os resultados dos artigos considerados na revisão sistemática da literatura.

Quadro 3. Caraterização dos participantes segundo as variáveis: idade, estado civil e escolaridade

Participantes (♀ e ♂)	Idade (♀ e ♂)	Estado Civil	Escolaridade (♀ e ♂)
A e B	19 e 23	União de facto	12º ano 9º ano
C e D	33 e 33	Casados	Mestrado Licenciatura
E e F	29 e 25	União de facto	Licenciatura Licenciatura
G e H	20 e 20	União de facto	9º ano 9º ano
I e J	21 e 25	Casados	12º ano 9º ano

No decorrer da prestação de cuidados foram acompanhados 5 casais, que satisfaziam os critérios de inclusão referidos anteriormente. Assim, de acordo com o quadro seguinte, verificamos que os participantes se encontravam entre os 19 e os 33 anos, sendo que a média de idades é de 24,8 anos.

Os utentes considerados ou são casados, ou vivem em união de facto.

Relativamente à escolaridade, 4 pais apresentavam o nível de escolaridade básica (9º ano), 2 o 12º ano e os outros 4 o nível de licenciatura ou superior.

Como foi mencionado anteriormente nos critérios de inclusão, foram prestados cuidados a todos estes utentes desde a admissão na sala de partos até ao momento de transferência para a unidade de puerpério (2 horas após o nascimento), existindo observação de momentos de interação entre o casal nos 4 estádios de trabalho de parto e, após o nascimento, entre pais e bebé. Foi igualmente validado com os mesmos, as suas vivências conjugais relativamente à gravidez e expetativas que tinham relativamente a eventuais alterações na relação conjugal após o nascimento do primeiro filho. Após cada interação entre enfermeiro-cliente foram feitas breves notas de campo.

Quadro 4. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo

Participantes (♀ e ♂)	Observação momentos interação no TP	Vivências na gravidez conjugalidade	Expetativas pós-parto conjugalidade
A e B	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Expressão de ansiedade e receio pelo companheiro no período expulsivo Empatia e emoção no nascimento. Ambos se acariciam nas duas horas pós-parto e tocam a bebé. Solicitam informação inerente ao TP	Referem sentir maior proximidade (objetivo comum – filho)	Consideram que a relação irá manter-se igual
C e D	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos no TP e parto. Elogia a mulher no momento logo a seguir ao nascimento e agradece-lhe o fato de se ter tornado pai. Pai corta o cordão umbilical, mas é	Referem sentir maior proximidade (marido evidencia sentimentos de proteção para com a mulher e o filho, ambos consideram a vivencia de momentos como as observação ecografias, consulta vigilância de gravidez e TP como únicos e inesquecíveis)	Manifestam ter consciência de que irão existir períodos de maior dificuldade, p.ex. nos cuidados ao RN, contudo acham que irão ultrapassar esses momentos através do suporte externo (família, profissionais de saúde) Verbalizam que continuarão a sentir-se próximos e valorizam a existência de momentos a 2.

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

	lembrado pela companheira.		
E e F	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP Embora não verbalize, o marido expressa fácies de preocupação e evidencia comportamentos de ansiedade do período expulsivo. Emocionam-se no momento de nascimento. Pai corta o cordão umbilical	Referem sentir maior proximidade. Verbalizam que discutem e planeiam com mais pormenor situações do quotidiano, porque “passarão a ser 3” (sic)	Têm a expectativa de que a relação ainda pode melhorar (objetivo de educar o filho torna-os mais próximos e coesos)
G e H	Presença de ambos no TP e pós-parto Não se observou grande envolvimento do companheiro no TP (dormia durante longos períodos) Não foi solicitada informação inerente ao TP, contudo a informação explicitada pelos profissionais de saúde é recebida com agrado, por parte da mulher. Emocionam-se ambos a seguir ao nascimento.	Referem sentir maior proximidade (mas não conseguem verbalizar porque o sentem)	Consideram que a relação irá manter-se igual
I e J	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos Observam-se momento de interação a 3 sendo o toque é a competência parental que mais predomina	Referem sentir maior proximidade (fazem um maior número de atividade juntos, partilham mais vivências sobre a gravidez e expectativas futuras)	Manifestam que nos primeiros tempos poderá ser mais difícil conjugar os papéis de pai e mãe com o de marido e mulher, entanto verbalizam que manterem-se os 3 unidos vai ser o fundamental

No pós-parto, foram então proporcionados os contatos telefónico e de correio eletrónico, para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências. Foi sugerida, a realização de uma visitação domiciliária. Nenhum dos casais expressou de imediato vontade em que esta ocorresse. No entanto, vários autores fundamentam a importância das

visitações domiciliárias com sendo um momento em que ocorrem interações familiares da forma mais natural e espontânea possível, em que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro pode ter um papel essencial no suporte familiar, no esclarecimento de dúvidas, na clarificação de experiências e na promoção de medidas de vigilância de saúde (Christie, Poulton e Bunting, 2008; DGS, 2004).

Houve apenas três contactos por correio eletrónico: Todos eles descreviam que a principal prioridade até à data (cerca de um mês após o parto) foi os cuidados ao recém-nascido, sendo que os 3 casais manifestavam dúvidas inerentes aos mesmos (aleitamento materno e crescimento ideal do bebé). Um dos casais mencionou importante o ter sido referido na gravidez a necessidade de existirem momentos do casal. Contudo, descreveram dificuldade na gestão desse tempo.

Foi percebido nestes testemunhos que estas famílias mantinham uma grande proximidade com o enfermeiro de referência dos cuidados de saúde primários, mencionando inclusive que o teste de Guthrie ao recém-nascido e a avaliação do peso do bebé foram realizados no domicílio.

Quadro 5. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)

Participantes (♀ e ♂)	Vivências conjugalidade pós-parto
C e D	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho. Reconhecimento da importância da existência de momentos a dois em exclusividade. Dificuldade na gestão desse tempo.
E e F	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho
I e J	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho

Conjugalidade na Gravidez

Os cinco casais participantes coabitavam há pelo menos um ano, sendo que o processo de gravidez, embora por vezes não planejado, foi bem aceite, participando ambos os membros, ativamente nas consultas de vigilância de saúde e na preparação para o nascimento do bebê. Como refere Lederman (2011), quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. Da mesma forma, Figueiredo et al (2008) mencionam que os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relações conjugais mais estáveis. Os mesmos autores relatam que experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal maior originam menos ansiedade e casais com sentimentos menos negativos na relação.

Todos os casais referiram ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade verbalizando ter sido uma mais-valia para o decorrer da gravidez, a preparação para o parto e a antecipação dos cuidados ao bebê, acontecimento que vai ao encontro do descrito por Christie, Poulton, Bunting (2008). Esta orientação antecipatória pode favorecer a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias e, por conseguinte, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da auto-eficácia e satisfação parental (Hernandez e Hutz, 2009). Famílias mais esclarecidas e apoiadas podem assim antecipar eventuais dificuldades e assumir comportamentos e estilos de vida saudáveis. Realça-se assim, a importância que o EEESMOG pode ter na promoção de saúde em contexto de vigilância pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-parto.

Relativamente às vivências da conjugalidade na gravidez todos os casais referiram sentimento de maior proximidade sendo que a relação conjugal foi fortalecida através do diálogo e suporte mútuo, situação também identificada no estudo de Laitila et al (2010). Destaca-se então, a importância da qualidade da relação conjugal estabelecida antes da parentalidade fato também identificado e corroborado pelo estudo de Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez.

Conjugalidade no trabalho de parto

Durante o TP os casais aplicaram alguns dos conhecimentos adquiridos nas sessões de preparação para o nascimento no entanto, a maioria deles foi solicitando informação inerente a este processo. A presença do enfermeiro obstetra foi frequentemente sentida como importante por ser um profissional competente para acompanhar o TP, sendo mencionados menores níveis de stress e de ansiedade.

Como foi um dos critérios de inclusão dos pais, verificou-se a presença do companheiro no decorrer do TP e pós-parto. Em 4 das 5 situações de cuidados, foi observado o suporte do companheiro no TP, sendo que o reforço das competências maternas foi igualmente identificado. Johansson e Hildingsson (2013) referem que o papel do companheiro é então o de dar apoio à mulher e partilhar com ela a vivência do nascimento, sendo que o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados e, envolvido no processo de tomada de decisão.

Como prestador de cuidados durante este período senti que de fato era essencial a existência de como que uma “dança” entre enfermeiro obstetra, casal e bebé, em que os comportamentos executados por cada interveniente são distintos mas têm que ser dirigidos a um fim comum, o do nascimento seguro, na melhor experiência possível. A mulher e o bebé são os principais participantes neste processo, cabe ao homem manter a racionalidade do pensamento do que apreendeu, apoiar, reforçar positivamente os comportamentos da sua companheira. O enfermeiro assume então, neste processo, basicamente um lugar de retaguarda, dando espaço ao casal para vivenciar profundamente este momento, reforçando ao quão bem estão a desempenhar os seus papéis, esclarecendo o que está ser vivenciado e antecipando o que é esperado, assegurando o máximo de bem-estar possível aos três.

Com o nascimento, uma nova família concretizou-se, novos papéis efetivaram-se e nalguns casos os anteriores consolidaram-se.

Os primeiros encontros a três

Verificou-se, através de momentos de interação pais-bebê logo após o nascimento, que eram conhecidas algumas das competências sensório-comportamentais do recém-nascido. Sabe-se que um melhor conhecimento do bebê, enquanto ser competente, pode incentivar os pais a partirem à descoberta do mesmo, podendo tornar-se a relação provida de confiança, prazer e promotora de competências fundamentais para as etapas procedentes do ciclo de vida familiar.

Como foi referido por Lederman (2011) o apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.

Consoante a segurança dos comportamentos de vinculação que são desenvolvidos entre a mãe e o bebê, podem identificar-se três tipos de vinculação, descritos por Ainsworth. Esta autora constatou, através dos inúmeros estudos que elaborou, relativos à “*situação estranha*” que as crianças que desenvolveram uma *vinculação segura*, apresentavam formas de protesto nos momentos da separação da sua figura de vinculação (habitualmente a mãe) e aquando do seu regresso manifestavam prazer ao aproximar-se dela. Concluiu igualmente, que relativamente à *vinculação insegura*, podem observar-se crianças que demonstram “pouco afeto ou comportamentos de base de segurança; parecem pouco afetadas pela separação, tendem a evitar a proximidade e o contacto com a mãe na altura dos reencontros (...)” (Rabouam, 2004, p. 91). Por outro lado, outras crianças “mostram-se aflitas na separação, com uma mistura de busca de contacto e de rejeição encolerizada, e dificuldade em ser reconfortada” (Rabouam, 2004, p. 91). Assim, o primeiro tipo de vinculação insegura foi descrito como *vinculação insegura, evitante*, sendo o segundo, uma *vinculação insegura, ambivalente ou resistente* (Rabouam, 2004).

Relativamente, ao período de puerpério precoce e tardio observou-se que os casais centravam as suas necessidades e preocupações quase que exclusivamente nos cuidados ao RN, sendo que foi descrita uma situação em

que era reconhecida a importância de existirem momentos entre casal mas, no entanto, o casal sentia dificuldade em conciliar esses momentos com os cuidados ao bebê. Como referem Christie, Poulton e Bunting (2008) as primeiras semanas após o parto podem ser as mais complexas, pela dificuldade na gestão do tempo e de tarefas, consolidação de papéis, com consequente adaptação a inúmeras mudanças, nomeadamente na relação conjugal, bem-estar mental e atividades sociais. Apesar da orientação antecipatória sobre o que poderá ser vivido ser importante, o estar presente no pós-parto, sobretudo durante estas primeiras semanas, no sentido de promover estratégias de adaptação poderá ser um complemento. Assim, os casais poderão experienciar estas situações com prazer e estar capacitados a adotar medidas facilitadoras destas transições. Importa destacar que o diálogo mútuo e apoio constante entre casal são essenciais, lembrando a importância da qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas. Desfrutarem de momentos a dois quando o bebê se encontra a dormir ou solicitarem apoio a alguém para supervisioná-lo por períodos, pode ser igualmente uma estratégia utilizada que pode igualmente possibilitar, ao casal manter algumas atividades sociais, caso seja a sua vontade.

Outra questão que importa referir é que casais que estão mais esclarecidos sobre os próprios cuidados ao filho, crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê, e que se sentem apoiados por um profissional de saúde de referência, apresentam níveis de ansiedade menores e portanto parecem conseguir ter mais disponibilidade para outras situações (Christie, Poulton e Bunting, 2008).

Como desempenho a minha atividade profissional na unidade de puerpério da instituição onde realizei o ensino clínico, a possibilidade de dar continuidade ao acompanhamento de alguns destes casais tornou possível uma compreensão mais holística, uma vez que foram conhecidas outras realidades e planejar cuidados com o casal por um período temporal mais prolongado.

Penso que o facto de ter tido esta oportunidade de atuar em diferentes áreas e com prioridades e circunstâncias tão distintas para estas famílias, foi promotor de vivências que ultrapassaram o mundo físico e o tempo presente. Foi a

procura em cada momento do que se tornava fundamental para assegurar o máximo de bem-estar, o melhor conforto, a experiência mais positiva, que penso que possibilitou a vivência de momentos significativos, que certamente poderão ser lembrados de futuro, tanto por clientes como por profissionais. Foi o encontro com o outro que deu continuidade ao percorrer de um caminho com sentido para si. Um caminho que por vezes foi marcado por algumas dificuldades, como o cansaço de um trabalho de parto ou de períodos prolongados sem dormir pelo cuidar do filho, ou pela falta de disponibilidade de diálogo entre companheiros, em que o papel do enfermeiro pôde ser fundamental. No escutar, no compreender o que estava a ser vivenciado, na promoção de medidas de conforto e de alívio da dor e, por vezes, na explicitação do que pode estar a ser vivenciado e na clarificação de diferentes caminhos possíveis (Watson 2007).

Se um dos principais achados foi a centralização do casal no pós-parto nos cuidados ao filho, se é sabido que ocorre uma maior insatisfação na conjugalidade no primeiro ano de vida do bebé que por vezes, pode levar a situações de rotura, torna-se importante reforçar a qualidade da relação conjugal já estabelecida, realçar sentimentos e vivências comuns, desenvolver novas capacidades de coordenação, de sincronia mútua de comportamentos entre casal, no dia-a-dia, nas tarefas domésticas, na função parental. Para isso, é necessário encontros a dois, análises partilhadas, objetivos comuns, suporte mútuo e resoluções construtivas de problemas conjugais (Morril et al 2010; Houts et al, 2008).

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro, no seu cuidado junto do casal, espera contribuir para antever e minorar as dificuldades ao nível do impacte do nascimento de um filho na harmonia psicoemocional do mesmo. A comunicação entre o casal acerca dos aspetos vivenciados na mudança de dinâmica familiar torna-os mais próximos e menos isolados pelo que deverá ser incentivada. Reconhece-se que a função do enfermeiro na equipa transdisciplinar é de investir no apoio ao cliente e família no desenvolvimento do seu papel parental. É fundamental criar espaços temporais e físicos onde a ação do enfermeiro obstetra se detenha na escuta das experiências conjugais e parentais, para que o casal se sinta especial na sua singularidade. Esta orientação pode iniciar-se ainda no período pré-natal e prolongar-se até ao pós-parto. O enfermeiro torna-se assim o profissional de referência que acompanha a família nas suas diversas experiências de vida, que estabelece com ela verdadeiros momentos transpessoais, que transcendem o mundo físico e o tempo real pela possibilidade de proporcionar momentos significativos.

Sugere-se que a carta de transferência/alta, para a continuidade de cuidados, reflita as circunstâncias da experiência parental vivida em contexto de hospitalização para que o apoio possa ser efetivo. Isto porque, como foi observado na maioria das situações de prestação de cuidados, já havia sido estabelecida uma relação de confiança e de empatia com o enfermeiro obstetra no contexto dos cuidados de saúde primários, que posteriormente foi continuada no pós-parto.

Como muitas vezes, o primeiro contacto entre o enfermeiro obstetra do hospital e o casal é na hospitalização na sala de partos, considera-se igualmente oportuno que cada vez mais os casais tragam consigo, e partilhem com o enfermeiro, as suas expectativas do trabalho de parto, do nascimento e do pós-parto para que efetivamente possam ser prestados cuidados que vão ao encontro das suas necessidades de saúde e que respeitem e valorizem a sua vontade.

No trabalho de parto, foi observado como facilitador o reforço das competências conjugais, nomeadamente a partilha de emoções e experiências e o reforço, por parte do companheiro, das competências da mulher, como interveniente ativo no trabalho de parto. Observaram-se momentos de interação conjugal e parental de empatia, carinho através do toque e respostas contingentes ao bebé por parte dos pais.

Apesar de ter sido observada uma centralização da atenção dos pais nos cuidados ao recém-nascido, um dos casais proporcionou o seu testemunho nas primeiras semanas após o parto, valorizou a existência de momentos vividos em exclusividade pelo casal, embora considerasse haver dificuldade na gestão do tempo entre tarefas domésticas, cuidados ao bebé e relação conjugal. Mais uma vez, realça-se a importância que o enfermeiro obstetra pode ter junto do casal, na valorização da qualidade da sua relação conjugal já anteriormente estabelecida e na aliança que devem assumir na partilha de tarefas domésticas e cuidados ao recém-nascido, assim como nos comportamentos síncronos e de harmonia relativamente à educação e bem-estar da criança.

Penso que a aprendizagem efetuada no aprofundamento desta temática trouxe contributos que me motivam a ver mais além. A preocupação inerente à hospitalização numa fase de grande vulnerabilidade da mãe, mas também do pai e do recém-nascido, em que a capacitação para os cuidados ao filho, nomeadamente no que diz respeito à alimentação do bebé, abarca muitas horas de cuidados, esgotando por vezes, outro tipo de ações de enfermagem em serviços de saúde com ratio enfermeiro/utente elevado.

Ficam como sugestões que o currículo do Curso de Enfermagem tanto ao nível do 1º ciclo como do 2º ciclo aborde com maior ênfase os aspetos ligados à temática relativa às implicações da parentalidade na relação conjugal e vice-versa. Desta forma, permitirá aos estudantes desenvolverem competências centrais para o apoio aos pais nesta transição.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais, em contexto de cuidados de saúde primários, que analisem de forma mais aprofundada a experiência de casais em processo de gravidez e, posteriormente, no período pós-parto.

BIBLIOGRAFIA

ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK (2008) – *Carta Europeia dos direitos dos doentes*. Consultado em 1 de outubro de 2013 e disponível em <http://www.europacoln.pt/data/1h830n4zyu082bqtdoxki.pdf>.

ANTUNES, Mónica (2008) - *Relação conjugal no pós-parto: Diferenças de género*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado.

BENNER, Patrícia (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-97-X.

BORGES, B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. (2003) – Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. In *Acta Médica Portuguesa*, Nº 16.pp. 447-454. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>.

BOWLBY, John (2002) – *Apego: A Natureza do Vínculo*. 3ª Edição. Vol. I. São Paulo: Martins Fontes, 2002. ISBN: 85-336-0906-X.

BRAZELTON, Terry; CRAMER, Bertrand (2004) – *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. 4ª Reimpressão. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-083-5.

CANAVARRO, Maria Teresa (2001) – Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Maria Cristina CANAVARRO (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-77-5. pp. 17-49.

CRAIG, J. ; SMITH, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência*. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.

CRAMER, Bertrand (1995) – As relações mãe-filho – Prioridades para o bebé XXI. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebé XXI: Criança e Família na*

viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7, pp 27-32.

CHRISTIE, J.; POULTON, B.C.; BUNTING, B.P. (2008) - An integrated midrange theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing* . Vol.61, Nº 1, pp. 38–50.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de atuação 12. Orientações Técnicas*. Lisboa: DGS. ISBN972-675-084-9.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) – *Padrões de reprodução em idades jovens*. Lisboa: DGS. ISSN 1645-4146

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013) – *Regulamento do Mestrado*. Lisboa: ESEL. Consultado a outubro de 2013 e disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/2117/RegulamentoMestrado_30Nov2011.pdf.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PARTEIRAS ESPANHOLAS; ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) - *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.

FELDMAN, Ruth (2004) - *Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care): Theoretical, Clinical, and Empirical Aspects*. Consultado em maio 2006 e disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=611874041&Fmt=4&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*. Vol. 3, Nº 3, pp. 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al] (2008) – Partner relationships during the Transition to Parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 26, Nº. 2, pp. 99 – 107.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GAYESKI, Michele; BRÜGGEMANN, Odaléa (2010) - Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Revista texto e contexto em Enfermagem*, Vol. 19, Nº4. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400022

GOMES-PEDRO, João (1999) – *A criança e a nova Pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0827-5.

GORDON, I.; FELDMAN, R. (2009) - Synchrony in the triad: a microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Family Process*, Vol.47, Nº 4, pp. 465–479.

GUPTA, J.; HOFMEYER, G.; SMYTH, R. (2012) - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Collaboration*. Consultado em 24 de outubro de 2013 e disponível na internet em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002006.pdf>.

HÄGGMAN-LAITILA, Arja [et al] (2010) - Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits. *Journal of Clinical Nursing*, Nº 19, pp. 3504 – 3515.

HÉRNANDEZ, Jose; HUTZ, Claudio (2009) - Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, Vol. 40, Nº 4.

HINTZ, H. C. (1998) - A dinâmica da interação do casal. *Pensando Famílias*, Nº1, pp. 31-40.

HINTZ, H. C.; BAGINSKI, P. (2012) - Vínculo Conjugal e Parentalidade. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, Vol. 4, Nº1. pp. 10-22. Consultado em 26 de setembro de 2013 e disponível em <http://www.abratef.org.br/2013/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>.

HOUTS, Renate [et al] (2008) – Patterns of Couple interaction during the Transition to Parenthood. *Personal Relationships*. Nº 15, pp. 103-122.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2011) – *Essential competencies for basic Midwifery practice*. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1*. Trad. Ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013) –*Destaque; Informação à comunicação social*. Lisboa: INE. Consultado em 26 de setembro de 2013 e Disponível na Internet em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...n

KENNEL, John (1995) – Tornar-se família – Ligações e Padrões de Mudança no Comportamento do Bebê e da Família. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebê XXI: Criança e Família na viragem do Século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7. pp. 35-51.

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

LEDERMAN, Regina P. (2011) - Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment. *Issues in a mental Health Nursing*. Vol.32, Nº 163. ISSN: 0161-2840.

LESCIOUS, K.; CABRAL, S. (2010) – *A Importância do Método Mãe Canguru*. Consultado em 28 de fevereiro de 2013 e disponível em http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/17ENF.pdf.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (2005) – *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

LUCERO-LIU, Ana [et al] (2008) – Partner effects of Mexican Cultural Values: The couple and Parenting Relationships. *The Journal of Psychology*. Vol. 142, Nº 2, pp169–192.

MARTINS, Cristina (2008) – *Transição para a parentalidade*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – *Transition Theory middle-range and situation theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publish Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MENEZES, C; LOPES, Rita (2007) - Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF*, Vol. 12, Nº 1, pp. 83-93.

MORRIL, Melinda [et al] (2010) - Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting. *Family Process*. Nº49, pp 59-73.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - *Código Deontológico do Enfermeiro – anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 31 de julho de 2012 e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (1996) – *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; INTERNATIONAL CONFERATION OF MIDWIVES (2008) – *Managing prolonged and obstructed labour*. Consultado em setembro de 2013 e disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669_4_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE; USAID; MATERNAL AND CHILD HEALTH INTEGRATED PROGRAM (2013) – *Delayed Clamping Of The Umbilical Cord To Reduce Infant Anaemia*. Consultado a 19 de setembro de 2013 e disponível e http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/MCHIP%20DCC%20Briefer_0.pdf

PEREL, Esther (2008) – *Amor e desejo na relação conjugal*. 1ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

PIRES, Ana Sofia (2008) - *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado. Consultada em 11 de abril de 2012 e disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/820/1/20978_ulsd056139_tm.pdf

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette (2004) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

RABOUAM, Catherine (2004) – Avaliação da vinculação no bebé. In Nicole, GUEDENEY e Antoine, GUEDENEY – *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7.pp. 89-99.

RIVERO, Catarina (2006) – *Da Conjugalidade à Parentalidade*. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://catarinarivero.com/conjugalparental.php>.

SÁ, Eduardo (org.) (1997) – *A maternidade e o bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-096-1.

SOUSA, Sátya (2004) – *Estilos de comunicação Pais-bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-120-7.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002) – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

WATSON, Jean. (2007) – *Nursing: Human science and Human Care. A theory of Nursing*. NewYork: National League for Nursing. ISBN: 9780763753221

YOUNG, Larry (2013) – *Research projects*. Consultado em outubro de 2013 e disponível em <http://research.yerkes.emory.edu/Young/research.html>.

APÊNDICE - CRONOGRAMA

Meses	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08-10
Atividades	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13
Realização do projeto															
Entrega do projeto			13												
Reformulação															
Inscrição do projeto									14						
Elaboração do relatório final					Análise RSL					Registo da observação de interações conjugais nos EC IV Análise e Discussão de dados					
					Registo da observação de interações conjugais nos EC II, III										
Entrega de relatório															nov.
EC I	25 - 20														
EC II					1 a 26										
EC III					29 out. – 14 dez.										
EC IV							17 dez. - 8 fev.								
Estágio com relatório										14 fev. a 12 julho					

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

“A parentalidade é uma realidade criada para a vida que deve ser vivida de forma positiva e cooperante entre o casal. Aprender a ser pai ou mãe acontece na relação do dia-a-dia com o filho (por mais livros que se leiam ou conselhos que se recebam!) nas experiências vividas e emoções experimentadas. É na dinâmica dos elementos da família que os momentos felizes são criados e os sorrisos partilhados.”

Rivero (2006, p.2)

AGRADECIMENTOS

À Professora Esmeralda Afonso pelo despertar do interesse pela área temática aprofundada neste relatório, pela sua disponibilidade na orientação do mesmo e pelo incentivo proporcionado.

Às Mulheres/Casais que ao serem cuidados permitiram não só o desenvolvimento de competências exigidas e refletidas neste relatório, mas também o meu desenvolvimento pessoal.

À Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Maria João, pela sua preocupação com a minha aprendizagem, partilha de saberes e ajuda na tomada de decisões.

À Sr^a Enfermeira Chefe Isabel Vital, pela motivação constante e pelo cuidado no meu acolhimento e conforto no serviço.

Ao meu marido Ricardo e aos meus pais.

Aos meus amigos e colegas de profissão pelo apoio.

Siglas

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação das Associações de Parteiras Espanholas

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RABA – Rotura Artificial de Bolsa de Águas

REBA – Rotura Espontânea de Bolsa de Águas

RN - Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

UC – Unidade Curricular

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

RESUMO

A transição para a parentalidade acarreta alteração na dinâmica do casal e motiva-o a fazer alguns ajustamentos na sua relação. Este relatório teve como principais objetivos: analisar criticamente as competências desenvolvidas no último ensino clínico realizado na sala de partos, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson; refletir sobre as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal; refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais.

Embora seja uma oportunidade de desenvolvimento para ambos os progenitores, o processo de parentalidade pode ser difícil, uma vez que o casal está mais vulnerável, pelas exigências de reorganização, reajustamento e novas aprendizagens a vários níveis, nomeadamente no âmbito da conjugalidade. O enfermeiro obstetra pode então desempenhar um papel fundamental no apoio a estas novas vivências, uma vez que presta cuidados muitas vezes, desde o período pré-concepcional até aos primeiros meses após o parto, podendo por isso, ir ao efetivo encontro da pessoa/família.

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura, realizada na plataforma EBSCO, selecionando-se as bases de dados eletrónicas: CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete. Os critérios de inclusão para os artigos foram: redação em português, inglês, ou espanhol; foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo; data de publicação entre 2008 e 2013. Foram considerados pertinentes 7 artigos.

Em contexto da prestação de cuidados foram elaborados registos das interações com os casais. Os achados foram comparados com os artigos contemplados. Da análise dos dados constata-se que no primeiro mês de vida do bebé os casais apresentam dificuldades na vivência de momentos a dois, pela centralização da sua atenção nos cuidados ao filho. Valoriza-se assim, a importância de, ainda no período pré-natal, serem abordados com os casais conteúdos relativos ao trabalho de parto e cuidados ao bebé. Da mesma forma, foi verificado como relevante a presença do companheiro no TP, uma vez que este pode reforçar os comportamentos maternos e aplicar conhecimentos,

anteriormente apreendidos, sendo um elemento facilitador no processo de nascimento. Foi concluído que o EESMOG pode assumir um papel fundamental no reforço das competências parentais durante os períodos de gravidez, trabalho de parto e primeiras semanas após o parto. A clarificação do que está a ser vivenciado em cada momento foi observada como facilitadora da confiança parental, contribuindo para a diminuição da ansiedade. A promoção de estratégias de gestão de tempo pode favorecer a vivência de momentos exclusivos entre casal. Destaca-se a importância do diálogo mútuo e apoio constante entre casal, a qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas.

Palavras-chave: Conjugalidade, Relação Conjugal, Parentalidade, Cuidado Transpessoal, Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

The transition to parenthood entails changes in the dynamics of the couple and motivates to make some adjustments in their relationship. This report had as main objectives: to analyze critically the skills developed in the last clinical teaching done in the delivery room, based on transpersonal care of Jean Watson; reflect on the implications of the process of parenting in marital relationship; reflect on the data and its relevance for the development of professional skills.

Although it is a development opportunity for both parents, the process can be critical parenting difficult, since the couple may be more vulnerable, as required, by the demands of reorganization, readjustment and new learning at various levels, particularly in the conjugal context. The midwifery may play a key role in supporting these new experiences, since it provides preconception care until the first months after birth, and may therefore go to the real encounter of the person.

The methodology used was a systematic review of the literature, which has conducted research on platform EBSCO, choosing to search in three electronic databases: CINAHL, MEDLINE, and Academic Search Complete. Inclusion criteria for articles were: Writing in Portuguese, Spanish or English, focusing on problem outlined, seeking agreement with the topic under study; publication date between 2008 and 2013. 7 articles were considered relevant

In the context of caregiving field, couples interaction was wrote. The findings were compared with the articles covered. Analysis of the data reveals that in the first month of a baby's life couples have difficulties in living moments together, by centering attention on care for the baby. Values thus, the importance of even the prenatal period, are dealt with couples content relating to labor and care to the baby. Likewise, it was found to be relevant partner in the presence of TP, since it can increase maternal behaviors and applying knowledge previously seized, and therefore a facilitator in the process

It was concluded that EESMOG can play a key role in strengthening parenting skills during periods of pregnancy, labor and the first few weeks after delivery. A clarification of what is being experienced in each moment was observed as a facilitator of parental confidence, contributing to the reduction of anxiety. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Highlights the importance of dialogue and mutual support between couple, the quality of the marital relationship often already established, as well as the sharing of the child care and household chores.

Keywords: Conjuality, Family Relations, Parenting, Nursing Care, Midwifery

SUMÁRIO

	f
<u>INTRODUÇÃO</u>	11
1- <u>QUADRO DE REFERÊNCIA</u>	16
1.1- O CUIDAR TRANSPESSOAL	17
1.2- RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	19
1.3- TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO	23
2- <u>COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	28
2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA.	29
2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO.	31
2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA.	34
2.4- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA.	41
2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL	45
3- <u>METODOLOGIA</u>	47
3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	47
3.2- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	54
3.3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS	57
4- <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	66
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	68
APÊNDICE – CRONOGRAMA	75

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro 1 Apresentação dos artigos seleccionados	51
Quadro 2 Aspetos contemplados na observação da interação entre casal	54
Quadro 3 Caracterização dos participantes, segundo as variáveis idade, estado civil e escolaridade	57
Quadro 4 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo	58
Quadro 5 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no ciclo de estudos de mestrado, que visa o desenvolvimento de competências profissionais específicas. Pretende por isso, analisar criticamente o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem e interpelar/refletir nas práticas existentes e paradigmas ao nível desta disciplina (ESEL, 2013). Com a discussão pública deste relatório deseja-se adquirir o grau de mestre.

Este relatório está sobretudo centrado no Ensino Clínico “Estágio com Relatório”, que decorreu fundamentalmente em contexto de sala de partos. O projeto inicial que precedeu a realização deste trabalho foi um documento norteador do mesmo e baseou-se no Guia Orientador do Ensino Clínico, no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) e ainda na problemática específica que pretendia desenvolver - o cuidar do casal a experienciar processos simultâneos de conjugalidade e de parentalidade

De acordo com Benner (2001) é através da interação entre o enfermeiro e a pessoa/família, que ocorre o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade. Esta relação (enfermeiro-cliente) promove ainda, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. É também em contextos de trabalho, que o enfermeiro se confronta com as dificuldades reais e os recursos existentes, que o obrigam ao desenvolvimento da sua capacidade de improviso e habilidade para responder eficazmente às necessidades da pessoa cuidada (Benner, 2001).

O interesse pelas temáticas da conjugalidade e da parentalidade surge de uma preocupação pessoal resultante da interação com alguns casais durante a estadia no Serviço de Obstetrícia (Unidade de Puerpério), local onde exerço funções de enfermeira há mais de sete anos. Considero igualmente, que os conteúdos abordados nas unidades curriculares do CMESMO e do curso de licenciatura em enfermagem (CLE) relativos à gravidez e pós-parto suscitaram motivação e um aprofundamento de conhecimentos nesta área.

No CLE, na elaboração da monografia final do curso, onde se procedeu ao estudo do repertório comportamental parental na relação pais-filho, bem como durante o ensino clínico do 4º ano curricular, realizado em contexto de cuidados de saúde primários, houve oportunidade de desenvolver algumas competências relacionadas com a temática da parentalidade. Para além disso, na minha atividade profissional, o contacto frequente com casais que, a partir de um dado momento, para além dos papéis de marido e mulher passam a assumir simultaneamente, novos papéis, o de pai e o de mãe, faz-me refletir nas implicações da parentalidade na relação conjugal. Repenso ainda no papel que o enfermeiro, como profissional de saúde privilegiado, pode assumir para favorecer o desenvolvimento de competências parentais e o reajustamento de papéis na interação conjugal.

Em concordância com Benner (2001) a minha experiência profissional pode corresponder a um nível de *proficiente* no âmbito dos cuidados de enfermagem à mulher/RN/família nos primeiros dias após o parto, uma vez que sempre desenvolvi a minha atividade numa Unidade de internamento de puerpério. Contudo e com a concretização deste ciclo de estudos, pretendo atingir o mesmo nível no cuidado à mulher/famílias nas diversas situações de saúde, em diferentes etapas do ciclo vida familiar. Como considera a mesma autora, as situações são compreendidas numa perspetiva global, nunca excluindo uma série de possibilidades alternativas. Procede-se à utilização de experiências concretas do passado para orientar as ações, através de um conhecimento especializado e sistemático, baseado na experiência de trabalho e na apropriação de conhecimentos teóricos específicos.

Em Portugal, temos assistido a algumas mudanças na constituição das famílias, que conseqüentemente levaram a situações de adaptação a um mundo mais rápido, mais próspero, mais rico em informação, mais envolvente na educação e, com maior mobilidade social. Os papéis parentais, assim como as relações sistémicas na vida familiar modificaram-se. Desta forma, podemos constatar a existência de uma nova forma de ser mãe e numa nova forma de ser pai.

Penso que durante todo o percurso de desenvolvimento do projeto procedeu-se a um aprofundamento de temáticas que estão intimamente relacionadas: a parentalidade e a conjugalidade. Verificou-se que os “novos pais” necessitam de ser auxiliados e apoiados no processo de transição para a parentalidade, não só no desenvolvimento de competências como na assunção de novos papéis que, na maioria das vezes, permitem ir ao encontro das necessidades do filho. Por outro lado, importa igualmente repensar-se, como é afetada a relação conjugal neste período. Para Rivero (2006) o grande desafio do casal é viver a parentalidade em pleno, adaptando a relação conjugal à nova realidade. Cada um dos elementos do casal irá deparar-se com uma nova imagem (de si e do outro), bem como experimentar novas emoções em qualidade e intensidade, sendo um processo de transformação, acompanhado de aprendizagens constantes na prestação de cuidados ao filho. A mesma autora refere que ter um filho implica não só dar vida a um novo ser humano, como dar vida a um novo casal (Rivero, 2006).

O enfermeiro especialista em saúde materna¹ tem um papel fundamental no apoio à população, no sentido de poder proporcionar cuidados que visam a promoção de estilos de vida saudáveis, avaliando e promovendo o desenvolvimento de famílias funcionais e saudáveis, física e emocionalmente ou, atuando de forma a criar as melhores condições para que tal aconteça. É especificamente nos períodos de preconceção, gravidez, parto e pós-parto que o enfermeiro obstetra desempenha funções essenciais no Cuidar à mulher/casal, inseridos numa comunidade e numa sociedade em constante transformação e cada vez mais com maiores exigências (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É igualmente, pela presença constante, por partir ao encontro do outro, como ser holístico, constituído por corpo, mente e alma e, chegar até ele, proporcionando-lhe todo e qualquer bem, através de momentos significativos, capazes de transpor do mundo físico e o tempo real, que o enfermeiro pode ser o profissional de referência (Watson, 2007). Sendo desta forma que perspetivo o cuidar, observando a pessoa como um ser total, capaz

¹ Para possibilitar uma leitura mais fluída e agradável serão utilizadas diferentes expressões de enfermeiro (enfermeiro, enfermeiro obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna) que se referem ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG).

de experienciar de forma individual e única o seu processo de saúde, de acordo com os seus valores, princípios, padrões culturais e experiências prévias, considero que Watson, com a sua teoria do cuidar transpessoal, foi o referencial que sustentou a minha prestação de cuidados em contexto de ensino clínico.

Relativamente aos indicadores de saúde, em termos de saúde física, tem havido uma evolução muito positiva devido à vacinação e cuidados de saúde prestados durante a gravidez, nascimento e primeiros anos da criança, que colocam Portugal a par dos países europeus com melhores resultados em saúde. Contudo, os problemas afetivos e de comportamento têm aumentado.

A diminuição da taxa de natalidade e o índice de envelhecimento da população portuguesa criam preocupações demográficas e podem levar à vivência de maiores angústias com o desempenho do papel de pais, já que muitos casais têm somente um ou dois filhos e, por isso, a experiência de parentalidade e de conjugalidade no contexto da parentalidade não é muita. O cuidado de enfermagem especializado favorece apoio na área das emoções e vivências dos pais ao saber escutá-los no período pré natal e pós-parto.

Logo após o nascimento, a enfermeiro proporciona o contacto demorado pele com pele pais-filho, favorece ambiente de privacidade, avalia a interação e apoia os pais nos cuidados ao bebé. No regresso da família ao domicílio, é fundamental que o enfermeiro programe e execute visita (s) domiciliária (s) com o objetivo de promover saúde, favorecendo maior tranquilidade à família.

Segundo a DGS (2004, p. 6), é de importância extrema “desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade (...)”. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família e onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente (DGS, 2002).

Com a realização do relatório procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- Analisar criticamente as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson.
- Refletir sobre as implicações do processo de transição para a parentalidade na relação conjugal, de acordo com a análise da revisão sistemática da literatura elaborada e das notas de campo;
- Refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais, como futura enfermeira obstetra.

Este relatório está organizado em quatro pontos. No primeiro, são analisados conceitos/dimensões fundamentais da problemática em estudo. No segundo descrevem-se e analisam-se as competências do EEESMOG relativas à unidade curricular “Estágio com relatório”, tendo por base o Modelo de Cuidar Transpessoal de Jean Watson. No terceiro ponto procede-se à descrição da metodologia realizada e discutem-se os achados da revisão sistemática da literatura e notas de campo. No último, tecem-se algumas considerações finais que se referem às conclusões deste trabalho e sugestões de alguns estudos. Realiza-se ainda um cronograma, remetido para anexo, que pretende espelhar a realização das diversas atividades no decorrer dos ensinos clínicos.

1 - QUADRO DE REFERÊNCIA

Através da revisão narrativa da literatura efetuada ponderou-se o desenvolvimento dos seguintes conteúdos, constituintes do quadro de referência do relatório de estágio:

- O cuidar transpessoal
- Relação conjugal na transição para a parentalidade
- Tarefas de desenvolvimento parental na gravidez – o desejo de ter um filho

A temática em estudo reside nos dois conceitos fundamentais de conjugalidade e parentalidade, por isso torna-se essencial defini-los.

Antunes (2008) considera que a conjugalidade é entendida num contexto de relação de coabitação/casamento entre dois seres humanos. O *International Council of Nurses* (ICN, 2005) clarifica a parentalidade como sendo a ação de tomar conta, com características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel.

Sendo que, frequentemente, é no contexto de uma relação conjugal que se desenvolve a parentalidade, torna-se essencial perceber como é que o Cuidar de enfermagem pode favorecer o desenvolvimento destes papéis em interação, indo ao encontro do casal que acaba de ser Mãe e Pai, é o que tentarei refletir de seguida.

1.1 O CUIDAR TRANSPESSOAL

Para Watson (2007) a pessoa é entendida como um ser no mundo, que contacta permanentemente com o meio envolvente e que faz parte dele, pelo que a sua teoria do cuidar transpessoal, assenta no Paradigma da Transformação. A pessoa é considerada um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade a manutenção do bem-estar definido pela própria pessoa e por isso mesmo, com significado único para si. Cuidar significa ir ao encontro da pessoa e caminhar com ela, num caminho que ela define, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al, 1996). Deste modo, como profissional de saúde que presta cuidados ao casal e família, nos períodos de gravidez, parto e pós-parto, o enfermeiro tem as competências fundamentais para ir ao encontro das necessidades específicas da(s) pessoa(s) que cuida. Como refere Watson (2007) é importante que estes momentos sejam verdadeiramente transcendentais e intemporais, que transponham o mundo físico e material e, que estabeleçam contacto com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, observada como um ser no mundo, que interage com um contexto, um ambiente (família, cultura, comunidade) e, que é constituída por mente, corpo e espírito – um ser holístico (Watson, 2007). Entenda-se que mente é descrita por Watson como a inteligência, as emoções, as memórias, enquanto o espírito é observado como a alma, o eu interior, a essência da pessoa que transpõe o aqui e agora e que é capaz de projetar-se noutro local, no futuro, por exemplo.

É este o verdadeiro contributo que o enfermeiro pode deixar. É desta forma que se vivem momentos transpessoais, em que o enfermeiro influencia e é influenciado, numa união com o outro que fará parte da história de vida de cada um. Ao estabelecer uma relação baseada no *caring*, o enfermeiro torna-se pessoa significativa para a pessoa que cuida e é vulnerável às suas experiências, vivências, no decorrer da prestação de cuidados. É igualmente,

fundamental, que os valores de respeito pelo outro, pela sua vulnerabilidade e a dignificação da sua realidade sejam uma constante preocupação no cuidar.

Na situação específica em estudo, cabe ao enfermeiro desejar todo e qualquer bem à pessoa de quem cuida, perceber o que ela quer e necessita para ser ajudada, desenvolver uma comunicação eficaz, discutir percepções, sentimentos e prioridades, ajudá-la a identificar o significado desta experiência na sua situação de saúde, na sua história de vida – *fenomenal field*, e encontrar formas, com ela própria, que a capacitem para o autoconhecimento e que, por conseguinte, façam sentido para ela. Para isso, é igualmente importante, que os cuidados desenvolvidos sejam baseados na evidência, nos resultados de investigação e da informação assente em teorias que possibilitem a tomada de decisões sobre os cuidados a serem prestados, adequando-se desta forma, às necessidades solicitadas.

Quem cuida conhece, reflete e assume valores. Age e “apaixona-se” pela pessoa que encontra e com quem caminha, pois, as transações do cuidar, envolvem o reconhecimento de que cada um é um ser único, com características, com experiências e com dimensões singulares (Watson, 2007).

Durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e até mesmo em contexto de visitas domiciliárias o enfermeiro poderá avaliar as principais dificuldades e necessidades da família, interações entre o casal e pais-filho, e também o seu processo de adaptação e vinculação com o bebé. Desta forma, e estando presente no meio ambiente da família, pode atuar no sentido de desmistificar algumas crenças e sentimentos de incompetência dos pais e promover a capacidade destes para cuidarem do seu filho, evidenciando e reforçando os aspetos positivos. Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver possibilidade de recurso a intérpretes. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família, onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente, sendo fator determinante da sua forma de estar no mundo e de reagir a processos de saúde-doença (Watson, 2007).

1.2 - RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de um filho prepara-se ao longo de mais de nove meses. Das ambiguidades comuns no início da gravidez, por que passam muitos casais, ao investimento característico no último trimestre, visível na preparação do quarto e do enxoval do bebé. O desejo de ter um filho, emerge comumente cedo na vida de um rapaz ou rapariga. Enquanto a maternidade é entendida como um processo que ultrapassa a gravidez. Para Canavarro (2001, p.19) a maternidade “é um projeto a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projeto para toda a vida”.

A transição para a parentalidade, apontada como uma transição de desenvolvimento, nomeadamente por Meleis (2010), permite à enfermeira, como profissional de saúde que mais tempo tem de contacto com os utentes, ter uma posição privilegiada para poder antecipar ou apoiar o casal nesta transição. Os meses de gravidez são importantes para a mulher se adaptar ao papel maternal, sendo este um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social. Ao estar inserida no contexto familiar, todos os membros passam por um processo de adaptação onde identificam o seu papel, ao ter em vista as suas necessidades (Lowdermilk, 2008).

A transição para a parentalidade envolve a reorganização e estabilização de tarefas, a partir das quais os pais/família demonstram desenvolvimento de competências nas atividades relacionais e funcionais.

A evolução da nossa sociedade nas últimas décadas tem alterado verdadeiramente a dinâmica familiar. É cada vez mais frequente, os casais viverem em famílias nucleares, sendo raro o apoio da família alargada e das gerações mais velhas. A verificação do aumento das doenças crónicas e degenerativas, que provocam limitações na independência da população adulta e idosa, poderá afetar a disponibilidade dos avós, para auxiliarem nos principais cuidados aos netos.

Em 2013, o número médio de pessoas por agregado familiar era de cerca de 2,6, cuja constituição mais comum era o casal e um filho [(Instituto Nacional de

Estatística (INE, 2013)]. Por este motivo, na atualidade, a maioria dos pais não possui apoios familiares na prestação de cuidados ao bebé, logo, é fundamental que possuam as competências necessárias, visto serem os seus principais cuidadores. Este facto, aliado a uma diminuição do número de nascimentos faz com que haja menos contacto por parte dos jovens adultos com crianças e com os cuidados a prestar a estas. Devido à carência de suportes de cuidados informais, é necessário que, por vezes, esta assistência seja efetuada por parte de prestadores de cuidados formais, nomeadamente por enfermeiros. Estes profissionais, nomeadamente os EEESMOG, são os profissionais que podem ter um contacto mais próximo com estas famílias e que podem, consequentemente, conhecer melhor as suas principais necessidades, o seu contexto socioeconómico, os seus recursos e competências. Como tal, são profissionais com um papel importante na promoção de competências parentais.

No desenvolvimento da relação conjugal, os casais passam por diversas etapas com características específicas e tarefas que necessitam de ser cumpridas: a de enamoramento em que ocorre uma forte atração e desejo de duas pessoas se tornarem num só, sendo que a tarefa do casal é associar os seus objetivos à realidade para que se constitua um relacionamento possível de ser desenvolvido; a de encontrar diferenças em que a interação entre ambos e a capacidade de negociação, são fundamentais para consolidar a relação e sentirem-se seguros; a gestão das relações de poder em que um dos cônjuges passa a desejar maior independência do outro; a estabilidade, o casal aceita a relação, é íntimo e está cúmplice e portanto, volta-se para as realizações pessoais do mundo exterior; a de comprometimento, sendo que é assumida a posição de querer permanecer juntos e de se realizarem mutuamente, o *eu* e o *nós* coexistem em harmonia e a capacidade de negociação está bem desenvolvida possibilitando evolução e não separação (Hintz, 1998).

A transição para a parentalidade pode ser um processo crítico em que o casal pode tornar-se vulnerável, uma vez que obriga a reorganização, reajustamento

e novas aprendizagens a vários níveis nomeadamente no âmbito da conjugalidade.

Gordon e Feldman (2008) introduzem o conceito de co-parentalidade no sistema familiar definindo-o como a capacidade de coordenação entre adultos e como ambos exercem a função parental, exigindo uma sincronia mútua de comportamentos, para um fim comum – a capacidade de cuidar um filho.

Como refere Martins (2008) já no período pré-natal e, posteriormente, com o nascimento de uma criança, vivenciam-se frequentemente momentos de *stress* e modificações no bem-estar pessoal e nos estilos de vida parentais. Com o nascimento do primeiro filho a relação anterior de exclusividade é quebrada, sendo necessário que o casal elabore uma perda da posição de indiferenciação e simbiose com o companheiro e partilhe a sua atenção com um novo membro - o bebé (Hintz e Baginski, 2012). Os mesmos autores revelam, no estudo que efetuaram em 2012, que existem vários fatores que podem ser responsáveis pela rotura conjugal na sequência do nascimento do filho: as situações de tensão e de dificuldade de comunicação efetiva podem levar a triangulações com o filho; as dificuldades transgeracionais por conflitos de crenças, valores e cultura entre as famílias de origem; a idealização de uma figura parental que não corresponde à real na educação e cuidados ao filho; a incapacidade na assunção de novos papéis e na constituição de uma nova família a existência de sentimentos de ciúme pela partilha de atenção com outra pessoa, que não o cônjuge.

A orientação antecipatória e as intervenções desenhadas para facilitarem a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias podem, por isso, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da autoeficácia e satisfação parental.

Hernandez e Hutz (2009) concluíram no seu estudo que os novos papéis (o de pai e o de mãe) precisam de ser aprendidos, os novos relacionamentos desenvolvidos e os já existentes reordenados, pelo que se torna fundamental, o encontro do enfermeiro com as necessidades destes casais, assim como um caminhar constante na procura de sentidos significativos.

No estudo efetuado por Pires (2008, p. 44) destacou-se que “os casais com filhos que apresentam valores médios de satisfação conjugal mais elevados, apresentam valores médios de aliança parental também mais elevados”. Acrescenta ainda a importância do contexto e do nível socioeconómico em que as famílias se inserem, bem como do género da pessoa questionada sobre a satisfação conjugal.

Ainda num estudo desenvolvido por Menezes e Lopes (2007), verificou-se que a transição para a parentalidade pode conduzir a uma diminuição na satisfação conjugal, sendo que o fator central para a compreensão da conjugalidade na transição para a parentalidade é a qualidade da relação conjugal estabelecida antes da transição. Os autores nomeiam um estudo longitudinal com 114 casais levado a cabo por Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez, mas desceu significativamente, após o nascimento do filho. Tal declínio foi mencionado tanto pelos homens quanto pelas mulheres dos casais considerados, mas por diferentes motivos.

“Para os homens, a tendência a fazer atribuições positivas sobre o comportamento das companheiras explicou o declínio de sua satisfação com o casamento, enquanto para as mulheres, fatores como depressão e temperamento do bebê foram referidos como influenciando o declínio da satisfação conjugal” Rothman (2004) citado por Menezes e Lopes (2007, p. 84).

Para Rivero (2006) no final do primeiro ano após o nascimento do primeiro filho 70% das mulheres sentem grande insatisfação com o casamento, sendo que a insatisfação dos maridos ocorre posteriormente, como uma reação à infelicidade da esposa. O enfermeiro obstetra pode ter assim um papel fundamental no suporte ao casal, que pode muitas vezes, favorecer a aquisição de novas competências e o desenvolvimento de outras já apreendidas. É de realçar que a qualidade da relação conjugal estabelecida, a coesão e o suporte mútuos podem ser facilitadores de um entendimento conjugal no período de transição para a parentalidade, e será com certeza um recurso de afirmação a que os novos pais poderão recorrer, quando nalgumas circunstâncias por ventura, se sentirem angustiados ou incapazes de lidar com uma situação.

Rivero (2006) clarifica que, com a preparação para o nascimento de um filho e, posteriormente, com a particularidade e singularidade da relação estabelecida entre mãe e bebé, é natural ocorrer uma diminuição da disponibilidade para investir na relação conjugal. Associado a estes fatores, por vezes o cansaço físico, a privação do sono e a conjugação de todas as outras atividades do quotidiano, podem dificultar o relacionamento conjugal. Torna-se portanto, importante explicitar que no cerne de toda a desordem e obstáculos com que se deparam, é essencial existirem momentos a dois, em que ambos se reencontram, partilham e avançam. Promove-se assim, “uma relação mais gratificante com ganhos também para a criança, na medida em que irá aumentar a satisfação individual (e conjugal) e diminuir os níveis de *stress*” (Rivero, 2006, p. 2).

Sendo que muitas vezes, após o casal ter alguma estabilidade económica/financeira, a parentalidade é um dos objetivos conjugais. Procedese de seguida, a uma descrição do conceito de vinculação e a uma análise das etapas do desenvolvimento da gravidez e do nascimento.

1.3 TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO

O conceito de vinculação foi definido por Bowlby (1958), como sendo a criação de laços afetivos de uma pessoa ou animal a outro indivíduo específico, tendencialmente da mesma espécie. Compreende a existência de sentimentos de afeição/amor e é prolongada e dirigida a uma pessoa particular.

Brazelton e Cramer (2004) consideram a vinculação afetiva entre pais e filhos, como um processo contínuo que se inicia durante a gravidez e que se vai desenvolvendo com o estabelecimento das interações pais-bebé. Como se constatou em estudos que foram elaborados, se a mãe apresentar um contacto mínimo com o bebé (poucas horas depois do parto) é capaz de identificar o seu filho, através do toque, odor e choro (Figueiredo, 2001). Todavia, mães de recém-nascidos doentes que foram separadas dos filhos imediatamente, após

o parto, foram mais tarde, menos confiantes, mais desajeitadas e menos afetuosas (Gomes-Pedro, 1999).

São diversas as tarefas que caracterizam cada fase da parentalidade e que estão associadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério, bem como ao processo de vinculação que é estabelecido (Canavarro, 2001). É necessário contudo referir, que os seus *timings* de resolução são variáveis de pessoa para pessoa e que portanto, não se podem generalizar para um todo. Deste modo, são apresentadas seis tarefas de desenvolvimento para os pais (pela 1ª vez): *aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebé como pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade* (Canavarro, 2001).

A aceitação da gravidez que, habitualmente ocorre durante o primeiro trimestre de gestação, é caracterizada pela existência de sentimentos de ambivalência, mesmo que tenha sido algo planeado e desejado. Esta ambivalência deve-se ao profundo questionamento, relativo à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado implica e à própria parentalidade (Canavarro, 2001; Brazelton e Cramer, 2004).

Para dominar alguns dos receios que surgem neste período, torna-se essencial que ocorra uma idealização/visualização da criança como um ser perfeito e desejado (Brazelton e Cramer, 2004).

Durante este período os futuros pais podem estar muito recetivos ao apoio de outras pessoas (profissionais, familiares) (Brazelton e Cramer, 2004).

Cerca das 16 às 20 semanas de gestação a grávida começará a sentir os primeiros movimentos do seu bebé, notícia que poderá ser então partilhada com as pessoas que são mais significativas. Como referem Brazelton e Cramer (2004) pode constatar-se que a *vinculação mais precoce* tem início sobretudo a partir deste período, uma vez que existe a consciencialização de uma possibilidade de relação entre a mãe e o feto, que neste momento se torna um ser ativo, capaz de interferir – feto como ser competente.

O bebê aparece assim, como uma pessoa distinta da mãe, com uma identidade única. Deste modo, verifica-se constantemente, nesta etapa, o imaginar de como serão os primeiros cuidados ao recém-nascido, bem como as suas características físicas e temperamentais (Brazelton e Cramer, 2004; Canavarro, 2001).

É frequente, a partir do segundo trimestre de gestação, observar-se a grávida a acariciar o abdómen e a dialogar com o seu bebê, comportamentos muito importantes para a comunicação verbal e tátil entre ambos.

O confronto com os registos ecográficos é também de extrema importância. Como referem Sá (1997) e Sousa (2004), a audição dos batimentos cardíacos fetais, bem como a visualização das ecografias são marcos muito importantes na história da gravidez e na consolidação do bebê a nível mental. Assim, e como afirma Canavarro (2001), pode manifestar-se uma reavaliação e reestruturação da relação com os pais, dando-se continuidade às tarefas anteriormente iniciadas.

A representação que a mulher e homem têm dos seus pais é fundamental, quer pelas suas expectativas em relação ao papel que irão desempenhar como avós, quer pelo modo como observam a relação estabelecida com eles ao longo do seu desenvolvimento enquanto pessoas, integrando as experiências positivas e negativas que tiveram como filhos, aceitando o seu bom desempenho e simultaneamente, as suas falhas e limitações. É-lhes então possível, seleccionar os comportamentos que querem adotar para com o seu bebê e que foram semelhantes aos que adotaram consigo, em substituição daqueles que não considera como tendo sido funcionais e que portanto, evitarão. A tomada de consciência e aceitação das suas próprias falhas enquanto pais poderá também ser possível, através da resolução desta tarefa de desenvolvimento.

A reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro pode surgir durante o segundo trimestre (Brazelton e Cramer, 2004), ou no terceiro (Canavarro, 2001). “O reconhecimento do papel do pai ajuda a mãe a encarar o bebê como um ser diferente. (...) não só ajuda a futura mãe na tarefa de se separar do feto e de diferenciá-lo das suas fantasias, como também lhe

reafirma que ela não é, por si só, responsável por quaisquer sucessos ou insucessos” (Brazelton e Cramer, 2004, p. 36). Assim, terá que existir um reajustamento na relação do casal, a nível afetivo, sexual e na rotina diária, sendo fundamental um ajuste da aliança conjugal, para a formação da aliança parental que permita a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos da vida e promoção de suporte emocional (Canavarro, 2001).

No terceiro trimestre de gravidez, o feto é, cada vez mais observado como um ser separado e real. Esta preparação para a separação é concretizada aquando da ocorrência do parto, podendo ser marcada por momentos de alguma ansiedade, sobretudo nas mulheres primíparas (Canavarro, 2001).

Os sentimentos de ambivalência podem regressar nesta fase, já que a vontade de ter um filho e terminar o período de gravidez coexiste com o desejo de prolongar, no sentido de adiar o momento do parto e as dificuldades que podem estar presentes a partir do nascimento do bebé (Canavarro 2001).

A reavaliação e reestruturação da própria identidade, descrita por Canavarro (2001), é uma tarefa que sintetiza um pouco de todas as outras e que implica a realização de um balanço dos ganhos e perdas que a parentalidade introduziu, bem como a aceitação das mudanças implicadas.

Durante estes acontecimentos psicológicos que preparam a mulher e o homem para um acontecimento tão importante nas suas vidas e para o desempenho de novos papéis, o enfermeiro tem uma intervenção fundamental tal como alega Watson (2007) citando Mayerhoff (1971) ao referir que o enfermeiro tem que saber muitas coisas “ (...) para cuidar de alguém tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento (...) ” (p. 55-56).

Se o casal demonstra motivação e desejo em partilhar estes aspetos da experiência da gravidez e do parto no seu próprio relacionamento e com o enfermeiro obstetra a possibilidade de resolver os seus receios diminui e a sua capacitação tende a aumentar.

Desta forma, o enfermeiro adapta a sua intervenção de acordo com as características da mãe e/ou do pai e prepara o casal para o nascimento e parentalidade.

2- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com os guias orientadores formulados para os ensinamentos clínicos do 3º CMESMO; no que se refere às competências e atividades propostas para o ensino clínico a realizar na sala de partos e serviço de urgência ginecológica e obstétrica; e tendo por base os seguintes documentos:

- Competências do EEESMOG (2011) elaborado pela OE;
- “Pelo Direito ao Parto Normal” produzido pela OE e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO);
- Competências do EEESMOG preconizadas pelo ICM (2010, revistas em 2013);
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996);

Foram delineadas as competências a desenvolver no decorrer da unidade curricular - Estágio com Relatório:

- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à grávida/casal hospitalizado para indução de trabalho de parto.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os 4 estádios do trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno/fetal e a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao RN com necessidade de hospitalização na Unidade de Neonatologia.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável

Partindo da identificação de cada uma das competências apresento o contexto em que elas foram desenvolvidas assim como as atividades que realizei nesse âmbito.

2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA²

Ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica ocorrem mulheres de diferentes grupos etários, com necessidades várias decorrentes de problemas tanto da área uroginecológica como da obstetrícia. Sendo um hospital que abrange uma vasta área populacional, constata-se uma grande diversidade cultural nas populações que recorrem aos cuidados de saúde nesta instituição. No decorrer deste ensino clínico, existiu uma preocupação constante em respeitar o mais possível os aspetos culturais de cada indivíduo, nomeadamente, no que se refere às suas crenças e valores. Eles são parte integrante da especificidade de cada pessoa e interferem no modo como cada uma se vê no mundo e qual o significado que atribui à situação de saúde que experiencia (Watson 2007).

As diferenças linguísticas foram, por vezes, limitadoras da prestação de cuidados, uma vez que dificultaram o conhecimento da realidade de cada um. Deste modo, foi nalguns casos complexo o ir ao encontro das necessidades individuais da pessoa, algo tão fundamental para a prestação de cuidados como realça Watson (2007).

O facto da maioria das situações de cuidados ter ocorrido em contexto de urgência/emergência fez com que não fosse possível a articulação com um intérprete. Contudo, nos serviços de internamento das diferentes áreas de cuidados de obstetrícia e ginecologia, sempre que necessário, é efetuado um pedido à embaixada do país de origem de cada cidadão, tal como preconizam

² A unidade de saúde onde decorreu o meu estágio pertence a um hospital central e é constituída pelos serviços de urgência ginecológica e obstétrica e pela sala de partos. A equipa de enfermagem é a mesma e presta cuidados segundo o método individual de trabalho.

Active Citizenship Network (2008) na Carta dos Direitos dos Pacientes e a Direção Geral de Saúde.

No decorrer do meu processo de aprendizagem neste ensino clínico, foram cerca de 32 horas as que tive em contexto de urgência de ginecologia e obstetrícia. Sendo que a maioria das situações de cuidados durante este período, foi no âmbito da obstetrícia.

Cada utente é avaliada por um EEESMOG segundo um modelo de fluxogramas – Triagem de Manchester -- que possibilita uma avaliação rápida, objetiva e criteriosa da situação de saúde da utente quando chega ao serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia. De seguida, são então prestados outros cuidados imediatos tendo em conta cada circunstância e é feita uma observação de cada pessoa por um médico obstetra. Por fim, se necessário, é efetuada a transferência para diferentes unidades consoante a especificidade de cada situação: Serviço de Ginecologia, Unidade de Medicina Materno Fetal, Unidade de Puérperas, Sala de Partos.

A entrevista de colheita de dados é fundamental, embora no contexto de um serviço de urgência, seja extremamente direcionada, no sentido de dar uma resposta rápida e efetiva às necessidades de saúde de cada utente que se encontra quase sempre em elevado risco de morbilidade e, muitas vezes, de vida.

O diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na mulher no âmbito uroginecológico, no período pré-natal e puerpério, é o objetivo major do EEESMOG que presta cuidados neste serviço. Uma adequada colheita de dados, a valorização da sintomatologia da utente, a sua avaliação física e psicoemocional, assim como a avaliação do bem-estar fetal através da realização da auscultação cardíaca fetal, avaliação do cardiotocograma e, em colaboração com o obstetra, avaliação da ecografia fetal, tornam-se procedimentos essenciais de uma prática de excelência.

Nas diversas situações de cuidados que experienciei, tive a oportunidade de Cuidar de mulheres em situação de hiperémese e colestase gravídica, pré-eclâmpsia, hemorragia do segundo e terceiro trimestres e em fase latente e

ativa do trabalho de parto. Algumas utentes recorreram igualmente a este serviço por diminuição dos movimentos fetais.

Embora, por vezes, os tempos de atuação do enfermeiro neste serviço sejam reduzidos, pela situação de saúde de urgência/emergência, constatei que o suporte psicoemocional que o enfermeiro especialista pode prestar, é fundamental. Ao compreender a pessoa como um todo, a valorização das suas emoções é tão importante como a consideração dos aspetos fisiológicos. As diversas intervenções de enfermagem devem portanto englobar a mente, o espírito e o corpo como partes indissociáveis (Watson, 2007). Escutar o que o outro quer verbalizar, respeitar o seu silêncio, mostrar disponibilidade e empatia com os momentos de sofrimento que muitas vezes está a experienciar, pode minimizar estas vivências e dar ao outro o conhecimento de que existe um cuidador pronto a caminhar consigo.

2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

No desenvolvimento desta competência tive em conta algumas das aprendizagens já desenvolvidas no Ensino Clínico IV realizado na Unidade de Medicina Materno Fetal, onde me apercebi que, na maioria das situações, a indução do trabalho de parto é vivida pela mulher/casal com muito *stress* devido a não ser um acontecimento natural e espontâneo. Como referem OE e a APEO (2012, p. 20)

“o trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto normal é a forma mais segura de nascimento. O recurso ao parto induzido e à cesariana sem qualquer motivo de saúde, mas apenas por conveniências dos envolvidos, está associado a maiores riscos e é considerada pela comunidade científica internacional como uma prática injustificada”.

Durante o ensino clínico “estágio com relatório” foi possível constatar que as induções de trabalho de parto ocorriam por norma nas gravidezes com idade gestacional superior a 41 semanas, sendo exceção a existência de um parto

anterior por cesariana. No entanto, esta prática poderia ainda ser antecipada por fatores maternos (patologia materna com agravamento) e/ou fetais (compromisso fetal).

De acordo com a OE e APEO (2012) no documento “Pelo direito ao parto normal” e de acordo com dados da OMS cerca de 85 a 90% das gravidezes terminam em partos sem intercorrências e sem necessidade de suporte médico-cirúrgico. Já em 1996, a OMS tinha demonstrado através de estudos randomizados que nas mulheres em que foi efetuada indução de trabalho de parto, após rotura prematura de membranas (RPM), existiu uma maior necessidade de recorrer a terapêutica analgésica tendo sido, simultaneamente, verificado maior número de intervenções médico-cirúrgicas por parte dos profissionais de saúde. A OMS defende que se o trabalho de parto não se iniciar espontaneamente após 48 horas de RPM pode ser considerada a indução de trabalho de parto com ocitocina.

No local onde realizei o ensino clínico foi possível observar que as induções do trabalho de parto não ocorriam de forma rotineira, no entanto, sempre que uma mulher alcançava as 41 semanas de idade gestacional era induzido o parto, mesmo na presença de bem-estar materno e fetal, recorrendo, frequentemente, à utilização de prostaglandinas, excetuando-se as grandes múltiparas em que se utilizava a perfusão de ocitocina EV de forma contínua.

Refletindo um pouco sobre estas práticas e sobre as recomendações da OMS (1996), e da iniciativa “Pelo direito ao parto normal” (2012) e da ICM (2010), talvez ainda exista um vasto caminho a percorrer no que se refere ao esclarecimento e disponibilização de informação baseada em estudos científicos que possibilitem aos casais compreender que o nascimento é um processo natural e fisiológico que ocorre saudável e eficazmente, na sua grande maioria, sem necessidade de intervenção médico-cirúrgica. A mulher/casal e o bebé são os principais intervenientes em todo este processo, por isso cabe-lhes a possibilidade de decisão, num momento tão marcante das suas vidas. Contudo, esta decisão só poderá ser tomada de forma esclarecida se previamente tiverem acesso a informação completa e rigorosa baseada na

melhor evidência científica disponível sobre o que é esperado, quais as alternativas, os benefícios e os riscos.

Torna-se igualmente importante que os profissionais de saúde compreendam que os serviços/unidades acolhem pessoas, sujeitos ativos no seu processo de saúde e que portanto, é de extrema importância, que estes sejam espaços harmoniosos, que possibilitem a expressão de emoções e vivências e que existam para a pessoa cuidada.

Nesta experiência de ensino clínico constatei que muitas vezes o casal dispunha de muito pouca, ou nenhuma, informação, pelo que a sua capacidade de decisão neste processo de saúde estava afetada. Contudo, tentei sempre que possível selecionar a informação mais pertinente para cada situação de cuidados de forma a possibilitar um conhecimento sobre o que estava a ser vivenciado, sobre o que era esperado, mas acima de tudo favorecer o protagonismo da parturiente no seu trabalho de parto, como forma de facilitar este processo. Evidencia-se assim a importância do estar com a pessoa/família, de proporcionar-lhes diversos caminhos possíveis num projeto de saúde e não o de fazer/pensar por elas.

Apercebi-me de que, como nas situações de indução de trabalho de parto a entrada em fase ativa é mais demorada, surgem, por vezes, mais precocemente sentimentos de desespero, fadiga e incapacidade no autocontrolo. O incentivo do companheiro ao reforço positivo e a utilização de técnicas de relaxamento, as mudanças de decúbito e a utilização de medidas de conforto, nomeadamente, o banho de chuveiro, pela diminuição dos níveis de produção de adrenalina e aumento dos níveis de endorfinas e de ocitocina fisiológica em circulação, foram sentidas como facilitadores do trabalho de parto e da sua própria evolução.

2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA

O estar com a parturiente e com o seu convivente significativo constituiu uma preocupação para que os cuidados tenham uma repercussão positiva tanto em termos de vivência do processo de nascimento como do sucesso do bem-estar do feto/RN.

Ser EEESMOG é poder cuidar de mulheres, nas diferentes etapas de vida, e do casal/família nas diversas fases do ciclo de vida familiar. Neste período tão específico e singular das suas vidas, torna-se fundamental o enfermeiro compreender as vivências conjugais na transição para a parentalidade, e nos cuidados ao bebê, desde que é fantasiado/imaginado até aos primeiros momentos de vida a três (pais-filho). Sendo o nascimento de um filho um momento verdadeiramente único, que habitualmente é recordado como um dos dias mais significativos para os pais, é importante que o enfermeiro obstetra possa proporcionar experiências cada vez mais naturais e positivas, constituídas por momentos verdadeiramente transpessoais (Watson, 2007).

O trabalho de parto inicia-se com contrações uterinas capazes de provocar modificações no colo uterino (apagamento e dilatação) e que promovem a descida do feto na bacia materna.

Como já foi referido anteriormente, todas as grávidas são inicialmente “triadas” e admitidas no Serviço de Urgência de Obstetrícia e posteriormente referenciadas para a Sala de Partos, caso estejam em trabalho de parto. Desde o momento da admissão até às duas horas que se sucedem ao nascimento são efetuados registos de enfermagem no partograma, possibilitando uma rápida e eficaz compreensão sobre a evolução do trabalho de parto e intervenções específicas realizadas no decorrer do mesmo. As normas

utilizadas no preenchimento do partograma, assim como algumas duas condutas de atuação, são as preconizadas pela OMS (1996).

Na admissão na Sala de Partos, é efetuado o acolhimento e a entrevista de colheita de dados com principal enfoque nos antecedentes de saúde pessoais, obstétricos e história da gravidez atual. São validadas as expectativas do casal face ao trabalho de parto e nascimento do bebê. De seguida, é proporcionado a todas as parturientes, exceto às que apresentam REBA (rotura espontânea de bolsa de águas), dois microclisteres, colhido sangue para análise e colocado um cateter venoso periférico com uma perfusão de soro polieletrolítico glicosado. Procede-se igualmente, à avaliação dos sinais vitais e inicia-se a monitorização fetal externa contínua. Nas parturientes com BAI (bolsa de águas íntegra) é possibilitado o levante e a monitorização fetal externa de forma intermitente. Relativamente à nutrição da utente, é restrita à ingestão de pequenas quantidades de água ou chá de 4/4 horas.

Na avaliação das características do colo procura-se que seja quase sempre o mesmo profissional de saúde (EEESMOG ou médico obstetra) a efetuá-la e é limitada o mais possível. Como referem a OMS (1996) e a ICM (2008) esta é uma das medidas essenciais para avaliação da progressão de trabalho de parto e o número de “toques vaginais” deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio de trabalho de parto habitualmente o intervalo de 4/4 horas é suficiente.

A mesma entidade, OMS (1996), refere que a realização de práticas como a utilização de microclisteres, administração de soros por rotina, a não alternância de decúbitos durante o trabalho de parto, sobretudo a manutenção da posição de litotomia, são desnecessárias ou até mesmo prejudiciais e por isso devem ser eliminadas.

Quando existe rotura de bolsa de águas é necessário avaliar se a apresentação do feto está, ou não, insinuada na bacia materna, uma vez que se apresentação for móvel existe risco de prolapso do cordão. Contudo, e uma vez assegurado este princípio, a alternância de posição, nomeadamente, o encorajamento a assumir posições mais verticalizadas e confortáveis para a

própria mulher, pode favorecer a evolução do trabalho de parto e diminuição dos níveis de dor.

No que se refere à monitorização fetal de forma contínua e à restrição de administração de alimentos nas gravidezes de baixo risco, são consideradas pela OMS como sendo práticas utilizadas de forma inapropriada: “o método de eleição para a monitorização do feto num trabalho de parto normal é a auscultação intermitente”; “a nutrição é de grande importância e fundamental para a variabilidade da FCF (frequência cardíaca fetal)” (OMS, 1996, p. 23 e 13), respetivamente.

Refletindo na minha atuação, enquanto estudante ESMOG, considero que as diferenças encontradas entre as recomendações da OMS, OE, APEO e ICM, e o contexto de cuidados onde decorreu a minha aprendizagem foram, por vezes, geradores de alguma ansiedade. Contudo, penso que foi o questionar práticas consideradas como rotineiras há décadas que provocou alguns pequenos avanços e mudanças que, por mínimas que parecessem, promoviam algum bem-estar nas famílias que vivenciavam um momento tão singular. Frequentemente ao solicitar à mulher que fizesse o que o seu próprio corpo lhe sugeria, ou seja, que procurasse em si o que naquele momento seria uma medida de conforto, com base na evidência disponível, possibilitou nalgumas situações, quebrar protocolos institucionais.

A validação de princípios e técnicas com as orientadoras desta UC, a procura de estudos científicos e a discussão em equipa e em sessões de análise das práticas permitiu inúmeras aprendizagens e, por vezes, o chegar mais próximo da realidade e dos objetivos de cada utente. Havendo, cada vez mais, casais informados e com voz ativa no seu processo de saúde, neste caso com poder de decisão sobre o nascimento de um filho, as práticas têm que, cada vez mais, ser adaptadas, baseadas na evidência científica, de forma a poder proporcionar experiências o mais gratificantes possível, quer para as pessoas que são cuidadas, quer para os próprios cuidadores. São esses os momentos verdadeiramente intemporais, que transcendem o concreto do aqui e agora, como defende Watson (2007).

A avaliação da “descida da apresentação” e da “variedade fetal” foram sentidas como dificuldades iniciais, mas foram progressivamente ultrapassadas.

Apesar da analgesia epidural ser uma prática comum desde o primeiro estágio de trabalho de parto, na instituição onde decorreu o meu estágio, algumas mulheres decidiram recorrer a métodos não-farmacológicos do controlo da dor, nomeadamente através da realização do banho ou da massagem realizada pelo companheiro. Gayeski e Brüggemann referem, numa revisão sistemática da literatura que efetuaram em 2010, que o banho de imersão tem resultados bastante positivos no controlo da dor e pode ser iniciado logo após os 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade e da dor e a aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. É importante no entanto, selecionar cada método de acordo com a vontade de cada mulher, do momento em que experiencia a dor e da sua eficácia para a minimização da mesma.

O segundo estágio do trabalho de parto foi o período que para mim, enquanto estudante, foi mais gerador de *stress*. Apesar de considerar estar na posse de conhecimentos para assumir a minha prática e após algumas sessões letivas teórico-práticas sobre as intervenções no momento do período expulsivo, penso que talvez só a partir do vigésimo parto, num total de 38 partos, é que pude efetivamente desfrutar verdadeiramente das competências de uma futura EEESMOG.

Procurei que o ambiente fosse o mais tranquilizador e acolhedor possível, limitando a intensidade da luz, o material hospitalar que poderia ser gerador de ansiedade, o número de pessoas, devolvendo sempre à utente que era ela que escolhia quem ali estivesse. Na grande maioria dos partos realizados, o companheiro esteve sempre presente.

Foi validada sempre a informação relativa à segunda fase do trabalho de parto, explicitando à parturiente que só deveria iniciar esforços expulsivos quando sentisse essa necessidade para evitar o cansaço e consequentemente, assegurar um aporte de oxigénio ao feto adequado.

No que se refere ao posicionamento da utente durante o período expulsivo, por norma do serviço, a posição utilizada era a de litotomia. Tentei, no entanto,

verticalizar a cama o mais possível para favorecer a descida da apresentação fetal e facilitar o esforço materno, tendo sido sentido este posicionamento pela mulher como mais confortável.

A posição de litotomia favorece a realização de um maior número de episiotomias, menor liberdade de movimentos e estreitamento da bacia materna (OMS, 1996). Do mesmo modo, num estudo elaborado por Gupta, Hofmeyr e Smyth (2004) foram consideradas as posições que a parturiente pode assumir durante o segundo estágio trabalho de parto. Procedeu-se então à comparação entre as posições mais verticalizadas ou lateralizadas com as posições de decúbito dorsal ou de litotomia. Concluiu-se que as primeiras reduzem o tempo de período expulsivo, o número de partos assistidos e o número de episiotomias, pela melhor distensão e elasticidade do períneo e aumentam o número de lacerações (que habitualmente não ultrapassam as de grau II). Da mesma forma, as perdas hemáticas maternas via vaginal são menores, assim com a dor percebida pela mulher. Ocorrem também com menor incidência alterações patológicas na frequência cardíaca fetal.

No período expulsivo, de uma maneira geral, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos com manobra de Valsalva, quando se manifestava contração uterina. Contudo, quando se verificava dificuldade, por parte da grávida, em coordenar e controlar os esforços também era proporcionada orientação para fazer esforços de forma não dirigida. Esta prática vai ao encontro das “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” referidas pela OMS (1996, p. 36): realização de esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto. Também a Federação das Associações de Parteiros Espanhóis e a APEO (2009) advogam os esforços espontâneos em detrimento da manobra de Valsalva, uma vez que durante esta manobra produzem-se alterações fisiológicas que podem prejudicar o bem-estar fetal. A orientação para o recurso a esforços expulsivos dirigidos também se tornou necessária devido ao facto de, por vezes, a parturiente não ter percepção da contratilidade nem a vontade de fazer força pelo efeito da analgesia epidural.

Foram efetuadas episiotomias de forma seletiva³ (16), sobretudo nas mulheres primíparas com bebês macrossômicos, na suspeita de sofrimento fetal ou nas mulheres em que a distância entre o intróito vaginal e o ânus era igual ou inferior a 3 cm. Nas outras mulheres foi feita tentativa de períneo íntegro, tendo sido conseguido em 10 situações, sendo que as restantes 12 apresentaram lacerações de grau 1 ou 2 que foram suturadas com relativa facilidade. Para mim, a sutura da episiotomia tornou-se mais complexa que a reparação das lacerações do períneo. A conduta de proteção do períneo utilizada foi a de proteção ativa, visto ser a adotada pela instituição. Contudo, e uma vez que exerço funções no serviço de puerpério da mesma instituição onde desenvolvi o EC, foi possível obter *feedback* sobre a evolução das lesões do períneo, das mulheres a quem fiz o parto, nos dois dias seguintes ao mesmo: o desconforto referido pelas utentes foi semelhante tanto nas que foram submetidas a episiorrafias como nas que foram submetidas a perineorrafia por lacerações de segundo grau. No entanto os períneos com perineorrafia por lacerações apresentavam menos edema e melhor evolução cicatricial do que os períneos com episiorrafias.

O nascimento é também marcado por um conjunto de acontecimentos e de tarefas que implicam a participação e envolvimento dos pais, destacando-se:

- A separação física do bebé, o que conseqüentemente leva ao fim da sensação de fusão com o feto (Brazelton e Cramer, 2004);
- O confronto com os “três filhos” – o bebé fantasmático (representação da história pessoal da filiação com os pais, fantasias que retomam à infância parental), o bebé imaginário (desejado e pensado durante a gravidez) e o bebé real (verdadeira imagem do bebé) (Cramer, 1995; Sá, 1997);
- A adaptação ao bebé real, o que por vezes pode ser gerador de sentimentos de estranheza, bem como domínio sobre o medo de fazer mal ao mesmo (Brazelton e Cramer, 2004);

³ Foi comprovado, através de diversos estudos, que a realização da episiotomia de forma seletiva está associada a uma diminuição das lacerações graves e a um maior número de períneos íntegros, embora se tenha também verificado um aumento do número de lacerações anteriores (Borges; Serrano e Pereira, 2003).

-
- A manifestação de disponibilidade no estabelecimento de uma nova relação e adequação de um repertório comportamental à satisfação das necessidades do bebé (Brazelton e Cramer, 2004).

Numa fase inicial após o nascimento, o bebé pode ser percebido como estranho, podendo a mãe sentir alguma dificuldade em (re) conhecê-lo. Como refere Kennell, “cada mãe tem uma tarefa específica a desempenhar no período após o parto. Ela deve olhar o seu bebé e «afeiçoar-se» ao bebé real, conciliando assim a imagem que dele fantasiara antes do parto com a sua verdadeira imagem” (1995, p. 36).

No nascimento, estabelece-se o primeiro encontro entre pais e bebé real, pelo que o processo de interação decorrente a partir deste momento é singular e insubstituível. Sabe-se atualmente que há processos químicos subjacentes aos afetos, nomeadamente, a hormona ocitocina fundamental para o trabalho, é também a primeira hormona que dita a ligação inicial mãe-filho (Young, 2013).

Todos os bebés, a quem prestei cuidados após o nascimento, (cerca 59), foram colocados em contacto prolongado pele com pele com a mãe e adaptaram-se à mama na primeira hora de vida, excetuando uma situação de um parto que ocorreu de forma muito precipitada em que o bebé teve necessidade de reanimação com *neopuff* (ventilador por pressão positiva) e, outra situação em que o bebé não foi adaptado à mama por a mãe ter serologia de vírus de imunodeficiência humana (VIH) positiva.

A clampagem do cordão umbilical foi alvo de discussão na equipa de enfermagem. Na grande maioria dos partos foi clampedo antes de parar de pulsar, embora a OMS (2013) defenda que este procedimento deve ser adiado até ao cordão parar de pulsar ou decorridos 1 a 3 minutos após o nascimento.

O terceiro estágio de trabalho de parto foi, por vezes, vivido com alguma apreensão. Numa situação ocorreu retenção placentária, por acretismo placentário, tendo existido necessidade de proceder-se a curetagem. Noutra situação ocorreu dequitação com membranas fragmentadas mas que, no controlo ecográfico, se constatou não existirem restos de membranas. Em quase metade dos partos que acompanhei ocorreu dequitação por mecanismo de Mathews-Duncan, apesar de vir descrito na literatura e de ser referido pelos

técnicos de saúde do local onde fiz o estágio como um mecanismo menos frequente.

Nas situações de cuidados em que o parto foi distócico, tive oportunidade de prestar cuidados ao RN e de acompanhar posteriormente, as tríades no quarto estágio de trabalho de parto, tendo colaborado em 23 partos.

Durante o período de puerpério imediato foi possível dar continuidade à observação da interação pais-filho. Procedeu-se regularmente à avaliação da tensão arterial, do globo de segurança de Pinard, controlo de perdas hemáticas maternas e eliminação vesical bem como à avaliação do RN.

Foi igualmente realizada a transferência das puérperas e dos recém-nascidos que acompanhei para a unidade de puerpério e foi possibilitada a continuidade de cuidados através da transmissão da informação necessária da mãe e do recém-nascido.

2.4- COMPETÊNCIA 4: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Apresento, de seguida, uma análise das competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem neonatal e da importância do papel do enfermeiro obstetra para prevenir/minimizar algumas das situações que resultam na hospitalização do recém-nascido na unidade.

A observação física e emocional do bebé e o apoio aos pais foram preocupações constantes no decorrer do EC “Estágio com Relatório” e do EC V (Enfermagem neonatal). Durante a prestação de cuidados nestes contextos houve ainda uma especial atenção relativa aos aspetos inerentes à estabilização hemodinâmica e ao transporte do recém-nascido, bem como o apoio aos pais a viverem a situação de hospitalização do filho.

Reportando-me um pouco para as competências do EEESMOG e através da análise e interpretação de dados colhidos no período de ensinos clínicos IV

(Grávidas de alto risco), V e “Estágio com Relatório”, compreende-se o quão fundamental é a vigilância de gravidez e a monitorização de sinais e sintomas que podem indicar risco de vida para a mulher e feto.

Das situações com as quais me confrontei em muitas das mulheres que entraram em fase latente de trabalho de parto e que ainda não se encontravam no final da gravidez, foram efetuadas intervenções que tentaram travar este processo, nomeadamente administração de tocolíticos, hidratação e promoção de repouso, assim como administração de corticosteróides para maturação pulmonar fetal. Penso igualmente, que o controlo de patologias maternas associadas à gravidez, a promoção de hábitos e comportamentos de vida saudáveis e a vigilância do bem-estar materno-fetal, são igualmente intervenções que, em muitas situações, conseguem prevenir/minimizar o parto pré-termo e, conseqüentemente, toda a possível morbimortalidade associada a um bebé prematuro.

Realço ainda o papel que o enfermeiro obstetra pode desempenhar junto dos futuros pais no período préconcecional em que por exemplo, numa das situações de malformação congénita do bebé, existiam antecedentes familiares de malformações, pelo que o aconselhamento genético e o diagnóstico ao casal nesta situação pudessem ter sido um aspeto favorável.

Apesar de observar, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos que é efetuado, quase que de forma constante, o reforço da informação à grávida/casal relativo à importância da perceção/contagem dos movimentos fetais, constato que muitas mulheres, apesar da perceção de diminuição ou ausência de movimentos fetais, tendem a protelar a ida a um serviço de saúde. Este é ainda um dos conteúdos a ser abordado no período pré-natal, sem alarmismos, mas sensibilizando e responsabilizando o casal para estar atento ao bem-estar fetal através da perceção dos seus movimentos e que na sua diminuição/ausência é aconselhado recorrer de imediato a um serviço de saúde.

Como futura enfermeira especialista foi relevante ter desenvolvido competências no âmbito da reanimação neonatal, uma vez que muitas vezes não é esperado o nascimento de um bebé com necessidade de reanimação e sendo que o enfermeiro é o profissional que por excelência se encontra 24

horas/dia na sala de partos, torna-se fundamental que seja competente para prestar cuidados neste âmbito.

Observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido prematuro, e/ou com patologia, e à sua família, foi uma realidade por vezes complexa sobretudo no que se refere à gestão de emoções. Lidar com o sofrimento de pais que, muitas vezes, viram o culminar de um projeto, extremamente planeado e desejado, numa hospitalização de um bebé em risco de vida e, em que cada dia é “o vencer de mais uma etapa”, mas que o amanhã pode ser o retroceder de inúmeras, tornou-se por vezes difícil. A relação de empatia para com os sentimentos e vivências dos casais, a escuta ativa e muitas vezes o proporcionar esperança, uma esperança real no que existe “aqui e agora” e no tentar perceber que cada etapa é uma nova conquista, mas que é algo que tem que ser construído progressivamente, que é prolongado no tempo e que pode nem sempre ter sucesso, foi um caminho que penso que consegui percorrer. Da mesma forma, o estimular os pais a participarem ativamente nos cuidados ao filho e facilitar o processo de vinculação através do toque e do *Canguru Care*, tão importante para o bem-estar da tríade, foi algo que pretendi desenvolver e que penso que teve boa aceitação.

A evidência científica demonstra que o *Canguru Care* traz benefícios à saúde do recém-nascido prematuro e/ ou de baixo peso. Deles destacam-se a redução do tempo de hospitalização, uma assistência mais humanizada, contribui para o vínculo mãe-filho e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo (Lescious e Cabral, 2010). Feldman já referia em 2004 que o *Canguru Care* tem igualmente um efeito benéfico na estabilização dos sistemas fisiológicos dos recém-nascidos.

Uma vez que se tratava de um dos objetivos do meu estágio tentei compreender o impacte do nascimento de um filho, nesta situação específica de hospitalização, na relação conjugal.

Isabella (citada por Figueiredo, 2003) refere que os fatores psicológicos que interferem na vinculação materna podem ser de dois tipos, aqueles que estão relacionados com a qualidade da relação conjugal e o impacte do estilo de

vinculação da mãe no envolvimento mais favorável com o filho. Os estudos empíricos mostram que as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros têm geralmente um envolvimento maior com o bebê.

Constatei através de diversos testemunhos que existem casais que, nesta etapa, sentem uma certa ambivalência de sentimentos relativa ao papel conjugal. Por um lado, descrevem que se sentem mais unidos ao passar por situações de hospitalização, doença, receio do sofrimento/morte, por outro sentem que a relação sofre algum “desgaste” porque muitas vezes para não preocupar o outro não verbalizam o que sentem e, porque alguns casais optam por revezar-se, enquanto um dos membros trabalha/descansa o outro está com o filho.

Considereei pertinente abordar a importância de existirem tempos de reencontro do casal, em que o diálogo, a expressão de emoções se torna fundamental para a percepção/compreensão do outro e para proporcionar apoio mútuo. Da mesma forma, reforcei positivamente os comportamentos (linguagem não verbal) de empatia evidenciados entre o casal.

O poder colaborar na prestação de cuidados a bebês em tão distintas situações de saúde e com tão diferentes necessidades, foi algo que me fez adquirir novas competências. A minimização ao máximo da manipulação dos bebês e a sua contenção, como forma de facilitar a sua organização comportamental, foi algo que tive a oportunidade de concretizar. Da mesma forma, pude intervir de modo a prevenir/minimizar perdas de calor, infecção neonatal, realização de monitorização cardiorrespiratória, execução de técnicas de alimentação entérica e promoção, assim que possível do aleitamento materno, compreensão de mecanismos de suporte ventilatório invasivo e não invasivo (CPAP e Blend), administração de terapêutica, entre outros.

2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL

Apresento de seguida uma descrição das atividades que realizei, com o objetivo de desenvolver a competência supracitada.

- Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre os temas da conjugalidade e parentalidade;
- Sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática das implicações do processo de parentalidade na dinâmica conjugal.
- Realização de sessões de educação para a saúde relativas ao processo de transição para a parentalidade e possíveis alterações na dinâmica conjugal.
- Assegurar-me que os cuidados de enfermagem prestados iam ao encontro das necessidades específicas de cada casal e desenvolver técnicas de comunicação, através da entrevista de enfermagem centrada na pessoa.
- Durante o processo de vigilância de trabalho de parto, proporcionar informação inerente a todo o processo, esclarecer dúvidas e envolver o companheiro no mesmo, de forma a proporcionar suporte à mulher e permitir-lhes partilhar a experiência de nascimento. Preparar antecipadamente o casal para o que pudesse acontecer, de forma a permitir gerir desconfortos, preocupações e ansiedade. Como referem Johansson e Hildingsson (2013) o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados à sua companheira, querem sentir-se envolvidos no processo de tomada de decisão e desejam a presença de um enfermeiro obstetra no decorrer do trabalho de parto, partilhando igualmente com o mesmo

-
- Observação de momento de interação entre casal e primeiros momentos de vida a três.
 - Perceção de eventuais alterações na dinâmica familiar, discussão com o casal de possíveis soluções de adaptação às alterações manifestadas.
 - Disponibilização de contacto telefónico e de endereço eletrónico para eventual esclarecimento de questões que o casal/pais possam estar a sentir.

No ponto que se segue procede-se à descrição da metodologia utilizada para conseguir desenvolver esta competência.

A teoria de Jean Watson, que norteou a minha prestação de cuidados, bem como o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (2010) e pelo ICM (2010) foram uma referência constante na interação com a utente/casal nomeadamente, no estabelecimento de uma relação de parceria para a promoção do autocuidado e da saúde da mulher, recém-nascido e família; no respeito pela dignidade humana e pelos princípios éticos e deontológicos da profissão; na demonstração de sensibilidade cultural nos cuidados prestados.

3 - METODOLOGIA

Neste ponto pretende-se descrever o percurso metodológico efetuado, bem como a fundamentação do mesmo. Para dar resposta aos objetivos propostos, é então descrito o processo de revisão sistemática da literatura e a observação participante em contexto de ensino clínico que possibilitou uma compreensão do fenómeno em estudo. Finalmente, serão apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos, confrontando-os com os principais achados dos artigos selecionados.

3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Através da revisão sistemática da literatura consegue-se aceder à melhor evidência científica encontrada acerca de um tema. Segundo Craig e Smyth, (2004, p. 164) “As revisões sistemáticas são métodos rigorosos de reduzir o viés, e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação”. Os mesmos autores consideram que nas revisões sistemáticas são utilizados métodos rigorosos e específicos para identificar, analisar e sintetizar os estudos mais relevantes para o fenómeno de interesse.

No processo de elaboração de uma revisão sistemática podem ser destacadas várias etapas: a formulação da questão de pesquisa (focalizada); o estabelecimento de critérios de seleção dos estudos (inclusão e exclusão); planificação da estratégia de pesquisa; análise crítica e seleção dos artigos de acordo com os critérios definidos; apresentação e interpretação dos achados.

No sentido de procurar a evidência disponível para aprofundar o desenvolvimento da competência número cinco, mencionada no ponto anterior “Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável”, procedeu-se então, primeiramente à formulação das questões de pesquisa:

- Quais as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal (I), em casais (P), durante o período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto (Co) e quais as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação (I)?

Participantes (P) – casais

Fenómeno de Interesse (I) - implicações do processo de parentalidade na relação conjugal e intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação

Contexto (Co) - período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto

As questões de pesquisa supracitadas encontram-se no domínio da abordagem qualitativa, visto que o seu objeto de estudo são as implicações do processo de parentalidade na vida conjugal de cada casal primíparo e as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadores da adaptação do mesmo a esse processo de transição. Deste modo, o fenómeno em estudo tem que ser compreendido e analisado e está dependente dos sujeitos, das suas experiências, da relação que apresentam, das circunstâncias em que se encontram.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 12) e a propósito do tipo de abordagem e da sua adequação ao objeto de estudo, “se o enfermeiro-cientista está interessado em descobrir o que é a experiência (...) os métodos de investigação qualitativa são mais adequados.” Não se procura apenas uma realidade ou “verdade”, mas a significação do fenómeno para cada pessoa. Esta crença em múltiplas realidades reforça a importância do ponto de vista do participante no estudo, como elemento central neste tipo de abordagem. Por esse motivo, é fundamental que se seja o mais fiel possível, em relação às concepções dos participantes, procurando não dirigir o estudo ou focalizá-lo apenas a uma componente ou instrumento específico (Streubert e Carpenter 2002).

Os **critérios de inclusão** para os artigos foram:

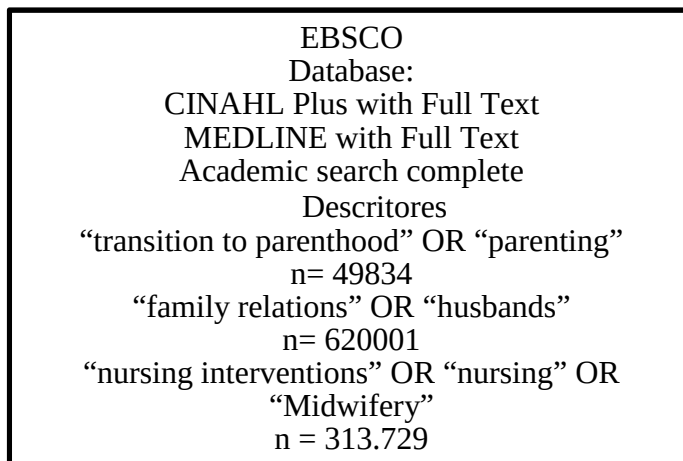
- Redação em português, inglês, ou espanhol;
- Foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por conexão, com a questão PICO;
- Data de publicação entre 2008 a 2013.

Os **critérios de exclusão** foram:

- Estudos noutras línguas, diferentes do português, inglês e espanhol;
- Ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e *abstract* dos artigos);
- Repetição do mesmo artigo nas bases de dados.

Identificam-se como descritores de pesquisa: Parentalidade (transition to parenthood, parenting); Relação conjugal/familiar (family relations, husbands); Intervenções de Enfermagem (nursing interventions, midwifery, nursing).

Processo de pesquisa na EBSCO



Conjugação dos descritores seleccionados:

“transition to parenthood” AND “family relations” AND
“midwifery” OR transition to parenthood” AND “family relations”
AND “nursing intervention” OR transition to parenthood” AND
“family relations” AND “nursing” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “Nursing Intervention” OR “parenting” AND
“family relations” AND “nursing” OR “transition to parenthood”
AND “husbands” OR “parenting” AND “husbands”

A blue arrow points from this box to the next stage.

Filtração cronológica

2008 a 2013

- Boolean/Phrase
- Texto integral

N=139

7

(com pertinência para o estudo)

Quadro1. Apresentação dos artigos selecionados

Título	Autores	Referência Ano/País	Objetivos	Participantes	Tipo estudo	Conclusões pertinentes para este estudo
1. Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment	Regina P. Lederman	Issues in a mental Health Nursing 2011, USA	Avaliar as necessidades físico-sociais envolvidas na existência de um parto prematuro assim como as relações familiares envolvidas durante a gravidez.		Revisão narrativa da literatura	A vigilância pré-natal é menos frequente e o número de nascimentos de bebês prematuros é maior quando os companheiros não apresentam as mesmas intenções na gravidez, ou quando ambos não aceitam a gravidez. Quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. O apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.
2. Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits	Arja Haaggman-Laitila, Raija Seppanen, Katri Vehvilainen-Julkunen and Anna-Maija Pietila	Journal of Clinical Nursing, 2010, Finlândia	Descrever os benefícios do "vídeo home training" na saúde e interação familiar, através de testemunhos parentais 6 meses após ter sido realizado.	15 Famílias com 66 membros familiares	Estudo descritivo, qualitativo	O "vídeo home training" estimula os pais a discutir questões relacionadas com a parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). A confiança parental e o respeito são implementados. A relação conjugal é fortalecida através do diálogo e suporte mútuo. O desenvolvimento da criança também pode ser afetado por este método, uma vez que se favorece a aquisição do auto-conhecimento e do sentido de responsabilidade. Os pais são observados como modelo para os seus próprios filhos.
3. An integrated mid-range theory of postpartum family development:	Janice Christie, Brenda C. Poulton & Brendan P. Bunting	JAN: Original Research, 2008, Reino Unido	Identificar as percepções parentais das experiências familiares no pós-parto.	17 Famílias no período de puerpério	Estudo exploratório, qualitativo.	As primeiras 6 a 8 semanas após o parto são as mais trabalhosas e incertas, que requerem a gestão de várias situações em simultâneo, sendo igualmente identificado como uma períodos de enorme adaptação e mudança. Os pais descrevem modificações na saúde

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

a guide for research and practice						física (cansaço), sentimentos e bem-estar mental, relação conjugal e atividades sociais. Como recursos para ultrapassar dificuldades os pais mencionam as experiências anteriores, conhecimentos que possuem e os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro obstetra. As visitas domiciliárias são observadas como um momento de grande suporte familiar.
4. Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting	Melinda Morril, Denise Hines, Sehar Mahmood, James Córdoba	Family Process, 2010, USA	Compreender as diferenças dos modelos tradicional e alternativos da coparentalidade e perceber as suas implicações na satisfação conjugal e respostas parentais.	76 casais heterossexuais	Estudo longitudinal	No modelo tradicional, em que a coparentalidade é observada como uma parte indireta do sistema familiar que tem início com a relação conjugal, a qualidade desta relação percebida pelo homem e pela mulher, influencia a aliança coparental de ambos e por sua vez, as práticas parentais desenvolvidas. Nos modelos alternativos, a aliança coparental, é focalizada como sendo a base da relação e, por sua vez, parece ter efeitos positivos na satisfação conjugal e nas respostas parentais desenvolvidas.
5. Partner Effects of Mexican Cultural Values: The Couple and Parenting Relationships	Ana Lucero-liu, Wendy Gamble, Angela Taylor, Donna Christensen, Kerri Modry-Mandell	The Journal of Psychology, 2008, USA	Compreender o impacto dos valores individuais, na relação conjugal e implicações dos mesmos na parentalidade.	50 casais do México	Estudo exploratório, correlacional	Foram considerados dois valores: a simpatia e o respeito. Foi mencionado pelas mulheres que a simpatia do homem influenciava positivamente a relação conjugal e parental. Contudo, o respeito, nalgumas situações mais associado ao autoritarismo paterno, poderia ter efeitos negativos em ambas. Os autores encontraram uma evidência sobre o contributo dos valores maternos, na percepção do homem, para a relação conjugal. Eles interpretam estes resultados para sugerir que a mulher evidência ser mais sensível na relação conjugal e de mãe
6. Partner relationships during the transition to parenthood	Barbara Figueiredo, Tiffany Field, Miguel Diego, Maria Hernandez-Reif	Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2008, USA	Compreender as relações conjugais durante o período de transição para a parentalidade, especificamente	43 casais no segundo trimestre de gravidez	Estudo misto, longitudinal	Os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relação conjugais mais estáveis que os participantes que vivem separados ou estão descontentes com a gravidez. São referidos maiores níveis de irritabilidade do segundo para o terceiro trimestres e no

	Osvelia Deeds e Angela Ascencio		analisar as diferenças nas mulheres e nos homens de ansiedade e depressão dependendo da relação conjugal estabelecida.			pós-parto. Estes resultados são consistentes com uma diminuição dos níveis de satisfação conjugal no terceiro trimestre e período pós parto. Experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal menores originam mais ansiedade e casais com mais sentimentos negativos na relação têm ambos elevados níveis de ansiedade e de depressão.
7. Patterns of couple interaction during the transition to parenthood	Renate. Houts, Kortnee Barnett-Walker, Ablair Paley, e Martha Cox	Personal Relationship s, 2008, USA	Identificar padrões de resolução de problemas conjugais construtivos e destrutivos em casais em período pré-natal e 3, 12 e 24 meses após o nascimento.	138 Casais primigestos que frequentavam sessões no período pré-natal.	Estudo descritivo, qualitativo, longitudinal	Foram constituídos dois grupos de casais, cada um com modelos distintos de interação, com padrões de comunicação obtidos durante 4 sessões de resolução de problemas na gravidez e aos 3, 12 e 24 meses pós-parto. A maioria dos casais exibiu estabilidade no seu grupo de adesão ao longo do tempo (2 anos). Nos casais com resoluções de problemas destrutivos foram evidenciados mais problemas de saúde mental e sintomas de depressão. Por fim, determinou-se a qualidade da relação conjugal e a probabilidade de divórcio ou separação dos grupos, 5 anos após o nascimento do primeiro filho. As esposas com resolução construtiva de problemas conjugais relataram significativamente menos perspectivas negativas do seu casamento. Este grupo verificou-se como sendo o mais estável sendo que a probabilidade de divórcio ou separação é menor.

A análise e interpretação dos principais achados da revisão sistemática da literatura, será posteriormente tratada no ponto 3.3. Neste procede-se à discussão do que foi considerado nas notas de campo, comparativamente com o que com os achados da revisão sistemática da literatura.

3.2 – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Ainda para dar resposta aos objetivos propostos, desenvolvi algumas atividades que concorreram para uma compreensão mais abrangente da temática em estudo, nos diversos ensinamentos clínicos.

Durante a realização dos estágios, no centro de saúde, no serviço de medicina materno fetal e no serviço de puerpério, procurei registar os momentos de interação entre casais e compreender as suas experiências, no processo de gravidez, e primeiros dias de vida a três, relativamente à relação conjugal e à parentalidade.

Quadro 2. Aspetos contemplados na observação da interação entre o casal

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	COMUNICAÇÃO VERBAL
Presença do casal nas consultas de vigilância de saúde, no período de trabalho de parto e pós-parto.	Expressam sentimentos e vivências relacionadas com a conjugalidade e parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas).
Expressão de comportamentos de empatia.	
Ambos se apoiam mutuamente na divisão das tarefas domésticas/cuidados ao filho.	
	Partilham sentimentos e vivências, verbalizando empatia com o que o outro está a viver ou sentir.
	Apresentam métodos de resolução de problemas construtivos.

No ensino clínico em sala de partos dei continuidade a estas observações e foi disponibilizado a todos os casais de quem cuidei o meu contato telefónico e correio eletrónico para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências no pós-parto.

Penso que o fato de poder desempenhar a minha atividade profissional na unidade de puerpério foi uma mais-valia para a compreensão do fenómeno em estudo e para a continuidade dos cuidados que já havia sido iniciada na sala de partos, em contexto de ensino clínico.

Os momentos de interação entre o casal foram registados em notas de campo. Segundo Everston e Green (1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005), os registos de dados em sistemas narrativos podem resultar em notas do trabalho de campo que descrevem o que foi observado, escutado, vivenciado e refletido pelo investigador, na sequência de uma observação participante. O objetivo dos sistemas narrativos é então identificar princípios gerais e modelizar situações particulares, compreendendo cada caso específico e comparando, posteriormente, os casos entre si (Everston e Green, 1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005).

Os critérios de inclusão dos casais para a elaboração das notas de campo foram: casais/pais pela primeira vez, cuja gravidez decorreu sem intercorrências, e nascimento de recém-nascido saudável que se manteve em alojamento conjunto com a mãe desde o nascimento e, a quem prestei cuidados desde a admissão até, pelo menos de puerpério imediato (incluindo realização do parto), nos meses de ensino clínico de Junho e Julho⁴. O casal tinha que permanecer junto em todos os estádios do trabalho de parto.

⁴ Foram apenas considerados estes meses por serem aqueles em que se sentiu uma maior confiança e domínio sobre as competências do enfermeiro obstetra, nomeadamente no que se refere ao aprofundamento da competência: *“Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal, implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável.”*

Considerações Éticas

Durante o desenvolvimento do estágio, e na elaboração das notas de campo, teve-se em consideração alguns dos direitos fundamentais do ser humano, que são essenciais para assegurar a proteção de todos os participantes. De entre esses direitos e princípios éticos envolvidos, foram tomadas as medidas necessárias para a não violação do direito à autodeterminação, que tem como base o princípio do respeito pelas pessoas, na qual cada um é livre de escolher e decidir acerca da sua participação no estudo, devendo ser informado acerca das condições de realização do mesmo (Fortin, 2009). O direito à autodeterminação pressupõe que haja informação antecedente, para que os sujeitos possam fazer a sua decisão de forma livre e informada - consentimento informado (Código Deontológico do Enfermeiro, 2003). Deste modo, os casais/pais foram informados da temática e dos objetivos deste trabalho, antes de serem recolhidas quaisquer informações acerca destes. Considerou-se igualmente, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que a identidade dos participantes não será divulgada, assim como algum tipo de dados e de informação recolhida, que não deverá ser exposta nem partilhada (Fortin, 2009).

Igualmente importante foi o direito de ser assegurado um tratamento justo e equitativo face a todos os clientes, garantindo que todos receberam as mesmas informações, o mesmo tipo atenção e consideração (Fortin, 2009).

Existem ainda outros princípios como o da beneficência que é definido como “acima de tudo, não causar dano” (Hungler e Polit, 2004, p. 84). Este engloba várias dimensões, como a isenção de dano e isenção de exploração para o sujeito participante, bem como uma avaliação da relação risco/benefício, sendo que a orientação geral é se “a relação risco/benefício (em termos dos riscos para os participantes) é compatível com o benefício que se espera alcançar para a sociedade e para a profissão de enfermagem” (Hungler e Polit, 2004, p. 86).

3.3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Neste ponto procede-se à apresentação dos dados obtidos e analisa-se e discute-se os mesmos com os resultados dos artigos considerados na revisão sistemática da literatura.

Quadro 3. Caraterização dos participantes segundo as variáveis: idade, estado civil e escolaridade

Participantes (♀ e ♂)	Idade (♀ e ♂)	Estado Civil	Escolaridade (♀ e ♂)
A e B	19 e 23	União de facto	12º ano 9º ano
C e D	33 e 33	Casados	Mestrado Licenciatura
E e F	29 e 25	União de facto	Licenciatura Licenciatura
G e H	20 e 20	União de facto	9º ano 9º ano
I e J	21 e 25	Casados	12º ano 9º ano

No decorrer da prestação de cuidados foram acompanhados 5 casais, que satisfaziam os critérios de inclusão referidos anteriormente. Assim, de acordo com o quadro seguinte, verificamos que os participantes se encontravam entre os 19 e os 33 anos, sendo que a média de idades é de 24,8 anos.

Os utentes considerados ou são casados, ou vivem em união de facto.

Relativamente à escolaridade, 4 pais apresentavam o nível de escolaridade básica (9º ano), 2 o 12º ano e os outros 4 o nível de licenciatura ou superior.

Como foi mencionado anteriormente nos critérios de inclusão, foram prestados cuidados a todos estes utentes desde a admissão na sala de partos até ao momento de transferência para a unidade de puerpério (2 horas após o nascimento), existindo observação de momentos de interação entre o casal nos 4 estádios de trabalho de parto e, após o nascimento, entre pais e bebé. Foi igualmente validado com os mesmos, as suas vivências conjugais relativamente à gravidez e expectativas que tinham relativamente a eventuais alterações na relação conjugal após o nascimento do primeiro filho. Após cada interação entre enfermeiro-cliente foram feitas breves notas de campo.

Quadro 4. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo

Participantes (♀ e ♂)	Observação momentos interação no TP	Vivências na gravidez conjugalidade	Expetativas pós-parto conjugalidade
A e B	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Expressão de ansiedade e receio pelo companheiro no período expulsivo Empatia e emoção no nascimento. Ambos se acariciam nas duas horas pós-parto e tocam a bebé. Solicitam informação inerente ao TP	Referem sentir maior proximidade (objetivo comum – filho)	Consideram que a relação irá manter-se igual
C e D	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos no TP e parto. Elogia a mulher no momento logo a seguir ao nascimento e agradece-lhe o fato de se ter tornado pai. Pai corta o cordão umbilical, mas é	Referem sentir maior proximidade (marido evidencia sentimentos de proteção para com a mulher e o filho, ambos consideram a vivencia de momentos como as observação ecografias, consulta vigilância de gravidez e TP como únicos e inesquecíveis)	Manifestam ter consciência de que irão existir períodos de maior dificuldade, p.ex. nos cuidados ao RN, contudo acham que irão ultrapassar esses momentos através do suporte externo (família, profissionais de saúde) Verbalizam que continuarão a sentir-se próximos e valorizam a existência de momentos a 2.

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

	lembrado pela companheira.		
E e F	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP Embora não verbalize, o marido expressa fácies de preocupação e evidencia comportamentos de ansiedade do período expulsivo. Emocionam-se no momento de nascimento. Pai corta o cordão umbilical	Referem sentir maior proximidade. Verbalizam que discutem e planeiam com mais pormenor situações do quotidiano, porque “passarão a ser 3” (sic)	Têm a expectativa de que a relação ainda pode melhorar (objetivo de educar o filho torna-os mais próximos e coesos)
G e H	Presença de ambos no TP e pós-parto Não se observou grande envolvimento do companheiro no TP (dormia durante longos períodos) Não foi solicitada informação inerente ao TP, contudo a informação explicitada pelos profissionais de saúde é recebida com agrado, por parte da mulher. Emocionam-se ambos a seguir ao nascimento.	Referem sentir maior proximidade (mas não conseguem verbalizar porque o sentem)	Consideram que a relação irá manter-se igual
I e J	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos Observam-se momento de interação a 3 sendo o toque é a competência parental que mais predomina	Referem sentir maior proximidade (fazem um maior número de atividade juntos, partilham mais vivências sobre a gravidez e expectativas futuras)	Manifestam que nos primeiros tempos poderá ser mais difícil conjugar os papéis de pai e mãe com o de marido e mulher, entanto verbalizam que manterem-se os 3 unidos vai ser o fundamental

No pós-parto, foram então proporcionados os contatos telefónico e de correio eletrónico, para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências. Foi sugerida, a realização de uma visitação domiciliária. Nenhum dos casais expressou de imediato vontade em que esta ocorresse. No entanto, vários autores fundamentam a importância das

visitações domiciliárias com sendo um momento em que ocorrem interações familiares da forma mais natural e espontânea possível, em que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro pode ter um papel essencial no suporte familiar, no esclarecimento de dúvidas, na clarificação de experiências e na promoção de medidas de vigilância de saúde (Christie, Poulton e Bunting, 2008; DGS, 2004).

Houve apenas três contactos por correio eletrónico: Todos eles descreviam que a principal prioridade até à data (cerca de um mês após o parto) foi os cuidados ao recém-nascido, sendo que os 3 casais manifestavam dúvidas inerentes aos mesmos (aleitamento materno e crescimento ideal do bebé). Um dos casais mencionou importante o ter sido referido na gravidez a necessidade de existirem momentos do casal. Contudo, descreveram dificuldade na gestão desse tempo.

Foi percebido nestes testemunhos que estas famílias mantinham uma grande proximidade com o enfermeiro de referência dos cuidados de saúde primários, mencionando inclusive que o teste de Guthrie ao recém-nascido e a avaliação do peso do bebé foram realizados no domicílio.

Quadro 5. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)

Participantes (♀ e ♂)	Vivências conjugalidade pós-parto
C e D	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho. Reconhecimento da importância da existência de momentos a dois em exclusividade. Dificuldade na gestão desse tempo.
E e F	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho
I e J	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho

Conjugalidade na Gravidez

Os cinco casais participantes coabitavam há pelo menos um ano, sendo que o processo de gravidez, embora por vezes não planejado, foi bem aceite, participando ambos os membros, ativamente nas consultas de vigilância de saúde e na preparação para o nascimento do bebê. Como refere Lederman (2011), quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. Da mesma forma, Figueiredo et al (2008) mencionam que os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relações conjugais mais estáveis. Os mesmos autores relatam que experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal maior originam menos ansiedade e casais com sentimentos menos negativos na relação.

Todos os casais referiram ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade verbalizando ter sido uma mais-valia para o decorrer da gravidez, a preparação para o parto e a antecipação dos cuidados ao bebê, acontecimento que vai ao encontro do descrito por Christie, Poulton, Bunting (2008). Esta orientação antecipatória pode favorecer a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias e, por conseguinte, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da auto-eficácia e satisfação parental (Hernandez e Hutz, 2009). Famílias mais esclarecidas e apoiadas podem assim antecipar eventuais dificuldades e assumir comportamentos e estilos de vida saudáveis. Realça-se assim, a importância que o EEESMOG pode ter na promoção de saúde em contexto de vigilância pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-parto.

Relativamente às vivências da conjugalidade na gravidez todos os casais referiram sentimento de maior proximidade sendo que a relação conjugal foi fortalecida através do diálogo e suporte mútuo, situação também identificada no estudo de Laitila et al (2010). Destaca-se então, a importância da qualidade da relação conjugal estabelecida antes da parentalidade fato também identificado e corroborado pelo estudo de Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez.

Conjugalidade no trabalho de parto

Durante o TP os casais aplicaram alguns dos conhecimentos adquiridos nas sessões de preparação para o nascimento no entanto, a maioria deles foi solicitando informação inerente a este processo. A presença do enfermeiro obstetra foi frequentemente sentida como importante por ser um profissional competente para acompanhar o TP, sendo mencionados menores níveis de stress e de ansiedade.

Como foi um dos critérios de inclusão dos pais, verificou-se a presença do companheiro no decorrer do TP e pós-parto. Em 4 das 5 situações de cuidados, foi observado o suporte do companheiro no TP, sendo que o reforço das competências maternas foi igualmente identificado. Johansson e Hildingsson (2013) referem que o papel do companheiro é então o de dar apoio à mulher e partilhar com ela a vivência do nascimento, sendo que o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados e, envolvido no processo de tomada de decisão.

Como prestador de cuidados durante este período senti que de fato era essencial a existência de como que uma “dança” entre enfermeiro obstetra, casal e bebé, em que os comportamentos executados por cada interveniente são distintos mas têm que ser dirigidos a um fim comum, o do nascimento seguro, na melhor experiência possível. A mulher e o bebé são os principais participantes neste processo, cabe ao homem manter a racionalidade do pensamento do que apreendeu, apoiar, reforçar positivamente os comportamentos da sua companheira. O enfermeiro assume então, neste processo, basicamente um lugar de retaguarda, dando espaço ao casal para vivenciar profundamente este momento, reforçando ao quão bem estão a desempenhar os seus papéis, esclarecendo o que está ser vivenciado e antecipando o que é esperado, assegurando o máximo de bem-estar possível aos três.

Com o nascimento, uma nova família concretizou-se, novos papéis efetivaram-se e nalguns casos os anteriores consolidaram-se.

Os primeiros encontros a três

Verificou-se, através de momentos de interação pais-bebê logo após o nascimento, que eram conhecidas algumas das competências sensório-comportamentais do recém-nascido. Sabe-se que um melhor conhecimento do bebê, enquanto ser competente, pode incentivar os pais a partirem à descoberta do mesmo, podendo tornar-se a relação provida de confiança, prazer e promotora de competências fundamentais para as etapas procedentes do ciclo de vida familiar.

Como foi referido por Lederman (2011) o apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.

Consoante a segurança dos comportamentos de vinculação que são desenvolvidos entre a mãe e o bebê, podem identificar-se três tipos de vinculação, descritos por Ainsworth. Esta autora constatou, através dos inúmeros estudos que elaborou, relativos à “*situação estranha*” que as crianças que desenvolveram uma *vinculação segura*, apresentavam formas de protesto nos momentos da separação da sua figura de vinculação (habitualmente a mãe) e aquando do seu regresso manifestavam prazer ao aproximar-se dela. Concluiu igualmente, que relativamente à *vinculação insegura*, podem observar-se crianças que demonstram “pouco afeto ou comportamentos de base de segurança; parecem pouco afetadas pela separação, tendem a evitar a proximidade e o contacto com a mãe na altura dos reencontros (...)” (Rabouam, 2004, p. 91). Por outro lado, outras crianças “mostram-se aflitas na separação, com uma mistura de busca de contacto e de rejeição encolerizada, e dificuldade em ser reconfortada” (Rabouam, 2004, p. 91). Assim, o primeiro tipo de vinculação insegura foi descrito como *vinculação insegura, evitante*, sendo o segundo, uma *vinculação insegura, ambivalente ou resistente* (Rabouam, 2004).

Relativamente, ao período de puerpério precoce e tardio observou-se que os casais centravam as suas necessidades e preocupações quase que exclusivamente nos cuidados ao RN, sendo que foi descrita uma situação em

que era reconhecida a importância de existirem momentos entre casal mas, no entanto, o casal sentia dificuldade em conciliar esses momentos com os cuidados ao bebê. Como referem Christie, Poulton e Bunting (2008) as primeiras semanas após o parto podem ser as mais complexas, pela dificuldade na gestão do tempo e de tarefas, consolidação de papéis, com consequente adaptação a inúmeras mudanças, nomeadamente na relação conjugal, bem-estar mental e atividades sociais. Apesar da orientação antecipatória sobre o que poderá ser vivido ser importante, o estar presente no pós-parto, sobretudo durante estas primeiras semanas, no sentido de promover estratégias de adaptação poderá ser um complemento. Assim, os casais poderão experienciar estas situações com prazer e estar capacitados a adotar medidas facilitadoras destas transições. Importa destacar que o diálogo mútuo e apoio constante entre casal são essenciais, lembrando a importância da qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas. Desfrutarem de momentos a dois quando o bebê se encontra a dormir ou solicitarem apoio a alguém para supervisioná-lo por períodos, pode ser igualmente uma estratégia utilizada que pode igualmente possibilitar, ao casal manter algumas atividades sociais, caso seja a sua vontade.

Outra questão que importa referir é que casais que estão mais esclarecidos sobre os próprios cuidados ao filho, crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê, e que se sentem apoiados por um profissional de saúde de referência, apresentam níveis de ansiedade menores e portanto parecem conseguir ter mais disponibilidade para outras situações (Christie, Poulton e Bunting, 2008).

Como desempenho a minha atividade profissional na unidade de puerpério da instituição onde realizei o ensino clínico, a possibilidade de dar continuidade ao acompanhamento de alguns destes casais tornou possível uma compreensão mais holística, uma vez que foram conhecidas outras realidades e planejar cuidados com o casal por um período temporal mais prolongado.

Penso que o facto de ter tido esta oportunidade de atuar em diferentes áreas e com prioridades e circunstâncias tão distintas para estas famílias, foi promotor de vivências que ultrapassaram o mundo físico e o tempo presente. Foi a

procura em cada momento do que se tornava fundamental para assegurar o máximo de bem-estar, o melhor conforto, a experiência mais positiva, que penso que possibilitou a vivência de momentos significativos, que certamente poderão ser lembrados de futuro, tanto por clientes como por profissionais. Foi o encontro com o outro que deu continuidade ao percorrer de um caminho com sentido para si. Um caminho que por vezes foi marcado por algumas dificuldades, como o cansaço de um trabalho de parto ou de períodos prolongados sem dormir pelo cuidar do filho, ou pela falta de disponibilidade de diálogo entre companheiros, em que o papel do enfermeiro pôde ser fundamental. No escutar, no compreender o que estava a ser vivenciado, na promoção de medidas de conforto e de alívio da dor e, por vezes, na explicitação do que pode estar a ser vivenciado e na clarificação de diferentes caminhos possíveis (Watson 2007).

Se um dos principais achados foi a centralização do casal no pós-parto nos cuidados ao filho, se é sabido que ocorre uma maior insatisfação na conjugalidade no primeiro ano de vida do bebé que por vezes, pode levar a situações de rotura, torna-se importante reforçar a qualidade da relação conjugal já estabelecida, realçar sentimentos e vivências comuns, desenvolver novas capacidades de coordenação, de sincronia mútua de comportamentos entre casal, no dia-a-dia, nas tarefas domésticas, na função parental. Para isso, é necessário encontros a dois, análises partilhadas, objetivos comuns, suporte mútuo e resoluções construtivas de problemas conjugais (Morril et al 2010; Houts et al, 2008).

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro, no seu cuidado junto do casal, espera contribuir para antever e minorar as dificuldades ao nível do impacte do nascimento de um filho na harmonia psicoemocional do mesmo. A comunicação entre o casal acerca dos aspetos vivenciados na mudança de dinâmica familiar torna-os mais próximos e menos isolados pelo que deverá ser incentivada. Reconhece-se que a função do enfermeiro na equipa transdisciplinar é de investir no apoio ao cliente e família no desenvolvimento do seu papel parental. É fundamental criar espaços temporais e físicos onde a ação do enfermeiro obstetra se detenha na escuta das experiências conjugais e parentais, para que o casal se sinta especial na sua singularidade. Esta orientação pode iniciar-se ainda no período pré-natal e prolongar-se até ao pós-parto. O enfermeiro torna-se assim o profissional de referência que acompanha a família nas suas diversas experiências de vida, que estabelece com ela verdadeiros momentos transpessoais, que transcendem o mundo físico e o tempo real pela possibilidade de proporcionar momentos significativos.

Sugere-se que a carta de transferência/alta, para a continuidade de cuidados, reflita as circunstâncias da experiência parental vivida em contexto de hospitalização para que o apoio possa ser efetivo. Isto porque, como foi observado na maioria das situações de prestação de cuidados, já havia sido estabelecida uma relação de confiança e de empatia com o enfermeiro obstetra no contexto dos cuidados de saúde primários, que posteriormente foi continuada no pós-parto.

Como muitas vezes, o primeiro contacto entre o enfermeiro obstetra do hospital e o casal é na hospitalização na sala de partos, considera-se igualmente oportuno que cada vez mais os casais tragam consigo, e partilhem com o enfermeiro, as suas expectativas do trabalho de parto, do nascimento e do pós-parto para que efetivamente possam ser prestados cuidados que vão ao encontro das suas necessidades de saúde e que respeitem e valorizem a sua vontade.

No trabalho de parto, foi observado como facilitador o reforço das competências conjugais, nomeadamente a partilha de emoções e experiências e o reforço, por parte do companheiro, das competências da mulher, como interveniente ativo no trabalho de parto. Observaram-se momentos de interação conjugal e parental de empatia, carinho através do toque e respostas contingentes ao bebé por parte dos pais.

Apesar de ter sido observada uma centralização da atenção dos pais nos cuidados ao recém-nascido, um dos casais proporcionou o seu testemunho nas primeiras semanas após o parto, valorizou a existência de momentos vividos em exclusividade pelo casal, embora considerasse haver dificuldade na gestão do tempo entre tarefas domésticas, cuidados ao bebé e relação conjugal. Mais uma vez, realça-se a importância que o enfermeiro obstetra pode ter junto do casal, na valorização da qualidade da sua relação conjugal já anteriormente estabelecida e na aliança que devem assumir na partilha de tarefas domésticas e cuidados ao recém-nascido, assim como nos comportamentos síncronos e de harmonia relativamente à educação e bem-estar da criança.

Penso que a aprendizagem efetuada no aprofundamento desta temática trouxe contributos que me motivam a ver mais além. A preocupação inerente à hospitalização numa fase de grande vulnerabilidade da mãe, mas também do pai e do recém-nascido, em que a capacitação para os cuidados ao filho, nomeadamente no que diz respeito à alimentação do bebé, abarca muitas horas de cuidados, esgotando por vezes, outro tipo de ações de enfermagem em serviços de saúde com ratio enfermeiro/utente elevado.

Ficam como sugestões que o currículo do Curso de Enfermagem tanto ao nível do 1º ciclo como do 2º ciclo aborde com maior ênfase os aspetos ligados à temática relativa às implicações da parentalidade na relação conjugal e vice-versa. Desta forma, permitirá aos estudantes desenvolverem competências centrais para o apoio aos pais nesta transição.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais, em contexto de cuidados de saúde primários, que analisem de forma mais aprofundada a experiência de casais em processo de gravidez e, posteriormente, no período pós-parto.

BIBLIOGRAFIA

ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK (2008) – *Carta Europeia dos direitos dos doentes*. Consultado em 1 de outubro de 2013 e disponível em <http://www.europacoln.pt/data/1h830n4zyu082bqtdoxki.pdf>.

ANTUNES, Mónica (2008) - *Relação conjugal no pós-parto: Diferenças de género*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado.

BENNER, Patrícia (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-97-X.

BORGES, B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. (2003) – Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. In *Acta Médica Portuguesa*, Nº 16.pp. 447-454. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>.

BOWLBY, John (2002) – *Apego: A Natureza do Vínculo*. 3ª Edição. Vol. I. São Paulo: Martins Fontes, 2002. ISBN: 85-336-0906-X.

BRAZELTON, Terry; CRAMER, Bertrand (2004) – *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. 4ª Reimpressão. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-083-5.

CANAVARRO, Maria Teresa (2001) – Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Maria Cristina CANAVARRO (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-77-5. pp. 17-49.

CRAIG, J. ; SMITH, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência*. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.

CRAMER, Bertrand (1995) – As relações mãe-filho – Prioridades para o bebé XXI. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebé XXI: Criança e Família na*

viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7, pp 27-32.

CHRISTIE, J.; POULTON, B.C.; BUNTING, B.P. (2008) - An integrated midrange theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing* . Vol.61, Nº 1, pp. 38–50.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de atuação 12. Orientações Técnicas*. Lisboa: DGS. ISBN972-675-084-9.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) – *Padrões de reprodução em idades jovens*. Lisboa: DGS. ISSN 1645-4146

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013) – *Regulamento do Mestrado*. Lisboa: ESEL. Consultado a outubro de 2013 e disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/2117/RegulamentoMestrado_30Nov2011.pdf.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PARTEIRAS ESPANHOLAS; ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) - *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.

FELDMAN, Ruth (2004) - *Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care): Theoretical, Clinical, and Empirical Aspects*. Consultado em maio 2006 e disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=611874041&Fmt=4&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*. Vol. 3, Nº 3, pp. 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al] (2008) – Partner relationships during the Transition to Parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 26, Nº. 2, pp. 99 – 107.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GAYESKI, Michele; BRÜGGEMANN, Odaléa (2010) - Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Revista texto e contexto em Enfermagem*, Vol. 19, Nº4. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400022

GOMES-PEDRO, João (1999) – *A criança e a nova Pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0827-5.

GORDON, I.; FELDMAN, R. (2009) - Synchrony in the triad: a microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Family Process*, Vol.47, Nº 4, pp. 465–479.

GUPTA, J.; HOFMEYER, G.; SMYTH, R. (2012) - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Collaboration*. Consultado em 24 de outubro de 2013 e disponível na internet em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002006.pdf>.

HÄGGMAN-LAITILA, Arja [et al] (2010) - Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits. *Journal of Clinical Nursing*, Nº 19, pp. 3504 – 3515.

HÉRNANDEZ, Jose; HUTZ, Claudio (2009) - Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, Vol. 40, Nº 4.

HINTZ, H. C. (1998) - A dinâmica da interação do casal. *Pensando Famílias*, Nº1, pp. 31-40.

HINTZ, H. C.; BAGINSKI, P. (2012) - Vínculo Conjugal e Parentalidade. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, Vol. 4, Nº1. pp. 10-22. Consultado em 26 de setembro de 2013 e disponível em <http://www.abratef.org.br/2013/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>.

HOUTS, Renate [et al] (2008) – Patterns of Couple interaction during the Transition to Parenthood. *Personal Relationships*. Nº 15, pp. 103-122.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2011) – *Essential competencies for basic Midwifery practice*. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1*. Trad. Ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013) –*Destaque; Informação à comunicação social*. Lisboa: INE. Consultado em 26 de setembro de 2013 e Disponível na Internet em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...n

KENNEL, John (1995) – Tornar-se família – Ligações e Padrões de Mudança no Comportamento do Bebê e da Família. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebê XXI: Criança e Família na viragem do Século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7. pp. 35-51.

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

LEDERMAN, Regina P. (2011) - Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment. *Issues in a mental Health Nursing*. Vol.32, Nº 163. ISSN: 0161-2840.

LESCIOUS, K.; CABRAL, S. (2010) – *A Importância do Método Mãe Canguru*. Consultado em 28 de fevereiro de 2013 e disponível em http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/17ENF.pdf.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (2005) – *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

LUCERO-LIU, Ana [et al] (2008) – Partner effects of Mexican Cultural Values: The couple and Parenting Relationships. *The Journal of Psychology*. Vol. 142, Nº 2, pp169–192.

MARTINS, Cristina (2008) – *Transição para a parentalidade*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – *Transition Theory middle-range and situation theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publish Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MENEZES, C; LOPES, Rita (2007) - Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF*, Vol. 12, Nº 1, pp. 83-93.

MORRIL, Melinda [et al] (2010) - Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting. *Family Process*. Nº49, pp 59-73.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - *Código Deontológico do Enfermeiro – anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 31 de julho de 2012 e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (1996) – *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; INTERNATIONAL CONFERENCE OF MIDWIVES (2008) – *Managing prolonged and obstructed labour*. Consultado em setembro de 2013 e disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669_4_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE; USAID; MATERNAL AND CHILD HEALTH INTEGRATED PROGRAM (2013) – *Delayed Clamping Of The Umbilical Cord To Reduce Infant Anaemia*. Consultado a 19 de setembro de 2013 e disponível em http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/MCHIP%20DCC%20Briefer_0.pdf

PEREL, Esther (2008) – *Amor e desejo na relação conjugal*. 1ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

PIRES, Ana Sofia (2008) - *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado. Consultada em 11 de abril de 2012 e disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/820/1/20978_ulsd056139_tm.pdf

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette (2004) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

RABOUAM, Catherine (2004) – Avaliação da vinculação no bebé. In Nicole, GUEDENEY e Antoine, GUEDENEY – *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7. pp. 89-99.

RIVERO, Catarina (2006) – *Da Conjugalidade à Parentalidade*. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://catarinarivero.com/conjugalparental.php>.

SÁ, Eduardo (org.) (1997) – *A maternidade e o bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-096-1.

SOUSA, Sátya (2004) – *Estilos de comunicação Pais-bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-120-7.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002) – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

WATSON, Jean. (2007) – *Nursing: Human science and Human Care. A theory of Nursing*. NewYork: National League for Nursing. ISBN: 9780763753221

YOUNG, Larry (2013) – *Research projects*. Consultado em outubro de 2013 e disponível em <http://research.yerkes.emory.edu/Young/research.html>.

APÊNDICE - CRONOGRAMA

Meses	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08-10
Atividades	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13
Realização do projeto															
Entrega do projeto			13												
Reformulação															
Inscrição do projeto									14						
Elaboração do relatório final					Análise RSL					Registo da observação de interações conjugais nos EC IV Análise e Discussão de dados					
					Registo da observação de interações conjugais nos EC II, III										
Entrega de relatório															nov.
EC I	25 - 20														
EC II					1 a 26										
EC III					29 out. – 14 dez.										
EC IV							17 dez. - 8 fev.								
Estágio com relatório										14 fev. a 12 julho					

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

“A parentalidade é uma realidade criada para a vida que deve ser vivida de forma positiva e cooperante entre o casal. Aprender a ser pai ou mãe acontece na relação do dia-a-dia com o filho (por mais livros que se leiam ou conselhos que se recebam!) nas experiências vividas e emoções experimentadas. É na dinâmica dos elementos da família que os momentos felizes são criados e os sorrisos partilhados.”

Rivero (2006, p.2)

AGRADECIMENTOS

À Professora Esmeralda Afonso pelo despertar do interesse pela área temática aprofundada neste relatório, pela sua disponibilidade na orientação do mesmo e pelo incentivo proporcionado.

Às Mulheres/Casais que ao serem cuidados permitiram não só o desenvolvimento de competências exigidas e refletidas neste relatório, mas também o meu desenvolvimento pessoal.

À Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Maria João, pela sua preocupação com a minha aprendizagem, partilha de saberes e ajuda na tomada de decisões.

À Sr^a Enfermeira Chefe Isabel Vital, pela motivação constante e pelo cuidado no meu acolhimento e conforto no serviço.

Ao meu marido Ricardo e aos meus pais.

Aos meus amigos e colegas de profissão pelo apoio.

Siglas

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação das Associações de Parteiras Espanholas

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RABA – Rotura Artificial de Bolsa de Águas

REBA – Rotura Espontânea de Bolsa de Águas

RN - Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

UC – Unidade Curricular

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

RESUMO

A transição para a parentalidade acarreta alteração na dinâmica do casal e motiva-o a fazer alguns ajustamentos na sua relação. Este relatório teve como principais objetivos: analisar criticamente as competências desenvolvidas no último ensino clínico realizado na sala de partos, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson; refletir sobre as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal; refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais.

Embora seja uma oportunidade de desenvolvimento para ambos os progenitores, o processo de parentalidade pode ser difícil, uma vez que o casal está mais vulnerável, pelas exigências de reorganização, reajustamento e novas aprendizagens a vários níveis, nomeadamente no âmbito da conjugalidade. O enfermeiro obstetra pode então desempenhar um papel fundamental no apoio a estas novas vivências, uma vez que presta cuidados muitas vezes, desde o período pré-concepcional até aos primeiros meses após o parto, podendo por isso, ir ao efetivo encontro da pessoa/família.

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura, realizada na plataforma EBSCO, selecionando-se as bases de dados eletrónicas: CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete. Os critérios de inclusão para os artigos foram: redação em português, inglês, ou espanhol; foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo; data de publicação entre 2008 e 2013. Foram considerados pertinentes 7 artigos.

Em contexto da prestação de cuidados foram elaborados registos das interações com os casais. Os achados foram comparados com os artigos contemplados. Da análise dos dados constata-se que no primeiro mês de vida do bebé os casais apresentam dificuldades na vivência de momentos a dois, pela centralização da sua atenção nos cuidados ao filho. Valoriza-se assim, a importância de, ainda no período pré-natal, serem abordados com os casais conteúdos relativos ao trabalho de parto e cuidados ao bebé. Da mesma forma, foi verificado como relevante a presença do companheiro no TP, uma vez que este pode reforçar os comportamentos maternos e aplicar conhecimentos,

anteriormente apreendidos, sendo um elemento facilitador no processo de nascimento. Foi concluído que o EESMOG pode assumir um papel fundamental no reforço das competências parentais durante os períodos de gravidez, trabalho de parto e primeiras semanas após o parto. A clarificação do que está a ser vivenciado em cada momento foi observada como facilitadora da confiança parental, contribuindo para a diminuição da ansiedade. A promoção de estratégias de gestão de tempo pode favorecer a vivência de momentos exclusivos entre casal. Destaca-se a importância do diálogo mútuo e apoio constante entre casal, a qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas.

Palavras-chave: Conjugalidade, Relação Conjugal, Parentalidade, Cuidado Transpessoal, Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

The transition to parenthood entails changes in the dynamics of the couple and motivates to make some adjustments in their relationship. This report had as main objectives: to analyze critically the skills developed in the last clinical teaching done in the delivery room, based on transpersonal care of Jean Watson; reflect on the implications of the process of parenting in marital relationship; reflect on the data and its relevance for the development of professional skills.

Although it is a development opportunity for both parents, the process can be critical parenting difficult, since the couple may be more vulnerable, as required, by the demands of reorganization, readjustment and new learning at various levels, particularly in the conjugal context. The midwifery may play a key role in supporting these new experiences, since it provides preconception care until the first months after birth, and may therefore go to the real encounter of the person.

The methodology used was a systematic review of the literature, which has conducted research on platform EBSCO, choosing to search in three electronic databases: CINAHL, MEDLINE, and Academic Search Complete. Inclusion criteria for articles were: Writing in Portuguese, Spanish or English, focusing on problem outlined, seeking agreement with the topic under study; publication date between 2008 and 2013. 7 articles were considered relevant

In the context of caregiving field, couples interaction was wrote. The findings were compared with the articles covered. Analysis of the data reveals that in the first month of a baby's life couples have difficulties in living moments together, by centering attention on care for the baby. Values thus, the importance of even the prenatal period, are dealt with couples content relating to labor and care to the baby. Likewise, it was found to be relevant partner in the presence of TP, since it can increase maternal behaviors and applying knowledge previously seized, and therefore a facilitator in the process

It was concluded that EESMOG can play a key role in strengthening parenting skills during periods of pregnancy, labor and the first few weeks after delivery. A clarification of what is being experienced in each moment was observed as a facilitator of parental confidence, contributing to the reduction of anxiety. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Highlights the importance of dialogue and mutual support between couple, the quality of the marital relationship often already established, as well as the sharing of the child care and household chores.

Keywords: Conjuality, Family Relations, Parenting, Nursing Care, Midwifery

SUMÁRIO

	f
<u>INTRODUÇÃO</u>	11
1- <u>QUADRO DE REFERÊNCIA</u>	16
1.1- O CUIDAR TRANSPESSOAL	17
1.2- RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	19
1.3- TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO	23
2- <u>COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	28
2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA.	29
2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO.	31
2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA.	34
2.4- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA.	41
2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL	45
3- <u>METODOLOGIA</u>	47
3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	47
3.2- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	54
3.3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS	57
4- <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	66
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	68
APÊNDICE – CRONOGRAMA	75

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro 1 Apresentação dos artigos seleccionados	51
Quadro 2 Aspetos contemplados na observação da interação entre casal	54
Quadro 3 Caracterização dos participantes, segundo as variáveis idade, estado civil e escolaridade	57
Quadro 4 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo	58
Quadro 5 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no ciclo de estudos de mestrado, que visa o desenvolvimento de competências profissionais específicas. Pretende por isso, analisar criticamente o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem e interpelar/refletir nas práticas existentes e paradigmas ao nível desta disciplina (ESEL, 2013). Com a discussão pública deste relatório deseja-se adquirir o grau de mestre.

Este relatório está sobretudo centrado no Ensino Clínico “Estágio com Relatório”, que decorreu fundamentalmente em contexto de sala de partos. O projeto inicial que precedeu a realização deste trabalho foi um documento norteador do mesmo e baseou-se no Guia Orientador do Ensino Clínico, no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) e ainda na problemática específica que pretendia desenvolver - o cuidar do casal a experienciar processos simultâneos de conjugalidade e de parentalidade

De acordo com Benner (2001) é através da interação entre o enfermeiro e a pessoa/família, que ocorre o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade. Esta relação (enfermeiro-cliente) promove ainda, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. É também em contextos de trabalho, que o enfermeiro se confronta com as dificuldades reais e os recursos existentes, que o obrigam ao desenvolvimento da sua capacidade de improviso e habilidade para responder eficazmente às necessidades da pessoa cuidada (Benner, 2001).

O interesse pelas temáticas da conjugalidade e da parentalidade surge de uma preocupação pessoal resultante da interação com alguns casais durante a estadia no Serviço de Obstetrícia (Unidade de Puerpério), local onde exerço funções de enfermeira há mais de sete anos. Considero igualmente, que os conteúdos abordados nas unidades curriculares do CMESMO e do curso de licenciatura em enfermagem (CLE) relativos à gravidez e pós-parto suscitaram motivação e um aprofundamento de conhecimentos nesta área.

No CLE, na elaboração da monografia final do curso, onde se procedeu ao estudo do repertório comportamental parental na relação pais-filho, bem como durante o ensino clínico do 4º ano curricular, realizado em contexto de cuidados de saúde primários, houve oportunidade de desenvolver algumas competências relacionadas com a temática da parentalidade. Para além disso, na minha atividade profissional, o contacto frequente com casais que, a partir de um dado momento, para além dos papéis de marido e mulher passam a assumir simultaneamente, novos papéis, o de pai e o de mãe, faz-me refletir nas implicações da parentalidade na relação conjugal. Repenso ainda no papel que o enfermeiro, como profissional de saúde privilegiado, pode assumir para favorecer o desenvolvimento de competências parentais e o reajustamento de papéis na interação conjugal.

Em concordância com Benner (2001) a minha experiência profissional pode corresponder a um nível de *proficiente* no âmbito dos cuidados de enfermagem à mulher/RN/família nos primeiros dias após o parto, uma vez que sempre desenvolvi a minha atividade numa Unidade de internamento de puerpério. Contudo e com a concretização deste ciclo de estudos, pretendo atingir o mesmo nível no cuidado à mulher/famílias nas diversas situações de saúde, em diferentes etapas do ciclo vida familiar. Como considera a mesma autora, as situações são compreendidas numa perspetiva global, nunca excluindo uma série de possibilidades alternativas. Procede-se à utilização de experiências concretas do passado para orientar as ações, através de um conhecimento especializado e sistemático, baseado na experiência de trabalho e na apropriação de conhecimentos teóricos específicos.

Em Portugal, temos assistido a algumas mudanças na constituição das famílias, que conseqüentemente levaram a situações de adaptação a um mundo mais rápido, mais próspero, mais rico em informação, mais envolvente na educação e, com maior mobilidade social. Os papéis parentais, assim como as relações sistémicas na vida familiar modificaram-se. Desta forma, podemos constatar a existência de uma nova forma de ser mãe e numa nova forma de ser pai.

Penso que durante todo o percurso de desenvolvimento do projeto procedeu-se a um aprofundamento de temáticas que estão intimamente relacionadas: a parentalidade e a conjugalidade. Verificou-se que os “novos pais” necessitam de ser auxiliados e apoiados no processo de transição para a parentalidade, não só no desenvolvimento de competências como na assunção de novos papéis que, na maioria das vezes, permitem ir ao encontro das necessidades do filho. Por outro lado, importa igualmente repensar-se, como é afetada a relação conjugal neste período. Para Rivero (2006) o grande desafio do casal é viver a parentalidade em pleno, adaptando a relação conjugal à nova realidade. Cada um dos elementos do casal irá deparar-se com uma nova imagem (de si e do outro), bem como experimentar novas emoções em qualidade e intensidade, sendo um processo de transformação, acompanhado de aprendizagens constantes na prestação de cuidados ao filho. A mesma autora refere que ter um filho implica não só dar vida a um novo ser humano, como dar vida a um novo casal (Rivero, 2006).

O enfermeiro especialista em saúde materna¹ tem um papel fundamental no apoio à população, no sentido de poder proporcionar cuidados que visam a promoção de estilos de vida saudáveis, avaliando e promovendo o desenvolvimento de famílias funcionais e saudáveis, física e emocionalmente ou, atuando de forma a criar as melhores condições para que tal aconteça. É especificamente nos períodos de preconceção, gravidez, parto e pós-parto que o enfermeiro obstetra desempenha funções essenciais no Cuidar à mulher/casal, inseridos numa comunidade e numa sociedade em constante transformação e cada vez mais com maiores exigências (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É igualmente, pela presença constante, por partir ao encontro do outro, como ser holístico, constituído por corpo, mente e alma e, chegar até ele, proporcionando-lhe todo e qualquer bem, através de momentos significativos, capazes de transpor do mundo físico e o tempo real, que o enfermeiro pode ser o profissional de referência (Watson, 2007). Sendo desta forma que perspectivamos o cuidar, observando a pessoa como um ser total, capaz

¹ Para possibilitar uma leitura mais fluída e agradável serão utilizadas diferentes expressões de enfermeiro (enfermeiro, enfermeiro obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna) que se referem ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG).

de experienciar de forma individual e única o seu processo de saúde, de acordo com os seus valores, princípios, padrões culturais e experiências prévias, considero que Watson, com a sua teoria do cuidar transpessoal, foi o referencial que sustentou a minha prestação de cuidados em contexto de ensino clínico.

Relativamente aos indicadores de saúde, em termos de saúde física, tem havido uma evolução muito positiva devido à vacinação e cuidados de saúde prestados durante a gravidez, nascimento e primeiros anos da criança, que colocam Portugal a par dos países europeus com melhores resultados em saúde. Contudo, os problemas afetivos e de comportamento têm aumentado.

A diminuição da taxa de natalidade e o índice de envelhecimento da população portuguesa criam preocupações demográficas e podem levar à vivência de maiores angústias com o desempenho do papel de pais, já que muitos casais têm somente um ou dois filhos e, por isso, a experiência de parentalidade e de conjugalidade no contexto da parentalidade não é muita. O cuidado de enfermagem especializado favorece apoio na área das emoções e vivências dos pais ao saber escutá-los no período pré natal e pós-parto.

Logo após o nascimento, a enfermeiro proporciona o contacto demorado pele com pele pais-filho, favorece ambiente de privacidade, avalia a interação e apoia os pais nos cuidados ao bebé. No regresso da família ao domicílio, é fundamental que o enfermeiro programe e execute visita (s) domiciliária (s) com o objetivo de promover saúde, favorecendo maior tranquilidade à família.

Segundo a DGS (2004, p. 6), é de importância extrema “desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade (...)”. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família e onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente (DGS, 2002).

Com a realização do relatório procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- Analisar criticamente as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson.
- Refletir sobre as implicações do processo de transição para a parentalidade na relação conjugal, de acordo com a análise da revisão sistemática da literatura elaborada e das notas de campo;
- Refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais, como futura enfermeira obstetra.

Este relatório está organizado em quatro pontos. No primeiro, são analisados conceitos/dimensões fundamentais da problemática em estudo. No segundo descrevem-se e analisam-se as competências do EEESMOG relativas à unidade curricular “Estágio com relatório”, tendo por base o Modelo de Cuidar Transpessoal de Jean Watson. No terceiro ponto procede-se à descrição da metodologia realizada e discutem-se os achados da revisão sistemática da literatura e notas de campo. No último, tecem-se algumas considerações finais que se referem às conclusões deste trabalho e sugestões de alguns estudos. Realiza-se ainda um cronograma, remetido para anexo, que pretende espelhar a realização das diversas atividades no decorrer dos ensinos clínicos.

1 - QUADRO DE REFERÊNCIA

Através da revisão narrativa da literatura efetuada ponderou-se o desenvolvimento dos seguintes conteúdos, constituintes do quadro de referência do relatório de estágio:

- O cuidar transpessoal
- Relação conjugal na transição para a parentalidade
- Tarefas de desenvolvimento parental na gravidez – o desejo de ter um filho

A temática em estudo reside nos dois conceitos fundamentais de conjugalidade e parentalidade, por isso torna-se essencial defini-los.

Antunes (2008) considera que a conjugalidade é entendida num contexto de relação de coabitação/casamento entre dois seres humanos. O *International Council of Nurses* (ICN, 2005) clarifica a parentalidade como sendo a ação de tomar conta, com características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel.

Sendo que, frequentemente, é no contexto de uma relação conjugal que se desenvolve a parentalidade, torna-se essencial perceber como é que o Cuidar de enfermagem pode favorecer o desenvolvimento destes papéis em interação, indo ao encontro do casal que acaba de ser Mãe e Pai, é o que tentarei refletir de seguida.

1.1 O CUIDAR TRANSPESSOAL

Para Watson (2007) a pessoa é entendida como um ser no mundo, que contacta permanentemente com o meio envolvente e que faz parte dele, pelo que a sua teoria do cuidar transpessoal, assenta no Paradigma da Transformação. A pessoa é considerada um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade a manutenção do bem-estar definido pela própria pessoa e por isso mesmo, com significado único para si. Cuidar significa ir ao encontro da pessoa e caminhar com ela, num caminho que ela define, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al, 1996). Deste modo, como profissional de saúde que presta cuidados ao casal e família, nos períodos de gravidez, parto e pós-parto, o enfermeiro tem as competências fundamentais para ir ao encontro das necessidades específicas da(s) pessoa(s) que cuida. Como refere Watson (2007) é importante que estes momentos sejam verdadeiramente transcendentais e intemporais, que transponham o mundo físico e material e, que estabeleçam contacto com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, observada como um ser no mundo, que interage com um contexto, um ambiente (família, cultura, comunidade) e, que é constituída por mente, corpo e espírito – um ser holístico (Watson, 2007). Entenda-se que mente é descrita por Watson como a inteligência, as emoções, as memórias, enquanto o espírito é observado como a alma, o eu interior, a essência da pessoa que transpõe o aqui e agora e que é capaz de projetar-se noutro local, no futuro, por exemplo.

É este o verdadeiro contributo que o enfermeiro pode deixar. É desta forma que se vivem momentos transpessoais, em que o enfermeiro influencia e é influenciado, numa união com o outro que fará parte da história de vida de cada um. Ao estabelecer uma relação baseada no *caring*, o enfermeiro torna-se pessoa significativa para a pessoa que cuida e é vulnerável às suas experiências, vivências, no decorrer da prestação de cuidados. É igualmente,

fundamental, que os valores de respeito pelo outro, pela sua vulnerabilidade e a dignificação da sua realidade sejam uma constante preocupação no cuidar.

Na situação específica em estudo, cabe ao enfermeiro desejar todo e qualquer bem à pessoa de quem cuida, perceber o que ela quer e necessita para ser ajudada, desenvolver uma comunicação eficaz, discutir percepções, sentimentos e prioridades, ajudá-la a identificar o significado desta experiência na sua situação de saúde, na sua história de vida – *fenomenal field*, e encontrar formas, com ela própria, que a capacitem para o autoconhecimento e que, por conseguinte, façam sentido para ela. Para isso, é igualmente importante, que os cuidados desenvolvidos sejam baseados na evidência, nos resultados de investigação e da informação assente em teorias que possibilitem a tomada de decisões sobre os cuidados a serem prestados, adequando-se desta forma, às necessidades solicitadas.

Quem cuida conhece, reflete e assume valores. Age e “apaixona-se” pela pessoa que encontra e com quem caminha, pois, as transações do cuidar, envolvem o reconhecimento de que cada um é um ser único, com características, com experiências e com dimensões singulares (Watson, 2007).

Durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e até mesmo em contexto de visitas domiciliárias o enfermeiro poderá avaliar as principais dificuldades e necessidades da família, interações entre o casal e pais-filho, e também o seu processo de adaptação e vinculação com o bebé. Desta forma, e estando presente no meio ambiente da família, pode atuar no sentido de desmistificar algumas crenças e sentimentos de incompetência dos pais e promover a capacidade destes para cuidarem do seu filho, evidenciando e reforçando os aspetos positivos. Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver possibilidade de recurso a intérpretes. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família, onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente, sendo fator determinante da sua forma de estar no mundo e de reagir a processos de saúde-doença (Watson, 2007).

1.2 - RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de um filho prepara-se ao longo de mais de nove meses. Das ambiguidades comuns no início da gravidez, por que passam muitos casais, ao investimento característico no último trimestre, visível na preparação do quarto e do enxoval do bebé. O desejo de ter um filho, emerge comumente cedo na vida de um rapaz ou rapariga. Enquanto a maternidade é entendida como um processo que ultrapassa a gravidez. Para Canavarro (2001, p.19) a maternidade “é um projeto a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projeto para toda a vida”.

A transição para a parentalidade, apontada como uma transição de desenvolvimento, nomeadamente por Meleis (2010), permite à enfermeira, como profissional de saúde que mais tempo tem de contacto com os utentes, ter uma posição privilegiada para poder antecipar ou apoiar o casal nesta transição. Os meses de gravidez são importantes para a mulher se adaptar ao papel maternal, sendo este um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social. Ao estar inserida no contexto familiar, todos os membros passam por um processo de adaptação onde identificam o seu papel, ao ter em vista as suas necessidades (Lowdermilk, 2008).

A transição para a parentalidade envolve a reorganização e estabilização de tarefas, a partir das quais os pais/família demonstram desenvolvimento de competências nas atividades relacionais e funcionais.

A evolução da nossa sociedade nas últimas décadas tem alterado verdadeiramente a dinâmica familiar. É cada vez mais frequente, os casais viverem em famílias nucleares, sendo raro o apoio da família alargada e das gerações mais velhas. A verificação do aumento das doenças crónicas e degenerativas, que provocam limitações na independência da população adulta e idosa, poderá afetar a disponibilidade dos avós, para auxiliarem nos principais cuidados aos netos.

Em 2013, o número médio de pessoas por agregado familiar era de cerca de 2,6, cuja constituição mais comum era o casal e um filho [(Instituto Nacional de

Estatística (INE, 2013)]. Por este motivo, na atualidade, a maioria dos pais não possui apoios familiares na prestação de cuidados ao bebé, logo, é fundamental que possuam as competências necessárias, visto serem os seus principais cuidadores. Este facto, aliado a uma diminuição do número de nascimentos faz com que haja menos contacto por parte dos jovens adultos com crianças e com os cuidados a prestar a estas. Devido à carência de suportes de cuidados informais, é necessário que, por vezes, esta assistência seja efetuada por parte de prestadores de cuidados formais, nomeadamente por enfermeiros. Estes profissionais, nomeadamente os EEESMOG, são os profissionais que podem ter um contacto mais próximo com estas famílias e que podem, conseqüentemente, conhecer melhor as suas principais necessidades, o seu contexto socioeconómico, os seus recursos e competências. Como tal, são profissionais com um papel importante na promoção de competências parentais.

No desenvolvimento da relação conjugal, os casais passam por diversas etapas com características específicas e tarefas que necessitam de ser cumpridas: a de enamoramento em que ocorre uma forte atração e desejo de duas pessoas se tornarem num só, sendo que a tarefa do casal é associar os seus objetivos à realidade para que se constitua um relacionamento possível de ser desenvolvido; a de encontrar diferenças em que a interação entre ambos e a capacidade de negociação, são fundamentais para consolidar a relação e sentirem-se seguros; a gestão das relações de poder em que um dos cônjuges passa a desejar maior independência do outro; a estabilidade, o casal aceita a relação, é íntimo e está cúmplice e portanto, volta-se para as realizações pessoais do mundo exterior; a de comprometimento, sendo que é assumida a posição de querer permanecer juntos e de se realizarem mutuamente, o *eu* e o *nós* coexistem em harmonia e a capacidade de negociação está bem desenvolvida possibilitando evolução e não separação (Hintz, 1998).

A transição para a parentalidade pode ser um processo crítico em que o casal pode tornar-se vulnerável, uma vez que obriga a reorganização, reajustamento

e novas aprendizagens a vários níveis nomeadamente no âmbito da conjugalidade.

Gordon e Feldman (2008) introduzem o conceito de co-parentalidade no sistema familiar definindo-o como a capacidade de coordenação entre adultos e como ambos exercem a função parental, exigindo uma sincronia mútua de comportamentos, para um fim comum – a capacidade de cuidar um filho.

Como refere Martins (2008) já no período pré-natal e, posteriormente, com o nascimento de uma criança, vivenciam-se frequentemente momentos de *stress* e modificações no bem-estar pessoal e nos estilos de vida parentais. Com o nascimento do primeiro filho a relação anterior de exclusividade é quebrada, sendo necessário que o casal elabore uma perda da posição de indiferenciação e simbiose com o companheiro e partilhe a sua atenção com um novo membro - o bebé (Hintz e Baginski, 2012). Os mesmos autores revelam, no estudo que efetuaram em 2012, que existem vários fatores que podem ser responsáveis pela rotura conjugal na sequência do nascimento do filho: as situações de tensão e de dificuldade de comunicação efetiva podem levar a triangulações com o filho; as dificuldades transgeracionais por conflitos de crenças, valores e cultura entre as famílias de origem; a idealização de uma figura parental que não corresponde à real na educação e cuidados ao filho; a incapacidade na assunção de novos papéis e na constituição de uma nova família a existência de sentimentos de ciúme pela partilha de atenção com outra pessoa, que não o cônjuge.

A orientação antecipatória e as intervenções desenhadas para facilitarem a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias podem, por isso, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da autoeficácia e satisfação parental.

Hernandez e Hutz (2009) concluíram no seu estudo que os novos papéis (o de pai e o de mãe) precisam de ser aprendidos, os novos relacionamentos desenvolvidos e os já existentes reordenados, pelo que se torna fundamental, o encontro do enfermeiro com as necessidades destes casais, assim como um caminhar constante na procura de sentidos significativos.

No estudo efetuado por Pires (2008, p. 44) destacou-se que “os casais com filhos que apresentam valores médios de satisfação conjugal mais elevados, apresentam valores médios de aliança parental também mais elevados”. Acrescenta ainda a importância do contexto e do nível socioeconómico em que as famílias se inserem, bem como do género da pessoa questionada sobre a satisfação conjugal.

Ainda num estudo desenvolvido por Menezes e Lopes (2007), verificou-se que a transição para a parentalidade pode conduzir a uma diminuição na satisfação conjugal, sendo que o fator central para a compreensão da conjugalidade na transição para a parentalidade é a qualidade da relação conjugal estabelecida antes da transição. Os autores nomeiam um estudo longitudinal com 114 casais levado a cabo por Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez, mas desceu significativamente, após o nascimento do filho. Tal declínio foi mencionado tanto pelos homens quanto pelas mulheres dos casais considerados, mas por diferentes motivos.

“Para os homens, a tendência a fazer atribuições positivas sobre o comportamento das companheiras explicou o declínio de sua satisfação com o casamento, enquanto para as mulheres, fatores como depressão e temperamento do bebê foram referidos como influenciando o declínio da satisfação conjugal” Rothman (2004) citado por Menezes e Lopes (2007, p. 84).

Para Rivero (2006) no final do primeiro ano após o nascimento do primeiro filho 70% das mulheres sentem grande insatisfação com o casamento, sendo que a insatisfação dos maridos ocorre posteriormente, como uma reação à infelicidade da esposa. O enfermeiro obstetra pode ter assim um papel fundamental no suporte ao casal, que pode muitas vezes, favorecer a aquisição de novas competências e o desenvolvimento de outras já apreendidas. É de realçar que a qualidade da relação conjugal estabelecida, a coesão e o suporte mútuos podem ser facilitadores de um entendimento conjugal no período de transição para a parentalidade, e será com certeza um recurso de afirmação a que os novos pais poderão recorrer, quando nalgumas circunstâncias por ventura, se sentirem angustiados ou incapazes de lidar com uma situação.

Rivero (2006) clarifica que, com a preparação para o nascimento de um filho e, posteriormente, com a particularidade e singularidade da relação estabelecida entre mãe e bebé, é natural ocorrer uma diminuição da disponibilidade para investir na relação conjugal. Associado a estes fatores, por vezes o cansaço físico, a privação do sono e a conjugação de todas as outras atividades do quotidiano, podem dificultar o relacionamento conjugal. Torna-se portanto, importante explicitar que no cerne de toda a desordem e obstáculos com que se deparam, é essencial existirem momentos a dois, em que ambos se reencontram, partilham e avançam. Promove-se assim, “uma relação mais gratificante com ganhos também para a criança, na medida em que irá aumentar a satisfação individual (e conjugal) e diminuir os níveis de *stress*” (Rivero, 2006, p. 2).

Sendo que muitas vezes, após o casal ter alguma estabilidade económica/financeira, a parentalidade é um dos objetivos conjugais. Procedese de seguida, a uma descrição do conceito de vinculação e a uma análise das etapas do desenvolvimento da gravidez e do nascimento.

1.3 TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO

O conceito de vinculação foi definido por Bowlby (1958), como sendo a criação de laços afetivos de uma pessoa ou animal a outro indivíduo específico, tendencialmente da mesma espécie. Compreende a existência de sentimentos de afeição/amor e é prolongada e dirigida a uma pessoa particular.

Brazelton e Cramer (2004) consideram a vinculação afetiva entre pais e filhos, como um processo contínuo que se inicia durante a gravidez e que se vai desenvolvendo com o estabelecimento das interações pais-bebé. Como se constatou em estudos que foram elaborados, se a mãe apresentar um contacto mínimo com o bebé (poucas horas depois do parto) é capaz de identificar o seu filho, através do toque, odor e choro (Figueiredo, 2001). Todavia, mães de recém-nascidos doentes que foram separadas dos filhos imediatamente, após

o parto, foram mais tarde, menos confiantes, mais desajeitadas e menos afetuosas (Gomes-Pedro, 1999).

São diversas as tarefas que caracterizam cada fase da parentalidade e que estão associadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério, bem como ao processo de vinculação que é estabelecido (Canavarro, 2001). É necessário contudo referir, que os seus *timings* de resolução são variáveis de pessoa para pessoa e que portanto, não se podem generalizar para um todo. Deste modo, são apresentadas seis tarefas de desenvolvimento para os pais (pela 1ª vez): *aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebé como pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade* (Canavarro, 2001).

A aceitação da gravidez que, habitualmente ocorre durante o primeiro trimestre de gestação, é caracterizada pela existência de sentimentos de ambivalência, mesmo que tenha sido algo planeado e desejado. Esta ambivalência deve-se ao profundo questionamento, relativo à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado implica e à própria parentalidade (Canavarro, 2001; Brazelton e Cramer, 2004).

Para dominar alguns dos receios que surgem neste período, torna-se essencial que ocorra uma idealização/visualização da criança como um ser perfeito e desejado (Brazelton e Cramer, 2004).

Durante este período os futuros pais podem estar muito recetivos ao apoio de outras pessoas (profissionais, familiares) (Brazelton e Cramer, 2004).

Cerca das 16 às 20 semanas de gestação a grávida começará a sentir os primeiros movimentos do seu bebé, notícia que poderá ser então partilhada com as pessoas que são mais significativas. Como referem Brazelton e Cramer (2004) pode constatar-se que a *vinculação mais precoce* tem início sobretudo a partir deste período, uma vez que existe a consciencialização de uma possibilidade de relação entre a mãe e o feto, que neste momento se torna um ser ativo, capaz de interferir – feto como ser competente.

O bebê aparece assim, como uma pessoa distinta da mãe, com uma identidade única. Deste modo, verifica-se constantemente, nesta etapa, o imaginar de como serão os primeiros cuidados ao recém-nascido, bem como as suas características físicas e temperamentais (Brazelton e Cramer, 2004; Canavarro, 2001).

É frequente, a partir do segundo trimestre de gestação, observar-se a grávida a acariciar o abdómen e a dialogar com o seu bebê, comportamentos muito importantes para a comunicação verbal e tátil entre ambos.

O confronto com os registos ecográficos é também de extrema importância. Como referem Sá (1997) e Sousa (2004), a audição dos batimentos cardíacos fetais, bem como a visualização das ecografias são marcos muito importantes na história da gravidez e na consolidação do bebê a nível mental. Assim, e como afirma Canavarro (2001), pode manifestar-se uma reavaliação e reestruturação da relação com os pais, dando-se continuidade às tarefas anteriormente iniciadas.

A representação que a mulher e homem têm dos seus pais é fundamental, quer pelas suas expectativas em relação ao papel que irão desempenhar como avós, quer pelo modo como observam a relação estabelecida com eles ao longo do seu desenvolvimento enquanto pessoas, integrando as experiências positivas e negativas que tiveram como filhos, aceitando o seu bom desempenho e simultaneamente, as suas falhas e limitações. É-lhes então possível, seleccionar os comportamentos que querem adotar para com o seu bebê e que foram semelhantes aos que adotaram consigo, em substituição daqueles que não considera como tendo sido funcionais e que portanto, evitarão. A tomada de consciência e aceitação das suas próprias falhas enquanto pais poderá também ser possível, através da resolução desta tarefa de desenvolvimento.

A reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro pode surgir durante o segundo trimestre (Brazelton e Cramer, 2004), ou no terceiro (Canavarro, 2001). “O reconhecimento do papel do pai ajuda a mãe a encarar o bebê como um ser diferente. (...) não só ajuda a futura mãe na tarefa de se separar do feto e de diferenciá-lo das suas fantasias, como também lhe

reafirma que ela não é, por si só, responsável por quaisquer sucessos ou insucessos” (Brazelton e Cramer, 2004, p. 36). Assim, terá que existir um reajustamento na relação do casal, a nível afetivo, sexual e na rotina diária, sendo fundamental um ajuste da aliança conjugal, para a formação da aliança parental que permita a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos da vida e promoção de suporte emocional (Canavarro, 2001).

No terceiro trimestre de gravidez, o feto é, cada vez mais observado como um ser separado e real. Esta preparação para a separação é concretizada aquando da ocorrência do parto, podendo ser marcada por momentos de alguma ansiedade, sobretudo nas mulheres primíparas (Canavarro, 2001).

Os sentimentos de ambivalência podem regressar nesta fase, já que a vontade de ter um filho e terminar o período de gravidez coexiste com o desejo de a prolongar, no sentido de adiar o momento do parto e as dificuldades que podem estar presentes a partir do nascimento do bebé (Canavarro 2001).

A reavaliação e reestruturação da própria identidade, descrita por Canavarro (2001), é uma tarefa que sintetiza um pouco de todas as outras e que implica a realização de um balanço dos ganhos e perdas que a parentalidade introduziu, bem como a aceitação das mudanças implicadas.

Durante estes acontecimentos psicológicos que preparam a mulher e o homem para um acontecimento tão importante nas suas vidas e para o desempenho de novos papéis, o enfermeiro tem uma intervenção fundamental tal como alega Watson (2007) citando Mayerhoff (1971) ao referir que o enfermeiro tem que saber muitas coisas “ (...) para cuidar de alguém tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento (...) ” (p. 55-56).

Se o casal demonstra motivação e desejo em partilhar estes aspetos da experiência da gravidez e do parto no seu próprio relacionamento e com o enfermeiro obstetra a possibilidade de resolver os seus receios diminui e a sua capacitação tende a aumentar.

Desta forma, o enfermeiro adapta a sua intervenção de acordo com as características da mãe e/ou do pai e prepara o casal para o nascimento e parentalidade.

2- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com os guias orientadores formulados para os ensinamentos clínicos do 3º CMESMO; no que se refere às competências e atividades propostas para o ensino clínico a realizar na sala de partos e serviço de urgência ginecológica e obstétrica; e tendo por base os seguintes documentos:

- Competências do EEESMOG (2011) elaborado pela OE;
- “Pelo Direito ao Parto Normal” produzido pela OE e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO);
- Competências do EEESMOG preconizadas pelo ICM (2010, revistas em 2013);
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996);

Foram delineadas as competências a desenvolver no decorrer da unidade curricular - Estágio com Relatório:

- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à grávida/casal hospitalizado para indução de trabalho de parto.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os 4 estádios do trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno/fetal e a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao RN com necessidade de hospitalização na Unidade de Neonatologia.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável

Partindo da identificação de cada uma das competências apresento o contexto em que elas foram desenvolvidas assim como as atividades que realizei nesse âmbito.

2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA²

Ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica ocorrem mulheres de diferentes grupos etários, com necessidades várias decorrentes de problemas tanto da área uroginecológica como da obstetrícia. Sendo um hospital que abrange uma vasta área populacional, constata-se uma grande diversidade cultural nas populações que recorrem aos cuidados de saúde nesta instituição. No decorrer deste ensino clínico, existiu uma preocupação constante em respeitar o mais possível os aspetos culturais de cada indivíduo, nomeadamente, no que se refere às suas crenças e valores. Eles são parte integrante da especificidade de cada pessoa e interferem no modo como cada uma se vê no mundo e qual o significado que atribui à situação de saúde que experiencia (Watson 2007).

As diferenças linguísticas foram, por vezes, limitadoras da prestação de cuidados, uma vez que dificultaram o conhecimento da realidade de cada um. Deste modo, foi nalguns casos complexo o ir ao encontro das necessidades individuais da pessoa, algo tão fundamental para a prestação de cuidados como realça Watson (2007).

O facto da maioria das situações de cuidados ter ocorrido em contexto de urgência/emergência fez com que não fosse possível a articulação com um intérprete. Contudo, nos serviços de internamento das diferentes áreas de cuidados de obstetrícia e ginecologia, sempre que necessário, é efetuado um pedido à embaixada do país de origem de cada cidadão, tal como preconizam

² A unidade de saúde onde decorreu o meu estágio pertence a um hospital central e é constituída pelos serviços de urgência ginecológica e obstétrica e pela sala de partos. A equipa de enfermagem é a mesma e presta cuidados segundo o método individual de trabalho.

Active Citizenship Network (2008) na Carta dos Direitos dos Pacientes e a Direção Geral de Saúde.

No decorrer do meu processo de aprendizagem neste ensino clínico, foram cerca de 32 horas as que tive em contexto de urgência de ginecologia e obstetrícia. Sendo que a maioria das situações de cuidados durante este período, foi no âmbito da obstetrícia.

Cada utente é avaliada por um EEESMOG segundo um modelo de fluxogramas – Triagem de Manchester -- que possibilita uma avaliação rápida, objetiva e criteriosa da situação de saúde da utente quando chega ao serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia. De seguida, são então prestados outros cuidados imediatos tendo em conta cada circunstância e é feita uma observação de cada pessoa por um médico obstetra. Por fim, se necessário, é efetuada a transferência para diferentes unidades consoante a especificidade de cada situação: Serviço de Ginecologia, Unidade de Medicina Materno Fetal, Unidade de Puérperas, Sala de Partos.

A entrevista de colheita de dados é fundamental, embora no contexto de um serviço de urgência, seja extremamente direcionada, no sentido de dar uma resposta rápida e efetiva às necessidades de saúde de cada utente que se encontra quase sempre em elevado risco de morbilidade e, muitas vezes, de vida.

O diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na mulher no âmbito uroginecológico, no período pré-natal e puerpério, é o objetivo major do EEESMOG que presta cuidados neste serviço. Uma adequada colheita de dados, a valorização da sintomatologia da utente, a sua avaliação física e psicoemocional, assim como a avaliação do bem-estar fetal através da realização da auscultação cardíaca fetal, avaliação do cardiotocograma e, em colaboração com o obstetra, avaliação da ecografia fetal, tornam-se procedimentos essenciais de uma prática de excelência.

Nas diversas situações de cuidados que experienciei, tive a oportunidade de Cuidar de mulheres em situação de hiperémese e colestase gravídica, pré-eclâmpsia, hemorragia do segundo e terceiro trimestres e em fase latente e

ativa do trabalho de parto. Algumas utentes recorreram igualmente a este serviço por diminuição dos movimentos fetais.

Embora, por vezes, os tempos de atuação do enfermeiro neste serviço sejam reduzidos, pela situação de saúde de urgência/emergência, constatei que o suporte psicoemocional que o enfermeiro especialista pode prestar, é fundamental. Ao compreender a pessoa como um todo, a valorização das suas emoções é tão importante como a consideração dos aspetos fisiológicos. As diversas intervenções de enfermagem devem portanto englobar a mente, o espírito e o corpo como partes indissociáveis (Watson, 2007). Escutar o que o outro quer verbalizar, respeitar o seu silêncio, mostrar disponibilidade e empatia com os momentos de sofrimento que muitas vezes está a experienciar, pode minimizar estas vivências e dar ao outro o conhecimento de que existe um cuidador pronto a caminhar consigo.

2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

No desenvolvimento desta competência tive em conta algumas das aprendizagens já desenvolvidas no Ensino Clínico IV realizado na Unidade de Medicina Materno Fetal, onde me apercebi que, na maioria das situações, a indução do trabalho de parto é vivida pela mulher/casal com muito *stress* devido a não ser um acontecimento natural e espontâneo. Como referem OE e a APEO (2012, p. 20)

“o trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto normal é a forma mais segura de nascimento. O recurso ao parto induzido e à cesariana sem qualquer motivo de saúde, mas apenas por conveniências dos envolvidos, está associado a maiores riscos e é considerada pela comunidade científica internacional como uma prática injustificada”.

Durante o ensino clínico “estágio com relatório” foi possível constatar que as induções de trabalho de parto ocorriam por norma nas gravidezes com idade gestacional superior a 41 semanas, sendo exceção a existência de um parto

anterior por cesariana. No entanto, esta prática poderia ainda ser antecipada por fatores maternos (patologia materna com agravamento) e/ou fetais (compromisso fetal).

De acordo com a OE e APEO (2012) no documento “Pelo direito ao parto normal” e de acordo com dados da OMS cerca de 85 a 90% das gravidezes terminam em partos sem intercorrências e sem necessidade de suporte médico-cirúrgico. Já em 1996, a OMS tinha demonstrado através de estudos randomizados que nas mulheres em que foi efetuada indução de trabalho de parto, após rotura prematura de membranas (RPM), existiu uma maior necessidade de recorrer a terapêutica analgésica tendo sido, simultaneamente, verificado maior número de intervenções médico-cirúrgicas por parte dos profissionais de saúde. A OMS defende que se o trabalho de parto não se iniciar espontaneamente após 48 horas de RPM pode ser considerada a indução de trabalho de parto com ocitocina.

No local onde realizei o ensino clínico foi possível observar que as induções do trabalho de parto não ocorriam de forma rotineira, no entanto, sempre que uma mulher alcançava as 41 semanas de idade gestacional era induzido o parto, mesmo na presença de bem-estar materno e fetal, recorrendo, frequentemente, à utilização de prostaglandinas, excetuando-se as grandes múltiparas em que se utilizava a perfusão de ocitocina EV de forma contínua.

Refletindo um pouco sobre estas práticas e sobre as recomendações da OMS (1996), e da iniciativa “Pelo direito ao parto normal” (2012) e da ICM (2010), talvez ainda exista um vasto caminho a percorrer no que se refere ao esclarecimento e disponibilização de informação baseada em estudos científicos que possibilitem aos casais compreender que o nascimento é um processo natural e fisiológico que ocorre saudável e eficazmente, na sua grande maioria, sem necessidade de intervenção médico-cirúrgica. A mulher/casal e o bebé são os principais intervenientes em todo este processo, por isso cabe-lhes a possibilidade de decisão, num momento tão marcante das suas vidas. Contudo, esta decisão só poderá ser tomada de forma esclarecida se previamente tiverem acesso a informação completa e rigorosa baseada na

melhor evidência científica disponível sobre o que é esperado, quais as alternativas, os benefícios e os riscos.

Torna-se igualmente importante que os profissionais de saúde compreendam que os serviços/unidades acolhem pessoas, sujeitos ativos no seu processo de saúde e que portanto, é de extrema importância, que estes sejam espaços harmoniosos, que possibilitem a expressão de emoções e vivências e que existam para a pessoa cuidada.

Nesta experiência de ensino clínico constatei que muitas vezes o casal dispunha de muito pouca, ou nenhuma, informação, pelo que a sua capacidade de decisão neste processo de saúde estava afetada. Contudo, tentei sempre que possível selecionar a informação mais pertinente para cada situação de cuidados de forma a possibilitar um conhecimento sobre o que estava a ser vivenciado, sobre o que era esperado, mas acima de tudo favorecer o protagonismo da parturiente no seu trabalho de parto, como forma de facilitar este processo. Evidencia-se assim a importância do estar com a pessoa/família, de proporcionar-lhes diversos caminhos possíveis num projeto de saúde e não o de fazer/pensar por elas.

Apercebi-me de que, como nas situações de indução de trabalho de parto a entrada em fase ativa é mais demorada, surgem, por vezes, mais precocemente sentimentos de desespero, fadiga e incapacidade no autocontrolo. O incentivo do companheiro ao reforço positivo e a utilização de técnicas de relaxamento, as mudanças de decúbito e a utilização de medidas de conforto, nomeadamente, o banho de chuveiro, pela diminuição dos níveis de produção de adrenalina e aumento dos níveis de endorfinas e de ocitocina fisiológica em circulação, foram sentidas como facilitadores do trabalho de parto e da sua própria evolução.

2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA

O estar com a parturiente e com o seu convivente significativo constituiu uma preocupação para que os cuidados tenham uma repercussão positiva tanto em termos de vivência do processo de nascimento como do sucesso do bem-estar do feto/RN.

Ser EEESMOG é poder cuidar de mulheres, nas diferentes etapas de vida, e do casal/família nas diversas fases do ciclo de vida familiar. Neste período tão específico e singular das suas vidas, torna-se fundamental o enfermeiro compreender as vivências conjugais na transição para a parentalidade, e nos cuidados ao bebê, desde que é fantasiado/imaginado até aos primeiros momentos de vida a três (pais-filho). Sendo o nascimento de um filho um momento verdadeiramente único, que habitualmente é recordado como um dos dias mais significativos para os pais, é importante que o enfermeiro obstetra possa proporcionar experiências cada vez mais naturais e positivas, constituídas por momentos verdadeiramente transpessoais (Watson, 2007).

O trabalho de parto inicia-se com contrações uterinas capazes de provocar modificações no colo uterino (apagamento e dilatação) e que promovem a descida do feto na bacia materna.

Como já foi referido anteriormente, todas as grávidas são inicialmente “triadas” e admitidas no Serviço de Urgência de Obstetrícia e posteriormente referenciadas para a Sala de Partos, caso estejam em trabalho de parto. Desde o momento da admissão até às duas horas que se sucedem ao nascimento são efetuados registos de enfermagem no partograma, possibilitando uma rápida e eficaz compreensão sobre a evolução do trabalho de parto e intervenções específicas realizadas no decorrer do mesmo. As normas

utilizadas no preenchimento do partograma, assim como algumas duas condutas de atuação, são as preconizadas pela OMS (1996).

Na admissão na Sala de Partos, é efetuado o acolhimento e a entrevista de colheita de dados com principal enfoque nos antecedentes de saúde pessoais, obstétricos e história da gravidez atual. São validadas as expectativas do casal face ao trabalho de parto e nascimento do bebê. De seguida, é proporcionado a todas as parturientes, exceto às que apresentam REBA (rotura espontânea de bolsa de águas), dois microclisteres, colhido sangue para análise e colocado um cateter venoso periférico com uma perfusão de soro polieletrólítico glicosado. Procede-se igualmente, à avaliação dos sinais vitais e inicia-se a monitorização fetal externa contínua. Nas parturientes com BAI (bolsa de águas íntegra) é possibilitado o levante e a monitorização fetal externa de forma intermitente. Relativamente à nutrição da utente, é restrita à ingestão de pequenas quantidades de água ou chá de 4/4 horas.

Na avaliação das características do colo procura-se que seja quase sempre o mesmo profissional de saúde (EEESMOG ou médico obstetra) a efetuar-lá e é limitada o mais possível. Como referem a OMS (1996) e a ICM (2008) esta é uma das medidas essenciais para avaliação da progressão de trabalho de parto e o número de “toques vaginais” deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio de trabalho de parto habitualmente o intervalo de 4/4 horas é suficiente.

A mesma entidade, OMS (1996), refere que a realização de práticas como a utilização de microclisteres, administração de soros por rotina, a não alternância de decúbitos durante o trabalho de parto, sobretudo a manutenção da posição de litotomia, são desnecessárias ou até mesmo prejudiciais e por isso devem ser eliminadas.

Quando existe rotura de bolsa de águas é necessário avaliar se a apresentação do feto está, ou não, insinuada na bacia materna, uma vez que se apresentação for móvel existe risco de prolapso do cordão. Contudo, e uma vez assegurado este princípio, a alternância de posição, nomeadamente, o encorajamento a assumir posições mais verticalizadas e confortáveis para a

própria mulher, pode favorecer a evolução do trabalho de parto e diminuição dos níveis de dor.

No que se refere à monitorização fetal de forma contínua e à restrição de administração de alimentos nas gravidezes de baixo risco, são consideradas pela OMS como sendo práticas utilizadas de forma inapropriada: “o método de eleição para a monitorização do feto num trabalho de parto normal é a auscultação intermitente”; “a nutrição é de grande importância e fundamental para a variabilidade da FCF (frequência cardíaca fetal)” (OMS, 1996, p. 23 e 13), respetivamente.

Refletindo na minha atuação, enquanto estudante ESMOG, considero que as diferenças encontradas entre as recomendações da OMS, OE, APEO e ICM, e o contexto de cuidados onde decorreu a minha aprendizagem foram, por vezes, geradores de alguma ansiedade. Contudo, penso que foi o questionar práticas consideradas como rotineiras há décadas que provocou alguns pequenos avanços e mudanças que, por mínimas que parecessem, promoviam algum bem-estar nas famílias que vivenciavam um momento tão singular. Frequentemente ao solicitar à mulher que fizesse o que o seu próprio corpo lhe sugeria, ou seja, que procurasse em si o que naquele momento seria uma medida de conforto, com base na evidência disponível, possibilitou nalgumas situações, quebrar protocolos institucionais.

A validação de princípios e técnicas com as orientadoras desta UC, a procura de estudos científicos e a discussão em equipa e em sessões de análise das práticas permitiu inúmeras aprendizagens e, por vezes, o chegar mais próximo da realidade e dos objetivos de cada utente. Havendo, cada vez mais, casais informados e com voz ativa no seu processo de saúde, neste caso com poder de decisão sobre o nascimento de um filho, as práticas têm que, cada vez mais, ser adaptadas, baseadas na evidência científica, de forma a poder proporcionar experiências o mais gratificantes possível, quer para as pessoas que são cuidadas, quer para os próprios cuidadores. São esses os momentos verdadeiramente intemporais, que transcendem o concreto do aqui e agora, como defende Watson (2007).

A avaliação da “descida da apresentação” e da “variedade fetal” foram sentidas como dificuldades iniciais, mas foram progressivamente ultrapassadas.

Apesar da analgesia epidural ser uma prática comum desde o primeiro estágio de trabalho de parto, na instituição onde decorreu o meu estágio, algumas mulheres decidiram recorrer a métodos não-farmacológicos do controlo da dor, nomeadamente através da realização do banho ou da massagem realizada pelo companheiro. Gayeski e Brüggemann referem, numa revisão sistemática da literatura que efetuaram em 2010, que o banho de imersão tem resultados bastante positivos no controlo da dor e pode ser iniciado logo após os 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade e da dor e a aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. É importante no entanto, selecionar cada método de acordo com a vontade de cada mulher, do momento em que experiencia a dor e da sua eficácia para a minimização da mesma.

O segundo estágio do trabalho de parto foi o período que para mim, enquanto estudante, foi mais gerador de *stress*. Apesar de considerar estar na posse de conhecimentos para assumir a minha prática e após algumas sessões letivas teórico-práticas sobre as intervenções no momento do período expulsivo, penso que talvez só a partir do vigésimo parto, num total de 38 partos, é que pude efetivamente desfrutar verdadeiramente das competências de uma futura EEESMOG.

Procurei que o ambiente fosse o mais tranquilizador e acolhedor possível, limitando a intensidade da luz, o material hospitalar que poderia ser gerador de ansiedade, o número de pessoas, devolvendo sempre à utente que era ela que escolhia quem ali estivesse. Na grande maioria dos partos realizados, o companheiro esteve sempre presente.

Foi validada sempre a informação relativa à segunda fase do trabalho de parto, explicitando à parturiente que só deveria iniciar esforços expulsivos quando sentisse essa necessidade para evitar o cansaço e consequentemente, assegurar um aporte de oxigénio ao feto adequado.

No que se refere ao posicionamento da utente durante o período expulsivo, por norma do serviço, a posição utilizada era a de litotomia. Tentei, no entanto,

verticalizar a cama o mais possível para favorecer a descida da apresentação fetal e facilitar o esforço materno, tendo sido sentido este posicionamento pela mulher como mais confortável.

A posição de litotomia favorece a realização de um maior número de episiotomias, menor liberdade de movimentos e estreitamento da bacia materna (OMS, 1996). Do mesmo modo, num estudo elaborado por Gupta, Hofmeyr e Smyth (2004) foram consideradas as posições que a parturiente pode assumir durante o segundo estágio trabalho de parto. Procedeu-se então à comparação entre as posições mais verticalizadas ou lateralizadas com as posições de decúbito dorsal ou de litotomia. Concluiu-se que as primeiras reduzem o tempo de período expulsivo, o número de partos assistidos e o número de episiotomias, pela melhor distensão e elasticidade do períneo e aumentam o número de lacerações (que habitualmente não ultrapassam as de grau II). Da mesma forma, as perdas hemáticas maternas via vaginal são menores, assim com a dor percebida pela mulher. Ocorrem também com menor incidência alterações patológicas na frequência cardíaca fetal.

No período expulsivo, de uma maneira geral, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos com manobra de Valsalva, quando se manifestava contração uterina. Contudo, quando se verificava dificuldade, por parte da grávida, em coordenar e controlar os esforços também era proporcionada orientação para fazer esforços de forma não dirigida. Esta prática vai ao encontro das “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” referidas pela OMS (1996, p. 36): realização de esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto. Também a Federação das Associações de Parteiros Espanhóis e a APEO (2009) advogam os esforços espontâneos em detrimento da manobra de Valsalva, uma vez que durante esta manobra produzem-se alterações fisiológicas que podem prejudicar o bem-estar fetal. A orientação para o recurso a esforços expulsivos dirigidos também se tornou necessária devido ao facto de, por vezes, a parturiente não ter percepção da contratilidade nem a vontade de fazer força pelo efeito da analgesia epidural.

Foram efetuadas episiotomias de forma seletiva³ (16), sobretudo nas mulheres primíparas com bebês macrossômicos, na suspeita de sofrimento fetal ou nas mulheres em que a distância entre o intróito vaginal e o ânus era igual ou inferior a 3 cm. Nas outras mulheres foi feita tentativa de períneo íntegro, tendo sido conseguido em 10 situações, sendo que as restantes 12 apresentaram lacerações de grau 1 ou 2 que foram suturadas com relativa facilidade. Para mim, a sutura da episiotomia tornou-se mais complexa que a reparação das lacerações do períneo. A conduta de proteção do períneo utilizada foi a de proteção ativa, visto ser a adotada pela instituição. Contudo, e uma vez que exerço funções no serviço de puerpério da mesma instituição onde desenvolvi o EC, foi possível obter *feedback* sobre a evolução das lesões do períneo, das mulheres a quem fiz o parto, nos dois dias seguintes ao mesmo: o desconforto referido pelas utentes foi semelhante tanto nas que foram submetidas a episiorrafias como nas que foram submetidas a perineorrafia por lacerações de segundo grau. No entanto os períneos com perineorrafia por lacerações apresentavam menos edema e melhor evolução cicatricial do que os períneos com episiorrafias.

O nascimento é também marcado por um conjunto de acontecimentos e de tarefas que implicam a participação e envolvimento dos pais, destacando-se:

- A separação física do bebé, o que conseqüentemente leva ao fim da sensação de fusão com o feto (Brazelton e Cramer, 2004);
- O confronto com os “três filhos” – o bebé fantasmático (representação da história pessoal da filiação com os pais, fantasias que retomam à infância parental), o bebé imaginário (desejado e pensado durante a gravidez) e o bebé real (verdadeira imagem do bebé) (Cramer, 1995; Sá, 1997);
- A adaptação ao bebé real, o que por vezes pode ser gerador de sentimentos de estranheza, bem como domínio sobre o medo de fazer mal ao mesmo (Brazelton e Cramer, 2004);

³ Foi comprovado, através de diversos estudos, que a realização da episiotomia de forma seletiva está associada a uma diminuição das lacerações graves e a um maior número de períneos íntegros, embora se tenha também verificado um aumento do número de lacerações anteriores (Borges; Serrano e Pereira, 2003).

-
- A manifestação de disponibilidade no estabelecimento de uma nova relação e adequação de um repertório comportamental à satisfação das necessidades do bebé (Brazelton e Cramer, 2004).

Numa fase inicial após o nascimento, o bebé pode ser percebido como estranho, podendo a mãe sentir alguma dificuldade em (re) conhecê-lo. Como refere Kennell, “cada mãe tem uma tarefa específica a desempenhar no período após o parto. Ela deve olhar o seu bebé e «afeiçoar-se» ao bebé real, conciliando assim a imagem que dele fantasiara antes do parto com a sua verdadeira imagem” (1995, p. 36).

No nascimento, estabelece-se o primeiro encontro entre pais e bebé real, pelo que o processo de interação decorrente a partir deste momento é singular e insubstituível. Sabe-se atualmente que há processos químicos subjacentes aos afetos, nomeadamente, a hormona ocitocina fundamental para o trabalho, é também a primeira hormona que dita a ligação inicial mãe-filho (Young, 2013).

Todos os bebés, a quem prestei cuidados após o nascimento, (cerca 59), foram colocados em contacto prolongado pele com pele com a mãe e adaptaram-se à mama na primeira hora de vida, excetuando uma situação de um parto que ocorreu de forma muito precipitada em que o bebé teve necessidade de reanimação com *neopuff* (ventilador por pressão positiva) e, outra situação em que o bebé não foi adaptado à mama por a mãe ter serologia de vírus de imunodeficiência humana (VIH) positiva.

A clampagem do cordão umbilical foi alvo de discussão na equipa de enfermagem. Na grande maioria dos partos foi clampedo antes de parar de pulsar, embora a OMS (2013) defenda que este procedimento deve ser adiado até ao cordão parar de pulsar ou decorridos 1 a 3 minutos após o nascimento.

O terceiro estágio de trabalho de parto foi, por vezes, vivido com alguma apreensão. Numa situação ocorreu retenção placentária, por acretismo placentário, tendo existido necessidade de proceder-se a curetagem. Noutra situação ocorreu dequitação com membranas fragmentadas mas que, no controlo ecográfico, se constatou não existirem restos de membranas. Em quase metade dos partos que acompanhei ocorreu dequitação por mecanismo de Mathews-Duncan, apesar de vir descrito na literatura e de ser referido pelos

técnicos de saúde do local onde fiz o estágio como um mecanismo menos frequente.

Nas situações de cuidados em que o parto foi distócico, tive oportunidade de prestar cuidados ao RN e de acompanhar posteriormente, as tríades no quarto estágio de trabalho de parto, tendo colaborado em 23 partos.

Durante o período de puerpério imediato foi possível dar continuidade à observação da interação pais-filho. Procedeu-se regularmente à avaliação da tensão arterial, do globo de segurança de Pinard, controlo de perdas hemáticas maternas e eliminação vesical bem como à avaliação do RN.

Foi igualmente realizada a transferência das puérperas e dos recém-nascidos que acompanhei para a unidade de puerpério e foi possibilitada a continuidade de cuidados através da transmissão da informação necessária da mãe e do recém-nascido.

2.4- COMPETÊNCIA 4: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Apresento, de seguida, uma análise das competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem neonatal e da importância do papel do enfermeiro obstetra para prevenir/minimizar algumas das situações que resultam na hospitalização do recém-nascido na unidade.

A observação física e emocional do bebé e o apoio aos pais foram preocupações constantes no decorrer do EC “Estágio com Relatório” e do EC V (Enfermagem neonatal). Durante a prestação de cuidados nestes contextos houve ainda uma especial atenção relativa aos aspetos inerentes à estabilização hemodinâmica e ao transporte do recém-nascido, bem como o apoio aos pais a viverem a situação de hospitalização do filho.

Reportando-me um pouco para as competências do EEESMOG e através da análise e interpretação de dados colhidos no período de ensinamentos clínicos IV

(Grávidas de alto risco), V e “Estágio com Relatório”, compreende-se o quão fundamental é a vigilância de gravidez e a monitorização de sinais e sintomas que podem indicar risco de vida para a mulher e feto.

Das situações com as quais me confrontei em muitas das mulheres que entraram em fase latente de trabalho de parto e que ainda não se encontravam no final da gravidez, foram efetuadas intervenções que tentaram travar este processo, nomeadamente administração de tocolíticos, hidratação e promoção de repouso, assim como administração de corticosteróides para maturação pulmonar fetal. Penso igualmente, que o controlo de patologias maternas associadas à gravidez, a promoção de hábitos e comportamentos de vida saudáveis e a vigilância do bem-estar materno-fetal, são igualmente intervenções que, em muitas situações, conseguem prevenir/minimizar o parto pré-termo e, conseqüentemente, toda a possível morbimortalidade associada a um bebé prematuro.

Realço ainda o papel que o enfermeiro obstetra pode desempenhar junto dos futuros pais no período préconcecional em que por exemplo, numa das situações de malformação congénita do bebé, existiam antecedentes familiares de malformações, pelo que o aconselhamento genético e o diagnóstico ao casal nesta situação pudessem ter sido um aspeto favorável.

Apesar de observar, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos que é efetuado, quase que de forma constante, o reforço da informação à grávida/casal relativo à importância da perceção/contagem dos movimentos fetais, constato que muitas mulheres, apesar da perceção de diminuição ou ausência de movimentos fetais, tendem a protelar a ida a um serviço de saúde. Este é ainda um dos conteúdos a ser abordado no período pré-natal, sem alarmismos, mas sensibilizando e responsabilizando o casal para estar atento ao bem-estar fetal através da perceção dos seus movimentos e que na sua diminuição/ausência é aconselhado recorrer de imediato a um serviço de saúde.

Como futura enfermeira especialista foi relevante ter desenvolvido competências no âmbito da reanimação neonatal, uma vez que muitas vezes não é esperado o nascimento de um bebé com necessidade de reanimação e sendo que o enfermeiro é o profissional que por excelência se encontra 24

horas/dia na sala de partos, torna-se fundamental que seja competente para prestar cuidados neste âmbito.

Observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido prematuro, e/ou com patologia, e à sua família, foi uma realidade por vezes complexa sobretudo no que se refere à gestão de emoções. Lidar com o sofrimento de pais que, muitas vezes, viram o culminar de um projeto, extremamente planeado e desejado, numa hospitalização de um bebé em risco de vida e, em que cada dia é “o vencer de mais uma etapa”, mas que o amanhã pode ser o retroceder de inúmeras, tornou-se por vezes difícil. A relação de empatia para com os sentimentos e vivências dos casais, a escuta ativa e muitas vezes o proporcionar esperança, uma esperança real no que existe “aqui e agora” e no tentar perceber que cada etapa é uma nova conquista, mas que é algo que tem que ser construído progressivamente, que é prolongado no tempo e que pode nem sempre ter sucesso, foi um caminho que penso que consegui percorrer. Da mesma forma, o estimular os pais a participarem ativamente nos cuidados ao filho e facilitar o processo de vinculação através do toque e do *Canguru Care*, tão importante para o bem-estar da tríade, foi algo que pretendi desenvolver e que penso que teve boa aceitação.

A evidência científica demonstra que o *Canguru Care* traz benefícios à saúde do recém-nascido prematuro e/ ou de baixo peso. Deles destacam-se a redução do tempo de hospitalização, uma assistência mais humanizada, contribui para o vínculo mãe-filho e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo (Lescious e Cabral, 2010). Feldman já referia em 2004 que o *Canguru Care* tem igualmente um efeito benéfico na estabilização dos sistemas fisiológicos dos recém-nascidos.

Uma vez que se tratava de um dos objetivos do meu estágio tentei compreender o impacte do nascimento de um filho, nesta situação específica de hospitalização, na relação conjugal.

Isabella (citada por Figueiredo, 2003) refere que os fatores psicológicos que interferem na vinculação materna podem ser de dois tipos, aqueles que estão relacionados com a qualidade da relação conjugal e o impacte do estilo de

vinculação da mãe no envolvimento mais favorável com o filho. Os estudos empíricos mostram que as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros têm geralmente um envolvimento maior com o bebê.

Constatei através de diversos testemunhos que existem casais que, nesta etapa, sentem uma certa ambivalência de sentimentos relativa ao papel conjugal. Por um lado, descrevem que se sentem mais unidos ao passar por situações de hospitalização, doença, receio do sofrimento/morte, por outro sentem que a relação sofre algum “desgaste” porque muitas vezes para não preocupar o outro não verbalizam o que sentem e, porque alguns casais optam por revezar-se, enquanto um dos membros trabalha/descansa o outro está com o filho.

Considereei pertinente abordar a importância de existirem tempos de reencontro do casal, em que o diálogo, a expressão de emoções se torna fundamental para a percepção/compreensão do outro e para proporcionar apoio mútuo. Da mesma forma, reforcei positivamente os comportamentos (linguagem não verbal) de empatia evidenciados entre o casal.

O poder colaborar na prestação de cuidados a bebês em tão distintas situações de saúde e com tão diferentes necessidades, foi algo que me fez adquirir novas competências. A minimização ao máximo da manipulação dos bebês e a sua contenção, como forma de facilitar a sua organização comportamental, foi algo que tive a oportunidade de concretizar. Da mesma forma, pude intervir de modo a prevenir/minimizar perdas de calor, infecção neonatal, realização de monitorização cardiorrespiratória, execução de técnicas de alimentação entérica e promoção, assim que possível do aleitamento materno, compreensão de mecanismos de suporte ventilatório invasivo e não invasivo (CPAP e Blend), administração de terapêutica, entre outros.

2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL

Apresento de seguida uma descrição das atividades que realizei, com o objetivo de desenvolver a competência supracitada.

- Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre os temas da conjugalidade e parentalidade;
- Sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática das implicações do processo de parentalidade na dinâmica conjugal.
- Realização de sessões de educação para a saúde relativas ao processo de transição para a parentalidade e possíveis alterações na dinâmica conjugal.
- Assegurar-me que os cuidados de enfermagem prestados iam ao encontro das necessidades específicas de cada casal e desenvolver técnicas de comunicação, através da entrevista de enfermagem centrada na pessoa.
- Durante o processo de vigilância de trabalho de parto, proporcionar informação inerente a todo o processo, esclarecer dúvidas e envolver o companheiro no mesmo, de forma a proporcionar suporte à mulher e permitir-lhes partilhar a experiência de nascimento. Preparar antecipadamente o casal para o que pudesse acontecer, de forma a permitir gerir desconfortos, preocupações e ansiedade. Como referem Johansson e Hildingsson (2013) o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados à sua companheira, querem sentir-se envolvidos no processo de tomada de decisão e desejam a presença de um enfermeiro obstetra no decorrer do trabalho de parto, partilhando igualmente com o mesmo

-
- Observação de momento de interação entre casal e primeiros momentos de vida a três.
 - Perceção de eventuais alterações na dinâmica familiar, discussão com o casal de possíveis soluções de adaptação às alterações manifestadas.
 - Disponibilização de contacto telefónico e de endereço eletrónico para eventual esclarecimento de questões que o casal/pais possam estar a sentir.

No ponto que se segue procede-se à descrição da metodologia utilizada para conseguir desenvolver esta competência.

A teoria de Jean Watson, que norteou a minha prestação de cuidados, bem como o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (2010) e pelo ICM (2010) foram uma referência constante na interação com a utente/casal nomeadamente, no estabelecimento de uma relação de parceria para a promoção do autocuidado e da saúde da mulher, recém-nascido e família; no respeito pela dignidade humana e pelos princípios éticos e deontológicos da profissão; na demonstração de sensibilidade cultural nos cuidados prestados.

3 - METODOLOGIA

Neste ponto pretende-se descrever o percurso metodológico efetuado, bem como a fundamentação do mesmo. Para dar resposta aos objetivos propostos, é então descrito o processo de revisão sistemática da literatura e a observação participante em contexto de ensino clínico que possibilitou uma compreensão do fenómeno em estudo. Finalmente, serão apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos, confrontando-os com os principais achados dos artigos selecionados.

3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Através da revisão sistemática da literatura consegue-se aceder à melhor evidência científica encontrada acerca de um tema. Segundo Craig e Smyth, (2004, p. 164) “As revisões sistemáticas são métodos rigorosos de reduzir o viés, e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação”. Os mesmos autores consideram que nas revisões sistemáticas são utilizados métodos rigorosos e específicos para identificar, analisar e sintetizar os estudos mais relevantes para o fenómeno de interesse.

No processo de elaboração de uma revisão sistemática podem ser destacadas várias etapas: a formulação da questão de pesquisa (focalizada); o estabelecimento de critérios de seleção dos estudos (inclusão e exclusão); planificação da estratégia de pesquisa; análise crítica e seleção dos artigos de acordo com os critérios definidos; apresentação e interpretação dos achados.

No sentido de procurar a evidência disponível para aprofundar o desenvolvimento da competência número cinco, mencionada no ponto anterior “Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável”, procedeu-se então, primeiramente à formulação das questões de pesquisa:

- Quais as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal (I), em casais (P), durante o período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto (Co) e quais as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação (I)?

Participantes (P) – casais

Fenómeno de Interesse (I) - implicações do processo de parentalidade na relação conjugal e intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação

Contexto (Co) - período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto

As questões de pesquisa supracitadas encontram-se no domínio da abordagem qualitativa, visto que o seu objeto de estudo são as implicações do processo de parentalidade na vida conjugal de cada casal primíparo e as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadores da adaptação do mesmo a esse processo de transição. Deste modo, o fenómeno em estudo tem que ser compreendido e analisado e está dependente dos sujeitos, das suas experiências, da relação que apresentam, das circunstâncias em que se encontram.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 12) e a propósito do tipo de abordagem e da sua adequação ao objeto de estudo, “se o enfermeiro-cientista está interessado em descobrir o que é a experiência (...) os métodos de investigação qualitativa são mais adequados.” Não se procura apenas uma realidade ou “verdade”, mas a significação do fenómeno para cada pessoa. Esta crença em múltiplas realidades reforça a importância do ponto de vista do participante no estudo, como elemento central neste tipo de abordagem. Por esse motivo, é fundamental que se seja o mais fiel possível, em relação às concepções dos participantes, procurando não dirigir o estudo ou focalizá-lo apenas a uma componente ou instrumento específico (Streubert e Carpenter 2002).

Os **critérios de inclusão** para os artigos foram:

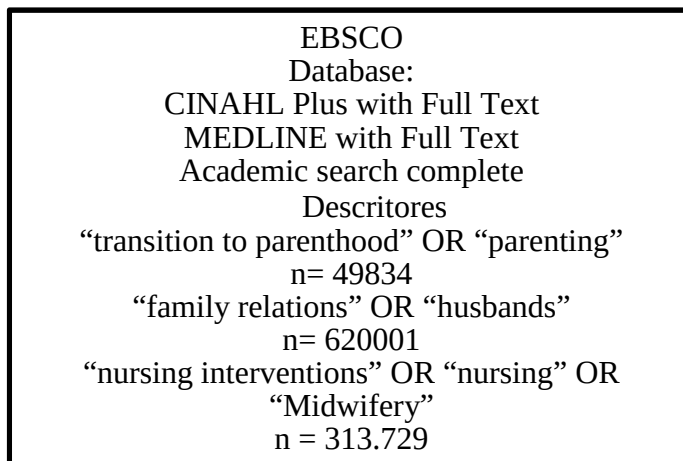
- Redação em português, inglês, ou espanhol;
- Foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por conexão, com a questão PICO;
- Data de publicação entre 2008 a 2013.

Os **critérios de exclusão** foram:

- Estudos noutras línguas, diferentes do português, inglês e espanhol;
- Ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e *abstract* dos artigos);
- Repetição do mesmo artigo nas bases de dados.

Identificam-se como descritores de pesquisa: Parentalidade (transition to parenthood, parenting); Relação conjugal/familiar (family relations, husbands); Intervenções de Enfermagem (nursing interventions, midwifery, nursing).

Processo de pesquisa na EBSCO



Conjugação dos descritores seleccionados:

“transition to parenthood” AND “family relations” AND
“midwifery” OR transition to parenthood” AND “family relations”
AND “nursing intervention” OR transition to parenthood” AND
“family relations” AND “nursing” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “Nursing Intervention” OR “parenting” AND
“family relations” AND “nursing” OR “transition to parenthood”
AND “husbands” OR “parenting” AND “husbands”

A blue arrow points from this box to the next stage.

Filtração cronológica

2008 a 2013

- Boolean/Phrase
- Texto integral

N=139

7

(com pertinência para o estudo)

Quadro1. Apresentação dos artigos selecionados

Título	Autores	Referência Ano/País	Objetivos	Participantes	Tipo estudo	Conclusões pertinentes para este estudo
1. Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment	Regina P. Lederman	Issues in a mental Health Nursing 2011, USA	Avaliar as necessidades físico-sociais envolvidas na existência de um parto prematuro assim como as relações familiares envolvidas durante a gravidez.		Revisão narrativa da literatura	A vigilância pré-natal é menos frequente e o número de nascimentos de bebês prematuros é maior quando os companheiros não apresentam as mesmas intenções na gravidez, ou quando ambos não aceitam a gravidez. Quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. O apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.
2. Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits	Arja Haaggman-Laitila, Raija Seppanen, Katri Vehvilainen-Julkunen and Anna-Maija Pietila	Journal of Clinical Nursing, 2010, Finlândia	Descrever os benefícios do "vídeo home training" na saúde e interação familiar, através de testemunhos parentais 6 meses após ter sido realizado.	15 Famílias com 66 membros familiares	Estudo descritivo, qualitativo	O "vídeo home training" estimula os pais a discutir questões relacionadas com a parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). A confiança parental e o respeito são implementados. A relação conjugal é fortalecida através do diálogo e suporte mútuo. O desenvolvimento da criança também pode ser afetado por este método, uma vez que se favorece a aquisição do auto-conhecimento e do sentido de responsabilidade. Os pais são observados como modelo para os seus próprios filhos.
3. An integrated mid-range theory of postpartum family development:	Janice Christie, Brenda C. Poulton & Brendan P. Bunting	JAN: Original Research, 2008, Reino Unido	Identificar as percepções parentais das experiências familiares no pós-parto.	17 Famílias no período de puerpério	Estudo exploratório, qualitativo.	As primeiras 6 a 8 semanas após o parto são as mais trabalhosas e incertas, que requerem a gestão de várias situações em simultâneo, sendo igualmente identificado como um período de enorme adaptação e mudança. Os pais descrevem modificações na saúde

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

a guide for research and practice						física (cansaço), sentimentos e bem-estar mental, relação conjugal e atividades sociais. Como recursos para ultrapassar dificuldades os pais mencionam as experiências anteriores, conhecimentos que possuem e os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro obstetra. As visitas domiciliárias são observadas como um momento de grande suporte familiar.
4. Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting	Melinda Morril, Denise Hines, Sehar Mahmood, James Córdova	Family Process, 2010, USA	Compreender as diferenças dos modelos tradicional e alternativos da coparentalidade e perceber as suas implicações na satisfação conjugal e respostas parentais.	76 casais heterossexuais	Estudo longitudinal	No modelo tradicional, em que a coparentalidade é observada como uma parte indireta do sistema familiar que tem início com a relação conjugal, a qualidade desta relação percebida pelo homem e pela mulher, influencia a aliança coparental de ambos e por sua vez, as práticas parentais desenvolvidas. Nos modelos alternativos, a aliança coparental, é focalizada como sendo a base da relação e, por sua vez, parece ter efeitos positivos na satisfação conjugal e nas respostas parentais desenvolvidas.
5. Partner Effects of Mexican Cultural Values: The Couple and Parenting Relationships	Ana Lucero-liu, Wendy Gamble, Angela Taylor, Donna Christensen, Kerri Modry-Mandell	The Journal of Psychology, 2008, USA	Compreender o impacto dos valores individuais, na relação conjugal e implicações dos mesmos na parentalidade.	50 casais do México	Estudo exploratório, correlacional	Foram considerados dois valores: a simpatia e o respeito. Foi mencionado pelas mulheres que a simpatia do homem influenciava positivamente a relação conjugal e parental. Contudo, o respeito, nalgumas situações mais associado ao autoritarismo paterno, poderia ter efeitos negativos em ambas. Os autores encontraram uma evidência sobre o contributo dos valores maternos, na percepção do homem, para a relação conjugal. Eles interpretam estes resultados para sugerir que a mulher evidência ser mais sensível na relação conjugal e de mãe
6. Partner relationships during the transition to parenthood	Barbara Figueiredo, Tiffany Field, Miguel Diego, Maria Hernandez-Reif	Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2008, USA	Compreender as relações conjugais durante o período de transição para a parentalidade, especificamente	43 casais no segundo trimestre de gravidez	Estudo misto, longitudinal	Os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relação conjugais mais estáveis que os participantes que vivem separados ou estão descontentes com a gravidez. São referidos maiores níveis de irritabilidade do segundo para o terceiro trimestres e no

	Osvelia Deeds e Angela Ascencio		analisar as diferenças nas mulheres e nos homens de ansiedade e depressão dependendo da relação conjugal estabelecida.			pós-parto. Estes resultados são consistentes com uma diminuição dos níveis de satisfação conjugal no terceiro trimestre e período pós parto. Experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal menores originam mais ansiedade e casais com mais sentimentos negativos na relação têm ambos elevados níveis de ansiedade e de depressão.
7. Patterns of couple interaction during the transition to parenthood	Renate. Houts, Kortnee Barnett-Walker, Ablair Paley, e Martha Cox	Personal Relationship s, 2008, USA	Identificar padrões de resolução de problemas conjugais construtivos e destrutivos em casais em período pré-natal e 3, 12 e 24 meses após o nascimento.	138 Casais primigestos que frequentavam sessões no período pré-natal.	Estudo descritivo, qualitativo, longitudinal	Foram constituídos dois grupos de casais, cada um com modelos distintos de interação, com padrões de comunicação obtidos durante 4 sessões de resolução de problemas na gravidez e aos 3, 12 e 24 meses pós-parto. A maioria dos casais exibiu estabilidade no seu grupo de adesão ao longo do tempo (2 anos). Nos casais com resoluções de problemas destrutivos foram evidenciados mais problemas de saúde mental e sintomas de depressão. Por fim, determinou-se a qualidade da relação conjugal e a probabilidade de divórcio ou separação dos grupos, 5 anos após o nascimento do primeiro filho. As esposas com resolução construtiva de problemas conjugais relataram significativamente menos perspectivas negativas do seu casamento. Este grupo verificou-se como sendo o mais estável sendo que a probabilidade de divórcio ou separação é menor.

A análise e interpretação dos principais achados da revisão sistemática da literatura, será posteriormente tratada no ponto 3.3. Neste procede-se à discussão do que foi considerado nas notas de campo, comparativamente com o que com os achados da revisão sistemática da literatura.

3.2 – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Ainda para dar resposta aos objetivos propostos, desenvolvi algumas atividades que concorreram para uma compreensão mais abrangente da temática em estudo, nos diversos ensinamentos clínicos.

Durante a realização dos estágios, no centro de saúde, no serviço de medicina materno fetal e no serviço de puerpério, procurei registar os momentos de interação entre casais e compreender as suas experiências, no processo de gravidez, e primeiros dias de vida a três, relativamente à relação conjugal e à parentalidade.

Quadro 2. Aspetos contemplados na observação da interação entre o casal

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	COMUNICAÇÃO VERBAL
Presença do casal nas consultas de vigilância de saúde, no período de trabalho de parto e pós-parto.	Expressam sentimentos e vivências relacionadas com a conjugalidade e parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). Partilham sentimentos e vivências, verbalizando empatia com o que o outro está a viver ou sentir. Apresentam métodos de resolução de problemas construtivos.
Expressão de comportamentos de empatia.	
Ambos se apoiam mutuamente na divisão das tarefas domésticas/cuidados ao filho.	

No ensino clínico em sala de partos dei continuidade a estas observações e foi disponibilizado a todos os casais de quem cuidei o meu contato telefónico e correio eletrónico para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências no pós-parto.

Penso que o fato de poder desempenhar a minha atividade profissional na unidade de puerpério foi uma mais-valia para a compreensão do fenómeno em estudo e para a continuidade dos cuidados que já havia sido iniciada na sala de partos, em contexto de ensino clínico.

Os momentos de interação entre o casal foram registados em notas de campo. Segundo Everston e Green (1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005), os registos de dados em sistemas narrativos podem resultar em notas do trabalho de campo que descrevem o que foi observado, escutado, vivenciado e refletido pelo investigador, na sequência de uma observação participante. O objetivo dos sistemas narrativos é então identificar princípios gerais e modelizar situações particulares, compreendendo cada caso específico e comparando, posteriormente, os casos entre si (Everston e Green, 1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005).

Os critérios de inclusão dos casais para a elaboração das notas de campo foram: casais/pais pela primeira vez, cuja gravidez decorreu sem intercorrências, e nascimento de recém-nascido saudável que se manteve em alojamento conjunto com a mãe desde o nascimento e, a quem prestei cuidados desde a admissão até, pelo menos de puerpério imediato (incluindo realização do parto), nos meses de ensino clínico de Junho e Julho⁴. O casal tinha que permanecer junto em todos os estádios do trabalho de parto.

⁴ Foram apenas considerados estes meses por serem aqueles em que se sentiu uma maior confiança e domínio sobre as competências do enfermeiro obstetra, nomeadamente no que se refere ao aprofundamento da competência: *“Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal, implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável.”*

Considerações Éticas

Durante o desenvolvimento do estágio, e na elaboração das notas de campo, teve-se em consideração alguns dos direitos fundamentais do ser humano, que são essenciais para assegurar a proteção de todos os participantes. De entre esses direitos e princípios éticos envolvidos, foram tomadas as medidas necessárias para a não violação do direito à autodeterminação, que tem como base o princípio do respeito pelas pessoas, na qual cada um é livre de escolher e decidir acerca da sua participação no estudo, devendo ser informado acerca das condições de realização do mesmo (Fortin, 2009). O direito à autodeterminação pressupõe que haja informação antecedente, para que os sujeitos possam fazer a sua decisão de forma livre e informada - consentimento informado (Código Deontológico do Enfermeiro, 2003). Deste modo, os casais/pais foram informados da temática e dos objetivos deste trabalho, antes de serem recolhidas quaisquer informações acerca destes. Considerou-se igualmente, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que a identidade dos participantes não será divulgada, assim como algum tipo de dados e de informação recolhida, que não deverá ser exposta nem partilhada (Fortin, 2009).

Igualmente importante foi o direito de ser assegurado um tratamento justo e equitativo face a todos os clientes, garantindo que todos receberam as mesmas informações, o mesmo tipo atenção e consideração (Fortin, 2009).

Existem ainda outros princípios como o da beneficência que é definido como “acima de tudo, não causar dano” (Hungler e Polit, 2004, p. 84). Este engloba várias dimensões, como a isenção de dano e isenção de exploração para o sujeito participante, bem como uma avaliação da relação risco/benefício, sendo que a orientação geral é se “a relação risco/benefício (em termos dos riscos para os participantes) é compatível com o benefício que se espera alcançar para a sociedade e para a profissão de enfermagem” (Hungler e Polit, 2004, p. 86).

3.3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Neste ponto procede-se à apresentação dos dados obtidos e analisa-se e discute-se os mesmos com os resultados dos artigos considerados na revisão sistemática da literatura.

Quadro 3. Caraterização dos participantes segundo as variáveis: idade, estado civil e escolaridade

Participantes (♀ e ♂)	Idade (♀ e ♂)	Estado Civil	Escolaridade (♀ e ♂)
A e B	19 e 23	União de facto	12º ano 9º ano
C e D	33 e 33	Casados	Mestrado Licenciatura
E e F	29 e 25	União de facto	Licenciatura Licenciatura
G e H	20 e 20	União de facto	9º ano 9º ano
I e J	21 e 25	Casados	12º ano 9º ano

No decorrer da prestação de cuidados foram acompanhados 5 casais, que satisfaziam os critérios de inclusão referidos anteriormente. Assim, de acordo com o quadro seguinte, verificamos que os participantes se encontravam entre os 19 e os 33 anos, sendo que a média de idades é de 24,8 anos.

Os utentes considerados ou são casados, ou vivem em união de facto.

Relativamente à escolaridade, 4 pais apresentavam o nível de escolaridade básica (9º ano), 2 o 12º ano e os outros 4 o nível de licenciatura ou superior.

Como foi mencionado anteriormente nos critérios de inclusão, foram prestados cuidados a todos estes utentes desde a admissão na sala de partos até ao momento de transferência para a unidade de puerpério (2 horas após o nascimento), existindo observação de momentos de interação entre o casal nos 4 estádios de trabalho de parto e, após o nascimento, entre pais e bebé. Foi igualmente validado com os mesmos, as suas vivências conjugais relativamente à gravidez e expetativas que tinham relativamente a eventuais alterações na relação conjugal após o nascimento do primeiro filho. Após cada interação entre enfermeiro-cliente foram feitas breves notas de campo.

Quadro 4. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo

Participantes (♀ e ♂)	Observação momentos interação no TP	Vivências na gravidez conjugalidade	Expetativas pós-parto conjugalidade
A e B	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Expressão de ansiedade e receio pelo companheiro no período expulsivo Empatia e emoção no nascimento. Ambos se acariciam nas duas horas pós-parto e tocam a bebé. Solicitam informação inerente ao TP	Referem sentir maior proximidade (objetivo comum – filho)	Consideram que a relação irá manter-se igual
C e D	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos no TP e parto. Elogia a mulher no momento logo a seguir ao nascimento e agradece-lhe o fato de se ter tornado pai. Pai corta o cordão umbilical, mas é	Referem sentir maior proximidade (marido evidencia sentimentos de proteção para com a mulher e o filho, ambos consideram a vivencia de momentos como as observação ecografias, consulta vigilância de gravidez e TP como únicos e inesquecíveis)	Manifestam ter consciência de que irão existir períodos de maior dificuldade, p.ex. nos cuidados ao RN, contudo acham que irão ultrapassar esses momentos através do suporte externo (família, profissionais de saúde) Verbalizam que continuarão a sentir-se próximos e valorizam a existência de momentos a 2.

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

	lembrado pela companheira.		
E e F	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP Embora não verbalize, o marido expressa fácies de preocupação e evidencia comportamentos de ansiedade do período expulsivo. Emocionam-se no momento de nascimento. Pai corta o cordão umbilical	Referem sentir maior proximidade. Verbalizam que discutem e planeiam com mais pormenor situações do quotidiano, porque “passarão a ser 3” (sic)	Têm a expectativa de que a relação ainda pode melhorar (objetivo de educar o filho torna-os mais próximos e coesos)
G e H	Presença de ambos no TP e pós-parto Não se observou grande envolvimento do companheiro no TP (dormia durante longos períodos) Não foi solicitada informação inerente ao TP, contudo a informação explicitada pelos profissionais de saúde é recebida com agrado, por parte da mulher. Emocionam-se ambos a seguir ao nascimento.	Referem sentir maior proximidade (mas não conseguem verbalizar porque o sentem)	Consideram que a relação irá manter-se igual
I e J	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos Observam-se momento de interação a 3 sendo o toque é a competência parental que mais predomina	Referem sentir maior proximidade (fazem um maior número de atividade juntos, partilham mais vivências sobre a gravidez e expectativas futuras)	Manifestam que nos primeiros tempos poderá ser mais difícil conjugar os papéis de pai e mãe com o de marido e mulher, entanto verbalizam que manterem-se os 3 unidos vai ser o fundamental

No pós-parto, foram então proporcionados os contatos telefónico e de correio eletrónico, para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências. Foi sugerida, a realização de uma visitação domiciliária. Nenhum dos casais expressou de imediato vontade em que esta ocorresse. No entanto, vários autores fundamentam a importância das

visitações domiciliárias com sendo um momento em que ocorrem interações familiares da forma mais natural e espontânea possível, em que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro pode ter um papel essencial no suporte familiar, no esclarecimento de dúvidas, na clarificação de experiências e na promoção de medidas de vigilância de saúde (Christie, Poulton e Bunting, 2008; DGS, 2004).

Houve apenas três contactos por correio eletrónico: Todos eles descreviam que a principal prioridade até à data (cerca de um mês após o parto) foi os cuidados ao recém-nascido, sendo que os 3 casais manifestavam dúvidas inerentes aos mesmos (aleitamento materno e crescimento ideal do bebé). Um dos casais mencionou importante o ter sido referido na gravidez a necessidade de existirem momentos do casal. Contudo, descreveram dificuldade na gestão desse tempo.

Foi percebido nestes testemunhos que estas famílias mantinham uma grande proximidade com o enfermeiro de referência dos cuidados de saúde primários, mencionando inclusive que o teste de Guthrie ao recém-nascido e a avaliação do peso do bebé foram realizados no domicílio.

Quadro 5. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)

Participantes (♀ e ♂)	Vivências conjugalidade pós-parto
C e D	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho. Reconhecimento da importância da existência de momentos a dois em exclusividade. Dificuldade na gestão desse tempo.
E e F	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho
I e J	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho

Conjugalidade na Gravidez

Os cinco casais participantes coabitavam há pelo menos um ano, sendo que o processo de gravidez, embora por vezes não planejado, foi bem aceite, participando ambos os membros, ativamente nas consultas de vigilância de saúde e na preparação para o nascimento do bebê. Como refere Lederman (2011), quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. Da mesma forma, Figueiredo et al (2008) mencionam que os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relações conjugais mais estáveis. Os mesmos autores relatam que experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal maior originam menos ansiedade e casais com sentimentos menos negativos na relação.

Todos os casais referiram ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade verbalizando ter sido uma mais-valia para o decorrer da gravidez, a preparação para o parto e a antecipação dos cuidados ao bebê, acontecimento que vai ao encontro do descrito por Christie, Poulton, Bunting (2008). Esta orientação antecipatória pode favorecer a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias e, por conseguinte, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da auto-eficácia e satisfação parental (Hernandez e Hutz, 2009). Famílias mais esclarecidas e apoiadas podem assim antecipar eventuais dificuldades e assumir comportamentos e estilos de vida saudáveis. Realça-se assim, a importância que o EEESMOG pode ter na promoção de saúde em contexto de vigilância pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-parto.

Relativamente às vivências da conjugalidade na gravidez todos os casais referiram sentimento de maior proximidade sendo que a relação conjugal foi fortalecida através do diálogo e suporte mútuo, situação também identificada no estudo de Laitila et al (2010). Destaca-se então, a importância da qualidade da relação conjugal estabelecida antes da parentalidade fato também identificado e corroborado pelo estudo de Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez.

Conjugalidade no trabalho de parto

Durante o TP os casais aplicaram alguns dos conhecimentos adquiridos nas sessões de preparação para o nascimento no entanto, a maioria deles foi solicitando informação inerente a este processo. A presença do enfermeiro obstetra foi frequentemente sentida como importante por ser um profissional competente para acompanhar o TP, sendo mencionados menores níveis de stress e de ansiedade.

Como foi um dos critérios de inclusão dos pais, verificou-se a presença do companheiro no decorrer do TP e pós-parto. Em 4 das 5 situações de cuidados, foi observado o suporte do companheiro no TP, sendo que o reforço das competências maternas foi igualmente identificado. Johansson e Hildingsson (2013) referem que o papel do companheiro é então o de dar apoio à mulher e partilhar com ela a vivência do nascimento, sendo que o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados e, envolvido no processo de tomada de decisão.

Como prestador de cuidados durante este período senti que de fato era essencial a existência de como que uma “dança” entre enfermeiro obstetra, casal e bebé, em que os comportamentos executados por cada interveniente são distintos mas têm que ser dirigidos a um fim comum, o do nascimento seguro, na melhor experiência possível. A mulher e o bebé são os principais participantes neste processo, cabe ao homem manter a racionalidade do pensamento do que apreendeu, apoiar, reforçar positivamente os comportamentos da sua companheira. O enfermeiro assume então, neste processo, basicamente um lugar de retaguarda, dando espaço ao casal para vivenciar profundamente este momento, reforçando ao quão bem estão a desempenhar os seus papéis, esclarecendo o que está ser vivenciado e antecipando o que é esperado, assegurando o máximo de bem-estar possível aos três.

Com o nascimento, uma nova família concretizou-se, novos papéis efetivaram-se e nalguns casos os anteriores consolidaram-se.

Os primeiros encontros a três

Verificou-se, através de momentos de interação pais-bebê logo após o nascimento, que eram conhecidas algumas das competências sensório-comportamentais do recém-nascido. Sabe-se que um melhor conhecimento do bebê, enquanto ser competente, pode incentivar os pais a partirem à descoberta do mesmo, podendo tornar-se a relação provida de confiança, prazer e promotora de competências fundamentais para as etapas procedentes do ciclo de vida familiar.

Como foi referido por Lederman (2011) o apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.

Consoante a segurança dos comportamentos de vinculação que são desenvolvidos entre a mãe e o bebê, podem identificar-se três tipos de vinculação, descritos por Ainsworth. Esta autora constatou, através dos inúmeros estudos que elaborou, relativos à “*situação estranha*” que as crianças que desenvolveram uma *vinculação segura*, apresentavam formas de protesto nos momentos da separação da sua figura de vinculação (habitualmente a mãe) e aquando do seu regresso manifestavam prazer ao aproximar-se dela. Concluiu igualmente, que relativamente à *vinculação insegura*, podem observar-se crianças que demonstram “pouco afeto ou comportamentos de base de segurança; parecem pouco afetadas pela separação, tendem a evitar a proximidade e o contacto com a mãe na altura dos reencontros (...)” (Rabouam, 2004, p. 91). Por outro lado, outras crianças “mostram-se aflitas na separação, com uma mistura de busca de contacto e de rejeição encolerizada, e dificuldade em ser reconfortada” (Rabouam, 2004, p. 91). Assim, o primeiro tipo de vinculação insegura foi descrito como *vinculação insegura, evitante*, sendo o segundo, uma *vinculação insegura, ambivalente ou resistente* (Rabouam, 2004).

Relativamente, ao período de puerpério precoce e tardio observou-se que os casais centravam as suas necessidades e preocupações quase que exclusivamente nos cuidados ao RN, sendo que foi descrita uma situação em

que era reconhecida a importância de existirem momentos entre casal mas, no entanto, o casal sentia dificuldade em conciliar esses momentos com os cuidados ao bebê. Como referem Christie, Poulton e Bunting (2008) as primeiras semanas após o parto podem ser as mais complexas, pela dificuldade na gestão do tempo e de tarefas, consolidação de papéis, com consequente adaptação a inúmeras mudanças, nomeadamente na relação conjugal, bem-estar mental e atividades sociais. Apesar da orientação antecipatória sobre o que poderá ser vivido ser importante, o estar presente no pós-parto, sobretudo durante estas primeiras semanas, no sentido de promover estratégias de adaptação poderá ser um complemento. Assim, os casais poderão experienciar estas situações com prazer e estar capacitados a adotar medidas facilitadoras destas transições. Importa destacar que o diálogo mútuo e apoio constante entre casal são essenciais, lembrando a importância da qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas. Desfrutarem de momentos a dois quando o bebê se encontra a dormir ou solicitarem apoio a alguém para supervisioná-lo por períodos, pode ser igualmente uma estratégia utilizada que pode igualmente possibilitar, ao casal manter algumas atividades sociais, caso seja a sua vontade.

Outra questão que importa referir é que casais que estão mais esclarecidos sobre os próprios cuidados ao filho, crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê, e que se sentem apoiados por um profissional de saúde de referência, apresentam níveis de ansiedade menores e portanto parecem conseguir ter mais disponibilidade para outras situações (Christie, Poulton e Bunting, 2008).

Como desempenho a minha atividade profissional na unidade de puerpério da instituição onde realizei o ensino clínico, a possibilidade de dar continuidade ao acompanhamento de alguns destes casais tornou possível uma compreensão mais holística, uma vez que foram conhecidas outras realidades e planejar cuidados com o casal por um período temporal mais prolongado.

Penso que o facto de ter tido esta oportunidade de atuar em diferentes áreas e com prioridades e circunstâncias tão distintas para estas famílias, foi promotor de vivências que ultrapassaram o mundo físico e o tempo presente. Foi a

procura em cada momento do que se tornava fundamental para assegurar o máximo de bem-estar, o melhor conforto, a experiência mais positiva, que penso que possibilitou a vivência de momentos significativos, que certamente poderão ser lembrados de futuro, tanto por clientes como por profissionais. Foi o encontro com o outro que deu continuidade ao percorrer de um caminho com sentido para si. Um caminho que por vezes foi marcado por algumas dificuldades, como o cansaço de um trabalho de parto ou de períodos prolongados sem dormir pelo cuidar do filho, ou pela falta de disponibilidade de diálogo entre companheiros, em que o papel do enfermeiro pôde ser fundamental. No escutar, no compreender o que estava a ser vivenciado, na promoção de medidas de conforto e de alívio da dor e, por vezes, na explicitação do que pode estar a ser vivenciado e na clarificação de diferentes caminhos possíveis (Watson 2007).

Se um dos principais achados foi a centralização do casal no pós-parto nos cuidados ao filho, se é sabido que ocorre uma maior insatisfação na conjugalidade no primeiro ano de vida do bebé que por vezes, pode levar a situações de rotura, torna-se importante reforçar a qualidade da relação conjugal já estabelecida, realçar sentimentos e vivências comuns, desenvolver novas capacidades de coordenação, de sincronia mútua de comportamentos entre casal, no dia-a-dia, nas tarefas domésticas, na função parental. Para isso, é necessário encontros a dois, análises partilhadas, objetivos comuns, suporte mútuo e resoluções construtivas de problemas conjugais (Morril et al 2010; Houts et al, 2008).

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro, no seu cuidado junto do casal, espera contribuir para antever e minorar as dificuldades ao nível do impacte do nascimento de um filho na harmonia psicoemocional do mesmo. A comunicação entre o casal acerca dos aspetos vivenciados na mudança de dinâmica familiar torna-os mais próximos e menos isolados pelo que deverá ser incentivada. Reconhece-se que a função do enfermeiro na equipa transdisciplinar é de investir no apoio ao cliente e família no desenvolvimento do seu papel parental. É fundamental criar espaços temporais e físicos onde a ação do enfermeiro obstetra se detenha na escuta das experiências conjugais e parentais, para que o casal se sinta especial na sua singularidade. Esta orientação pode iniciar-se ainda no período pré-natal e prolongar-se até ao pós-parto. O enfermeiro torna-se assim o profissional de referência que acompanha a família nas suas diversas experiências de vida, que estabelece com ela verdadeiros momentos transpessoais, que transcendem o mundo físico e o tempo real pela possibilidade de proporcionar momentos significativos.

Sugere-se que a carta de transferência/alta, para a continuidade de cuidados, reflita as circunstâncias da experiência parental vivida em contexto de hospitalização para que o apoio possa ser efetivo. Isto porque, como foi observado na maioria das situações de prestação de cuidados, já havia sido estabelecida uma relação de confiança e de empatia com o enfermeiro obstetra no contexto dos cuidados de saúde primários, que posteriormente foi continuada no pós-parto.

Como muitas vezes, o primeiro contacto entre o enfermeiro obstetra do hospital e o casal é na hospitalização na sala de partos, considera-se igualmente oportuno que cada vez mais os casais tragam consigo, e partilhem com o enfermeiro, as suas expectativas do trabalho de parto, do nascimento e do pós-parto para que efetivamente possam ser prestados cuidados que vão ao encontro das suas necessidades de saúde e que respeitem e valorizem a sua vontade.

No trabalho de parto, foi observado como facilitador o reforço das competências conjugais, nomeadamente a partilha de emoções e experiências e o reforço, por parte do companheiro, das competências da mulher, como interveniente ativo no trabalho de parto. Observaram-se momentos de interação conjugal e parental de empatia, carinho através do toque e respostas contingentes ao bebé por parte dos pais.

Apesar de ter sido observada uma centralização da atenção dos pais nos cuidados ao recém-nascido, um dos casais proporcionou o seu testemunho nas primeiras semanas após o parto, valorizou a existência de momentos vividos em exclusividade pelo casal, embora considerasse haver dificuldade na gestão do tempo entre tarefas domésticas, cuidados ao bebé e relação conjugal. Mais uma vez, realça-se a importância que o enfermeiro obstetra pode ter junto do casal, na valorização da qualidade da sua relação conjugal já anteriormente estabelecida e na aliança que devem assumir na partilha de tarefas domésticas e cuidados ao recém-nascido, assim como nos comportamentos síncronos e de harmonia relativamente à educação e bem-estar da criança.

Penso que a aprendizagem efetuada no aprofundamento desta temática trouxe contributos que me motivam a ver mais além. A preocupação inerente à hospitalização numa fase de grande vulnerabilidade da mãe, mas também do pai e do recém-nascido, em que a capacitação para os cuidados ao filho, nomeadamente no que diz respeito à alimentação do bebé, abarca muitas horas de cuidados, esgotando por vezes, outro tipo de ações de enfermagem em serviços de saúde com ratio enfermeiro/utente elevado.

Ficam como sugestões que o currículo do Curso de Enfermagem tanto ao nível do 1º ciclo como do 2º ciclo aborde com maior ênfase os aspetos ligados à temática relativa às implicações da parentalidade na relação conjugal e vice-versa. Desta forma, permitirá aos estudantes desenvolverem competências centrais para o apoio aos pais nesta transição.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais, em contexto de cuidados de saúde primários, que analisem de forma mais aprofundada a experiência de casais em processo de gravidez e, posteriormente, no período pós-parto.

BIBLIOGRAFIA

ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK (2008) – *Carta Europeia dos direitos dos doentes*. Consultado em 1 de outubro de 2013 e disponível em <http://www.europacoln.pt/data/1h830n4zyu082bqtdoxki.pdf>.

ANTUNES, Mónica (2008) - *Relação conjugal no pós-parto: Diferenças de género*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado.

BENNER, Patrícia (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-97-X.

BORGES, B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. (2003) – Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. In *Acta Médica Portuguesa*, Nº 16.pp. 447-454. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>.

BOWLBY, John (2002) – *Apego: A Natureza do Vínculo*. 3ª Edição. Vol. I. São Paulo: Martins Fontes, 2002. ISBN: 85-336-0906-X.

BRAZELTON, Terry; CRAMER, Bertrand (2004) – *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. 4ª Reimpressão. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-083-5.

CANAVARRO, Maria Teresa (2001) – Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Maria Cristina CANAVARRO (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-77-5. pp. 17-49.

CRAIG, J. ; SMITH, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência*. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.

CRAMER, Bertrand (1995) – As relações mãe-filho – Prioridades para o bebé XXI. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebé XXI: Criança e Família na*

viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7, pp 27-32.

CHRISTIE, J.; POULTON, B.C.; BUNTING, B.P. (2008) - An integrated midrange theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing* . Vol.61, Nº 1, pp. 38–50.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de atuação 12. Orientações Técnicas*. Lisboa: DGS. ISBN972-675-084-9.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) – *Padrões de reprodução em idades jovens*. Lisboa: DGS. ISSN 1645-4146

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013) – *Regulamento do Mestrado*. Lisboa: ESEL. Consultado a outubro de 2013 e disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/2117/RegulamentoMestrado_30Nov2011.pdf.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PARTEIRAS ESPANHOLAS; ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) - *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.

FELDMAN, Ruth (2004) - *Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care): Theoretical, Clinical, and Empirical Aspects*. Consultado em maio 2006 e disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=611874041&Fmt=4&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*. Vol. 3, Nº 3, pp. 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al] (2008) – Partner relationships during the Transition to Parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 26, Nº. 2, pp. 99 – 107.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GAYESKI, Michele; BRÜGGEMANN, Odaléa (2010) - Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Revista texto e contexto em Enfermagem*, Vol. 19, Nº4. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400022

GOMES-PEDRO, João (1999) – *A criança e a nova Pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0827-5.

GORDON, I.; FELDMAN, R. (2009) - Synchrony in the triad: a microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Family Process*, Vol.47, Nº 4, pp. 465–479.

GUPTA, J.; HOFMEYER, G.; SMYTH, R. (2012) - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Collaboration*. Consultado em 24 de outubro de 2013 e disponível na internet em <http://apps.who.int/whl/reviews/CD002006.pdf>.

HÄGGMAN-LAITILA, Arja [et al] (2010) - Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits. *Journal of Clinical Nursing*, Nº 19, pp. 3504 – 3515.

HÉRNANDEZ, Jose; HUTZ, Claudio (2009) - Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, Vol. 40, Nº 4.

HINTZ, H. C. (1998) - A dinâmica da interação do casal. *Pensando Famílias*, Nº1, pp. 31-40.

HINTZ, H. C.; BAGINSKI, P. (2012) - Vínculo Conjugal e Parentalidade. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, Vol. 4, Nº1. pp. 10-22. Consultado em 26 de setembro de 2013 e disponível em <http://www.abratef.org.br/2013/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>.

HOUTS, Renate [et al] (2008) – Patterns of Couple interaction during the Transition to Parenthood. *Personal Relationships*. Nº 15, pp. 103-122.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2011) – *Essential competencies for basic Midwifery practice*. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1*. Trad. Ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013) –*Destaque; Informação à comunicação social*. Lisboa: INE. Consultado em 26 de setembro de 2013 e Disponível na Internet em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...n

KENNEL, John (1995) – Tornar-se família – Ligações e Padrões de Mudança no Comportamento do Bebê e da Família. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebê XXI: Criança e Família na viragem do Século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7. pp. 35-51.

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

LEDERMAN, Regina P. (2011) - Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment. *Issues in a mental Health Nursing*. Vol.32, Nº 163. ISSN: 0161-2840.

LESCIOUS, K.; CABRAL, S. (2010) – *A Importância do Método Mãe Canguru*. Consultado em 28 de fevereiro de 2013 e disponível em http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/17ENF.pdf.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (2005) – *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

LUCERO-LIU, Ana [et al] (2008) – Partner effects of Mexican Cultural Values: The couple and Parenting Relationships. *The Journal of Psychology*. Vol. 142, Nº 2, pp169–192.

MARTINS, Cristina (2008) – *Transição para a parentalidade*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – *Transition Theory middle-range and situation theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publish Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MENEZES, C; LOPES, Rita (2007) - Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF*, Vol. 12, Nº 1, pp. 83-93.

MORRIL, Melinda [et al] (2010) - Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting. *Family Process*. Nº49, pp 59-73.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - *Código Deontológico do Enfermeiro – anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 31 de julho de 2012 e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (1996) – *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; INTERNATIONAL CONFERATION OF MIDWIVES (2008) – *Managing prolonged and obstructed labour*. Consultado em setembro de 2013 e disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669_4_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE; USAID; MATERNAL AND CHILD HEALTH INTEGRATED PROGRAM (2013) – *Delayed Clamping Of The Umbilical Cord To Reduce Infant Anaemia*. Consultado a 19 de setembro de 2013 e disponível em http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/MCHIP%20DCC%20Briefer_0.pdf

PEREL, Esther (2008) – *Amor e desejo na relação conjugal*. 1ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

PIRES, Ana Sofia (2008) - *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado. Consultada em 11 de abril de 2012 e disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/820/1/20978_ulsd056139_tm.pdf

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette (2004) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

RABOUAM, Catherine (2004) – Avaliação da vinculação no bebé. In Nicole, GUEDENEY e Antoine, GUEDENEY – *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7.pp. 89-99.

RIVERO, Catarina (2006) – *Da Conjugalidade à Parentalidade*. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://catarinarivero.com/conjugalparental.php>.

SÁ, Eduardo (org.) (1997) – *A maternidade e o bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-096-1.

SOUSA, Sátya (2004) – *Estilos de comunicação Pais-bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-120-7.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002) – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

WATSON, Jean. (2007) – *Nursing: Human science and Human Care. A theory of Nursing*. NewYork: National League for Nursing. ISBN: 9780763753221

YOUNG, Larry (2013) – *Research projects*. Consultado em outubro de 2013 e disponível em <http://research.yerkes.emory.edu/Young/research.html>.

APÊNDICE - CRONOGRAMA

Meses	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08-10
Atividades	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13
Realização do projeto															
Entrega do projeto			13												
Reformulação															
Inscrição do projeto									14						
Elaboração do relatório final					Análise RSL					Registo da observação de interações conjugais nos EC IV Análise e Discussão de dados					
					Registo da observação de interações conjugais nos EC II, III										
Entrega de relatório															nov.
EC I	25 - 20														
EC II					1 a 26										
EC III					29 out. – 14 dez.										
EC IV							17 dez. - 8 fev.								
Estágio com relatório										14 fev. a 12 julho					

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

“A parentalidade é uma realidade criada para a vida que deve ser vivida de forma positiva e cooperante entre o casal. Aprender a ser pai ou mãe acontece na relação do dia-a-dia com o filho (por mais livros que se leiam ou conselhos que se recebam!) nas experiências vividas e emoções experimentadas. É na dinâmica dos elementos da família que os momentos felizes são criados e os sorrisos partilhados.”

Rivero (2006, p.2)

AGRADECIMENTOS

À Professora Esmeralda Afonso pelo despertar do interesse pela área temática aprofundada neste relatório, pela sua disponibilidade na orientação do mesmo e pelo incentivo proporcionado.

Às Mulheres/Casais que ao serem cuidados permitiram não só o desenvolvimento de competências exigidas e refletidas neste relatório, mas também o meu desenvolvimento pessoal.

À Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Maria João, pela sua preocupação com a minha aprendizagem, partilha de saberes e ajuda na tomada de decisões.

À Sr^a Enfermeira Chefe Isabel Vital, pela motivação constante e pelo cuidado no meu acolhimento e conforto no serviço.

Ao meu marido Ricardo e aos meus pais.

Aos meus amigos e colegas de profissão pelo apoio.

Siglas

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação das Associações de Parteiras Espanholas

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RABA – Rotura Artificial de Bolsa de Águas

REBA – Rotura Espontânea de Bolsa de Águas

RN - Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

UC – Unidade Curricular

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

RESUMO

A transição para a parentalidade acarreta alteração na dinâmica do casal e motiva-o a fazer alguns ajustamentos na sua relação. Este relatório teve como principais objetivos: analisar criticamente as competências desenvolvidas no último ensino clínico realizado na sala de partos, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson; refletir sobre as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal; refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais.

Embora seja uma oportunidade de desenvolvimento para ambos os progenitores, o processo de parentalidade pode ser difícil, uma vez que o casal está mais vulnerável, pelas exigências de reorganização, reajustamento e novas aprendizagens a vários níveis, nomeadamente no âmbito da conjugalidade. O enfermeiro obstetra pode então desempenhar um papel fundamental no apoio a estas novas vivências, uma vez que presta cuidados muitas vezes, desde o período pré-concepcional até aos primeiros meses após o parto, podendo por isso, ir ao efetivo encontro da pessoa/família.

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura, realizada na plataforma EBSCO, selecionando-se as bases de dados eletrónicas: CINAHL, MEDLINE e Academic Search Complete. Os critérios de inclusão para os artigos foram: redação em português, inglês, ou espanhol; foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo; data de publicação entre 2008 e 2013. Foram considerados pertinentes 7 artigos.

Em contexto da prestação de cuidados foram elaborados registos das interações com os casais. Os achados foram comparados com os artigos contemplados. Da análise dos dados constata-se que no primeiro mês de vida do bebé os casais apresentam dificuldades na vivência de momentos a dois, pela centralização da sua atenção nos cuidados ao filho. Valoriza-se assim, a importância de, ainda no período pré-natal, serem abordados com os casais conteúdos relativos ao trabalho de parto e cuidados ao bebé. Da mesma forma, foi verificado como relevante a presença do companheiro no TP, uma vez que este pode reforçar os comportamentos maternos e aplicar conhecimentos,

anteriormente apreendidos, sendo um elemento facilitador no processo de nascimento. Foi concluído que o EESMOG pode assumir um papel fundamental no reforço das competências parentais durante os períodos de gravidez, trabalho de parto e primeiras semanas após o parto. A clarificação do que está a ser vivenciado em cada momento foi observada como facilitadora da confiança parental, contribuindo para a diminuição da ansiedade. A promoção de estratégias de gestão de tempo pode favorecer a vivência de momentos exclusivos entre casal. Destaca-se a importância do diálogo mútuo e apoio constante entre casal, a qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas.

Palavras-chave: Conjugalidade, Relação Conjugal, Parentalidade, Cuidado Transpessoal, Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

The transition to parenthood entails changes in the dynamics of the couple and motivates to make some adjustments in their relationship. This report had as main objectives: to analyze critically the skills developed in the last clinical teaching done in the delivery room, based on transpersonal care of Jean Watson; reflect on the implications of the process of parenting in marital relationship; reflect on the data and its relevance for the development of professional skills.

Although it is a development opportunity for both parents, the process can be critical parenting difficult, since the couple may be more vulnerable, as required, by the demands of reorganization, readjustment and new learning at various levels, particularly in the conjugal context. The midwifery may play a key role in supporting these new experiences, since it provides preconception care until the first months after birth, and may therefore go to the real encounter of the person.

The methodology used was a systematic review of the literature, which has conducted research on platform EBSCO, choosing to search in three electronic databases: CINAHL, MEDLINE, and Academic Search Complete. Inclusion criteria for articles were: Writing in Portuguese, Spanish or English, focusing on problem outlined, seeking agreement with the topic under study; publication date between 2008 and 2013. 7 articles were considered relevant

In the context of caregiving field, couples interaction was wrote. The findings were compared with the articles covered. Analysis of the data reveals that in the first month of a baby's life couples have difficulties in living moments together, by centering attention on care for the baby. Values thus, the importance of even the prenatal period, are dealt with couples content relating to labor and care to the baby. Likewise, it was found to be relevant partner in the presence of TP, since it can increase maternal behaviors and applying knowledge previously seized, and therefore a facilitator in the process

It was concluded that EESMOG can play a key role in strengthening parenting skills during periods of pregnancy, labor and the first few weeks after delivery. A clarification of what is being experienced in each moment was observed as a facilitator of parental confidence, contributing to the reduction of anxiety. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Promoting strategies for time management may favor the experience of unique moments between couples. Highlights the importance of dialogue and mutual support between couple, the quality of the marital relationship often already established, as well as the sharing of the child care and household chores.

Keywords: Conjuality, Family Relations, Parenting, Nursing Care, Midwifery

SUMÁRIO

	f
<u>INTRODUÇÃO</u>	11
1- <u>QUADRO DE REFERÊNCIA</u>	16
1.1- O CUIDAR TRANSPESSOAL	17
1.2- RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	19
1.3- TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO	23
2- <u>COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</u>	28
2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA.	29
2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO.	31
2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA.	34
2.4- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA.	41
2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL	45
3- <u>METODOLOGIA</u>	47
3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	47
3.2- OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	54
3.3- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS	57
4- <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	66
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	68
APÊNDICE – CRONOGRAMA	75

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro 1 Apresentação dos artigos seleccionados	51
Quadro 2 Aspetos contemplados na observação da interação entre casal	54
Quadro 3 Caracterização dos participantes, segundo as variáveis idade, estado civil e escolaridade	57
Quadro 4 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo	58
Quadro 5 Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no ciclo de estudos de mestrado, que visa o desenvolvimento de competências profissionais específicas. Pretende por isso, analisar criticamente o conhecimento que sustenta a prática de enfermagem e interpelar/refletir nas práticas existentes e paradigmas ao nível desta disciplina (ESEL, 2013). Com a discussão pública deste relatório deseja-se adquirir o grau de mestre.

Este relatório está sobretudo centrado no Ensino Clínico “Estágio com Relatório”, que decorreu fundamentalmente em contexto de sala de partos. O projeto inicial que precedeu a realização deste trabalho foi um documento norteador do mesmo e baseou-se no Guia Orientador do Ensino Clínico, no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) e ainda na problemática específica que pretendia desenvolver - o cuidar do casal a experienciar processos simultâneos de conjugalidade e de parentalidade

De acordo com Benner (2001) é através da interação entre o enfermeiro e a pessoa/família, que ocorre o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade. Esta relação (enfermeiro-cliente) promove ainda, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. É também em contextos de trabalho, que o enfermeiro se confronta com as dificuldades reais e os recursos existentes, que o obrigam ao desenvolvimento da sua capacidade de improviso e habilidade para responder eficazmente às necessidades da pessoa cuidada (Benner, 2001).

O interesse pelas temáticas da conjugalidade e da parentalidade surge de uma preocupação pessoal resultante da interação com alguns casais durante a estadia no Serviço de Obstetrícia (Unidade de Puerpério), local onde exerço funções de enfermeira há mais de sete anos. Considero igualmente, que os conteúdos abordados nas unidades curriculares do CMESMO e do curso de licenciatura em enfermagem (CLE) relativos à gravidez e pós-parto suscitaram motivação e um aprofundamento de conhecimentos nesta área.

No CLE, na elaboração da monografia final do curso, onde se procedeu ao estudo do repertório comportamental parental na relação pais-filho, bem como durante o ensino clínico do 4º ano curricular, realizado em contexto de cuidados de saúde primários, houve oportunidade de desenvolver algumas competências relacionadas com a temática da parentalidade. Para além disso, na minha atividade profissional, o contacto frequente com casais que, a partir de um dado momento, para além dos papéis de marido e mulher passam a assumir simultaneamente, novos papéis, o de pai e o de mãe, faz-me refletir nas implicações da parentalidade na relação conjugal. Repenso ainda no papel que o enfermeiro, como profissional de saúde privilegiado, pode assumir para favorecer o desenvolvimento de competências parentais e o reajustamento de papéis na interação conjugal.

Em concordância com Benner (2001) a minha experiência profissional pode corresponder a um nível de *proficiente* no âmbito dos cuidados de enfermagem à mulher/RN/família nos primeiros dias após o parto, uma vez que sempre desenvolvi a minha atividade numa Unidade de internamento de puerpério. Contudo e com a concretização deste ciclo de estudos, pretendo atingir o mesmo nível no cuidado à mulher/famílias nas diversas situações de saúde, em diferentes etapas do ciclo vida familiar. Como considera a mesma autora, as situações são compreendidas numa perspetiva global, nunca excluindo uma série de possibilidades alternativas. Proceda-se à utilização de experiências concretas do passado para orientar as ações, através de um conhecimento especializado e sistemático, baseado na experiência de trabalho e na apropriação de conhecimentos teóricos específicos.

Em Portugal, temos assistido a algumas mudanças na constituição das famílias, que conseqüentemente levaram a situações de adaptação a um mundo mais rápido, mais próspero, mais rico em informação, mais envolvente na educação e, com maior mobilidade social. Os papéis parentais, assim como as relações sistémicas na vida familiar modificaram-se. Desta forma, podemos constatar a existência de uma nova forma de ser mãe e numa nova forma de ser pai.

Penso que durante todo o percurso de desenvolvimento do projeto procedeu-se a um aprofundamento de temáticas que estão intimamente relacionadas: a parentalidade e a conjugalidade. Verificou-se que os “novos pais” necessitam de ser auxiliados e apoiados no processo de transição para a parentalidade, não só no desenvolvimento de competências como na assunção de novos papéis que, na maioria das vezes, permitem ir ao encontro das necessidades do filho. Por outro lado, importa igualmente repensar-se, como é afetada a relação conjugal neste período. Para Rivero (2006) o grande desafio do casal é viver a parentalidade em pleno, adaptando a relação conjugal à nova realidade. Cada um dos elementos do casal irá deparar-se com um nova imagem (de si e do outro), bem como experimentar novas emoções em qualidade e intensidade, sendo um processo de transformação, acompanhado de aprendizagens constantes na prestação de cuidados ao filho. A mesma autora refere que ter um filho implica não só dar vida a um novo ser humano, como dar vida a um novo casal (Riviero, 2006).

O enfermeiro especialista em saúde materna¹ tem um papel fundamental no apoio à população, no sentido de poder proporcionar cuidados que visam a promoção de estilos de vida saudáveis, avaliando e promovendo o desenvolvimento de famílias funcionais e saudáveis, física e emocionalmente ou, atuando de forma a criar as melhores condições para que tal aconteça. É especificamente nos períodos de preconceção, gravidez, parto e pós-parto que o enfermeiro obstetra desempenha funções essenciais no Cuidar à mulher/casal, inseridos numa comunidade e numa sociedade em constante transformação e cada vez mais com maiores exigências (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É igualmente, pela presença constante, por partir ao encontro do outro, como ser holístico, constituído por corpo, mente e alma e, chegar até ele, proporcionando-lhe todo e qualquer bem, através de momentos significativos, capazes de transpor do mundo físico e o tempo real, que o enfermeiro pode ser o profissional de referência (Watson, 2007). Sendo desta forma que perspetivo o cuidar, observando a pessoa como um ser total, capaz

¹ Para possibilitar uma leitura mais fluída e agradável serão utilizadas diferentes expressões de enfermeiro (enfermeiro, enfermeiro obstetra, enfermeiro especialista em saúde materna) que se referem ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EEESMOG).

de experienciar de forma individual e única o seu processo de saúde, de acordo com os seus valores, princípios, padrões culturais e experiências prévias, considero que Watson, com a sua teoria do cuidar transpessoal, foi o referencial que sustentou a minha prestação de cuidados em contexto de ensino clínico.

Relativamente aos indicadores de saúde, em termos de saúde física, tem havido uma evolução muito positiva devido à vacinação e cuidados de saúde prestados durante a gravidez, nascimento e primeiros anos da criança, que colocam Portugal a par dos países europeus com melhores resultados em saúde. Contudo, os problemas afetivos e de comportamento têm aumentado.

A diminuição da taxa de natalidade e o índice de envelhecimento da população portuguesa criam preocupações demográficas e podem levar à vivência de maiores angústias com o desempenho do papel de pais, já que muitos casais têm somente um ou dois filhos e, por isso, a experiência de parentalidade e de conjugalidade no contexto da parentalidade não é muita. O cuidado de enfermagem especializado favorece apoio na área das emoções e vivências dos pais ao saber escutá-los no período pré natal e pós-parto.

Logo após o nascimento, a enfermeiro proporciona o contacto demorado pele com pele pais-filho, favorece ambiente de privacidade, avalia a interação e apoia os pais nos cuidados ao bebé. No regresso da família ao domicílio, é fundamental que o enfermeiro programe e execute visita (s) domiciliária (s) com o objetivo de promover saúde, favorecendo maior tranquilidade à família.

Segundo a DGS (2004, p. 6), é de importância extrema “desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade (...)”. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família e onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente (DGS, 2002).

Com a realização do relatório procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- Analisar criticamente as competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia, tendo por base o cuidado transpessoal de Jean Watson.
- Refletir sobre as implicações do processo de transição para a parentalidade na relação conjugal, de acordo com a análise da revisão sistemática da literatura elaborada e das notas de campo;
- Refletir sobre os dados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais, como futura enfermeira obstetra.

Este relatório está organizado em quatro pontos. No primeiro, são analisados conceitos/dimensões fundamentais da problemática em estudo. No segundo descrevem-se e analisam-se as competências do EEESMOG relativas à unidade curricular “Estágio com relatório”, tendo por base o Modelo de Cuidar Transpessoal de Jean Watson. No terceiro ponto procede-se à descrição da metodologia realizada e discutem-se os achados da revisão sistemática da literatura e notas de campo. No último, tecem-se algumas considerações finais que se referem às conclusões deste trabalho e sugestões de alguns estudos. Realiza-se ainda um cronograma, remetido para anexo, que pretende espelhar a realização das diversas atividades no decorrer dos ensinamentos clínicos.

1 - QUADRO DE REFERÊNCIA

Através da revisão narrativa da literatura efetuada ponderou-se o desenvolvimento dos seguintes conteúdos, constituintes do quadro de referência do relatório de estágio:

- O cuidar transpessoal
- Relação conjugal na transição para a parentalidade
- Tarefas de desenvolvimento parental na gravidez – o desejo de ter um filho

A temática em estudo reside nos dois conceitos fundamentais de conjugalidade e parentalidade, por isso torna-se essencial defini-los.

Antunes (2008) considera que a conjugalidade é entendida num contexto de relação de coabitação/casamento entre dois seres humanos. O *International Council of Nurses* (ICN, 2005) clarifica a parentalidade como sendo a ação de tomar conta, com características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel.

Sendo que, frequentemente, é no contexto de uma relação conjugal que se desenvolve a parentalidade, torna-se essencial perceber como é que o Cuidar de enfermagem pode favorecer o desenvolvimento destes papéis em interação, indo ao encontro do casal que acaba de ser Mãe e Pai, é o que tentarei refletir de seguida.

1.1 O CUIDAR TRANSPESSOAL

Para Watson (2007) a pessoa é entendida como um ser no mundo, que contacta permanentemente com o meio envolvente e que faz parte dele, pelo que a sua teoria do cuidar transpessoal, assenta no Paradigma da Transformação. A pessoa é considerada um ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade a manutenção do bem-estar definido pela própria pessoa e por isso mesmo, com significado único para si. Cuidar significa ir ao encontro da pessoa e caminhar com ela, num caminho que ela define, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al, 1996). Deste modo, como profissional de saúde que presta cuidados ao casal e família, nos períodos de gravidez, parto e pós-parto, o enfermeiro tem as competências fundamentais para ir ao encontro das necessidades específicas da(s) pessoa(s) que cuida. Como refere Watson (2007) é importante que estes momentos sejam verdadeiramente transcendentais e intemporais, que transponham o mundo físico e material e, que estabeleçam contacto com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, observada como um ser no mundo, que interage com um contexto, um ambiente (família, cultura, comunidade) e, que é constituída por mente, corpo e espírito – um ser holístico (Watson, 2007). Entenda-se que mente é descrita por Watson como a inteligência, as emoções, as memórias, enquanto o espírito é observado como a alma, o eu interior, a essência da pessoa que transpõe o aqui e agora e que é capaz de projetar-se noutro local, no futuro, por exemplo.

É este o verdadeiro contributo que o enfermeiro pode deixar. É desta forma que se vivem momentos transpessoais, em que o enfermeiro influencia e é influenciado, numa união com o outro que fará parte da história de vida de cada um. Ao estabelecer uma relação baseada no *caring*, o enfermeiro torna-se pessoa significativa para a pessoa que cuida e é vulnerável às suas experiências, vivências, no decorrer da prestação de cuidados. É igualmente,

fundamental, que os valores de respeito pelo outro, pela sua vulnerabilidade e a dignificação da sua realidade sejam uma constante preocupação no cuidar.

Na situação específica em estudo, cabe ao enfermeiro desejar todo e qualquer bem à pessoa de quem cuida, perceber o que ela quer e necessita para ser ajudada, desenvolver uma comunicação eficaz, discutir percepções, sentimentos e prioridades, ajudá-la a identificar o significado desta experiência na sua situação de saúde, na sua história de vida – *fenomenal field*, e encontrar formas, com ela própria, que a capacitem para o autoconhecimento e que, por conseguinte, façam sentido para ela. Para isso, é igualmente importante, que os cuidados desenvolvidos sejam baseados na evidência, nos resultados de investigação e da informação assente em teorias que possibilitem a tomada de decisões sobre os cuidados a serem prestados, adequando-se desta forma, às necessidades solicitadas.

Quem cuida conhece, reflete e assume valores. Age e “apaixona-se” pela pessoa que encontra e com quem caminha, pois, as transações do cuidar, envolvem o reconhecimento de que cada um é um ser único, com características, com experiências e com dimensões singulares (Watson, 2007).

Durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e até mesmo em contexto de visitas domiciliárias o enfermeiro poderá avaliar as principais dificuldades e necessidades da família, interações entre o casal e pais-filho, e também o seu processo de adaptação e vinculação com o bebé. Desta forma, e estando presente no meio ambiente da família, pode atuar no sentido de desmistificar algumas crenças e sentimentos de incompetência dos pais e promover a capacidade destes para cuidarem do seu filho, evidenciando e reforçando os aspetos positivos. Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver possibilidade de recurso a intérpretes. O ambiente domiciliário é privilegiado para a atuação do enfermeiro, na medida em que se encontra no seio da família, onde todas as interações e relações se desenvolvem naturalmente, sendo fator determinante da sua forma de estar no mundo e de reagir a processos de saúde-doença (Watson, 2007).

1.2 - RELAÇÃO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de um filho prepara-se ao longo de mais de nove meses. Das ambiguidades comuns no início da gravidez, por que passam muitos casais, ao investimento característico no último trimestre, visível na preparação do quarto e do enxoval do bebé. O desejo de ter um filho, emerge comumente cedo na vida de um rapaz ou rapariga. Enquanto a maternidade é entendida como um processo que ultrapassa a gravidez. Para Canavarro (2001, p.19) a maternidade “é um projeto a longo prazo, quase que nos atreveríamos a dizer um projeto para toda a vida”.

A transição para a parentalidade, apontada como uma transição de desenvolvimento, nomeadamente por Meleis (2010), permite à enfermeira, como profissional de saúde que mais tempo tem de contacto com os utentes, ter uma posição privilegiada para poder antecipar ou apoiar o casal nesta transição. Os meses de gravidez são importantes para a mulher se adaptar ao papel maternal, sendo este um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social. Ao estar inserida no contexto familiar, todos os membros passam por um processo de adaptação onde identificam o seu papel, ao ter em vista as suas necessidades (Lowdermilk, 2008).

A transição para a parentalidade envolve a reorganização e estabilização de tarefas, a partir das quais os pais/família demonstram desenvolvimento de competências nas atividades relacionais e funcionais.

A evolução da nossa sociedade nas últimas décadas tem alterado verdadeiramente a dinâmica familiar. É cada vez mais frequente, os casais viverem em famílias nucleares, sendo raro o apoio da família alargada e das gerações mais velhas. A verificação do aumento das doenças crónicas e degenerativas, que provocam limitações na independência da população adulta e idosa, poderá afetar a disponibilidade dos avós, para auxiliarem nos principais cuidados aos netos.

Em 2013, o número médio de pessoas por agregado familiar era de cerca de 2,6, cuja constituição mais comum era o casal e um filho [(Instituto Nacional de

Estatística (INE, 2013)]. Por este motivo, na atualidade, a maioria dos pais não possui apoios familiares na prestação de cuidados ao bebé, logo, é fundamental que possuam as competências necessárias, visto serem os seus principais cuidadores. Este facto, aliado a uma diminuição do número de nascimentos faz com que haja menos contacto por parte dos jovens adultos com crianças e com os cuidados a prestar a estas. Devido à carência de suportes de cuidados informais, é necessário que, por vezes, esta assistência seja efetuada por parte de prestadores de cuidados formais, nomeadamente por enfermeiros. Estes profissionais, nomeadamente os EEESMOG, são os profissionais que podem ter um contacto mais próximo com estas famílias e que podem, consequentemente, conhecer melhor as suas principais necessidades, o seu contexto socioeconómico, os seus recursos e competências. Como tal, são profissionais com um papel importante na promoção de competências parentais.

No desenvolvimento da relação conjugal, os casais passam por diversas etapas com características específicas e tarefas que necessitam de ser cumpridas: a de enamoramento em que ocorre uma forte atração e desejo de duas pessoas se tornarem num só, sendo que a tarefa do casal é associar os seus objetivos à realidade para que se constitua um relacionamento possível de ser desenvolvido; a de encontrar diferenças em que a interação entre ambos e a capacidade de negociação, são fundamentais para consolidar a relação e sentirem-se seguros; a gestão das relações de poder em que um dos cônjuges passa a desejar maior independência do outro; a estabilidade, o casal aceita a relação, é íntimo e está cúmplice e portanto, volta-se para as realizações pessoais do mundo exterior; a de comprometimento, sendo que é assumida a posição de querer permanecer juntos e de se realizarem mutuamente, o *eu* e o *nós* coexistem em harmonia e a capacidade de negociação está bem desenvolvida possibilitando evolução e não separação (Hintz, 1998).

A transição para a parentalidade pode ser um processo crítico em que o casal pode tornar-se vulnerável, uma vez que obriga a reorganização, reajustamento

e novas aprendizagens a vários níveis nomeadamente no âmbito da conjugalidade.

Gordon e Feldman (2008) introduzem o conceito de co-parentalidade no sistema familiar definindo-o como a capacidade de coordenação entre adultos e como ambos exercem a função parental, exigindo uma sincronia mútua de comportamentos, para um fim comum – a capacidade de cuidar um filho.

Como refere Martins (2008) já no período pré-natal e, posteriormente, com o nascimento de uma criança, vivenciam-se frequentemente momentos de *stress* e modificações no bem-estar pessoal e nos estilos de vida parentais. Com o nascimento do primeiro filho a relação anterior de exclusividade é quebrada, sendo necessário que o casal elabore uma perda da posição de indiferenciação e simbiose com o companheiro e partilhe a sua atenção com um novo membro - o bebé (Hintz e Baginski, 2012). Os mesmos autores revelam, no estudo que efetuaram em 2012, que existem vários fatores que podem ser responsáveis pela rotura conjugal na sequência do nascimento do filho: as situações de tensão e de dificuldade de comunicação efetiva podem levar a triangulações com o filho; as dificuldades transgeracionais por conflitos de crenças, valores e cultura entre as famílias de origem; a idealização de uma figura parental que não corresponde à real na educação e cuidados ao filho; a incapacidade na assunção de novos papéis e na constituição de uma nova família a existência de sentimentos de ciúme pela partilha de atenção com outra pessoa, que não o cônjuge.

A orientação antecipatória e as intervenções desenhadas para facilitarem a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias podem, por isso, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da autoeficácia e satisfação parental.

Hernandez e Hutz (2009) concluíram no seu estudo que os novos papéis (o de pai e o de mãe) precisam de ser aprendidos, os novos relacionamentos desenvolvidos e os já existentes reordenados, pelo que se torna fundamental, o encontro do enfermeiro com as necessidades destes casais, assim como um caminhar constante na procura de sentidos significativos.

No estudo efetuado por Pires (2008, p. 44) destacou-se que “os casais com filhos que apresentam valores médios de satisfação conjugal mais elevados, apresentam valores médios de aliança parental também mais elevados”. Acrescenta ainda a importância do contexto e do nível socioeconómico em que as famílias se inserem, bem como do género da pessoa questionada sobre a satisfação conjugal.

Ainda num estudo desenvolvido por Menezes e Lopes (2007), verificou-se que a transição para a parentalidade pode conduzir a uma diminuição na satisfação conjugal, sendo que o fator central para a compreensão da conjugalidade na transição para a parentalidade é a qualidade da relação conjugal estabelecida antes da transição. Os autores nomeiam um estudo longitudinal com 114 casais levado a cabo por Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez, mas desceu significativamente, após o nascimento do filho. Tal declínio foi mencionado tanto pelos homens quanto pelas mulheres dos casais considerados, mas por diferentes motivos.

“Para os homens, a tendência a fazer atribuições positivas sobre o comportamento das companheiras explicou o declínio de sua satisfação com o casamento, enquanto para as mulheres, fatores como depressão e temperamento do bebê foram referidos como influenciando o declínio da satisfação conjugal” Rothman (2004) citado por Menezes e Lopes (2007, p. 84).

Para Rivero (2006) no final do primeiro ano após o nascimento do primeiro filho 70% das mulheres sentem grande insatisfação com o casamento, sendo que a insatisfação dos maridos ocorre posteriormente, como uma reação à infelicidade da esposa. O enfermeiro obstetra pode ter assim um papel fundamental no suporte ao casal, que pode muitas vezes, favorecer a aquisição de novas competências e o desenvolvimento de outras já apreendidas. É de realçar que a qualidade da relação conjugal estabelecida, a coesão e o suporte mútuos podem ser facilitadores de um entendimento conjugal no período de transição para a parentalidade, e será com certeza um recurso de afirmação a que os novos pais poderão recorrer, quando nalgumas circunstâncias por ventura, se sentirem angustiados ou incapazes de lidar com uma situação.

Rivero (2006) clarifica que, com a preparação para o nascimento de um filho e, posteriormente, com a particularidade e singularidade da relação estabelecida entre mãe e bebé, é natural ocorrer uma diminuição da disponibilidade para investir na relação conjugal. Associado a estes fatores, por vezes o cansaço físico, a privação do sono e a conjugação de todas as outras atividades do quotidiano, podem dificultar o relacionamento conjugal. Torna-se portanto, importante explicitar que no cerne de toda a desordem e obstáculos com que se deparam, é essencial existirem momentos a dois, em que ambos se reencontram, partilham e avançam. Promove-se assim, “uma relação mais gratificante com ganhos também para a criança, na medida em que irá aumentar a satisfação individual (e conjugal) e diminuir os níveis de *stress*” (Rivero, 2006, p. 2).

Sendo que muitas vezes, após o casal ter alguma estabilidade económica/financeira, a parentalidade é um dos objetivos conjugais. Procedese de seguida, a uma descrição do conceito de vinculação e a uma análise das etapas do desenvolvimento da gravidez e do nascimento.

1.3 TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO PARENTAL NA GRAVIDEZ – O DESEJO DE TER UM FILHO

O conceito de vinculação foi definido por Bowlby (1958), como sendo a criação de laços afetivos de uma pessoa ou animal a outro indivíduo específico, tendencialmente da mesma espécie. Compreende a existência de sentimentos de afeição/amor e é prolongada e dirigida a uma pessoa particular.

Brazelton e Cramer (2004) consideram a vinculação afetiva entre pais e filhos, como um processo contínuo que se inicia durante a gravidez e que se vai desenvolvendo com o estabelecimento das interações pais-bebé. Como se constatou em estudos que foram elaborados, se a mãe apresentar um contacto mínimo com o bebé (poucas horas depois do parto) é capaz de identificar o seu filho, através do toque, odor e choro (Figueiredo, 2001). Todavia, mães de recém-nascidos doentes que foram separadas dos filhos imediatamente, após

o parto, foram mais tarde, menos confiantes, mais desajeitadas e menos afetuosas (Gomes-Pedro, 1999).

São diversas as tarefas que caracterizam cada fase da parentalidade e que estão associadas ao desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério, bem como ao processo de vinculação que é estabelecido (Canavarro, 2001). É necessário contudo referir, que os seus *timings* de resolução são variáveis de pessoa para pessoa e que portanto, não se podem generalizar para um todo. Deste modo, são apresentadas seis tarefas de desenvolvimento para os pais (pela 1ª vez): *aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebé como pessoa separada e reavaliar e reestruturar a sua própria identidade* (Canavarro, 2001).

A aceitação da gravidez que, habitualmente ocorre durante o primeiro trimestre de gestação, é caracterizada pela existência de sentimentos de ambivalência, mesmo que tenha sido algo planeado e desejado. Esta ambivalência deve-se ao profundo questionamento, relativo à viabilidade da própria gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que o novo estado implica e à própria parentalidade (Canavarro, 2001; Brazelton e Cramer, 2004).

Para dominar alguns dos receios que surgem neste período, torna-se essencial que ocorra uma idealização/visualização da criança como um ser perfeito e desejado (Brazelton e Cramer, 2004).

Durante este período os futuros pais podem estar muito recetivos ao apoio de outras pessoas (profissionais, familiares) (Brazelton e Cramer, 2004).

Cerca das 16 às 20 semanas de gestação a grávida começará a sentir os primeiros movimentos do seu bebé, notícia que poderá ser então partilhada com as pessoas que são mais significativas. Como referem Brazelton e Cramer (2004) pode constatar-se que a *vinculação mais precoce* tem início sobretudo a partir deste período, uma vez que existe a consciencialização de uma possibilidade de relação entre a mãe e o feto, que neste momento se torna um ser ativo, capaz de interferir – feto como ser competente.

O bebê aparece assim, como uma pessoa distinta da mãe, com uma identidade única. Deste modo, verifica-se constantemente, nesta etapa, o imaginar de como serão os primeiros cuidados ao recém-nascido, bem como as suas características físicas e temperamentais (Brazelton e Cramer, 2004; Canavarro, 2001).

É frequente, a partir do segundo trimestre de gestação, observar-se a grávida a acariciar o abdómen e a dialogar com o seu bebê, comportamentos muito importantes para a comunicação verbal e tátil entre ambos.

O confronto com os registos ecográficos é também de extrema importância. Como referem Sá (1997) e Sousa (2004), a audição dos batimentos cardíacos fetais, bem como a visualização das ecografias são marcos muito importantes na história da gravidez e na consolidação do bebê a nível mental. Assim, e como afirma Canavarro (2001), pode manifestar-se uma reavaliação e reestruturação da relação com os pais, dando-se continuidade às tarefas anteriormente iniciadas.

A representação que a mulher e homem têm dos seus pais é fundamental, quer pelas suas expectativas em relação ao papel que irão desempenhar como avós, quer pelo modo como observam a relação estabelecida com eles ao longo do seu desenvolvimento enquanto pessoas, integrando as experiências positivas e negativas que tiveram como filhos, aceitando o seu bom desempenho e simultaneamente, as suas falhas e limitações. É-lhes então possível, seleccionar os comportamentos que querem adotar para com o seu bebê e que foram semelhantes aos que adotaram consigo, em substituição daqueles que não considera como tendo sido funcionais e que portanto, evitarão. A tomada de consciência e aceitação das suas próprias falhas enquanto pais poderá também ser possível, através da resolução desta tarefa de desenvolvimento.

A reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro pode surgir durante o segundo trimestre (Brazelton e Cramer, 2004), ou no terceiro (Canavarro, 2001). “O reconhecimento do papel do pai ajuda a mãe a encarar o bebê como um ser diferente. (...) não só ajuda a futura mãe na tarefa de se separar do feto e de diferenciá-lo das suas fantasias, como também lhe

reafirma que ela não é, por si só, responsável por quaisquer sucessos ou insucessos” (Brazelton e Cramer, 2004, p. 36). Assim, terá que existir um reajustamento na relação do casal, a nível afetivo, sexual e na rotina diária, sendo fundamental um ajuste da aliança conjugal, para a formação da aliança parental que permita a partilha e articulação das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos da vida e promoção de suporte emocional (Canavarro, 2001).

No terceiro trimestre de gravidez, o feto é, cada vez mais observado como um ser separado e real. Esta preparação para a separação é concretizada aquando da ocorrência do parto, podendo ser marcada por momentos de alguma ansiedade, sobretudo nas mulheres primíparas (Canavarro, 2001).

Os sentimentos de ambivalência podem regressar nesta fase, já que a vontade de ter um filho e terminar o período de gravidez coexiste com o desejo de prolongar, no sentido de adiar o momento do parto e as dificuldades que podem estar presentes a partir do nascimento do bebé (Canavarro 2001).

A reavaliação e reestruturação da própria identidade, descrita por Canavarro (2001), é uma tarefa que sintetiza um pouco de todas as outras e que implica a realização de um balanço dos ganhos e perdas que a parentalidade introduziu, bem como a aceitação das mudanças implicadas.

Durante estes acontecimentos psicológicos que preparam a mulher e o homem para um acontecimento tão importante nas suas vidas e para o desempenho de novos papéis, o enfermeiro tem uma intervenção fundamental tal como alega Watson (2007) citando Mayerhoff (1971) ao referir que o enfermeiro tem que saber muitas coisas “ (...) para cuidar de alguém tenho que saber muitas coisas. Tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento (...) ” (p. 55-56).

Se o casal demonstra motivação e desejo em partilhar estes aspetos da experiência da gravidez e do parto no seu próprio relacionamento e com o enfermeiro obstetra a possibilidade de resolver os seus receios diminui e a sua capacitação tende a aumentar.

Desta forma, o enfermeiro adapta a sua intervenção de acordo com as características da mãe e/ou do pai e prepara o casal para o nascimento e parentalidade.

2- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com os guias orientadores formulados para os ensinamentos clínicos do 3º CMESMO; no que se refere às competências e atividades propostas para o ensino clínico a realizar na sala de partos e serviço de urgência ginecológica e obstétrica; e tendo por base os seguintes documentos:

- Competências do EEESMOG (2011) elaborado pela OE;
- “Pelo Direito ao Parto Normal” produzido pela OE e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO);
- Competências do EEESMOG preconizadas pelo ICM (2010, revistas em 2013);
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996);

Foram delineadas as competências a desenvolver no decorrer da unidade curricular - Estágio com Relatório:

- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher/família que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à grávida/casal hospitalizado para indução de trabalho de parto.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os 4 estádios do trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno/fetal e a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao RN com necessidade de hospitalização na Unidade de Neonatologia.
- Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável

Partindo da identificação de cada uma das competências apresento o contexto em que elas foram desenvolvidas assim como as atividades que realizei nesse âmbito.

2.1- COMPETÊNCIA 1: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER/FAMÍLIA QUE RECORRE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA²

Ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica ocorrem mulheres de diferentes grupos etários, com necessidades várias decorrentes de problemas tanto da área uroginecológica como da obstetrícia. Sendo um hospital que abrange uma vasta área populacional, constata-se uma grande diversidade cultural nas populações que recorrem aos cuidados de saúde nesta instituição. No decorrer deste ensino clínico, existiu uma preocupação constante em respeitar o mais possível os aspetos culturais de cada indivíduo, nomeadamente, no que se refere às suas crenças e valores. Eles são parte integrante da especificidade de cada pessoa e interferem no modo como cada uma se vê no mundo e qual o significado que atribui à situação de saúde que experiencia (Watson 2007).

As diferenças linguísticas foram, por vezes, limitadoras da prestação de cuidados, uma vez que dificultaram o conhecimento da realidade de cada um. Deste modo, foi nalguns casos complexo o ir ao encontro das necessidades individuais da pessoa, algo tão fundamental para a prestação de cuidados como realça Watson (2007).

O facto da maioria das situações de cuidados ter ocorrido em contexto de urgência/emergência fez com que não fosse possível a articulação com um intérprete. Contudo, nos serviços de internamento das diferentes áreas de cuidados de obstetrícia e ginecologia, sempre que necessário, é efetuado um pedido à embaixada do país de origem de cada cidadão, tal como preconizam

² A unidade de saúde onde decorreu o meu estágio pertence a um hospital central e é constituída pelos serviços de urgência ginecológica e obstétrica e pela sala de partos. A equipa de enfermagem é a mesma e presta cuidados segundo o método individual de trabalho.

Active Citizenship Network (2008) na Carta dos Direitos dos Pacientes e a Direção Geral de Saúde.

No decorrer do meu processo de aprendizagem neste ensino clínico, foram cerca de 32 horas as que tive em contexto de urgência de ginecologia e obstetrícia. Sendo que a maioria das situações de cuidados durante este período, foi no âmbito da obstetrícia.

Cada utente é avaliada por um EEESMOG segundo um modelo de fluxogramas – Triagem de Manchester -- que possibilita uma avaliação rápida, objetiva e criteriosa da situação de saúde da utente quando chega ao serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia. De seguida, são então prestados outros cuidados imediatos tendo em conta cada circunstância e é feita uma observação de cada pessoa por um médico obstetra. Por fim, se necessário, é efetuada a transferência para diferentes unidades consoante a especificidade de cada situação: Serviço de Ginecologia, Unidade de Medicina Materno Fetal, Unidade de Puérperas, Sala de Partos.

A entrevista de colheita de dados é fundamental, embora no contexto de um serviço de urgência, seja extremamente direcionada, no sentido de dar uma resposta rápida e efetiva às necessidades de saúde de cada utente que se encontra quase sempre em elevado risco de morbilidade e, muitas vezes, de vida.

O diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na mulher no âmbito uroginecológico, no período pré-natal e puerpério, é o objetivo major do EEESMOG que presta cuidados neste serviço. Uma adequada colheita de dados, a valorização da sintomatologia da utente, a sua avaliação física e psicoemocional, assim como a avaliação do bem-estar fetal através da realização da auscultação cardíaca fetal, avaliação do cardiotocograma e, em colaboração com o obstetra, avaliação da ecografia fetal, tornam-se procedimentos essenciais de uma prática de excelência.

Nas diversas situações de cuidados que experienciei, tive a oportunidade de Cuidar de mulheres em situação de hiperémese e colestase gravídica, pré-eclâmpsia, hemorragia do segundo e terceiro trimestres e em fase latente e

ativa do trabalho de parto. Algumas utentes recorreram igualmente a este serviço por diminuição dos movimentos fetais.

Embora, por vezes, os tempos de atuação do enfermeiro neste serviço sejam reduzidos, pela situação de saúde de urgência/emergência, constatei que o suporte psicoemocional que o enfermeiro especialista pode prestar, é fundamental. Ao compreender a pessoa como um todo, a valorização das suas emoções é tão importante como a consideração dos aspetos fisiológicos. As diversas intervenções de enfermagem devem portanto englobar a mente, o espírito e o corpo como partes indissociáveis (Watson, 2007). Escutar o que o outro quer verbalizar, respeitar o seu silêncio, mostrar disponibilidade e empatia com os momentos de sofrimento que muitas vezes está a experienciar, pode minimizar estas vivências e dar ao outro o conhecimento de que existe um cuidador pronto a caminhar consigo.

2.2- COMPETÊNCIA 2: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À GRÁVIDA/CASAL HOSPITALIZADO PARA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

No desenvolvimento desta competência tive em conta algumas das aprendizagens já desenvolvidas no Ensino Clínico IV realizado na Unidade de Medicina Materno Fetal, onde me apercebi que, na maioria das situações, a indução do trabalho de parto é vivida pela mulher/casal com muito *stress* devido a não ser um acontecimento natural e espontâneo. Como referem OE e a APEO (2012, p. 20)

“o trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto normal é a forma mais segura de nascimento. O recurso ao parto induzido e à cesariana sem qualquer motivo de saúde, mas apenas por conveniências dos envolvidos, está associado a maiores riscos e é considerada pela comunidade científica internacional como uma prática injustificada”.

Durante o ensino clínico “estágio com relatório” foi possível constatar que as induções de trabalho de parto ocorriam por norma nas gravidezes com idade gestacional superior a 41 semanas, sendo exceção a existência de um parto

anterior por cesariana. No entanto, esta prática poderia ainda ser antecipada por fatores maternos (patologia materna com agravamento) e/ou fetais (compromisso fetal).

De acordo com a OE e APEO (2012) no documento “Pelo direito ao parto normal” e de acordo com dados da OMS cerca de 85 a 90% das gravidezes terminam em partos sem intercorrências e sem necessidade de suporte médico-cirúrgico. Já em 1996, a OMS tinha demonstrado através de estudos randomizados que nas mulheres em que foi efetuada indução de trabalho de parto, após rotura prematura de membranas (RPM), existiu uma maior necessidade de recorrer a terapêutica analgésica tendo sido, simultaneamente, verificado maior número de intervenções médico-cirúrgicas por parte dos profissionais de saúde. A OMS defende que se o trabalho de parto não se iniciar espontaneamente após 48 horas de RPM pode ser considerada a indução de trabalho de parto com ocitocina.

No local onde realizei o ensino clínico foi possível observar que as induções do trabalho de parto não ocorriam de forma rotineira, no entanto, sempre que uma mulher alcançava as 41 semanas de idade gestacional era induzido o parto, mesmo na presença de bem-estar materno e fetal, recorrendo, frequentemente, à utilização de prostaglandinas, excetuando-se as grandes múltiparas em que se utilizava a perfusão de ocitocina EV de forma contínua.

Refletindo um pouco sobre estas práticas e sobre as recomendações da OMS (1996), e da iniciativa “Pelo direito ao parto normal” (2012) e da ICM (2010), talvez ainda exista um vasto caminho a percorrer no que se refere ao esclarecimento e disponibilização de informação baseada em estudos científicos que possibilitem aos casais compreender que o nascimento é um processo natural e fisiológico que ocorre saudável e eficazmente, na sua grande maioria, sem necessidade de intervenção médico-cirúrgica. A mulher/casal e o bebé são os principais intervenientes em todo este processo, por isso cabe-lhes a possibilidade de decisão, num momento tão marcante das suas vidas. Contudo, esta decisão só poderá ser tomada de forma esclarecida se previamente tiverem acesso a informação completa e rigorosa baseada na

melhor evidência científica disponível sobre o que é esperado, quais as alternativas, os benefícios e os riscos.

Torna-se igualmente importante que os profissionais de saúde compreendam que os serviços/unidades acolhem pessoas, sujeitos ativos no seu processo de saúde e que portanto, é de extrema importância, que estes sejam espaços harmoniosos, que possibilitem a expressão de emoções e vivências e que existam para a pessoa cuidada.

Nesta experiência de ensino clínico constatei que muitas vezes o casal dispunha de muito pouca, ou nenhuma, informação, pelo que a sua capacidade de decisão neste processo de saúde estava afetada. Contudo, tentei sempre que possível selecionar a informação mais pertinente para cada situação de cuidados de forma a possibilitar um conhecimento sobre o que estava a ser vivenciado, sobre o que era esperado, mas acima de tudo favorecer o protagonismo da parturiente no seu trabalho de parto, como forma de facilitar este processo. Evidencia-se assim a importância do estar com a pessoa/família, de proporcionar-lhes diversos caminhos possíveis num projeto de saúde e não o de fazer/pensar por elas.

Apercebi-me de que, como nas situações de indução de trabalho de parto a entrada em fase ativa é mais demorada, surgem, por vezes, mais precocemente sentimentos de desespero, fadiga e incapacidade no autocontrolo. O incentivo do companheiro ao reforço positivo e a utilização de técnicas de relaxamento, as mudanças de decúbito e a utilização de medidas de conforto, nomeadamente, o banho de chuveiro, pela diminuição dos níveis de produção de adrenalina e aumento dos níveis de endorfinas e de ocitocina fisiológica em circulação, foram sentidas como facilitadores do trabalho de parto e da sua própria evolução.

2.3- COMPETÊNCIA 3: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE OS 4 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO, PROMOVENDO O BEM-ESTAR MATERNO/FETAL E A ADAPTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN) À VIDA EXTRA-UTERINA

O estar com a parturiente e com o seu convivente significativo constituiu uma preocupação para que os cuidados tenham uma repercussão positiva tanto em termos de vivência do processo de nascimento como do sucesso do bem-estar do feto/RN.

Ser EEESMOG é poder cuidar de mulheres, nas diferentes etapas de vida, e do casal/família nas diversas fases do ciclo de vida familiar. Neste período tão específico e singular das suas vidas, torna-se fundamental o enfermeiro compreender as vivências conjugais na transição para a parentalidade, e nos cuidados ao bebê, desde que é fantasiado/imaginado até aos primeiros momentos de vida a três (pais-filho). Sendo o nascimento de um filho um momento verdadeiramente único, que habitualmente é recordado como um dos dias mais significativos para os pais, é importante que o enfermeiro obstetra possa proporcionar experiências cada vez mais naturais e positivas, constituídas por momentos verdadeiramente transpessoais (Watson, 2007).

O trabalho de parto inicia-se com contrações uterinas capazes de provocar modificações no colo uterino (apagamento e dilatação) e que promovem a descida do feto na bacia materna.

Como já foi referido anteriormente, todas as grávidas são inicialmente “triadas” e admitidas no Serviço de Urgência de Obstetrícia e posteriormente referenciadas para a Sala de Partos, caso estejam em trabalho de parto. Desde o momento da admissão até às duas horas que se sucedem ao nascimento são efetuados registos de enfermagem no partograma, possibilitando uma rápida e eficaz compreensão sobre a evolução do trabalho de parto e intervenções específicas realizadas no decorrer do mesmo. As normas

utilizadas no preenchimento do partograma, assim como algumas duas condutas de atuação, são as preconizadas pela OMS (1996).

Na admissão na Sala de Partos, é efetuado o acolhimento e a entrevista de colheita de dados com principal enfoque nos antecedentes de saúde pessoais, obstétricos e história da gravidez atual. São validadas as expectativas do casal face ao trabalho de parto e nascimento do bebê. De seguida, é proporcionado a todas as parturientes, exceto às que apresentam REBA (rotura espontânea de bolsa de águas), dois microclisteres, colhido sangue para análise e colocado um cateter venoso periférico com uma perfusão de soro polieletrolítico glicosado. Procede-se igualmente, à avaliação dos sinais vitais e inicia-se a monitorização fetal externa contínua. Nas parturientes com BAI (bolsa de águas íntegra) é possibilitado o levante e a monitorização fetal externa de forma intermitente. Relativamente à nutrição da utente, é restrita à ingestão de pequenas quantidades de água ou chá de 4/4 horas.

Na avaliação das características do colo procura-se que seja quase sempre o mesmo profissional de saúde (EEESMOG ou médico obstetra) a efetuar-lá e é limitada o mais possível. Como referem a OMS (1996) e a ICM (2008) esta é uma das medidas essenciais para avaliação da progressão de trabalho de parto e o número de “toques vaginais” deve ser limitado ao estritamente necessário, durante o primeiro estágio de trabalho de parto habitualmente o intervalo de 4/4 horas é suficiente.

A mesma entidade, OMS (1996), refere que a realização de práticas como a utilização de microclisteres, administração de soros por rotina, a não alternância de decúbitos durante o trabalho de parto, sobretudo a manutenção da posição de litotomia, são desnecessárias ou até mesmo prejudiciais e por isso devem ser eliminadas.

Quando existe rotura de bolsa de águas é necessário avaliar se a apresentação do feto está, ou não, insinuada na bacia materna, uma vez que se apresentação for móvel existe risco de prolapso do cordão. Contudo, e uma vez assegurado este princípio, a alternância de posição, nomeadamente, o encorajamento a assumir posições mais verticalizadas e confortáveis para a

própria mulher, pode favorecer a evolução do trabalho de parto e diminuição dos níveis de dor.

No que se refere à monitorização fetal de forma contínua e à restrição de administração de alimentos nas gravidezes de baixo risco, são consideradas pela OMS como sendo práticas utilizadas de forma inapropriada: “o método de eleição para a monitorização do feto num trabalho de parto normal é a auscultação intermitente”; “a nutrição é de grande importância e fundamental para a variabilidade da FCF (frequência cardíaca fetal)” (OMS, 1996, p. 23 e 13), respetivamente.

Refletindo na minha atuação, enquanto estudante ESMOG, considero que as diferenças encontradas entre as recomendações da OMS, OE, APEO e ICM, e o contexto de cuidados onde decorreu a minha aprendizagem foram, por vezes, geradores de alguma ansiedade. Contudo, penso que foi o questionar práticas consideradas como rotineiras há décadas que provocou alguns pequenos avanços e mudanças que, por mínimas que parecessem, promoviam algum bem-estar nas famílias que vivenciavam um momento tão singular. Frequentemente ao solicitar à mulher que fizesse o que o seu próprio corpo lhe sugeria, ou seja, que procurasse em si o que naquele momento seria uma medida de conforto, com base na evidência disponível, possibilitou nalgumas situações, quebrar protocolos institucionais.

A validação de princípios e técnicas com as orientadoras desta UC, a procura de estudos científicos e a discussão em equipa e em sessões de análise das práticas permitiu inúmeras aprendizagens e, por vezes, o chegar mais próximo da realidade e dos objetivos de cada utente. Havendo, cada vez mais, casais informados e com voz ativa no seu processo de saúde, neste caso com poder de decisão sobre o nascimento de um filho, as práticas têm que, cada vez mais, ser adaptadas, baseadas na evidência científica, de forma a poder proporcionar experiências o mais gratificantes possível, quer para as pessoas que são cuidadas, quer para os próprios cuidadores. São esses os momentos verdadeiramente intemporais, que transcendem o concreto do aqui e agora, como defende Watson (2007).

A avaliação da “descida da apresentação” e da “variedade fetal” foram sentidas como dificuldades iniciais, mas foram progressivamente ultrapassadas.

Apesar da analgesia epidural ser uma prática comum desde o primeiro estágio de trabalho de parto, na instituição onde decorreu o meu estágio, algumas mulheres decidiram recorrer a métodos não-farmacológicos do controlo da dor, nomeadamente através da realização do banho ou da massagem realizada pelo companheiro. Gayeski e Brüggemann referem, numa revisão sistemática da literatura que efetuaram em 2010, que o banho de imersão tem resultados bastante positivos no controlo da dor e pode ser iniciado logo após os 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto. A massagem é eficaz no alívio da ansiedade e da dor e a aromaterapia diminui a ansiedade e o medo. É importante no entanto, selecionar cada método de acordo com a vontade de cada mulher, do momento em que experiencia a dor e da sua eficácia para a minimização da mesma.

O segundo estágio do trabalho de parto foi o período que para mim, enquanto estudante, foi mais gerador de *stress*. Apesar de considerar estar na posse de conhecimentos para assumir a minha prática e após algumas sessões letivas teórico-práticas sobre as intervenções no momento do período expulsivo, penso que talvez só a partir do vigésimo parto, num total de 38 partos, é que pude efetivamente desfrutar verdadeiramente das competências de uma futura EEESMOG.

Procurei que o ambiente fosse o mais tranquilizador e acolhedor possível, limitando a intensidade da luz, o material hospitalar que poderia ser gerador de ansiedade, o número de pessoas, devolvendo sempre à utente que era ela que escolhia quem ali estivesse. Na grande maioria dos partos realizados, o companheiro esteve sempre presente.

Foi validada sempre a informação relativa à segunda fase do trabalho de parto, explicitando à parturiente que só deveria iniciar esforços expulsivos quando sentisse essa necessidade para evitar o cansaço e consequentemente, assegurar um aporte de oxigénio ao feto adequado.

No que se refere ao posicionamento da utente durante o período expulsivo, por norma do serviço, a posição utilizada era a de litotomia. Tentei, no entanto,

verticalizar a cama o mais possível para favorecer a descida da apresentação fetal e facilitar o esforço materno, tendo sido sentido este posicionamento pela mulher como mais confortável.

A posição de litotomia favorece a realização de um maior número de episiotomias, menor liberdade de movimentos e estreitamento da bacia materna (OMS, 1996). Do mesmo modo, num estudo elaborado por Gupta, Hofmeyr e Smyth (2004) foram consideradas as posições que a parturiente pode assumir durante o segundo estágio trabalho de parto. Procedeu-se então à comparação entre as posições mais verticalizadas ou lateralizadas com as posições de decúbito dorsal ou de litotomia. Concluiu-se que as primeiras reduzem o tempo de período expulsivo, o número de partos assistidos e o número de episiotomias, pela melhor distensão e elasticidade do períneo e aumentam o número de lacerações (que habitualmente não ultrapassam as de grau II). Da mesma forma, as perdas hemáticas maternas via vaginal são menores, assim com a dor percebida pela mulher. Ocorrem também com menor incidência alterações patológicas na frequência cardíaca fetal.

No período expulsivo, de uma maneira geral, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos com manobra de Valsalva, quando se manifestava contração uterina. Contudo, quando se verificava dificuldade, por parte da grávida, em coordenar e controlar os esforços também era proporcionada orientação para fazer esforços de forma não dirigida. Esta prática vai ao encontro das “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” referidas pela OMS (1996, p. 36): realização de esforços expulsivos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto. Também a Federação das Associações de Parteiros Espanhóis e a APEO (2009) advogam os esforços espontâneos em detrimento da manobra de Valsalva, uma vez que durante esta manobra produzem-se alterações fisiológicas que podem prejudicar o bem-estar fetal. A orientação para o recurso a esforços expulsivos dirigidos também se tornou necessária devido ao facto de, por vezes, a parturiente não ter percepção da contratilidade nem a vontade de fazer força pelo efeito da analgesia epidural.

Foram efetuadas episiotomias de forma seletiva³ (16), sobretudo nas mulheres primíparas com bebês macrossômicos, na suspeita de sofrimento fetal ou nas mulheres em que a distância entre o intróito vaginal e o ânus era igual ou inferior a 3 cm. Nas outras mulheres foi feita tentativa de períneo íntegro, tendo sido conseguido em 10 situações, sendo que as restantes 12 apresentaram lacerações de grau 1 ou 2 que foram suturadas com relativa facilidade. Para mim, a sutura da episiotomia tornou-se mais complexa que a reparação das lacerações do períneo. A conduta de proteção do períneo utilizada foi a de proteção ativa, visto ser a adotada pela instituição. Contudo, e uma vez que exerço funções no serviço de puerpério da mesma instituição onde desenvolvi o EC, foi possível obter *feedback* sobre a evolução das lesões do períneo, das mulheres a quem fiz o parto, nos dois dias seguintes ao mesmo: o desconforto referido pelas utentes foi semelhante tanto nas que foram submetidas a episiorrafias como nas que foram submetidas a perineorrafia por lacerações de segundo grau. No entanto os períneos com perineorrafia por lacerações apresentavam menos edema e melhor evolução cicatricial do que os períneos com episiorrafias.

O nascimento é também marcado por um conjunto de acontecimentos e de tarefas que implicam a participação e envolvimento dos pais, destacando-se:

- A separação física do bebé, o que conseqüentemente leva ao fim da sensação de fusão com o feto (Brazelton e Cramer, 2004);
- O confronto com os “três filhos” – o bebé fantasmático (representação da história pessoal da filiação com os pais, fantasias que retomam à infância parental), o bebé imaginário (desejado e pensado durante a gravidez) e o bebé real (verdadeira imagem do bebé) (Cramer, 1995; Sá, 1997);
- A adaptação ao bebé real, o que por vezes pode ser gerador de sentimentos de estranheza, bem como domínio sobre o medo de fazer mal ao mesmo (Brazelton e Cramer, 2004);

³ Foi comprovado, através de diversos estudos, que a realização da episiotomia de forma seletiva está associada a uma diminuição das lacerações graves e a um maior número de períneos íntegros, embora se tenha também verificado um aumento do número de lacerações anteriores (Borges; Serrano e Pereira, 2003).

-
- A manifestação de disponibilidade no estabelecimento de uma nova relação e adequação de um repertório comportamental à satisfação das necessidades do bebé (Brazelton e Cramer, 2004).

Numa fase inicial após o nascimento, o bebé pode ser percebido como estranho, podendo a mãe sentir alguma dificuldade em (re) conhecê-lo. Como refere Kennell, “cada mãe tem uma tarefa específica a desempenhar no período após o parto. Ela deve olhar o seu bebé e «afeiçoar-se» ao bebé real, conciliando assim a imagem que dele fantasiara antes do parto com a sua verdadeira imagem” (1995, p. 36).

No nascimento, estabelece-se o primeiro encontro entre pais e bebé real, pelo que o processo de interação decorrente a partir deste momento é singular e insubstituível. Sabe-se atualmente que há processos químicos subjacentes aos afetos, nomeadamente, a hormona ocitocina fundamental para o trabalho, é também a primeira hormona que dita a ligação inicial mãe-filho (Young, 2013).

Todos os bebés, a quem prestei cuidados após o nascimento, (cerca 59), foram colocados em contacto prolongado pele com pele com a mãe e adaptaram-se à mama na primeira hora de vida, excetuando uma situação de um parto que ocorreu de forma muito precipitada em que o bebé teve necessidade de reanimação com *neopuff* (ventilador por pressão positiva) e, outra situação em que o bebé não foi adaptado à mama por a mãe ter serologia de vírus de imunodeficiência humana (VIH) positiva.

A clampagem do cordão umbilical foi alvo de discussão na equipa de enfermagem. Na grande maioria dos partos foi clampedo antes de parar de pulsar, embora a OMS (2013) defenda que este procedimento deve ser adiado até ao cordão parar de pulsar ou decorridos 1 a 3 minutos após o nascimento.

O terceiro estágio de trabalho de parto foi, por vezes, vivido com alguma apreensão. Numa situação ocorreu retenção placentária, por acretismo placentário, tendo existido necessidade de proceder-se a curetagem. Noutra situação ocorreu dequitação com membranas fragmentadas mas que, no controlo ecográfico, se constatou não existirem restos de membranas. Em quase metade dos partos que acompanhei ocorreu dequitação por mecanismo de Mathews-Duncan, apesar de vir descrito na literatura e de ser referido pelos

técnicos de saúde do local onde fiz o estágio como um mecanismo menos frequente.

Nas situações de cuidados em que o parto foi distócico, tive oportunidade de prestar cuidados ao RN e de acompanhar posteriormente, as tríades no quarto estágio de trabalho de parto, tendo colaborado em 23 partos.

Durante o período de puerpério imediato foi possível dar continuidade à observação da interação pais-filho. Procedeu-se regularmente à avaliação da tensão arterial, do globo de segurança de Pinard, controlo de perdas hemáticas maternas e eliminação vesical bem como à avaliação do RN.

Foi igualmente realizada a transferência das puérperas e dos recém-nascidos que acompanhei para a unidade de puerpério e foi possibilitada a continuidade de cuidados através da transmissão da informação necessária da mãe e do recém-nascido.

2.4- COMPETÊNCIA 4: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN COM NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Apresento, de seguida, uma análise das competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem neonatal e da importância do papel do enfermeiro obstetra para prevenir/minimizar algumas das situações que resultam na hospitalização do recém-nascido na unidade.

A observação física e emocional do bebé e o apoio aos pais foram preocupações constantes no decorrer do EC “Estágio com Relatório” e do EC V (Enfermagem neonatal). Durante a prestação de cuidados nestes contextos houve ainda uma especial atenção relativa aos aspetos inerentes à estabilização hemodinâmica e ao transporte do recém-nascido, bem como o apoio aos pais a viverem a situação de hospitalização do filho.

Reportando-me um pouco para as competências do EEESMOG e através da análise e interpretação de dados colhidos no período de ensinos clínicos IV

(Grávidas de alto risco), V e “Estágio com Relatório”, compreende-se o quão fundamental é a vigilância de gravidez e a monitorização de sinais e sintomas que podem indicar risco de vida para a mulher e feto.

Das situações com as quais me confrontei em muitas das mulheres que entraram em fase latente de trabalho de parto e que ainda não se encontravam no final da gravidez, foram efetuadas intervenções que tentaram travar este processo, nomeadamente administração de tocolíticos, hidratação e promoção de repouso, assim como administração de corticosteróides para maturação pulmonar fetal. Penso igualmente, que o controlo de patologias maternas associadas à gravidez, a promoção de hábitos e comportamentos de vida saudáveis e a vigilância do bem-estar materno-fetal, são igualmente intervenções que, em muitas situações, conseguem prevenir/minimizar o parto pré-termo e, conseqüentemente, toda a possível morbimortalidade associada a um bebé prematuro.

Realço ainda o papel que o enfermeiro obstetra pode desempenhar junto dos futuros pais no período préconcecional em que por exemplo, numa das situações de malformação congénita do bebé, existiam antecedentes familiares de malformações, pelo que o aconselhamento genético e o diagnóstico ao casal nesta situação pudessem ter sido um aspeto favorável.

Apesar de observar, no decorrer dos meus ensinamentos clínicos que é efetuado, quase que de forma constante, o reforço da informação à grávida/casal relativo à importância da perceção/contagem dos movimentos fetais, constato que muitas mulheres, apesar da perceção de diminuição ou ausência de movimentos fetais, tendem a protelar a ida a um serviço de saúde. Este é ainda um dos conteúdos a ser abordado no período pré-natal, sem alarmismos, mas sensibilizando e responsabilizando o casal para estar atento ao bem-estar fetal através da perceção dos seus movimentos e que na sua diminuição/ausência é aconselhado recorrer de imediato a um serviço de saúde.

Como futura enfermeira especialista foi relevante ter desenvolvido competências no âmbito da reanimação neonatal, uma vez que muitas vezes não é esperado o nascimento de um bebé com necessidade de reanimação e sendo que o enfermeiro é o profissional que por excelência se encontra 24

horas/dia na sala de partos, torna-se fundamental que seja competente para prestar cuidados neste âmbito.

Observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido prematuro, e/ou com patologia, e à sua família, foi uma realidade por vezes complexa sobretudo no que se refere à gestão de emoções. Lidar com o sofrimento de pais que, muitas vezes, viram o culminar de um projeto, extremamente planeado e desejado, numa hospitalização de um bebé em risco de vida e, em que cada dia é “o vencer de mais uma etapa”, mas que o amanhã pode ser o retroceder de inúmeras, tornou-se por vezes difícil. A relação de empatia para com os sentimentos e vivências dos casais, a escuta ativa e muitas vezes o proporcionar esperança, uma esperança real no que existe “aqui e agora” e no tentar perceber que cada etapa é uma nova conquista, mas que é algo que tem que ser construído progressivamente, que é prolongado no tempo e que pode nem sempre ter sucesso, foi um caminho que penso que consegui percorrer. Da mesma forma, o estimular os pais a participarem ativamente nos cuidados ao filho e facilitar o processo de vinculação através do toque e do *Canguru Care*, tão importante para o bem-estar da tríade, foi algo que pretendi desenvolver e que penso que teve boa aceitação.

A evidência científica demonstra que o *Canguru Care* traz benefícios à saúde do recém-nascido prematuro e/ ou de baixo peso. Deles destacam-se a redução do tempo de hospitalização, uma assistência mais humanizada, contribui para o vínculo mãe-filho e aumenta a adesão ao aleitamento materno exclusivo (Lescious e Cabral, 2010). Feldman já referia em 2004 que o *Canguru Care* tem igualmente um efeito benéfico na estabilização dos sistemas fisiológicos dos recém-nascidos.

Uma vez que se tratava de um dos objetivos do meu estágio tentei compreender o impacte do nascimento de um filho, nesta situação específica de hospitalização, na relação conjugal.

Isabella (citada por Figueiredo, 2003) refere que os fatores psicológicos que interferem na vinculação materna podem ser de dois tipos, aqueles que estão relacionados com a qualidade da relação conjugal e o impacte do estilo de

vinculação da mãe no envolvimento mais favorável com o filho. Os estudos empíricos mostram que as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros têm geralmente um envolvimento maior com o bebê.

Constatei através de diversos testemunhos que existem casais que, nesta etapa, sentem uma certa ambivalência de sentimentos relativa ao papel conjugal. Por um lado, descrevem que se sentem mais unidos ao passar por situações de hospitalização, doença, receio do sofrimento/morte, por outro sentem que a relação sofre algum “desgaste” porque muitas vezes para não preocupar o outro não verbalizam o que sentem e, porque alguns casais optam por revezar-se, enquanto um dos membros trabalha/descansa o outro está com o filho.

Considereei pertinente abordar a importância de existirem tempos de reencontro do casal, em que o diálogo, a expressão de emoções se torna fundamental para a percepção/compreensão do outro e para proporcionar apoio mútuo. Da mesma forma, reforcei positivamente os comportamentos (linguagem não verbal) de empatia evidenciados entre o casal.

O poder colaborar na prestação de cuidados a bebês em tão distintas situações de saúde e com tão diferentes necessidades, foi algo que me fez adquirir novas competências. A minimização ao máximo da manipulação dos bebês e a sua contenção, como forma de facilitar a sua organização comportamental, foi algo que tive a oportunidade de concretizar. Da mesma forma, pude intervir de modo a prevenir/minimizar perdas de calor, infecção neonatal, realização de monitorização cardiorrespiratória, execução de técnicas de alimentação entérica e promoção, assim que possível do aleitamento materno, compreensão de mecanismos de suporte ventilatório invasivo e não invasivo (CPAP e Blend), administração de terapêutica, entre outros.

2.5- COMPETÊNCIA 5: PROPORCIONA CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO CASAL INSERIDO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, IDENTIFICANDO ALGUMAS IMPLICAÇÕES DO NASCIMENTO DE UM FILHO NA DINÂMICA CONJUGAL E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS PARA UM RELACIONAMENTO CONJUGAL SAUDÁVEL

Apresento de seguida uma descrição das atividades que realizei, com o objetivo de desenvolver a competência supracitada.

- Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre os temas da conjugalidade e parentalidade;
- Sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática das implicações do processo de parentalidade na dinâmica conjugal.
- Realização de sessões de educação para a saúde relativas ao processo de transição para a parentalidade e possíveis alterações na dinâmica conjugal.
- Assegurar-me que os cuidados de enfermagem prestados iam ao encontro das necessidades específicas de cada casal e desenvolver técnicas de comunicação, através da entrevista de enfermagem centrada na pessoa.
- Durante o processo de vigilância de trabalho de parto, proporcionar informação inerente a todo o processo, esclarecer dúvidas e envolver o companheiro no mesmo, de forma a proporcionar suporte à mulher e permitir-lhes partilhar a experiência de nascimento. Preparar antecipadamente o casal para o que pudesse acontecer, de forma a permitir gerir desconfortos, preocupações e ansiedade. Como referem Johansson e Hildingsson (2013) o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados à sua companheira, querem sentir-se envolvidos no processo de tomada de decisão e desejam a presença de um enfermeiro obstetra no decorrer do trabalho de parto, partilhando igualmente com o mesmo

-
- Observação de momento de interação entre casal e primeiros momentos de vida a três.
 - Perceção de eventuais alterações na dinâmica familiar, discussão com o casal de possíveis soluções de adaptação às alterações manifestadas.
 - Disponibilização de contacto telefónico e de endereço eletrónico para eventual esclarecimento de questões que o casal/pais possam estar a sentir.

No ponto que se segue procede-se à descrição da metodologia utilizada para conseguir desenvolver esta competência.

A teoria de Jean Watson, que norteou a minha prestação de cuidados, bem como o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE (2010) e pelo ICM (2010) foram uma referência constante na interação com a utente/casal nomeadamente, no estabelecimento de uma relação de parceria para a promoção do autocuidado e da saúde da mulher, recém-nascido e família; no respeito pela dignidade humana e pelos princípios éticos e deontológicos da profissão; na demonstração de sensibilidade cultural nos cuidados prestados.

3 - METODOLOGIA

Neste ponto pretende-se descrever o percurso metodológico efetuado, bem como a fundamentação do mesmo. Para dar resposta aos objetivos propostos, é então descrito o processo de revisão sistemática da literatura e a observação participante em contexto de ensino clínico que possibilitou uma compreensão do fenómeno em estudo. Finalmente, serão apresentados, analisados e discutidos os dados obtidos, confrontando-os com os principais achados dos artigos selecionados.

3.1- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Através da revisão sistemática da literatura consegue-se aceder à melhor evidência científica encontrada acerca de um tema. Segundo Craig e Smyth, (2004, p. 164) “As revisões sistemáticas são métodos rigorosos de reduzir o viés, e podem proporcionar resumos fiáveis de evidência relevante pela investigação”. Os mesmos autores consideram que nas revisões sistemáticas são utilizados métodos rigorosos e específicos para identificar, analisar e sintetizar os estudos mais relevantes para o fenómeno de interesse.

No processo de elaboração de uma revisão sistemática podem ser destacadas várias etapas: a formulação da questão de pesquisa (focalizada); o estabelecimento de critérios de seleção dos estudos (inclusão e exclusão); planificação da estratégia de pesquisa; análise crítica e seleção dos artigos de acordo com os critérios definidos; apresentação e interpretação dos achados.

No sentido de procurar a evidência disponível para aprofundar o desenvolvimento da competência número cinco, mencionada no ponto anterior “Proporciona Cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal e implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável”, procedeu-se então, primeiramente à formulação das questões de pesquisa:

- Quais as implicações do processo de parentalidade na relação conjugal (I), em casais (P), durante o período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto (Co) e quais as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação (I)?

Participantes (P) – casais

Fenómeno de Interesse (I) - implicações do processo de parentalidade na relação conjugal e intervenções de enfermagem que podem ser facilitadoras desta relação

Contexto (Co) - período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto

As questões de pesquisa supracitadas encontram-se no domínio da abordagem qualitativa, visto que o seu objeto de estudo são as implicações do processo de parentalidade na vida conjugal de cada casal primíparo e as intervenções de enfermagem que podem ser facilitadores da adaptação do mesmo a esse processo de transição. Deste modo, o fenómeno em estudo tem que ser compreendido e analisado e está dependente dos sujeitos, das suas experiências, da relação que apresentam, das circunstâncias em que se encontram.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 12) e a propósito do tipo de abordagem e da sua adequação ao objeto de estudo, “se o enfermeiro-cientista está interessado em descobrir o que é a experiência (...) os métodos de investigação qualitativa são mais adequados.” Não se procura apenas uma realidade ou “verdade”, mas a significação do fenómeno para cada pessoa. Esta crença em múltiplas realidades reforça a importância do ponto de vista do participante no estudo, como elemento central neste tipo de abordagem. Por esse motivo, é fundamental que se seja o mais fiel possível, em relação às concepções dos participantes, procurando não dirigir o estudo ou focalizá-lo apenas a uma componente ou instrumento específico (Streubert e Carpenter 2002).

Os **critérios de inclusão** para os artigos foram:

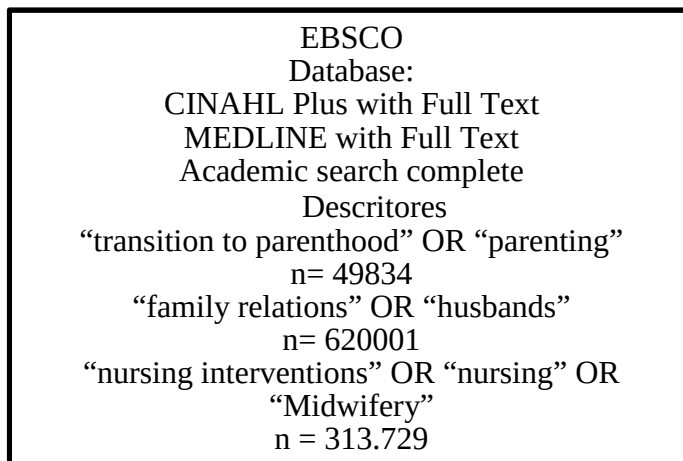
- Redação em português, inglês, ou espanhol;
- Foco na problemática delineada, procurando concordância com o tema em estudo e, por conexão, com a questão PICO;
- Data de publicação entre 2008 a 2013.

Os **critérios de exclusão** foram:

- Estudos noutras línguas, diferentes do português, inglês e espanhol;
- Ausência de concordância com o objeto de estudo (considerando título e *abstract* dos artigos);
- Repetição do mesmo artigo nas bases de dados.

Identificam-se como descritores de pesquisa: Parentalidade (transition to parenthood, parenting); Relação conjugal/familiar (family relations, husbands); Intervenções de Enfermagem (nursing interventions, midwifery, nursing).

Processo de pesquisa na EBSCO



Conjugação dos descritores seleccionados:

“transition to parenthood” AND “family relations” AND
“midwifery” OR transition to parenthood” AND “family relations”
AND “nursing intervention” OR transition to parenthood” AND
“family relations” AND “nursing” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “midwifery” OR “parenting” AND “family
relations” AND “Nursing Intervention” OR “parenting” AND
“family relations” AND “nursing” OR “transition to parenthood”
AND “husbands” OR “parenting” AND “husbands”

A blue arrow points from this box to the next stage.

Filtração cronológica

2008 a 2013

- Boolean/Phrase
- Texto integral

N=139

7

(com pertinência para o estudo)

Quadro1. Apresentação dos artigos selecionados

Título	Autores	Referência Ano/País	Objetivos	Participantes	Tipo estudo	Conclusões pertinentes para este estudo
1. Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment	Regina P. Lederman	Issues in a mental Health Nursing 2011, USA	Avaliar as necessidades físico-sociais envolvidas na existência de um parto prematuro assim como as relações familiares envolvidas durante a gravidez.		Revisão narrativa da literatura	A vigilância pré-natal é menos frequente e o número de nascimentos de bebês prematuros é maior quando os companheiros não apresentam as mesmas intenções na gravidez, ou quando ambos não aceitam a gravidez. Quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. O apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.
2. Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits	Arja Haaggman-Laitila, Raija Seppanen, Katri Vehvilainen-Julkunen and Anna-Maija Pietila	Journal of Clinical Nursing, 2010, Finlândia	Descrever os benefícios do "vídeo home training" na saúde e interação familiar, através de testemunhos parentais 6 meses após ter sido realizado.	15 Famílias com 66 membros familiares	Estudo descritivo, qualitativo	O "vídeo home training" estimula os pais a discutir questões relacionadas com a parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). A confiança parental e o respeito são implementados. A relação conjugal é fortalecida através do diálogo e suporte mútuo. O desenvolvimento da criança também pode ser afetado por este método, uma vez que se favorece a aquisição do auto-conhecimento e do sentido de responsabilidade. Os pais são observados como modelo para os seus próprios filhos.
3. An integrated mid-range theory of postpartum family development:	Janice Christie, Brenda C. Poulton & Brendan P. Bunting	JAN: Original Research, 2008, Reino Unido	Identificar as percepções parentais das experiências familiares no pós-parto.	17 Famílias no período de puerpério	Estudo exploratório, qualitativo.	As primeiras 6 a 8 semanas após o parto são as mais trabalhosas e incertas, que requerem a gestão de várias situações em simultâneo, sendo igualmente identificado como uma períodos de enorme adaptação e mudança. Os pais descrevem modificações na saúde

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

a guide for research and practice						física (cansaço), sentimentos e bem-estar mental, relação conjugal e atividades sociais. Como recursos para ultrapassar dificuldades os pais mencionam as experiências anteriores, conhecimentos que possuem e os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro obstetra. As visitas domiciliárias são observadas como um momento de grande suporte familiar.
4. Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting	Melinda Morril, Denise Hines, Sehar Mahmood, James Córdova	Family Process, 2010, USA	Compreender as diferenças dos modelos tradicional e alternativos da coparentalidade e perceber as suas implicações na satisfação conjugal e respostas parentais.	76 casais heterossexuais	Estudo longitudinal	No modelo tradicional, em que a coparentalidade é observada como uma parte indireta do sistema familiar que tem início com a relação conjugal, a qualidade desta relação percebida pelo homem e pela mulher, influencia a aliança coparental de ambos e por sua vez, as práticas parentais desenvolvidas. Nos modelos alternativos, a aliança coparental, é focalizada como sendo a base da relação e, por sua vez, parece ter efeitos positivos na satisfação conjugal e nas respostas parentais desenvolvidas.
5. Partner Effects of Mexican Cultural Values: The Couple and Parenting Relationships	Ana Lucero-liu, Wendy Gamble, Angela Taylor, Donna Christensen, Kerri Modry-Mandell	The Journal of Psychology, 2008, USA	Compreender o impacto dos valores individuais, na relação conjugal e implicações dos mesmos na parentalidade.	50 casais do México	Estudo exploratório, correlacional	Foram considerados dois valores: a simpatia e o respeito. Foi mencionado pelas mulheres que a simpatia do homem influenciava positivamente a relação conjugal e parental. Contudo, o respeito, nalgumas situações mais associado ao autoritarismo paterno, poderia ter efeitos negativos em ambas. Os autores encontraram uma evidência sobre o contributo dos valores maternos, na percepção do homem, para a relação conjugal. Eles interpretam estes resultados para sugerir que a mulher evidência ser mais sensível na relação conjugal e de mãe
6. Partner relationships during the transition to parenthood	Barbara Figueiredo, Tiffany Field, Miguel Diego, Maria Hernandez-Reif	Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2008, USA	Compreender as relações conjugais durante o período de transição para a parentalidade, especificamente	43 casais no segundo trimestre de gravidez	Estudo misto, longitudinal	Os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relação conjugais mais estáveis que os participantes que vivem separados ou estão descontentes com a gravidez. São referidos maiores níveis de irritabilidade do segundo para o terceiro trimestres e no

	Osvelia Deeds e Angela Ascencio		analisar as diferenças nas mulheres e nos homens de ansiedade e depressão dependendo da relação conjugal estabelecida.			pós-parto. Estes resultados são consistentes com uma diminuição dos níveis de satisfação conjugal no terceiro trimestre e período pós parto. Experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal menores originam mais ansiedade e casais com mais sentimentos negativos na relação têm ambos elevados níveis de ansiedade e de depressão.
7. Patterns of couple interaction during the transition to parenthood	Renate. Houts, Kortnee Barnett-Walker, Ablair Paley, e Martha Cox	Personal Relationship s, 2008, USA	Identificar padrões de resolução de problemas conjugais construtivos e destrutivos em casais em período pré-natal e 3, 12 e 24 meses após o nascimento.	138 Casais primigestos que frequentavam sessões no período pré-natal.	Estudo descritivo, qualitativo, longitudinal	Foram constituídos dois grupos de casais, cada um com modelos distintos de interação, com padrões de comunicação obtidos durante 4 sessões de resolução de problemas na gravidez e aos 3, 12 e 24 meses pós-parto. A maioria dos casais exibiu estabilidade no seu grupo de adesão ao longo do tempo (2 anos). Nos casais com resoluções de problemas destrutivos foram evidenciados mais problemas de saúde mental e sintomas de depressão. Por fim, determinou-se a qualidade da relação conjugal e a probabilidade de divórcio ou separação dos grupos, 5 anos após o nascimento do primeiro filho. As esposas com resolução construtiva de problemas conjugais relataram significativamente menos perspectivas negativas do seu casamento. Este grupo verificou-se como sendo o mais estável sendo que a probabilidade de divórcio ou separação é menor.

A análise e interpretação dos principais achados da revisão sistemática da literatura, será posteriormente tratada no ponto 3.3. Neste procede-se à discussão do que foi considerado nas notas de campo, comparativamente com o que com os achados da revisão sistemática da literatura.

3.2 – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Ainda para dar resposta aos objetivos propostos, desenvolvi algumas atividades que concorreram para uma compreensão mais abrangente da temática em estudo, nos diversos ensinamentos clínicos.

Durante a realização dos estágios, no centro de saúde, no serviço de medicina materno fetal e no serviço de puerpério, procurei registar os momentos de interação entre casais e compreender as suas experiências, no processo de gravidez, e primeiros dias de vida a três, relativamente à relação conjugal e à parentalidade.

Quadro 2. Aspetos contemplados na observação da interação entre o casal

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	COMUNICAÇÃO VERBAL
Presença do casal nas consultas de vigilância de saúde, no período de trabalho de parto e pós-parto.	Expressam sentimentos e vivências relacionadas com a conjugalidade e parentalidade (responsabilidades, diferentes métodos de chegar aos seus filhos, diferentes formas de resolver problemas). Partilham sentimentos e vivências, verbalizando empatia com o que o outro está a viver ou sentir. Apresentam métodos de resolução de problemas construtivos.
Expressão de comportamentos de empatia.	
Ambos se apoiam mutuamente na divisão das tarefas domésticas/cuidados ao filho.	

No ensino clínico em sala de partos dei continuidade a estas observações e foi disponibilizado a todos os casais de quem cuidei o meu contato telefónico e correio eletrónico para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências no pós-parto.

Penso que o fato de poder desempenhar a minha atividade profissional na unidade de puerpério foi uma mais-valia para a compreensão do fenómeno em estudo e para a continuidade dos cuidados que já havia sido iniciada na sala de partos, em contexto de ensino clínico.

Os momentos de interação entre o casal foram registados em notas de campo. Segundo Everston e Green (1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005), os registos de dados em sistemas narrativos podem resultar em notas do trabalho de campo que descrevem o que foi observado, escutado, vivenciado e refletido pelo investigador, na sequência de uma observação participante. O objetivo dos sistemas narrativos é então identificar princípios gerais e modelizar situações particulares, compreendendo cada caso específico e comparando, posteriormente, os casos entre si (Everston e Green, 1986, cit. por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin, 2005).

Os critérios de inclusão dos casais para a elaboração das notas de campo foram: casais/pais pela primeira vez, cuja gravidez decorreu sem intercorrências, e nascimento de recém-nascido saudável que se manteve em alojamento conjunto com a mãe desde o nascimento e, a quem prestei cuidados desde a admissão até, pelo menos de puerpério imediato (incluindo realização do parto), nos meses de ensino clínico de Junho e Julho⁴. O casal tinha que permanecer junto em todos os estádios do trabalho de parto.

⁴ Foram apenas considerados estes meses por serem aqueles em que se sentiu uma maior confiança e domínio sobre as competências do enfermeiro obstetra, nomeadamente no que se refere ao aprofundamento da competência: *“Proporciona cuidados de Enfermagem Especializados ao casal inserido na família e comunidade, identificando algumas implicações do nascimento de um filho na dinâmica conjugal, implementando estratégias para um relacionamento conjugal saudável.”*

Considerações Éticas

Durante o desenvolvimento do estágio, e na elaboração das notas de campo, teve-se em consideração alguns dos direitos fundamentais do ser humano, que são essenciais para assegurar a proteção de todos os participantes. De entre esses direitos e princípios éticos envolvidos, foram tomadas as medidas necessárias para a não violação do direito à autodeterminação, que tem como base o princípio do respeito pelas pessoas, na qual cada um é livre de escolher e decidir acerca da sua participação no estudo, devendo ser informado acerca das condições de realização do mesmo (Fortin, 2009). O direito à autodeterminação pressupõe que haja informação antecedente, para que os sujeitos possam fazer a sua decisão de forma livre e informada - consentimento informado (Código Deontológico do Enfermeiro, 2003). Deste modo, os casais/pais foram informados da temática e dos objetivos deste trabalho, antes de serem recolhidas quaisquer informações acerca destes. Considerou-se igualmente, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que a identidade dos participantes não será divulgada, assim como algum tipo de dados e de informação recolhida, que não deverá ser exposta nem partilhada (Fortin, 2009).

Igualmente importante foi o direito de ser assegurado um tratamento justo e equitativo face a todos os clientes, garantindo que todos receberam as mesmas informações, o mesmo tipo atenção e consideração (Fortin, 2009).

Existem ainda outros princípios como o da beneficência que é definido como “acima de tudo, não causar dano” (Hungler e Polit, 2004, p. 84). Este engloba várias dimensões, como a isenção de dano e isenção de exploração para o sujeito participante, bem como uma avaliação da relação risco/benefício, sendo que a orientação geral é se “a relação risco/benefício (em termos dos riscos para os participantes) é compatível com o benefício que se espera alcançar para a sociedade e para a profissão de enfermagem” (Hungler e Polit, 2004, p. 86).

3.3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Neste ponto procede-se à apresentação dos dados obtidos e analisa-se e discute-se os mesmos com os resultados dos artigos considerados na revisão sistemática da literatura.

Quadro 3. Caraterização dos participantes segundo as variáveis: idade, estado civil e escolaridade

Participantes (♀ e ♂)	Idade (♀ e ♂)	Estado Civil	Escolaridade (♀ e ♂)
A e B	19 e 23	União de facto	12º ano 9º ano
C e D	33 e 33	Casados	Mestrado Licenciatura
E e F	29 e 25	União de facto	Licenciatura Licenciatura
G e H	20 e 20	União de facto	9º ano 9º ano
I e J	21 e 25	Casados	12º ano 9º ano

No decorrer da prestação de cuidados foram acompanhados 5 casais, que satisfaziam os critérios de inclusão referidos anteriormente. Assim, de acordo com o quadro seguinte, verificamos que os participantes se encontravam entre os 19 e os 33 anos, sendo que a média de idades é de 24,8 anos.

Os utentes considerados ou são casados, ou vivem em união de facto.

Relativamente à escolaridade, 4 pais apresentavam o nível de escolaridade básica (9º ano), 2 o 12º ano e os outros 4 o nível de licenciatura ou superior.

Como foi mencionado anteriormente nos critérios de inclusão, foram prestados cuidados a todos estes utentes desde a admissão na sala de partos até ao momento de transferência para a unidade de puerpério (2 horas após o nascimento), existindo observação de momentos de interação entre o casal nos 4 estádios de trabalho de parto e, após o nascimento, entre pais e bebé. Foi igualmente validado com os mesmos, as suas vivências conjugais relativamente à gravidez e expectativas que tinham relativamente a eventuais alterações na relação conjugal após o nascimento do primeiro filho. Após cada interação entre enfermeiro-cliente foram feitas breves notas de campo.

Quadro 4. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo

Participantes (♀ e ♂)	Observação momentos interação no TP	Vivências na gravidez conjugalidade	Expetativas pós-parto conjugalidade
A e B	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Expressão de ansiedade e receio pelo companheiro no período expulsivo Empatia e emoção no nascimento. Ambos se acariciam nas duas horas pós-parto e tocam a bebé. Solicitam informação inerente ao TP	Referem sentir maior proximidade (objetivo comum – filho)	Consideram que a relação irá manter-se igual
C e D	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos no TP e parto. Elogia a mulher no momento logo a seguir ao nascimento e agradece-lhe o fato de se ter tornado pai. Pai corta o cordão umbilical, mas é	Referem sentir maior proximidade (marido evidencia sentimentos de proteção para com a mulher e o filho, ambos consideram a vivencia de momentos como as observação ecografias, consulta vigilância de gravidez e TP como únicos e inesquecíveis)	Manifestam ter consciência de que irão existir períodos de maior dificuldade, p.ex. nos cuidados ao RN, contudo acham que irão ultrapassar esses momentos através do suporte externo (família, profissionais de saúde) Verbalizam que continuarão a sentir-se próximos e valorizam a existência de momentos a 2.

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três

	lembrado pela companheira.		
E e F	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP Embora não verbalize, o marido expressa fácies de preocupação e evidencia comportamentos de ansiedade do período expulsivo. Emocionam-se no momento de nascimento. Pai corta o cordão umbilical	Referem sentir maior proximidade. Verbalizam que discutem e planeiam com mais pormenor situações do quotidiano, porque “passarão a ser 3” (sic)	Têm a expectativa de que a relação ainda pode melhorar (objetivo de educar o filho torna-os mais próximos e coesos)
G e H	Presença de ambos no TP e pós-parto Não se observou grande envolvimento do companheiro no TP (dormia durante longos períodos) Não foi solicitada informação inerente ao TP, contudo a informação explicitada pelos profissionais de saúde é recebida com agrado, por parte da mulher. Emocionam-se ambos a seguir ao nascimento.	Referem sentir maior proximidade (mas não conseguem verbalizar porque o sentem)	Consideram que a relação irá manter-se igual
I e J	Presença de ambos no TP e pós-parto Suporte conjugal no TP Solicitam informação inerente ao TP O companheiro reforça positivamente comportamentos maternos Observam-se momento de interação a 3 sendo o toque é a competência parental que mais predomina	Referem sentir maior proximidade (fazem um maior número de atividade juntos, partilham mais vivências sobre a gravidez e expectativas futuras)	Manifestam que nos primeiros tempos poderá ser mais difícil conjugar os papéis de pai e mãe com o de marido e mulher, entanto verbalizam que manterem-se os 3 unidos vai ser o fundamental

No pós-parto, foram então proporcionados os contatos telefónico e de correio eletrónico, para esclarecimento de eventuais dúvidas e, caso fosse a sua vontade, relatarem as suas experiências. Foi sugerida, a realização de uma visitação domiciliária. Nenhum dos casais expressou de imediato vontade em que esta ocorresse. No entanto, vários autores fundamentam a importância das

visitações domiciliárias com sendo um momento em que ocorrem interações familiares da forma mais natural e espontânea possível, em que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro pode ter um papel essencial no suporte familiar, no esclarecimento de dúvidas, na clarificação de experiências e na promoção de medidas de vigilância de saúde (Christie, Poulton e Bunting, 2008; DGS, 2004).

Houve apenas três contactos por correio eletrónico: Todos eles descreviam que a principal prioridade até à data (cerca de um mês após o parto) foi os cuidados ao recém-nascido, sendo que os 3 casais manifestavam dúvidas inerentes aos mesmos (aleitamento materno e crescimento ideal do bebé). Um dos casais mencionou importante o ter sido referido na gravidez a necessidade de existirem momentos do casal. Contudo, descreveram dificuldade na gestão desse tempo.

Foi percebido nestes testemunhos que estas famílias mantinham uma grande proximidade com o enfermeiro de referência dos cuidados de saúde primários, mencionando inclusive que o teste de Guthrie ao recém-nascido e a avaliação do peso do bebé foram realizados no domicílio.

Quadro 5. Dados colhidos relativamente ao fenómeno em estudo no período de puerpério tardio (contactos por correio eletrónico)

Participantes (♀ e ♂)	Vivências conjugalidade pós-parto
C e D	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho. Reconhecimento da importância da existência de momentos a dois em exclusividade. Dificuldade na gestão desse tempo.
E e F	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho
I e J	A relação conjugal muito centrada nos cuidados ao filho

Conjugalidade na Gravidez

Os cinco casais participantes coabitavam há pelo menos um ano, sendo que o processo de gravidez, embora por vezes não planejado, foi bem aceite, participando ambos os membros, ativamente nas consultas de vigilância de saúde e na preparação para o nascimento do bebê. Como refere Lederman (2011), quando o companheiro está presente a adesão a programas e cuidados de saúde é mais elevada. Da mesma forma, Figueiredo et al (2008) mencionam que os casais que vivem juntos ou estão felizes com a gravidez demonstram relações conjugais mais estáveis. Os mesmos autores relatam que experiências de gravidez com níveis de satisfação conjugal maior originam menos ansiedade e casais com sentimentos menos negativos na relação.

Todos os casais referiram ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade verbalizando ter sido uma mais-valia para o decorrer da gravidez, a preparação para o parto e a antecipação dos cuidados ao bebê, acontecimento que vai ao encontro do descrito por Christie, Poulton, Bunting (2008). Esta orientação antecipatória pode favorecer a adaptação dos casais às suas novas circunstâncias e, por conseguinte, beneficiar os membros individuais da família e a interação familiar, resultando num aumento da auto-eficácia e satisfação parental (Hernandez e Hutz, 2009). Famílias mais esclarecidas e apoiadas podem assim antecipar eventuais dificuldades e assumir comportamentos e estilos de vida saudáveis. Realça-se assim, a importância que o EEESMOG pode ter na promoção de saúde em contexto de vigilância pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-parto.

Relativamente às vivências da conjugalidade na gravidez todos os casais referiram sentimento de maior proximidade sendo que a relação conjugal foi fortalecida através do diálogo e suporte mútuo, situação também identificada no estudo de Laitila et al (2010). Destaca-se então, a importância da qualidade da relação conjugal estabelecida antes da parentalidade fato também identificado e corroborado pelo estudo de Rothman (2004) que concluiu que a satisfação com a relação de casal permaneceu estável desde o início do casamento até o fim da gravidez.

Conjugalidade no trabalho de parto

Durante o TP os casais aplicaram alguns dos conhecimentos adquiridos nas sessões de preparação para o nascimento no entanto, a maioria deles foi solicitando informação inerente a este processo. A presença do enfermeiro obstetra foi frequentemente sentida como importante por ser um profissional competente para acompanhar o TP, sendo mencionados menores níveis de stress e de ansiedade.

Como foi um dos critérios de inclusão dos pais, verificou-se a presença do companheiro no decorrer do TP e pós-parto. Em 4 das 5 situações de cuidados, foi observado o suporte do companheiro no TP, sendo que o reforço das competências maternas foi igualmente identificado. Johansson e Hildingsson (2013) referem que o papel do companheiro é então o de dar apoio à mulher e partilhar com ela a vivência do nascimento, sendo que o homem necessita de sentir-se seguro sobre os cuidados que estão a ser prestados e, envolvido no processo de tomada de decisão.

Como prestador de cuidados durante este período senti que de fato era essencial a existência de como que uma “dança” entre enfermeiro obstetra, casal e bebé, em que os comportamentos executados por cada interveniente são distintos mas têm que ser dirigidos a um fim comum, o do nascimento seguro, na melhor experiência possível. A mulher e o bebé são os principais participantes neste processo, cabe ao homem manter a racionalidade do pensamento do que apreendeu, apoiar, reforçar positivamente os comportamentos da sua companheira. O enfermeiro assume então, neste processo, basicamente um lugar de retaguarda, dando espaço ao casal para vivenciar profundamente este momento, reforçando ao quão bem estão a desempenhar os seus papéis, esclarecendo o que está ser vivenciado e antecipando o que é esperado, assegurando o máximo de bem-estar possível aos três.

Com o nascimento, uma nova família concretizou-se, novos papéis efetivaram-se e nalguns casos os anteriores consolidaram-se.

Os primeiros encontros a três

Verificou-se, através de momentos de interação pais-bebê logo após o nascimento, que eram conhecidas algumas das competências sensório-comportamentais do recém-nascido. Sabe-se que um melhor conhecimento do bebê, enquanto ser competente, pode incentivar os pais a partirem à descoberta do mesmo, podendo tornar-se a relação provida de confiança, prazer e promotora de competências fundamentais para as etapas procedentes do ciclo de vida familiar.

Como foi referido por Lederman (2011) o apoio do companheiro à mulher não influencia o repertório comportamental materno ou a vinculação, contudo conflitos conjugais estão associados a problemas de comportamento materno, respostas maternas menos sensíveis, vinculação insegura e desorganizada.

Consoante a segurança dos comportamentos de vinculação que são desenvolvidos entre a mãe e o bebê, podem identificar-se três tipos de vinculação, descritos por Ainsworth. Esta autora constatou, através dos inúmeros estudos que elaborou, relativos à “*situação estranha*” que as crianças que desenvolveram uma *vinculação segura*, apresentavam formas de protesto nos momentos da separação da sua figura de vinculação (habitualmente a mãe) e aquando do seu regresso manifestavam prazer ao aproximar-se dela. Concluiu igualmente, que relativamente à *vinculação insegura*, podem observar-se crianças que demonstram “pouco afeto ou comportamentos de base de segurança; parecem pouco afetadas pela separação, tendem a evitar a proximidade e o contacto com a mãe na altura dos reencontros (...)” (Rabouam, 2004, p. 91). Por outro lado, outras crianças “mostram-se aflitas na separação, com uma mistura de busca de contacto e de rejeição encolerizada, e dificuldade em ser reconfortada” (Rabouam, 2004, p. 91). Assim, o primeiro tipo de vinculação insegura foi descrito como *vinculação insegura, evitante*, sendo o segundo, uma *vinculação insegura, ambivalente ou resistente* (Rabouam, 2004).

Relativamente, ao período de puerpério precoce e tardio observou-se que os casais centravam as suas necessidades e preocupações quase que exclusivamente nos cuidados ao RN, sendo que foi descrita uma situação em

que era reconhecida a importância de existirem momentos entre casal mas, no entanto, o casal sentia dificuldade em conciliar esses momentos com os cuidados ao bebê. Como referem Christie, Poulton e Bunting (2008) as primeiras semanas após o parto podem ser as mais complexas, pela dificuldade na gestão do tempo e de tarefas, consolidação de papéis, com consequente adaptação a inúmeras mudanças, nomeadamente na relação conjugal, bem-estar mental e atividades sociais. Apesar da orientação antecipatória sobre o que poderá ser vivido ser importante, o estar presente no pós-parto, sobretudo durante estas primeiras semanas, no sentido de promover estratégias de adaptação poderá ser um complemento. Assim, os casais poderão experienciar estas situações com prazer e estar capacitados a adotar medidas facilitadoras destas transições. Importa destacar que o diálogo mútuo e apoio constante entre casal são essenciais, lembrando a importância da qualidade da relação conjugal muitas vezes já estabelecida, assim como a partilha dos cuidados ao filho e das tarefas domésticas. Desfrutarem de momentos a dois quando o bebê se encontra a dormir ou solicitarem apoio a alguém para supervisioná-lo por períodos, pode ser igualmente uma estratégia utilizada que pode igualmente possibilitar, ao casal manter algumas atividades sociais, caso seja a sua vontade.

Outra questão que importa referir é que casais que estão mais esclarecidos sobre os próprios cuidados ao filho, crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê, e que se sentem apoiados por um profissional de saúde de referência, apresentam níveis de ansiedade menores e portanto parecem conseguir ter mais disponibilidade para outras situações (Christie, Poulton e Bunting, 2008).

Como desempenho a minha atividade profissional na unidade de puerpério da instituição onde realizei o ensino clínico, a possibilidade de dar continuidade ao acompanhamento de alguns destes casais tornou possível uma compreensão mais holística, uma vez que foram conhecidas outras realidades e planejar cuidados com o casal por um período temporal mais prolongado.

Penso que o facto de ter tido esta oportunidade de atuar em diferentes áreas e com prioridades e circunstâncias tão distintas para estas famílias, foi promotor de vivências que ultrapassaram o mundo físico e o tempo presente. Foi a

procura em cada momento do que se tornava fundamental para assegurar o máximo de bem-estar, o melhor conforto, a experiência mais positiva, que penso que possibilitou a vivência de momentos significativos, que certamente poderão ser lembrados de futuro, tanto por clientes como por profissionais. Foi o encontro com o outro que deu continuidade ao percorrer de um caminho com sentido para si. Um caminho que por vezes foi marcado por algumas dificuldades, como o cansaço de um trabalho de parto ou de períodos prolongados sem dormir pelo cuidar do filho, ou pela falta de disponibilidade de diálogo entre companheiros, em que o papel do enfermeiro pôde ser fundamental. No escutar, no compreender o que estava a ser vivenciado, na promoção de medidas de conforto e de alívio da dor e, por vezes, na explicitação do que pode estar a ser vivenciado e na clarificação de diferentes caminhos possíveis (Watson 2007).

Se um dos principais achados foi a centralização do casal no pós-parto nos cuidados ao filho, se é sabido que ocorre uma maior insatisfação na conjugalidade no primeiro ano de vida do bebé que por vezes, pode levar a situações de rotura, torna-se importante reforçar a qualidade da relação conjugal já estabelecida, realçar sentimentos e vivências comuns, desenvolver novas capacidades de coordenação, de sincronia mútua de comportamentos entre casal, no dia-a-dia, nas tarefas domésticas, na função parental. Para isso, é necessário encontros a dois, análises partilhadas, objetivos comuns, suporte mútuo e resoluções construtivas de problemas conjugais (Morril et al 2010; Houts et al, 2008).

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro, no seu cuidado junto do casal, espera contribuir para antever e minorar as dificuldades ao nível do impacte do nascimento de um filho na harmonia psicoemocional do mesmo. A comunicação entre o casal acerca dos aspetos vivenciados na mudança de dinâmica familiar torna-os mais próximos e menos isolados pelo que deverá ser incentivada. Reconhece-se que a função do enfermeiro na equipa transdisciplinar é de investir no apoio ao cliente e família no desenvolvimento do seu papel parental. É fundamental criar espaços temporais e físicos onde a ação do enfermeiro obstetra se detenha na escuta das experiências conjugais e parentais, para que o casal se sinta especial na sua singularidade. Esta orientação pode iniciar-se ainda no período pré-natal e prolongar-se até ao pós-parto. O enfermeiro torna-se assim o profissional de referência que acompanha a família nas suas diversas experiências de vida, que estabelece com ela verdadeiros momentos transpessoais, que transcendem o mundo físico e o tempo real pela possibilidade de proporcionar momentos significativos.

Sugere-se que a carta de transferência/alta, para a continuidade de cuidados, reflita as circunstâncias da experiência parental vivida em contexto de hospitalização para que o apoio possa ser efetivo. Isto porque, como foi observado na maioria das situações de prestação de cuidados, já havia sido estabelecida uma relação de confiança e de empatia com o enfermeiro obstetra no contexto dos cuidados de saúde primários, que posteriormente foi continuada no pós-parto.

Como muitas vezes, o primeiro contacto entre o enfermeiro obstetra do hospital e o casal é na hospitalização na sala de partos, considera-se igualmente oportuno que cada vez mais os casais tragam consigo, e partilhem com o enfermeiro, as suas expectativas do trabalho de parto, do nascimento e do pós-parto para que efetivamente possam ser prestados cuidados que vão ao encontro das suas necessidades de saúde e que respeitem e valorizem a sua vontade.

No trabalho de parto, foi observado como facilitador o reforço das competências conjugais, nomeadamente a partilha de emoções e experiências e o reforço, por parte do companheiro, das competências da mulher, como interveniente ativo no trabalho de parto. Observaram-se momentos de interação conjugal e parental de empatia, carinho através do toque e respostas contingentes ao bebé por parte dos pais.

Apesar de ter sido observada uma centralização da atenção dos pais nos cuidados ao recém-nascido, um dos casais proporcionou o seu testemunho nas primeiras semanas após o parto, valorizou a existência de momentos vividos em exclusividade pelo casal, embora considerasse haver dificuldade na gestão do tempo entre tarefas domésticas, cuidados ao bebé e relação conjugal. Mais uma vez, realça-se a importância que o enfermeiro obstetra pode ter junto do casal, na valorização da qualidade da sua relação conjugal já anteriormente estabelecida e na aliança que devem assumir na partilha de tarefas domésticas e cuidados ao recém-nascido, assim como nos comportamentos síncronos e de harmonia relativamente à educação e bem-estar da criança.

Penso que a aprendizagem efetuada no aprofundamento desta temática trouxe contributos que me motivam a ver mais além. A preocupação inerente à hospitalização numa fase de grande vulnerabilidade da mãe, mas também do pai e do recém-nascido, em que a capacitação para os cuidados ao filho, nomeadamente no que diz respeito à alimentação do bebé, abarca muitas horas de cuidados, esgotando por vezes, outro tipo de ações de enfermagem em serviços de saúde com ratio enfermeiro/utente elevado.

Ficam como sugestões que o currículo do Curso de Enfermagem tanto ao nível do 1º ciclo como do 2º ciclo aborde com maior ênfase os aspetos ligados à temática relativa às implicações da parentalidade na relação conjugal e vice-versa. Desta forma, permitirá aos estudantes desenvolverem competências centrais para o apoio aos pais nesta transição.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais, em contexto de cuidados de saúde primários, que analisem de forma mais aprofundada a experiência de casais em processo de gravidez e, posteriormente, no período pós-parto.

BIBLIOGRAFIA

ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK (2008) – *Carta Europeia dos direitos dos doentes*. Consultado em 1 de outubro de 2013 e disponível em <http://www.europacoln.pt/data/1h830n4zyu082bqtdoxki.pdf>.

ANTUNES, Mónica (2008) - *Relação conjugal no pós-parto: Diferenças de género*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado.

BENNER, Patrícia (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972- 8535-97-X.

BORGES, B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. (2003) – Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. In *Acta Médica Portuguesa*, Nº 16.pp. 447-454. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>.

BOWLBY, John (2002) – *Apego: A Natureza do Vínculo*. 3ª Edição. Vol. I. São Paulo: Martins Fontes, 2002. ISBN: 85-336-0906-X.

BRAZELTON, Terry; CRAMER, Bertrand (2004) – *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. 4ª Reimpressão. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-083-5.

CANAVARRO, Maria Teresa (2001) – Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Maria Cristina CANAVARRO (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-77-5. pp. 17-49.

CRAIG, J. ; SMITH, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência*. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.

CRAMER, Bertrand (1995) – As relações mãe-filho – Prioridades para o bebé XXI. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebé XXI: Criança e Família na*

viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7, pp 27-32.

CHRISTIE, J.; POULTON, B.C.; BUNTING, B.P. (2008) - An integrated midrange theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing* . Vol.61, Nº 1, pp. 38–50.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de atuação 12. Orientações Técnicas*. Lisboa: DGS. ISBN972-675-084-9.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) – *Padrões de reprodução em idades jovens*. Lisboa: DGS. ISSN 1645-4146

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2013) – *Regulamento do Mestrado*. Lisboa: ESEL. Consultado a outubro de 2013 e disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/2117/RegulamentoMestrado_30Nov2011.pdf.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PARTEIRAS ESPANHOLAS; ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) - *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.

FELDMAN, Ruth (2004) - *Mother-Infant Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care): Theoretical, Clinical, and Empirical Aspects*. Consultado em maio 2006 e disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=611874041&Fmt=4&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*. Vol. 3, Nº 3, pp. 521-539.

FIGUEIREDO, Bárbara [et al] (2008) – Partner relationships during the Transition to Parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 26, Nº. 2, pp. 99 – 107.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GAYESKI, Michele; BRÜGGEMANN, Odaléa (2010) - Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Revista texto e contexto em Enfermagem*, Vol. 19, Nº4. Consultado em outubro de 2013 e disponível na internet em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400022

GOMES-PEDRO, João (1999) – *A criança e a nova Pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0827-5.

GORDON, I.; FELDMAN, R. (2009) - Synchrony in the triad: a microlevel process model of coparenting and parent-child interactions. *Family Process*, Vol.47, Nº 4, pp. 465–479.

GUPTA, J.; HOFMEYER, G.; SMYTH, R. (2012) - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Collaboration*. Consultado em 24 de outubro de 2013 e disponível na internet em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002006.pdf>.

HÄGGMAN-LAITILA, Arja [et al] (2010) - Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits. *Journal of Clinical Nursing*, Nº 19, pp. 3504 – 3515.

HÉRNANDEZ, Jose; HUTZ, Claudio (2009) - Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, Vol. 40, Nº 4.

HINTZ, H. C. (1998) - A dinâmica da interação do casal. *Pensando Famílias*, Nº1, pp. 31-40.

HINTZ, H. C.; BAGINSKI, P. (2012) - Vínculo Conjugal e Parentalidade. *Revista Brasileira de Terapia de Família*, Vol. 4, Nº1. pp. 10-22. Consultado em 26 de setembro de 2013 e disponível em <http://www.abratef.org.br/2013/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>.

HOUTS, Renate [et al] (2008) – Patterns of Couple interaction during the Transition to Parenthood. *Personal Relationships*. Nº 15, pp. 103-122.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2011) – *Essential competencies for basic Midwifery practice*. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1*. Trad. Ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013) –*Destaque; Informação à comunicação social*. Lisboa: INE. Consultado em 26 de setembro de 2013 e Disponível na Internet em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...n

KENNEL, John (1995) – Tornar-se família – Ligações e Padrões de Mudança no Comportamento do Bebê e da Família. In João GOMES-PEDRO (coord.) – *Bebê XXI: Criança e Família na viragem do Século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-06664-7. pp. 35-51.

KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1996) - *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

LEDERMAN, Regina P. (2011) - Preterm Birth Prevention: A Mandate for Psychosocial Assessment. *Issues in a mental Health Nursing*. Vol.32, Nº 163. ISSN: 0161-2840.

LESCIOUS, K.; CABRAL, S. (2010) – *A Importância do Método Mãe Canguru*. Consultado em 28 de fevereiro de 2013 e disponível em http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/17ENF.pdf.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (2005) – *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – Enfermagem na Maternidade. 7ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

LUCERO-LIU, Ana [et al] (2008) – Partner effects of Mexican Cultural Values: The couple and Parenting Relationships. *The Journal of Psychology*. Vol. 142, Nº 2, pp169–192.

MARTINS, Cristina (2008) – *Transição para a parentalidade*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – *Transition Theory middle-range and situation theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publish Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MENEZES, C; LOPES, Rita (2007) - Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF*, Vol. 12, Nº 1, pp. 83-93.

MORRIL, Melinda [et al] (2010) - Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting. *Family Process*. Nº49, pp 59-73.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - *Código Deontológico do Enfermeiro – anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 187p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 31 de julho de 2012 e disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (1996) – *Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; INTERNATIONAL CONFERENCE OF MIDWIVES (2008) – *Managing prolonged and obstructed labour*. Consultado em setembro de 2013 e disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669_4_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE; USAID; MATERNAL AND CHILD HEALTH INTEGRATED PROGRAM (2013) – *Delayed Clamping Of The Umbilical Cord To Reduce Infant Anaemia*. Consultado a 19 de setembro de 2013 e disponível em http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/MCHIP%20DCC%20Briefer_0.pdf

PEREL, Esther (2008) – *Amor e desejo na relação conjugal*. 1ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.

PIRES, Ana Sofia (2008) - *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Tese de Mestrado. Consultada em 11 de abril de 2012 e disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/820/1/20978_ulsd056139_tm.pdf

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette (2004) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

RABOUAM, Catherine (2004) – Avaliação da vinculação no bebé. In Nicole, GUEDENEY e Antoine, GUEDENEY – *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7.pp. 89-99.

RIVERO, Catarina (2006) – *Da Conjugalidade à Parentalidade*. Consultado em 11 de abril de 2012 e disponível em <http://catarinarivero.com/conjugalparental.php>.

SÁ, Eduardo (org.) (1997) – *A maternidade e o bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-096-1.

SOUSA, Sátya (2004) – *Estilos de comunicação Pais-bebé*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-120-7.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002) – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

WATSON, Jean. (2007) – *Nursing: Human science and Human Care. A theory of Nursing*. NewYork: National League for Nursing. ISBN: 9780763753221

YOUNG, Larry (2013) – *Research projects*. Consultado em outubro de 2013 e disponível em <http://research.yerkes.emory.edu/Young/research.html>.

APÊNDICE - CRONOGRAMA

Meses	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08-10
Atividades	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13
Realização do projeto															
Entrega do projeto			13												
Reformulação															
Inscrição do projeto									14						
Elaboração do relatório final					Análise RSL					Registo da observação de interações conjugais nos EC IV Análise e Discussão de dados					
					Registo da observação de interações conjugais nos EC II, III										
Entrega de relatório															nov.
EC I	25 - 20														
EC II					1 a 26										
EC III					29 out. – 14 dez.										
EC IV							17 dez. - 8 fev.								
Estágio com relatório										14 fev. a 12 julho					

Conjugalidade e Parentalidade:

O enfermeiro obstetra na promoção de encontros a três
