



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

**Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro
Obstetra em Tempos de Pandemia**

João Manuel Pereira de Oliveira

**Lisboa
2022**

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

**Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro
Obstetra em Tempos de Pandemia**

João Manuel Pereira de Oliveira



Orientador: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos



Lisboa
2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, á minha Joana por todo o amor e carinho, não só ao longo deste percurso, mas também na vida. Obrigado por todas as palavras de incentivo e motivação, por me teres segurado em todas as vezes que quis desistir e por toda a ajuda imprescindível para a conclusão deste percurso. Sem ti não teria sido possível!

Aos meus 3 filhos por serem a minha inspiração e me fazerem querer ser melhor todos os dias.

Á minha mãe por toda a ajuda e por ser uma avó fantástica.

Á Professora Anabela Ferreira dos Santos por toda a orientação e disponibilidade que sempre demonstrou.

A todos os meus orientadores nos locais por onde passei durante os ensinos clínicos. Todos, sem exceção, ajudaram a cumprir os meus objetivos.

Obrigado a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ICM - *International Confederation of Midwives*

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

JBI – Joanna Briggs Institute

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente trabalho consiste num Relatório de Estágio, que visa uma análise reflexiva, acerca do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) no âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Este decorreu durante um período atípico em Portugal e nos restantes países, uma vez que o mundo foi afetado por uma pandemia, causada pelo vírus SARS-Cov-2. Esta pandemia veio alterar a vida em sociedade, impondo regras e restrições em todos os contactos sociais. A rápida propagação da doença, veio sobrecarregar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), alterar protocolos e procedimentos, nomeadamente no que diz respeito ao âmbito da saúde materna, vigilância da grávida e acompanhamento pré-natal. Relativamente ao processo de transição para a parentalidade, este é diferente no que diz respeito à maternidade e paternidade. O homem, não sentindo as transformações físicas associadas à gravidez, acaba por vivenciar este processo no plano imaginativo. Com as alterações provocadas pela pandemia, muitos progenitores foram impedidos de acompanhar a mulher grávida durante os procedimentos associados à vigilância pré-natal, sendo assim impedidos de participar ativamente nesta vertente da gravidez.

Assim, este Relatório de Estágio tem como objetivo responder à seguinte questão de investigação: De que forma a ausência do pai no acompanhamento pré natal irá influenciar a vinculação paterna? Todo o percurso formativo, bem como o desenvolvimento deste projeto foram sustentados pela Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson. A nível metodológico, seguiu-se a Prática Baseada na Evidência, bem como a metodologia da *Scoping Review* segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI).

Para além disso, foi aplicado um questionário a 54 participantes que vivenciaram o processo da paternidade no contexto acima referido, de forma a perceber quais as suas experiências e de que forma o seu acesso aos cuidados e por consequência o processo de vinculação com o feto foram afetados. Após a análise de conteúdo, emergiram categorias que vão de encontro à evidência científica encontrada, em que através da possibilidade de acompanhar consultas e exames, nomeadamente da observação da ecografia, o pai vai interiorizando mental e emocionalmente o seu novo papel, construindo uma imagem tanto do bebé, como das suas novas responsabilidades, influenciando positivamente o processo de vinculação com o bebé.

Palavras-Chave: Pai / Ausência Paterna / Vinculação / Pré-natal

ABSTRACT

This document consists of an Internship Report, which aims a reflective analysis about the learning and development process of the Nursing Specialist in Maternal and Obstetrical Health skills, within the scope of the Master's Degree in Maternal Health and Midwifery Nursing.

This master's degree course took place during an exceptional cycle, not only in Portugal, but also in the other countries, since the world was affected by a pandemic, caused by the SARS-COV-2 virus. This pandemic came to change life in society, imposing rules and restrictions, in particular with regard to maternal health, pregnant surveillance and prenatal care. Regarding the parenthood transition, the process changes whether we talk about maternity ou paternity. By not feeling the physical transformations related to pregnancy, the man ends up going through this process on an imaginative plan. Because of the disturbances occured due to the pandemic, many parents were prevented from following their women, during the prenatal surveillance procedures. Therefore, they were unable to actively participate in this aspect of pregnancy.

So, this Internship Report has the purpose of answering the following research question: "In what way the father's absence will influence paternal attachment?" The formative path, as well as this project development were sustained by Care Theory of Kristen Swanson. Regarding the methodology, it was followed the Evidence-Based Praticce, and the Scoping Review, according to the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines.

Furthermore, it was appllied a questionnaire to 54 participants, who experienced the parenting process in the mentioned context, in order to find out what were their feelings, and how their access to care and consequently the process of attachment to the fetus, were affected. After content analysis, categories emerged that grant the scientific evidence found, showing that through the possibility of following the medical appointments and exams, specially by watching the ultrasound, the father prepares himself mentally and emotionally for his new role, creating an image not only of the baby, but also of his new responsibilities, having a positive influence on creating bonds with the baby.

Key words: father / paternal absence / binding / prenatal.

INDÍCE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Vinculação Paterna	13
1.2. A Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson	17
1.3. A História da Pandemia COVID-19	19
2. METODOLOGIA DE TRABALHO	21
2.1. <i>Scoping Review</i>	21
2.1.1. Critérios de Inclusão	22
2.1.2. Métodos de Pesquisa	22
2.1.3. Resultados	23
2.2. Questionário	24
2.2.1. Participantes	24
2.2.2. Instrumentos	24
2.2.3. Procedimentos	25
2.2.4. Resultados	26
3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	34
3.1. Cuidados à mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional	37
3.2. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	39
3.3. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	45
3.4. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	48
3.5. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	53

3.6. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	55
4. CONSIDERAÇÕES E PROCEDIMENTOS ÉTICOS	57
5. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS/IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termos Indexados

Apêndice 2 – Termos Indexados Relacionados nas Diferente Bases de Dados

Apêndice 3 – *Prisma Flow*

Apêndice 4 – Tabelas de Análise de Artigos *Scoping Review*

Apêndice 5 – Questionário

Apêndice 6 – Folheto sobre Métodos Contraceptivos Femininos: Implante Hormonal

Apêndice 7 – Folheto sobre Métodos Contraceptivos Femininos: Pilula Hormonal

Apêndice 8 – Folheto sobre Acompanhamento Pré-Natal em Tempos de Pandemia: Reconhecer a Importância da Inclusão do Pai para o Processo de Vinculação

Apêndice 9 – Formação “Extração e conservação de Leite Materno”

Apêndice 10 – Poster “Liberdade de Movimentos no Trabalho de Parto”

Apêndice 11 – Folheto sobre Métodos de Extração e Conservação do Leite Materno

ANEXOS

Anexo I – Síntese do Registo de Experiências Mínimas

Anexo II – Certificado “Curso de Formação em Aconselhamento Avançado em Aleitamento Materno

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Anexo IV – Pedido de autorização para utilização da *Antenatal Emotional Attachment Scale*

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - PCC.....	21
Quadro 2 – Idade da Amostra	26
Quadro 3 - Habilitações Literárias	26
Quadro 4 - Vai ser pai pela primeira vez?	26
Quadro 5 - Quantos filhos tem?	27
Quadro 6 - Teve oportunidade de acompanhar o período pré-natal na(s) paternidade(s) anterior(es) ?	27
Quadro 7 - A gravidez atual foi planeada?	27
Quadro 8 - Trimestre da gravidez.....	27
Quadro 9 - Obstáculos no acompanhamento pré-natal.....	28
Quadro 10 - Obstáculos no acompanhamento do período pré-natal devido à pandemia por Covid-19	28
Quadro 11 - Ligação prejudicada pelas situações?.....	29
Quadro 12 - Sente que a ligação que pretendia estabelecer com o bebé ainda antes do seu nascimento foi prejudicada?	29
Quadro 13 - Sente que existem esforços pela equipa de saúde para o incluir no processo?.....	30
Quadro 14 - Intervenção para colmatar a situação	31
Quadro 15 - Escala de Vinculação Parental Durante a Gravidez.....	32

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio corresponde ao instrumento de avaliação da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos. A sua finalidade consiste na avaliação do percurso formativo, sendo que posteriormente será sujeito a apreciação e discussão pública, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

No decorrer deste trabalho será descrito, analisado e refletido o percurso de aprendizagem e de aquisição de competência específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente, as que são preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº 391/2019, publicado em Diário da República, II série, nº 85, bem como pelo *International Confederation of Midwives* (2017).

A vertente prática do curso de Mestrado que me permitiu desenvolver as minhas aptidões técnicas e práticas bem como aplicar, consolidar e desenvolver novas no âmbito teórico e que se encontra aqui em análise decorreu num total de 950 horas, correspondentes a 60 ECTS, entre Dezembro de 2020 e Novembro de 2021.

O objetivo geral deste trabalho é descrever as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de aprendizagem, que contribuiram para a aquisição e desenvolvimento das competências de EESMO e Mestre.

Aqui, serão então explanadas e analisadas as atividades e estratégias que desenvolvi e implementei, no decorrer das várias práticas clínicas e dos diferentes contextos de cuidados, com vista a atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Mobilizar conhecimentos na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica, que foram previamente adquiridos nas unidades curriculares lecionadas no 1º ano do curso de Mestrado, bem como dos que foram aprofundados e adquiridos ao longo das práticas clínicas;
2. Desenvolver as competências específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, ao nível da prestação de cuidados à mulher inserida na família e na comunidade, no período fértil e pré-concepcional, no período do

- climatério, no período pré-natal, durante o trabalho de parto e parto, no período pós-natal e em situação de processo de saúde/doença ginecológica;
3. Incrementar conhecimentos e competências acerca do processo de Vinculação Paterna em situação pandémica.
 4. Adquirir competências gerais no âmbito do segundo ciclo de ensino – Mestre.

Perante a definição dos objetivos anteriormente mencionados, surgiu o meu Projeto Individual de Estágio com o tema “Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro Obstetra em Tempos de Pandemia”. No desenvolvimento deste projeto, procurei compreender quais os efeitos que as alterações no acesso aos cuidados de saúde provocadas pelas contingências associadas à pandemia mundial pela doença Covid-19 tiveram no processo de vinculação paterna, que se desenvolve durante a gravidez. Para além disso, procurei identificar e desenvolver estratégias, nos locais de estágio por onde passei, que permitissem colmatar estas alterações.

A pertinência da escolha do tema, é sustentada por vários autores, nomeadamente Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer e Lopes (2009) que, citando vários autores, afirmam que o estabelecimento de uma relação afetiva entre o pai e o bebé se dá muito antes do seu nascimento, durante o período pré natal, e resulta tanto das fantasias e expectativas que o progenitor vai desenvolvendo em relação ao filho, como também de interações reais, como é o caso dos movimentos fetais.

Assim, e de modo a orientar o desenvolvimento do projeto, estabeleci a seguinte questão de investigação: De que forma, a ausência do pai no acompanhamento pré natal irá influenciar a vinculação paterna? Para dar início ao trabalho, optei pela metodologia da *Scoping Review* segundo as orientações do JBI (2020), dado que permitiu mapear toda a evidência científica relevante sobre a temática em estudo, neste caso os aspetos relacionados com a Vinculação Paterna no geral. Posteriormente, e para abordar especificamente o tema passei à aplicação de um questionário, com vista a obter resultados acerca da relação entre a pandemia mundial por Covid-19 e os aspetos da Vinculação Paterna.

O desenvolvimento de todo este trabalho foi norteado pela Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson.

Relativamente à sua organização, e após esta breve introdução, será apresentado um enquadramento teórico acerca da Vinculação Paterna, seguindo-se uma referência à Teoria dos Cuidados preconizada por Kristen Swanson e uma abordagem à História da Pandemia Mundial por Covid-19. De seguida, será explanada a metodologia de trabalho utilizada, começando pela *Scoping Review* e posteriormente na análise dos resultados do questionário desenvolvido. Será também abordado o processo formativo de desenvolvimento de competências específicas, bem como os procedimentos e considerações éticas que foram tomados. Por fim, será feita uma referência e análise às limitações que ocorreram durante o processo de aprendizagem, seguindo-se de breves considerações finais sobre todo este processo e culminando na apresentação das referências bibliográficas elaboradas segundo a norma APA 7th.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Vinculação Paterna

A vinculação paterna engloba um conjunto de processos que ocorre na vida do homem e, por isso, não é possível abordá-la sem primeiro entender os conceitos de paternidade e parentalidade.

Os conceitos de paternidade e parentalidade estão diretamente relacionados. No primeiro, o homem que era anteriormente apenas filho, passa por um processo de transformação com a meta de se tornar agora ele próprio pai, aparecendo aqui o desafio da parentalidade, onde passa a mostrar as suas capacidades e competências como tal. Estas, vão sendo assumidas e desenvolvidas à medida que as necessidades de desenvolvimento da criança surgem e envolvem processos psicológicos e sociais que se iniciam logo na gestação. Durante este processo, os períodos de gestação, nascimento e puerpério são alturas particularmente sensíveis, não só por serem fatores que geram instabilidade mas também porque nem sempre o homem consegue encontrar o seu papel e lugar, podendo sentir-se afastado destes momentos (Ribeiro et al, 2015).

Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004) identificam três planos nos quais a transição para a parentalidade implica várias alterações: o psicológico, biológico e social. Estes autores caracterizam este período de desenvolvimento com a elaboração de fantasias e sentimentos, a revisão da própria infância e dos papéis desempenhados pelos seus progenitores, bem como com as preocupações decorrentes de todas estas mudanças.

Ainda nesta linha de pensamento, Piccinini et al (2004), identifica o processo de parentalidade masculina bastante diferente do da feminina, uma vez que o homem é física e biologicamente incapaz de experienciar as mudanças corporais que são fruto da gravidez e do crescimento do bebé *in útero*, o que pode constituir um obstáculo à criação de um vínculo afetivo entre pai e bebé. Assim, esta relação pode construir-se de forma mais lenta e vir a consolidar-se após o nascimento da criança e nos primeiros meses de vida.

Relativamente a este tema, Liskoski e Jung (2018), mencionam a distinção entre pai e progenitor, afirmando que nem todos os progenitores serão pais, uma

vez que para adquirir este último título é necessários que exista uma relação emocional entre as duas partes. Para além disso, dizem-nos ainda que a paternidade se desenvolve de forma diferente em cada homem, uma vez que cada indivíduo é único e é influenciado por fatores sociais, económicos, espirituais e culturais.

A transição do pai para a paternidade é influenciada pela relação emocional que este estabelece com o bebé, o que vem reforçar ainda mais a necessidade de estimular a parentalidade positiva através de comportamentos de vinculação entre os dois (Nogueira e Ferreira, 2012).

No que diz respeito aos papéis tradicionais do homem e da mulher na sociedade, e às mudanças que estes têm sofrido ao longo dos anos, Oliveira et al (2009), referem que nos dias de hoje o homem procura um papel de igualdade relativamente à mulher, na sua participação na gestação, aceitando e salientando a sua importância.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, associada a fatores socioeconómicos, veio também afetar os pais da tradição ocidental em que a mãe se encontrava responsável por cuidar dos filhos e o pai por satisfazer as necessidades financeiras e materiais da família. Desta forma, os autores consideram que, na atualidade, os pais desempenham uma parentalidade cada vez mais ativa e contributiva para o desenvolvimento dos filhos (Piccinini et al, 2004).

O envolvimento do progenitor nesta fase é bastante positivo, uma vez que lhe permite exercer a função de pai mesmo antes do nascimento. Para além disso, a participação do mesmo em todas as atividades que englobam o período pré natal poderá constituir um fator facilitador na construção de uma relação afetiva do pai com o bebé durante a gestação (Oliveira et al, 2009). Entendendo esta ideia, e considerando o período da gravidez também de grande importância para o homem, no sentido de ser um momento marcante e que acarreta diversas mudanças, o envolvimento do pai possibilitará valorizar a relação que este estabelece com o bebé durante a gestação e entendê-la como base da vinculação estabelecida após o nascimento (Liskoski e Jung, 2018).

Assim, para Bonim, Andrade, Nunes e Looze (2020), decorrente de todas estas alterações na organização do núcleo familiar, torna-se fundamental que o acompanhamento pré-natal, que outrora era focado nos cuidados à mulher e necessidades do bebé, se centre agora no conceito de família. Desta forma, deve

passar a integrar o homem neste processo, o que segundo Oliveira (2009), citado pelos autores anteriormente mencionados, irá contribuir para o fortalecimento do vínculo paterno e por consequência influenciar positivamente todos os vínculos familiares.

Gomez e Leal (2007) encontraram resultados escassos no que diz respeito a estudos relativos à vinculação paterna pré-natal, referindo que em grande parte dos casos o processo de vinculação entre o pai e o bebé tem início durante a gestação. Para tal, baseiam-se no Modelo de Condon (1993), que nos diz que ambos os progenitores, no decorrer da gravidez, vão elaborando mentalmente uma imagem do feto, que resulta tanto das suas fantasias como de fatores da realidade, sendo relativamente a esta representação que o vínculo se desenvolve.

Assim, embora esteja pouco estudado o envolvimento do pai na gestação, considera-se que este pode ser difícil de compreender, uma vez que se dá de forma indireta, sendo mediado pela mãe. Para além disso, dizem-nos ainda que a gravidez é transversal ao casal, uma vez que não só a mulher, mas também os futuros pais experienciam muitas mudanças no decorrer deste processo. Ainda nesta linha de pensamento, conferem um aspeto emocional a este processo, referindo que o acompanhamento paterno não se refere apenas a questões práticas, como o acompanhamento a consultas, mas também ao seu envolvimento nouro tipo de atividades, tais como os preparativos para a chegada do bebé. Assim, na revisão da literatura que realizaram, Piccinini et al, (2004) encontraram várias evidências de que o envolvimento paterno durante a gestação contribui para a criação das primeiras relações entre o pai e o bebé. Ainda no seu estudo, referiram-se particularmente à presença do pai nas ecografias fetais como despertadora de sentimentos de tranquilidade e felicidade.

Ribeiro et al (2015), no estudo que realizaram comprovaram que a paternidade, numa fase inicial da gravidez, é vivida muito no plano da imaginação do homem, uma vez que a nível físico ainda não encontra grandes alterações na mãe. Assim, à medida que a gestação vai evoluindo, o processo de vinculação também se vai desenvolvendo, sendo que é através da partilha de sentimentos, acompanhamento a consultas e grupos de apoio, bem como através dos movimentos do bebé, que este se começa a ver como pai.

Bonim et al (2020) referem que a possibilidade de o pai acompanhar as consultas e exames pré-natais, possibilita a que o mesmo vá interiorizando mental

e emocionalmente o seu papel de pai, bem como contribui para uma gravidez humanizada. Os mesmos autores dizem ainda que a forma como pai participa nesta fase da vida do bebé, irá influenciar a forma como se relacionará com ele após o nascimento, e que por isso mesmo deve ser estimulada. Portanto, consideram que a presença do pai no acompanhamento da gestação é importante não só para a grávida mas também para ele próprio, uma vez que lhe possibilita ir construindo a sua identidade como pai, para além de que lhe permite ir expressando sentimentos e preocupações e gerindo expectativas, sendo promovido o seu envolvimento emocional com o bebé.

O estudo realizado por Figueiredo e Marques (2011) diz-nos que a grande parte dos pais pertencente à população do seu estudo considera importante acompanhar os movimentos, desenvolvimento e crescimento do seu bebé. Para além disso, verificaram que o acompanhamento das grávidas às consultas pré-natais se revelou não só um momento de emoção, mas também uma oportunidade para esclarecerem dúvidas, medos e receios.

No que diz respeito concretamente à presença do pai na realização das ecografias fetais, estes são momentos marcantes para o pai, uma vez que é através deste exames que o mesmo tem contacto real com o filho, conseguindo sentir-se próximo dele (Liskoski e Jung, 2018). Este exame marca uma das formas mais diretas de envolvimento paterno na gestação, acarretando sentimentos de felicidade e tranquilidade, sendo a partir da visualização da ecografia que é permitido ao pai construir uma imagem real do bebé, facilitando o processo de construção do seu novo papel (Piccinini et al, 2004).

Quando falamos das dificuldades experienciadas pelo pai durante a gravidez, Nogueira e Ferreira (2012), enumeram três grandes áreas: a primeira diz respeito à dúvida e dificuldade em conceber a gravidez, uma vez que no início a gestante ainda não apresenta provas físicas de tal situação; a segunda refere-se à relação com a grávida e outras pessoas à sua volta, uma vez que para além de terem formas de encarar esta nova fase diferentes, os restantes pares concentrarão a sua atenção na gestante, podendo levar o pai a sentir-se excluído. Por fim, falam de todas as dificuldades inerentes à construção do papel de pai.

Desta forma, e tendo em conta todas as dificuldades que o pai experiencia no decorrer de todo este processo, existem estratégias que facilitam o contacto do pai com o bebé antes do seu nascimento, nomeadamente o contacto paterno com o

abdómen da gestante, com o objetivo de este experienciar os movimentos fetais e assim sentir o bebê e conseguir construir uma imagem mental do mesmo. Para além disso, referem a ultrassonografia como um momento importante para os pais, uma vez que nesta estão em posição de igualdade com a mãe, pois ambos acedem à imagem e informação ao mesmo tempo (Piccinini et al, 2009).

Tendo em conta tudo o que foi descrito até agora, torna-se então emergente compreender qual o papel do EESMO nesta problemática. Assim, revela-se essencial que os profissionais de saúde compreendam que a gravidez e parto são eventos que integram a saúde reprodutiva não só da mulher mas também do homem e por isso é necessário que existam estratégias que permitam chegar aos pais e incluí-los num papel ativo durante a vigilância da gravidez, permitindo-lhes exercer o seu papel de pai, que é um direito. (Ribeiro et al 2015)

Figueiredo e Marques (2011) reforçam assim que, incentivar a presença e acompanhamento do processo de gravidez pelo pai, deve ser um papel do profissional de saúde, nomeadamente do EESMO. Desta forma, é fundamental acolher o pai nas unidades de saúde e garantir-lhe o direito de acompanhar a gestante em todas as atividades, contribuindo positivamente para a construção do processo de vinculação pai-bebé.

1.2. A Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson

A fim de orientar e alicerçar a construção deste trabalho, este será desenvolvido com base na Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson.

Segundo Kalfoss e Owe (2015), Swanson publicou pela primeira vez a sua Teoria dos Cuidados em 1991 e novamente em 1994. Relativamente à filosofia de cuidados que desenvolveu, Swanson (1993), referindo-se ao estudo que desenvolveu em 1991, indica que a Teoria dos Cuidados resultou de uma análise fenomenológica dos cuidados de enfermagem prestados em três contextos diferentes – unidade de cuidados intensivos neonatal, cuidados à mulher após interrupção involuntária da gravidez e cuidados à puérpera inserida em grupos de apoio à saúde mental. Neste estudo, comprovou que a sua teoria de cuidados

poderia ser aplicada não só no contexto geral dos cuidados perinatais, mas também em outras áreas para além da enfermagem.

Oliveira et al (2018) referem que Swanson atribuía na sua teoria grande importância a dois fatores *major*: a pessoa e o ambiente. Esta considerava a pessoa como o foco dos cuidados e entendia-a como única, olhando para cada indivíduo como diferente dos seus pares e que se encontra em constante evolução e transformação, influenciado pelas situações e contextos do seu dia-dia (ambiente).

A Teoria dos Cuidados de Swanson assenta em cinco formas de cuidar: conhecer – os eventos de vida da pessoa e o seu significado, afastando a possibilidade de desenvolver juízos pré-concebidos sobre o outro, encarando-o a ele e aos seus eventos de vida como importantes; estar com – onde o cuidador está emocionalmente disponível para conhecer a pessoa ao seu cuidado em todas as suas dimensões, permitindo que o outro expresse os sentimentos e sinta que os mesmos são importantes; fazer por – em que o cuidador protege e responde a todas as necessidades de quem está a cuidar, preservando sempre a sua dignidade; possibilitar – onde ajuda e fornece estratégias que facilitem a ultrapassagem dos vários obstáculos que poderão surgir na vida do indivíduo; manter a crença – o que possibilita manter a esperança e fortalecer uma atitude positiva do indivíduo face ao seu futuro (Kalfoss e Owe, 2015).

Ainda de acordo com Swanson (1993), os processos de saúde e doença são considerados fenómenos sociais e por consequência a sua vivência é influenciada pelo contexto social, valores, ideias políticas, condições económicas e normas culturais.

Oliveira et al (2018) defendem esta teoria no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, no sentido de se poder entender durante o processo de gravidez e que culmina no parto, que a gestante e toda a família passam por um processo de transformação, que está inerente ao caminho para a parentalidade. Este processo é influenciado por fatores biopsicossociais e espirituais que condicionam a transformação do ambiente do casal, de forma a favorecer o acolhimento, vínculo e confiança nas vivências do parto e nascimento. Assim, é essencial compreender a importância das intervenções em saúde, no sentido de favorecer o desenvolvimento de indivíduos e sociedades saudáveis.

1.3. A História da Pandemia COVID-19

Atualmente, ainda não é possível afirmar com total certeza qual a origem ou data em que teve início a corrente pandemia mundial pelo vírus SARS-Cov-2, uma vez que este constitui uma nova variante do já conhecido Coronavírus, previamente existente no nosso planeta.

Apesar disso, e segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, sabe-se que o primeiro alerta à Organização Mundial de Saúde surgiu a 31 de Dezembro de 2019, e referia-se a um conjunto largo de casos de pneumonia que se verificou na cidade de Wuhan na República Popular da China. A 7 de Janeiro de 2020, as autoridades de saúde chinesas confirmaram a identificação de uma nova estirpe de coronavírus, que foi posteriormente nomeada como SARS-Cov-2, a 11 de Fevereiro de 2020.

Devido à sua natureza altamente contagiosa e à sua velocidade de propagação por todo o Mundo, no dia 30 de Janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o surto causado pelo vírus SARS-Cov-2 constitui uma emergência de Saúde Pública a nível Internacional.

Em Portugal, o primeiro caso de infeção confirmado, pelo vírus SARS-Cov-2 foi detetado no dia 2 de Março de 2020, tendo sido declarado o primeiro estado de emergência nacional a 18 de Março do mesmo ano, por um crescimento do número de casos de cerca de 3000% desde o primeiro registado. Neste mesmo mês, a Europa foi considerada o epicentro da pandemia pela OMS, e verificou-se em Portugal o primeiro pico de crescimento dos casos de infetados. A partir desta altura, iniciou-se uma nova era no nosso país, em que se verificaram diversos confinamentos com encerramento da maioria dos espaços públicos. A nível das Instituições de Saúde, viveram-se tempos complexos, com sobrecarga do SNS, e mudança total de grande parte dos procedimentos hospitalares.

No que diz respeito ao acompanhamento da gravidez e parto – grávida, recém-nascido (RN) e puérpera, e apesar da existência da orientação 018/2020 da Direção Geral da Saúde, que nos diz que cada unidade de saúde deve reunir os meios necessários que permitam a presença de um acompanhante da grávida que não é portadora de Covid-19, tal não aconteceu. A maioria das Instituições públicas e privadas passaram a proibir a presença de qualquer acompanhante, nomeadamente o pai, não só nas consultas de vigilância da gravidez e exames

complementares de diagnóstico a elas associados, como também no trabalho de parto, parto e puerpério.

Para combater a propagação da doença, no dia 27 de Dezembro de 2020 ocorreu o primeiro dia de vacinação em Portugal. A vacina foi desenvolvida pelos laboratórios Pfizer e BioNTech e o primeiro grupo a ser vacinado foram os profissionais de saúde.

Em Outubro de 2021, foram atualizadas as normas da Direção Geral da Saúde anteriormente mencionadas (Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 27/10/2021 e Orientação nº 026/2020 de 19/05/2020 atualizada a 27/10/2021), permitindo-se agora o acompanhamento da grávida, mulher em trabalho de parto, parto e puérpera, por um acompanhante que disponha do esquema vacinal completo há mais de 14 dias, e após preenchimento de um questionários clínico e epidemiológico.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

2.1. *Scoping Review*

De modo a perceber o que existe na literatura acerca da temática que irá ser abordada neste trabalho, foi então realizada uma *Scoping Review*.

Uma das formas de realizar uma revisão sistemática da literatura consiste no método proposto pelo JBI (2020) – a *Scoping Review*. Esta, é uma forma de pesquisa que permite mapear os conceitos chave associados a determinada área de pesquisa, bem como clarificar definições e quadros conceptuais relativos a um assunto em específico. Assim, esta forma de pesquisa pode cumprir um destes objetivos ou mesmo todos eles em conjunto. Esta metodologia pode também ser utilizada como método preliminar a uma revisão sistemática da literatura, de modo a perceber qual a dimensão da evidência científica disponível.

Seguindo este método de trabalho serão primeiramente definidos o título e a sua questão, que irão incorporar a População, Conceito e Contexto utilizados.

Assim, o título desta *Scoping Review* será: A ausência do pai no acompanhamento pré natal em tempos de pandemia Covid-19: uma *Scoping Review*. Nesta, irei procurar evidência científica que responda à seguinte questão: De que forma, a ausência do pai no acompanhamento pré natal irá influenciar a vinculação paterna? Ainda seguindo o método de trabalho da *Scoping Review* definiu-se a seguinte PCc (Quadro 1), na qual o P corresponde à população, o C ao conceito e o c ao contexto.

Quadro 1 - PCC

MNEMÓNICA	
P	Pai
C	Vinculação paterna
c	Acompanhamento pré-natal

2.1.1. Critérios de Inclusão

Relativamente aos critérios que permitiram definir quais as fontes que poderiam ser incluídas no estudo, foram estabelecidos os seguintes:

- a) Artigos com o modo *full text* disponível.
- b) Estudos com um máximo de dez anos de antiguidade, ou seja, a partir do ano 2010, inclusive.
- c) Fontes redigidas na língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola.
- d) Estudos qualitativos e quantitativos considerados pertinentes.

Desta forma, foram excluídos todos os artigos que não cumprissem estes critérios, bem como artigos de opinião sem base científica.

2.1.2. Métodos de Pesquisa

No sentido de aprofundar conhecimentos e compreender melhor o contexto da temática que me propus estudar, realizei uma pesquisa pela literatura cinzenta, através da base de pesquisa do Google Académico.

Desta forma, consegui estabelecer os termos de linguagem natural que iria utilizar para pesquisar na plataforma EBSCO. Através desta, acedi às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Academic Search Complete, onde fui procurar os termos indexados que estavam ligados aos anteriormente utilizados, tendo obtido os resultados descritos no quadro em apêndice (Apêndice 1).

Posteriormente, relacionei os termos indexados entre si nas respetivas bases de dados, tendo obtido os resultados nos quadros em apêndice (Apêndice 2).

Após alcançar estes resultados, obtiveram-se e selecionaram-se doze estudos, cuja sistematização foi concluída através da realização de um diagrama *Prisma Flow* (Apêndice 3).

2.1.3. Resultados

Após serem obtidos os resultados finais no que diz respeito aos artigos a serem examinados – que foram sujeitos a critérios de inclusão e exclusão - foi preenchida uma tabela para cada artigo (Apêndice 4) facilitadora da sua análise, que se baseia na metodologia preconizado pelo JBI (2020).

Durante a sua análise, foi possível concluir que um dos fatores que influencia o vínculo paterno pré-natal é o bem-estar e qualidade do relacionamento romântico dos casais. (Göbel, Barkmann, Arck, Hecher, Schulte-Markwort, Diemert, Mudra, 2019).

Para além disso, a educação pré-natal ajuda o parceiro a compreender como pode apoiar a grávida durante o período de gestação, trabalho de parto e nascimento, bem como ajuda na preparação para a parentalidade (Smyth, Spence e Murray, 2015). Desta forma, as intervenções para envolver os pais na saúde materna e neonatal podem aumentar a procura de cuidados de saúde, melhorar as práticas dos cuidados no seu dia-dia e apoiar uma comunicação e tomada de decisões mais equitativas do casal para a saúde materna e neonatal (Tokhi, Comrie-Thomson, Davis, Portela, Chersich, Luchters, 2018), sendo possível afirmar que o envolvimento paterno está associado a comportamentos saudáveis da grávida e influência saúde do feto/bebé (Alio, Salihu, Kornosky, Richman, Marty, 2010).

No entanto, outras fontes de informação verificam que existem ainda variâncias sociodemográficas no progresso do envolvimento paterno (Redshaw e Henderson, 2013), pelo que será necessário realizar mais pesquisas sobre fatores preditivos da vinculação pai-bebé, em famílias de risco (Yu, Hung, Chan, Yeh e Lai, 2011), uma vez que ainda existe uma falha na literatura no que diz respeito a fatores que potenciam o envolvimento dos pais na gravidez e parto e que os instrumentos utilizados em estudos anteriores que investigaram o envolvimento paterno na gravidez e parto, não estão adaptados à realidade atual da parentalidade (Xue, Shorey, Wang, He, 2018).

Para além disso, foi ainda possível chegar à conclusão de que as mudanças no ambiente onde são prestados os cuidados pré-natais que têm acontecido ao longo dos anos, nomeadamente na inclusão do pai no processo da gravidez e vigilância pré-natal, podem favorecer o desenvolvimento das características

inerentes à paternidade bem como potencializar a intenção de comportamentos mais saudáveis no futuro (Albuja, Sanchez, Lee, Lee, Yadava, 2019).

Por fim, aglomerando as perspectivas de todos os autores anteriormente mencionados, pôde verificar-se que a presença do pai em todas as áreas de acompanhamento do período pré-natal tem consequências positivas e é favorecedor do estabelecimento do vínculo pai-bebê, ainda antes de este nascer, bem como, facilita a sua transição para a parentalidade.

2.2. Questionário

Para realização do trabalho de campo, foi desenvolvido e aplicado um questionário (Apêndice 5), com o objetivo de aferir os sentimentos dos pais relativamente à sua ausência no acompanhamento pré-natal e as consequências a nível do processo de vinculação paterna.

Na sua aplicação foi garantido o anonimato de todos os participantes, e obtido o consentimento informado dos mesmos, para utilização destes dados.

2.2.1. Participantes

A amostra consistiu em 54 participantes do género masculino, que aguardam o nascimento de uma criança.

Estes têm maioritariamente idades compreendidas entre os 31 e os 40 (48,1%), serão pais pela primeira vez (70,4%) e encontram-se no terceiro trimestre da gravidez (64,8%).

Todos os participantes cumpriram o critério de inclusão.

2.2.2. Instrumentos

Questionário constituído por 32 questões, sendo 9 questões com o intuito de realizar uma caracterização sociodemográfica da amostra, 7 com o objetivo de compreender o impacto da pandemia pela doença Covid-19 no processo de

vinculação paterna e 16 questões correspondentes à Escala de Vinculação Parental Durante a Gravidez (Gomez e Leal, 2007). Estes questionários foram aplicados através da plataforma *Google Forms*.

Para tratamento de dados estatísticos, nas questões quantitativas, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V.27*. O SPSS é um *software* informático que realiza de forma simples uma análise de dados estatísticos, nomeadamente a estatística descritiva, que foi a utilizada neste trabalho.

Nas questões qualitativas, para análise de conteúdos, empregou-se o Procedimento da Análise de Conteúdo de Bardin. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações. Este é um instrumento bastante resiliente, cujo campo de aplicação é vasto (as comunicações). Segundo o mesmo autor, a descrição analítica baseia-se num conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens. Aqui, fragmenta-se a comunicação em categorias, que devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes.

2.2.3. Procedimentos

Foi feita a definição dos critérios de inclusão, de acordo com os objetivos definidos, nomeadamente, a inclusão de futuros pais durante a pandemia Covid-19.

O recrutamento dos participantes foi feito durante as práticas clínicas e através da divulgação do estudo em grupos sobre parentalidade existentes nas redes sociais.

Aos participantes foi disponibilizado o *link* para preenchimento dos questionários, garantindo o anonimato das respostas.

Para análise estatística da Escala de Vinculação Parental Durante a Gravidez, as respostas foram codificadas com valores de 5 a 1, em que 5 representa elevada vinculação e 1 representa baixa vinculação.

As respostas às questões 18, 20, 25, 26, 27 e 30 apresentam-se estruturadas de forma invertida.

2.2.4. Resultados

Da análise às respostas das questões sociodemográficas surgiram os seguintes dados:

A maioria dos participantes tem idade compreendida entre os 31 e os 40 anos (48,1%), seguindo-se dos 22 aos 30 (40,7%) e, por fim, mais de 41 anos (11,1%).

Quadro 2 – Idade da Amostra

	N	%
Entre 22 e 30 anos	22	40,7
Entre 31 e 40 anos	26	48,1
Mais de 41 anos	6	11,1
Total	54	100,0

A maior parte dos participantes tem como habilitações literárias o ensino secundário (37%), seguindo-se licenciatura (35,2%), mestrado (14,8%) e, por fim, o ensino básico (13%).

Quadro 3 - Habilitações Literárias

	N	%
Ensino Básico	7	13,0
Ensino Secundário	20	37,0
Licenciatura	19	35,2
Mestrado	8	14,8
Total	54	100,0

Verificou-se que a maior parte dos participantes iriam ser pais pela primeira vez (70,4%) por oposição aos restantes que já o foram anteriormente (29,6%).

Quadro 4 - Vai ser pai pela primeira vez?

	N	%
Sim	38	70,4
Não	16	29,6
Total	54	100,0

Dos 16 pais que já tinham outros filhos, 56,3% tinham um filho, 25% tinham 2 filhos e 18,8% já tinham experienciado a paternidade por três ou mais vezes.

Quadro 5 - Quantos filhos tem?

	N	%
1	9	56,3
2	4	25,0
3 ou mais	3	18,8
Total	16	100,0

87,5% dos participantes já com outros filhos tinham tido a oportunidade de acompanhar o período pré natal nas suas experiências anteriores. Ao invés, 12,5% destes participantes não tinham tido essa oportunidade.

Quadro 6 - Teve oportunidade de acompanhar o período pré-natal na(s) paternidade(s) anterior(es) ?

	N	%
Sim	14	87,5
Não	2	12,5
Total	16	100,0

A grande maioria da amostra (81,5%) afirmou que a gravidez atual foi planeada, ao contrário dos restantes 18,5%.

Quadro 7 - A gravidez atual foi planeada?

	N	%
Sim	44	81,5
Não	10	18,5
Total	54	100,0

64,8% dos participantes encontra-se a viver o terceiro trimestre da gravidez, 31,5% o segundo trimestre da gravidez e 3,7% o primeiro trimestre da gravidez.

Quadro 8 - Trimestre da gravidez

	N	%
Primeiro trimestre	2	3,7
Segundo trimestre	17	31,5
Terceiro trimestre	35	64,8
Total	54	100,0

Em relação às respostas às questões relacionadas com o Impacto da Pandemia Covid-19 no processo de Vinculação Paterna, pude apurar os seguintes dados:

Relativamente à questão sobre os obstáculos experienciados no acompanhamento pré-natal, 34 participantes referiram o acesso à realização de ecografia ou outros exames, 22 participantes enumeraram o acesso à consulta pré-natal, 20 participantes consideraram o acesso aos serviços de saúde no geral, 12 participantes consideraram o acesso a informação sobre educação para a saúde e, por fim, 7 participantes consideraram outros obstáculos.

Quadro 9 - Obstáculos no acompanhamento pré-natal

	N
Acesso à consulta pré-natal	33
Acesso à realização de ecografia ou outros exames	34
Acesso a informação sobre educação para a saúde	12
Acesso aos serviços de saúde no geral	20
Outros	7
Total	106

Da análise qualitativa resultou a identificação da categoria Acompanhamento, na qual 2 participantes indicaram dificuldades no acompanhamento em consultas de especialidade, e 2 relativamente aos centros de saúde.

Foi identificada por 1 participante, a falta de acesso à informação.

Quadro 10 - Obstáculos no acompanhamento do período pré-natal devido à pandemia por Covid-19

Categoria da análise	Eixo temático	N
Acompanhamento	Consultas de especialidades	2
	Centro de Saúde	2
Informação	Falta de acesso	1

Relativamente à consideração sobre a ligação com o bebé ser prejudicada pelos obstáculos enumerados no quadro anterior, 57,4% dos participantes referiu que não. Por sua vez, 42,6% dos participantes consideraram que esta ligação estava a ser prejudicada.

Quadro 11 - Ligação prejudicada pelas situações?

	N	%
Sim	23	42,6
Não	31	57,4
Total	54	100,0

Das respostas à pergunta aberta sobre o prejuízo causado pelas limitações da situação pandémica, estas foram analisadas e categorizadas em duas dimensões principais, nomeadamente Distanciamento do processo e Acesso a informação.

Na primeira, surgiram respostas como Não participar/testemunhar presencialmente (9), Desconexão com o processo pré-natal (8), Impossibilidade de apoiar a mãe (6), Desconexão com o bebé/mãe (5) e Perder momentos importantes (3).

No Acesso a informação foi referida a dificuldade na obtenção de informação (4) e Privação do esclarecimento de dúvidas (3).

Quadro 12 - Sente que a ligação que pretendia estabelecer com o bebé ainda antes do seu nascimento foi prejudicada?

Categoria da análise	Subcategoria	N
Distanciamento do processo	Perder momentos importantes	3
	Não participar/testemunhar presencialmente	9
	Desconexão com o bebé/mãe	5
	Desconexão com o processo pré-natal	8
	Impossibilidade de apoiar a mãe	6
Acesso a informação	Privação do esclarecimento de dúvidas	3
	Dificuldade na obtenção informação	4

Os resultados obtidos e mencionados nos quadros 9, 10 e 11 vão de encontro à evidência científica encontrada na *Scoping Review*. Vários autores corroboram a informação de que a maioria dos pais deseja apoiar as suas parceiras e estar

envolvidos na gravidez, trabalho de parto e nascimento de seu bebê, no entanto frequentam menos as aulas pré-natais do que mulheres (Smyth, Spence, Murray, 2015). Neste sentido, na sua maioria os pais desejam ser pró-ativos durante a gestação e no processo de nascimento do filho. No entanto, no decorrer deste processo deparam-se com várias barreiras, que constituem fatores que influenciam o seu envolvimento, nomeadamente apoio na educação para a saúde, atitudes em relação ao seu envolvimento, qualidade do seu relacionamento conjugal, tipo de relacionamento com os seus próprios pais e fatores sociodemográficos (Xue, Shorey, Wang, He, 2018). Para além disso, experiências positivas de envolvimento paterno foram associadas ao primeiro contacto com profissionais de saúde antes de 12 semanas de gestação, nomeadamente na comparência à realização de ecografias, número de exames pré-natais, entre outros (Redshaw e Henderson, 2013).

À questão, se os participantes sentiam algum tipo de esforço por parte da equipa de saúde para serem incluídos no processo, 51,9% afirmou que sim e 48,1% responderam que não sentiam esse esforço.

Quadro 13 - Sente que existem esforços pela equipa de saúde para o incluir no processo?

	N	%
Sim	28	51,9
Não	26	48,1
Total	54	100,0

Por fim, em relação às intervenções que gostariam de ver implementadas para colmatar a sua ausência no período pré-natal, 25 participantes referiram a gravação de ecografias e outros exames, 19 participantes referiram o acompanhamento das consultas através de chamada telefónica ou vídeo chamada, 16 participantes gostariam de ter oportunidade para esclarecer dúvidas por chamada/email com a equipa de saúde e, por fim, 11 participantes pretendiam o fornecimento de informação acerca dos processos que envolvem a gravidez.

Quadro 14 - Intervenção para colmatar a situação

	N
Gravação das ecografias ou outros exames	25
Acompanhamento das consultas através de chamada telefónica ou vídeo chamada	19
Fornecimento de informação acerca dos processos que envolvem a gravidez	11
Oportunidade para esclarecer dúvidas por chamada/email com a equipa de saúde	16
Total	71

Nas respostas à Escala de Vinculação Parental Durante a Gravidez, consideram-se negativas as classificações de 1 e 2, neutra a classificação 3 e positivas as classificações de 4 e 5. Por sua vez, classificações negativas representam baixa vinculação e positivas elevada vinculação.

Das respostas obtidas destacam-se as questões 26 e 30 nas quais a média foi inferior a 3, representando baixa vinculação. Nas restantes, a média por questão foi “positiva” com destaque nas questões 28 e 32 com média superior a 4.80, estando bastante próximas do máximo da escala.

Vários itens da escala (19, 23, 25, 28 e 29) não tiveram qualquer resposta “negativa”, uma vez que a avaliação mínima foi de 3.

Quadro 15 - Escala de Vinculação Parental Durante a Gravidez

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
17	Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho estado preocupado com o bebé:	54	1	5	3,31	1,271
18	Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:	54	2	5	4,24	,799
19	Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:	54	3	5	4,43	,767
20	Nas últimas 2 semanas, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:	54	1	5	3,41	1,206
21	Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na barriga da minha mulher:	54	1	5	3,70	1,253
22	Nas últimas 2 semanas penso no bebé, sobretudo como:	54	1	5	4,30	1,176
23	Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé, os meus pensamentos:	54	3	5	4,65	,520
24	Nas últimas 2 semanas, as minhas ideias sobre possíveis nomes para o bebé têm sido:	54	1	5	4,63	,875
25	Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé, tenho sentimentos que são de:	54	3	5	4,57	,662
26	Nas últimas 2 semanas, tenho pensado sobre que tipo de criança o bebé será quando nascer:	54	1	5	2,78	1,254
27	Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:	54	1	5	4,11	1,022
28	Quando eu vir o bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:	54	4	5	4,81	,392
29	Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:	54	3	5	4,78	,462
30	Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:	54	1	5	1,89	,965
31	Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na barriga da minha mulher:	54	1	5	4,15	1,188
32	Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou acidente) sentir-me-ia:	54	1	5	4,80	,737

Relativamente às alterações encontradas na análise das respostas obtidas na Escala de Vinculação Parental na Gravidez, obteve-se baixa pontuação no que se refere a questões ligadas ao plano imaginativo e da fantasia, onde o pai sonha com o bebé e imagina sobre que tipo de criança este será quando nascer.

O facto de alguns participantes não manifestarem a existência desta vertente no processo de transição para a parentalidade, poderá ter alguma correlação com o facto de não estarem tão envolvidos como gostariam, no processo de acompanhamento da gravidez. Esta observação poderá prender-se com a evidência de que do ponto de vista masculino, uma vez que não existem mudanças físicas e hormonais durante a gravidez, este processo é vivido, pelo menos numa fase inicial, muito numa perspetiva imaginativa, com elaboração de fantasias e ideias da figura futura do bebé e da sua relação com o pai (Brazelton, 1998; Levy-Shiff e Israelashvili, 1998; Piccinini et al, 2004; Nogueira e Ferreira, 2012). À medida que a gravidez vai evoluindo, o processo de vinculação paterno passa do plano imaginativo para o plano real, através da partilha de sentimentos, acompanhamento de consultas e exames, bem como dos movimentos do bebé (Ribeiro et al, 2015).

Ainda com base, nos resultados obtidos na *Scoping Review*, bem como através dos resultados adquiridos no questionário, será possível concluir que através da possibilidade de acompanhar consultas e exames, nomeadamente da observação da ecografia, o pai vai interiorizando mental e emocionalmente o seu novo papel, e construindo uma imagem tanto do bebé, como das suas novas responsabilidades, influenciando positivamente o processo de vinculação com o bebé (Bonim et al, 2020; Liskoski e Jung, 2018).

3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

A estratificação e diferenciação entre o primeiro ciclo da educação superior (bacharel/licenciatura) e o segundo ciclo (mestre), é definida pelos Descritores de Dublin. De uma maneira geral, os Descritores de Dublin assentam em cinco grupos e/ou competências de saber, sendo eles: (1) conhecimento e compreensão; (2) aplicação de conhecimento e compreensão; (3) formulação de juízos; (4) competências de comunicação; (5) competências de aprendizagem. Mais especificamente, no que diz respeito aos objetivos relativos ao segundo ciclo de ensino superior (Mestrado), o estudante deve alcançar as seguintes capacidades: (a) demonstrar conhecimento e compreensão alicerçados nas competências adquiridas no primeiro ciclo de ensino, que deverão constituir uma base para desenvolver e aplicar outras e próprias ideias em contexto de pesquisa e investigação; (b) apresentar-se resiliente no que toca à compreensão e resolução de problemas em diferentes contextos afastados da sua zona de conforto, numa dimensão multidisciplinar e que estejam relacionados com a sua área de conhecimento; (c) conseguir integrar conhecimentos em situações progressivamente mais complexas, bem como formular juízos, mesmo com informação apenas parcialmente completa, assegurando que a aplicação do seu conhecimento e desenvolvimento destes juízos assentam em princípios de responsabilidade ética e social; (d) comunicar as conclusões e conhecimentos que desenvolveu, de forma clara e concisa à comunidade especialista e não especialista; (e) permitir que seja dada continuidade aos seus estudos, conferindo orientação e autonomia.

Em Portugal, as qualificações do quadro nacional de qualificações para o Ensino Superior, são descritas no Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março emitido no Diário da República nº60/2006, sendo que os descritores para os três ciclos são bastante aproximados aos Descritores de Dublin e os intervalos de créditos indicados para estes graus são compatíveis com os do quadro de Bolonha. Desta forma, o grau de Mestre, em Portugal, é conferido numa especialidade, podendo ser desdobrado em áreas de especialização quando se justifique. Habitualmente, tem uma duração compreendida entre três e quatro semestres e o seu ciclo de estudos,

deve obrigatoriamente, conferir ao estudante uma especialização de natureza académica, com recurso à investigação e desenvolvimento de competências profissionais.

Segundo o 15º artigo do Diário da República nº60/2006, o grau de mestre deverá assim, ser atribuído à pessoa que: (a) demonstra possuir conhecimentos e capacidade de compreensão que desenvolva e aprofunde conhecimentos obtidos no primeiro ciclo de ensino superior, bem como que constituam a base de desenvolvimento de processos de investigação; (b) sabe aplicar os seus conhecimentos e capacidade de compreensão no âmbito da resolução de problemas associados à sua área de estudo; (c) demonstra capacidade em integrar conhecimentos, gerir situações complexas e desenvolver soluções, refletindo sobre as implicações éticas e sociais que delas resultem; (d) e ser capaz de divulgar as suas conclusões nos vários contextos, de forma clara e inequívoca.

No que diz respeito, especificamente ao Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a Ordem dos Enfermeiros publicou em 2019, em Diário da República (Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, Regulamento nº 391/2019), um Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no qual as mesmas se encontram descritas, e sendo as seguintes: (I) cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pré-concepcional; (II) cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal; (III) cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto; (IV) cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-parto; (V) cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; (VI) cuidar a mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica; (VII) cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Ainda na mesma linha de pensamento, e de acordo com a mesma entidade, o EESMO pode e deve assumir a sua autonomia no desenvolver de intervenções associadas ao seu exercício profissional em situações de baixo risco dos processos fisiológicos e de vida normais do ciclo reprodutivo da mulher, bem como assumir intervenções autónomas e interdependentes nos contextos de médio e alto risco envolvidas nos processos patológicos e de vida disfuncionais durante o ciclo reprodutivo da mulher.

Para além disso, todas estas competências estão devidamente organizadas com descritivo, unidades de competência e instrumentos de avaliação.

Em 2017, a *International Confederation of Midwives*, reviu o conceito de Parteira(o), no qual o define como alguém que concluiu com o sucesso um programa educacional de saúde obstétrica, baseado nas competências essenciais básicas da(o) parteira(o) definidas pela *International Confederation of Midwives* (ICM), bem como nos seus padrões educacionais *standart*. Para além disso, a ICM, refere que o profissional, para exercer a sua atividade, deve ser reconhecido profissional e legalmente no país onde se encontrar, dispondo de licença para esta prática e demonstrando capacidades e conhecimentos na sua atividade.

Desta forma, no espetro da sua prática a(o) parteira(o), é responsável por trabalhar em equipa com cada mulher ao seu cuidado, para que lhe preste suporte, cuidados e conselhos durante a gravidez, parto e período pós-parto, estando apto para realizar um parto sob a sua liderança e prestar cuidados ao RN.

Os seus cuidados estão alicerçados em quatro grandes premissas, sendo elas: proporcionar um normal processo biológico, psicológico, social e cultural do nascimento e primeiros dias de vida do RN; trabalhar em equipa com a mulher, respeitando os seus desejos e circunstâncias individuais; promover a capacidade individual de cada mulher no seu autocuidado e da família; e colaborar com a equipa multidisciplinar para fornecer um cuidado holístico e que corresponda às necessidades individuais de cada mulher.

Assim, durante as suas intervenções tem a capacidade de prevenir e detetar complicações da mãe e RN, promover o nascimento através de parto normal, promover o acesso a cuidados de saúde médicos quando necessário e atuar em situações de emergência. Por fim, poderá atuar não só em hospitais e clínicas, mas também no domicílio e no seio da comunidade.

Concretamente em relação às oportunidades de aprendizagem e competências clínicas que desenvolvi durante os estágios, no sentido de obter o título de EESMO realizei (Anexo I): 113 exames pré-natais (número mínimo: 100), 53 partos eutócicos (número mínimo: 40), 78 vigilâncias/prestação de cuidados à mulher em situação de risco (número mínimo: 40 – incluindo gravidez, trabalho de parto puerpério), prestação de cuidados a 119 puérperas saudáveis (número mínimo: 100) e prestação de cuidados a 108 RN saudáveis (número mínimo: 100).

3.1. Cuidados à mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional

Ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, o enfermeiro deve promover a educação para a saúde, desenvolvendo intervenções nessa área, de forma a obter resultados ao nível de famílias saudáveis, gravidezes planeadas e sexualidade e parentalidade positivas. Assim, para que tais objetivos sejam alcançados, o EESMO deve desenvolver e implementar, de acordo com o Regulamento acima referido aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, as seguintes competências específicas: promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré-concepcional; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher, no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período pré-concepcional; providenciar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis (IST).

No que diz respeito ao alcance destas competências, necessárias para a atribuição do título de EESMO, tive oportunidade de desenvolvê-las no decorrer da Prática Clínica em Contexto de Cuidados de Saúde Primários.

No decorrer deste estágio, e concretamente falando da competência em análise, tive oportunidade de desenvolver, aplicar e obter novos conhecimentos no decorrer da consulta de planeamento familiar em que participava diariamente.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008) identifica o Planeamento Familiar como uma componente essencial da prestação de cuidados de saúde reprodutiva, uma vez que nesta consulta se desenvolvem várias atividades como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de IST, prestação de cuidados pré-concepcionais, entre outros. Assim, são identificados como principais objetivos do planeamento familiar, promover a vivência da sexualidade de forma segura e saudável, regular a fecundidade segundo desejo do casal, preparar para a parentalidade responsável, reduzir a morbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil, reduzir a incidência das IST e suas consequências e melhorar a saúde e o bem-estar do indivíduo e família.

A sexualidade é uma dimensão da pessoa e uma manifestação psicoafectiva individual, pelo que deve fazer parte integrante dos cuidados dirigidos. Desta forma, a sexualidade deve ser parte integrante dos cuidados de enfermagem no sentido do cuidado global e individualizado indivíduo/família e comunidade. No entanto, implica que sejam mobilizadas capacidades humanas muito específicas, nomeadamente a sensibilidade e aceitação do outro, excluindo mitos e juízos de valor, uma vez que apenas assim, será possível ao enfermeiro olhar a pessoa no seu todo, interpretar posturas e reações, identificar constrangimentos e chegar às verdadeiras questões alvo de cuidados e que nem sempre estão explícitas numa primeira abordagem. Neste contexto, os enfermeiros têm uma intervenção autónoma nos cuidados de enfermagem à saúde reprodutiva, não só de mulheres como de homens e casais, através do estabelecimento e implementação de programas de intervenção e educação para saúde, promovendo uma vivência positiva da sexualidade e parentalidade (Carteiro e Néné, 2015).

Desta forma, Pierre e Clapis (2010) consideram fundamentais dois pressupostos: a formação e a informação. Relativamente ao primeiro, devido à sensibilidade e subjetividade do assunto em questão, consideram importante que o enfermeiro se dedique a aprofundar conhecimentos e a formar-se na área da sexualidade, para que consiga adequar e adaptar as suas intervenções no âmbito do planeamento familiar, de modo a que consiga dar resposta às necessidades de todos os utentes, na perspetiva dos direitos sexuais e reprodutivos. No que diz respeito ao segundo pressuposto, entendem que a transmissão de informação adequada no âmbito do planeamento familiar é a base para que cada indivíduo consiga exercer os seus direitos, reconhecer métodos contraceptivos e tomar decisões de forma autónoma.

A nível do meu percurso formativo nesta área, inicialmente passei por um processo de observação das consultas, onde tive oportunidade de compreender os traços gerais que são transversais a cada consulta e também a especificidade de cada uma delas, adaptada a cada situação e contexto. Este processo de observação permitiu-me consolidar os conhecimentos que tinha adquirido nas unidades curriculares, bem como do trabalho de investigação e estudo que realizei como preparação para a realização da prática clínica.

Posteriormente, e após cerca de uma semana em que acompanhei a minha orientadora na realização das consultas, ambos chegamos à conclusão de que já me encontraria preparado para conduzir eu próprio as mesmas.

Em cada consulta, após estabelecer uma relação com a mulher e perceber um pouco do seu contexto social, cultural e económico, tive o cuidado de adaptar as minhas intervenções, de modo a respeitar as especificidades de cada utente.

Durante a prática clínica, pude observar que o principal motivo que levava a maioria das utentes à consulta de planeamento familiar era o desejo de iniciar ou manter a utilização de anticoncecionais, pelo que foi muito importante para mim, trabalhar nas mulheres e famílias, a noção de que a consulta de planeamento familiar tem um espectro de ação muito maior do que apenas os aspetos ligados à contraceção, tendo como objetivo inculcar-lhes a ideia, de que, esta consulta acompanha todas as mulheres em idade fértil, jovens, mulheres jovens e mulheres no climatério, sendo que aqui poderiam adquirir conhecimentos, ferramentas para adoção de um estilo de vida saudável, esclarecer dúvidas e obter apoio.

No decorrer deste estágio, tive também oportunidade de contribuir para o enriquecimento do material de apoio à educação para a saúde da Unidade de Saúde Familiar (USF). Assim, desenvolvi, sob a orientação da minha orientadora, a criação de dois folhetos, que eram entregues às utentes durante as consultas. Estes, eram referentes a métodos contraceptivos femininos, mais especificamente o implante hormonal (Apêndice 6) e a pilula contraceptiva (Apêndice 7), funcionando como material de consolidação dos conhecimentos e informações que fornecíamos na consulta.

Normalmente, distribuía os mesmos, quando a mulher se encontrava em fase de escolha e reflexão acerca de qual o método contraceptivo mais adequado para si e para o seu estilo de vida, tendo obtido um feedback bastante positivo acerca da sua utilidade, não só por parte da equipa multidisciplinar, como das utentes.

3.2. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Parte da atuação do EESMO consiste em cuidar a mulher grávida inserida na família e comunidade, de modo a promover e preservar o bem-estar materno-

fetal, através da prevenção e deteção precoce de complicações. Para que este objetivo seja alcançado é necessário que se desenvolvam intervenções que promovam a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento, prevenir e diagnosticar precocemente complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento e prestar cuidados gerais à mulher nestas situações, facilitando o seu processo de adaptação a cada contexto (Diário da República, 2.^a série — N.º 85, Regulamento nº 391/2019).

Durante o meu percurso formativo, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem e desenvolver competências nesta área de intervenção do EESMO, em três contextos: Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno Fetal, Cuidados de Saúde Primários e Ginecologia.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020), a nível mundial, a taxa global de partos que decorrem antes das 37 semanas de gestação é de 11%. Assim, por ano nascem em média 15 milhões de bebés prematuros, ou seja, 1 em cada 10. No que diz respeito a Portugal, a prematuridade está associada a 8% dos nascimentos, ou seja 1,8 em cada 1000, colocando Portugal em 9º lugar na União Europeia, no que refere à taxa de mortalidade neonatal.

Parto prematuro ou pré-termo é aquele que ocorre antes da mulher completar as 37 semanas de gestação, indicando-o como a principal causa de morbilidade neonatal, com consequências negativas para o futuro neurodesenvolvimento da criança (Morais et al, 2020).

No decorrer da prática clínica em medicina materno-fetal, tive oportunidade de acompanhar e prestar cuidados a mulheres grávidas internadas, cujos motivos de internamento mais comuns eram: ameaça de parto pré-termo, restrição do crescimento fetal, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. Desta forma, estas foram as principais áreas em que tive oportunidade de mobilizar e aplicar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares lecionadas, bem como desenvolver outras competência teóricas e práticas.

Neste contexto, a principal ação do EESMO é a vigilância do bem-estar materno-fetal e despiste precoce/prevenção de complicações. Para cada situação e para cada pessoa, procurei adaptar e personalizar cada intervenção de enfermagem, estabelecendo sempre uma relação de empatia e cuidado com cada mulher.

Posteriormente continuei a desenvolver e aprimorar competências no contexto de cuidados à mulher durante o período pré-natal, durante a prática clínica em Cuidados de Saúde Primários, onde tive oportunidade de participar e realizar consultas de vigilância da grávida.

Para Sehnem (2020), o enfermeiro é um dos profissionais cuja ação é fundamental no contexto do acompanhamento pré-natal, uma vez que este é qualificado para intervir na área da educação para a saúde, mas também na prevenção e identificação precoce de complicações, sempre com base na humanização dos cuidados. Assim, o enfermeiro no acompanhamento que realiza, identifica necessidades e prioridades de intervenção, estabelecendo um plano de cuidados a desenvolver, com intervenções, orientações e encaminhamento para outras áreas multidisciplinares se assim for necessário.

A preparação para o nascimento é um processo de ensino-aprendizagem, facultado por profissionais de saúde treinados, neste caso o EESMO, à mulher/casal, através da transmissão de um conjunto de informações que englobam conhecimentos, técnicas e treinos (Frias, 2015).

O período que antecede o parto, principalmente no que se refere ao último trimestre da gravidez, é caracterizado por sentimentos de medo e ansiedade, não só relativos ao processo do parto propriamente dito, como também às questões relacionadas com a transição para a parentalidade, fatores que poderão vir a condicionar todo o processo. Por essa razão, é importante reduzir ao máximo estes sentimentos negativos e de insegurança, o que poderá ser feito através do Curso de Preparação para o Nascimento (Frias, 2012).

Frias e Franco (2008) consideram que no que diz respeito à preparação para o momento do parto propriamente dito, existem várias técnicas e métodos, mas essencialmente todos se baseiam em técnicas de relaxamento e descontração muscular, associados a padrões de respiração. Estes autores enumeram vários benefícios relativamente à frequência deste tipo de cursos, tais como a preparação física e psicológica da mulher para o parto, que lhe permitirão desenvolver confiança e segurança no seu novo papel. Dizem ainda, que é no terceiro trimestre que a preparação para o nascimento desempenha um papel mais importante, uma vez que é nesta fase que a mulher aprende, pratica e desenvolve competências relacionadas ao seu novo papel de mãe.

Posteriormente, o processo de amamentação, embora disponha de uma grande componente fisiológica, nem sempre é algo instintivo e por isso o seu sucesso também está ligado a um conjunto de condições inerentes ao contexto social da mulher e criança. Desta forma, e segundo a mesma autora, embora a informação e educação sejam componentes essenciais para este percurso, é necessário que sejam criadas um conjunto de circunstâncias que possibilitem a que o processo de amamentação seja pacífico e prazeroso para a mãe e bebé. Durante o curso da amamentação seja este mais ou menos longo, a mulher realiza constantes avaliações acerca deste processo, que são muitas vezes influenciadas pelo seu contexto, projetos de vida e visão pessoal da experiência, pesando assim o risco/benefício da sua continuidade. Aqui, o enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar desempenha um papel fulcral, na compreensão sem juízos de valor de cada mulher, e no apoio à sua decisão, certificando-se que esta é feita de forma informada. Um dos maiores desafios à prática do profissional poderá ser compreender os verdadeiros motivos que levam à decisão da mulher em interromper o aleitamento materno. Desta forma, reside nos profissionais de saúde, a responsabilidade de compreender e atuar sobre os verdadeiros motivos que levam a esta tomada de decisão, ajudando a mulher a colmatar falhas e ultrapassar dificuldades (Silva, 2000).

No decorrer da realização de consultas de vigilância da gravidez, após um período de observação em que pude compreender o contexto das consultas e relembrar e consolidar conhecimentos, tive oportunidade de eu próprio conduzir várias consultas. Para cada situação específica e necessidades demonstradas pela mulher/casal, procurei personalizar os meus cuidados e responder às suas necessidades.

A fim de desenvolver novos conhecimentos e de colaborar com a equipa multidisciplinar na realização de atividades ligadas à saúde da grávida, tive oportunidade de assistir e participar na realização do Curso de Preparação para o Nascimento do Centro de Saúde, lecionado duas vezes por semana, durante 6 semanas, via ZOOM. Este curso, habitualmente ministrado presencialmente, encontrava-se a ser feito *online* devido às restrições impostas pela pandemia. Durante esta experiência foi-me possível mobilizar e consolidar conhecimentos adquiridos anteriormente, bem como compreender a realidade de um grupo de mulheres grávidas, na grande maioria, cuja presente gravidez era a primeira.

Durante o curso, foram abordadas não só as componentes teóricas da fisiologia da gravidez, processo de trabalho de parto e parto, como também a vertente da preparação para o nascimento propriamente dita. Aqui, falou-se não só aspetos psicológicos que estão envolvidos na gravidez, a nível de mudanças físicas da grávida, interação do casal e adaptação a uma nova realidade, como também se procuraram estratégias de melhor adaptação a este processo tendo em conta o contexto sociocultural e económico de cada casal. Durante o curso tive oportunidade de interagir com as gestantes, durante a realização de atividades e também na vertente de esclarecimento de dúvidas.

Para além disto, e inserido no trabalho de campo inerente ao meu Projeto Individual de Estágio, realizei um folheto informativo (Apêndice 8), que teve como objetivo sensibilizar a equipa multidisciplinar para a necessidade, de, apesar de todas as restrições impostas pela pandemia causada pela doença Covid-19, se continuar a incluir o pai no acompanhamento de todas as atividades relacionadas com o acompanhamento pré-natal. Esta necessidade prende-se não só com o facto de este ser um direito da mulher grávida previsto na lei, mas também com as possíveis consequências negativas que o seu afastamento poderá trazer ao processo de vinculação paterna. Esta causa foi extremamente bem recebida pela equipa, tendo ficado o folheto disponível a todos os profissionais de saúde em suporte digital e de papel.

Por fim, no Contexto Ginecologia, prestei cuidados à mulher grávida, no âmbito da consulta de acompanhamento da grávida, onde, essencialmente, consolidei os conhecimentos que desenvolvi na prática clínica de Cuidados de Saúde Primários, bem como, no âmbito da consulta da grávida com diabetes gestacional e no apoio ao procedimento da amniocentese.

Segundo Catafesta, Klein, Silva, Canever e Lazari (2015), o processo de saúde-doença que é experienciado por cada mulher é influenciado e está diretamente relacionado com o seu estilo de vida. Por esta razão, os autores consideram que é de extrema importância que o enfermeiro compreenda o estilo de vida e fatores a ele associados, de cada mulher, sendo que a consulta de enfermagem constitui o momento e ambiente perfeito para que tal aconteça. A partir daqui, o enfermeiro poderá adequar estratégias e individualizar as suas intervenções, de modo a obter resultados positivos.

Ainda nesta linha de pensamento, e tendo em conta a atuação do enfermeiro no ambiente de consulta, Ferreira, Tank, Meneguim, Mazzetto, De Paula e Israel (2016), acreditam que a educação para a saúde desempenha um importante papel neste contexto. Estes, acreditam que este processo, para que seja efetivo, deve compreender ações horizontais e dialógicas, que são desenvolvidas entre os profissionais de saúde e utentes. Neste caso, os enfermeiros deverão conseguir chegar a um equilíbrio entre os saberes populares e técnicos, para que consigam chegar à sua população-alvo. Assim, nesta relação que é estabelecida, o enfermeiro desempenha o papel de transformador de hábitos e potenciador da qualidade de vida da mulher e, se possível, da comunidade em que esta está inserida, através de uma articulação entre os recursos institucionais e da comunidade.

Para além destas intervenções, no decorrer das consultas de acompanhamento pré-natal, também primei por explicar a especificidade dos novos procedimentos e normas hospitalares adotados devido à pandemia pela doença Covid-19. Neste sentido, forneci ao longo das consultas de acompanhamento as informações mais importantes e esclareci as dúvidas das grávidas e casal relativamente a este assunto. Este aspeto teve grande destaque em muitas das consultas, uma vez que verifiquei que constituía fonte de ansiedade e insegurança para grande parte das grávidas. Assim, primei por estabelecer uma relação empática com cada uma delas, e privilegiei a informação e educação para a saúde, como medidas para aliviar o *stress* dos utentes relativamente a este assunto.

Por fim, e uma vez que nestas consultas foi também frequente a colocação de dúvidas por parte das grávidas, relativamente à amamentação e mais especificamente à utilização de máquinas extratoras de leite e de como administrá-lo ao bebé, colaborei na realização de uma formação as utentes acerca da extração e conservação do leite materno (Apêndice 9). Esta formação decorreu na sala de espera das consultas de acompanhamento pré-natal e foi realizada em curtos períodos de 10 minutos, quando a sala reunia um número mínimo de grávidas. Uma vez que foi realizada em ambiente informal e que como se verificou, constituía uma área de interesse geral, muitas grávidas puderam esclarecer dúvidas, mitos, e ficaram informadas acerca destas questões. Assim, foi uma intervenção que se revelou bastante pertinente e positiva.

3.3. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

A prestação de cuidados à mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, promovendo a realização do mesmo num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e facilitando a adaptação do RN à vida extrauterina, é uma das competências específicas do EESMO. Neste âmbito, o enfermeiro especialista deve ainda ser capaz de prevenir e diagnosticar precocemente complicações para a saúde da mulher e RN, bem como, na presença de patologia associada à gravidez e trabalho de parto, providenciar os devidos cuidados.

Para atingir e desenvolver esta competência específica, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em contexto de Medicina Materno-Fetal, Bloco de Partos e Urgência Obstétrica.

Segundo Alves, Coelho, Sousa, César, Silva e Pacheco (2019), o parto é um processo fisiológico e natural que é vivenciado por cada mulher de forma diferente. Neste evento, as boas práticas de enfermagem visam a proteção da vida e bem-estar da mulher e RN, traduzindo-se numa redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. Especificamente no evento do nascimento, os autores encontram particular importância no papel do enfermeiro, uma vez que o identificam como o ponto de equilíbrio entre o privilégio dos processos fisiológicos e a realização das intervenções estritamente necessárias, vigiando e prevenindo a ocorrência de complicações, trabalhando com a equipa multidisciplinar no encaminhamento de situações diferenciadas. Desta forma, consideram que a capacidade do enfermeiro obstetra para olhar e prestar cuidados durante o parto de forma diferenciada e evitando intervenções externas dispensáveis, é o que lhe tem permitido distinguir-se e ganhar importâncias nas políticas de saúde.

Já no que refere ao equilíbrio entre as tecnologias que se encontram acessíveis nos dias de hoje na área da saúde, e a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, humanizados e individualizados, o enfermeiro tem um papel central na agilização, articulação e balanço entre a prestação de cuidados holísticos à mulher, o auxílio da fisiologia do parto e a utilização de tecnologias da saúde. Assim, o enfermeiro obstetra tem a capacidade de utilizar tecnologias na

prestação de cuidados, que envolvem técnicas, conhecimentos e procedimentos, durante as diferentes fases do trabalho de parto. No entanto, estas deverão sempre ser utilizadas na perspetiva de que estes são eventos naturais e fisiológicos da vida humana, não devendo a sua utilização interferir com os mesmos. Desta forma, a sua utilização visa a promoção do conforto, relaxamento e a redução de riscos. Entre os vários procedimentos, existem a aromoterapia, musicoterapia e a utilização de óleos essenciais (Silva, Costa e Pereira, 2011).

No que diz respeito aos cuidados que prestei a mulheres em trabalho de parto, tive primeiramente oportunidade de fazê-lo em contexto de estágio em Medicina Materno-Fetal, durante a realização de procedimentos de indução de trabalho de parto.

Aqui, encontravam-se internadas mulheres com patologia associada à gravidez, nomeadamente pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, diabetes gestacional, entre outras, e que atingindo a meta das 37 semanas (ou outra adaptada à sua condição), iniciavam então o processo de indução do parto. Para além das grávidas com patologia, também se encontravam internadas grávidas saudáveis para iniciar indução de trabalho de parto por idade gestacional avançada. Tive então oportunidade de administrar ou prestar apoio na administração de fármacos indutores de trabalho de parto, nomeadamente, dinoprostona e misoprostol.

Especificamente falando do meu percurso formativo, dos momentos de aprendizagem e dos cuidados de enfermagem diferenciados que prestei em contexto de bloco de partos, no decorrer do mesmo, tive oportunidade de realizar 53 partos eutócicos, dos quais destaco os seguintes dados:

- Em grávidas entre os 17 e os 42 anos de idade, com uma média de idades situada nos 29 anos;
- 23 destas grávidas eram primigestas;
- Foram realizadas 5 episiotomias;
- Ocorreram 29 lacerações de grau I e 6 lacerações de grau II;
- Foram alcançados 13 períneos íntegros;
- 44 foram realizados em posição de litotomia;
- 6 foram realizados na posição sentada;
- 1 foi realizado na posição de cócoras;
- 2 foram realizados na posição lateralizada;

- 6 dos RN tinham apresentação composta;
- 10 dos RN apresentavam circulares do cordão umbilical;
- Todos os fetos estavam vivos à nascença e nenhum necessitou de cuidados médicos especiais.

Refletindo em relação aos partos que realizei, e através dos registos que documentei, chego à conclusão que as lacerações de grau II que ocorreram se verificaram nos primeiros partos que efetuei. Assim, penso que o desenvolvimento das minhas capacidades ao nível da proteção do períneo, através da experiência e aprimoração da técnica, levaram a que reduzisse o grau de gravidade das lacerações com o passar do tempo.

Ao nível dos posicionamentos durante o parto, os mesmos eram decididos pela grávida, após lhe serem explicadas as opções, vantagens e desvantagens. No entanto, verifiquei também que numa fase inicial apenas realizei partos em posição de litotomia. Penso que este facto não só se tenha prendido com a opção de cada mulher, mas também com o meu nível de confiança na realização do procedimento. Assim, e numa fase intermédia e final do estágio, foi quando foram realizados a maioria dos partos verticais que efetuei.

Durante a prática clínica tive ainda oportunidade de assistir à realização de dois partos eutócicos gemelares, realizados pela equipa médica.

Para além disso, assisti e participei na realização de três interrupções médicas voluntárias da gravidez, associadas a fetos com malformações incompatíveis com a vida ou com a vida com qualidade. Estas situações foram, do ponto de vista emocional, as mais desafiantes para mim, uma vez que foram momentos de grande sofrimento e tensão para a mulher e casal. Nestes casos, procurei prestar o máximo de apoio emocional aos mesmos, privilegiando a sua privacidade ao mesmo tempo.

Ainda falando de situações que para mim foram mais difíceis de gerir, senti que um dos grandes obstáculos com que me deparei durante o estágio foi a existência de barreira linguística com algumas utentes. O local de estágio em análise abrange uma vasta área populacional, e em que uma das suas principais características é a multiculturalidade e multinacionalidade. Por este motivo, foi relativamente frequente a chegada à Urgência Obstétrica de mulheres que não falavam a língua portuguesa, sendo que algumas apenas falavam a sua língua mãe

e até mesmo dialetos específicos. Nestas situações, procurei a utilização do Google tradutor e quando possível, a ajuda do acompanhante se este falasse português. Algumas vezes, e apesar dos esforços a comunicação mostrava-se ineficaz, o que dificultava os cuidados. No entanto, todos os esforços eram realizados para colmatar estas lacunas.

Durante esta prática clínica, e uma vez que foi não só uma das intervenções que realizei, mas que também constituiu desde o início uma das minhas áreas de interesse, produzi um *poster* com o título “Liberdade de Movimentos no Trabalho de Parto” (Apêndice 10), que foi afixado na sala de trabalho da equipa de enfermagem.

Para além disto, e com vista a prestar cuidados mais especializados, diferenciados e com o maior grau de segurança possível, realizei a minha inscrição no Curso Hospitalar de Reanimação Neonatal, que irá decorrer no Hospital onde foram realizadas as práticas clínicas.

3.4. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O regulamento nº391/2019 que foi publicado pela Ordem dos Enfermeiros no Diário da República, 2ª série, nº85 de 3 de Maio de 2019, menciona que o enfermeiro tem o dever de cuidar a mulher inserida na família e na comunidade, no período pós-natal, de forma a maximizar a condição de saúde da puérpera e do RN, bem como atuando como fator facilitador da transição e adaptação ao processo de parentalidade. Assim, pretende-se que este promova a saúde da mulher e RN no período pós-natal, previna e diagnostique precocemente possíveis complicações para a saúde da mulher e do RN no período pós-natal e providencie cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN neste mesmo período.

Na obtenção das competências inerentes a esta área de atuação do EESMO, as mesmas foram desenvolvidas durante as práticas clínicas de Cuidados de Saúde Primários e Puerpério.

No que diz respeito ao Contexto de Cuidados de Saúde Primários, desenvolvi as minhas intervenções no âmbito da consulta de enfermagem de revisão do puerpério.

De acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (OE, 2015), o período que se inicia logo após o nascimento, em que se dá um processo de recuperação físico e psicológico da mulher, e que perdura por seis semanas, denomina-se puerpério. A consulta do puerpério deve então realizar-se entre a quarta e sexta semana pós-parto, tendo como principais objetivos avaliar o bem-estar físico e psicológico da mulher, criança e família; identificar e referenciar alterações ou possíveis complicações; identificar situações de luto perinatal ou internamento do RN, para que recebam intervenção específica. Durante esta fase, é bastante importante e pertinente ser realizada a visita domiciliária, particularmente em famílias em situações de risco.

Após a alta hospitalar, a assistência e vigilância de saúde da puérpera, RN e família fica a cargo da USF a que estes pertencem, nomeadamente, através da visita domiciliária e da consulta de puerpério. Especificamente no que diz respeito à consulta, o profissional de saúde deve avaliar o estado de saúde da mulher e a sua recuperação ao estado pré-gravídico, verificar o estado de saúde do RN, avaliar e apoiar o aleitamento materno, orientar para o planeamento familiar, identificar e referenciar situações de risco ou possíveis complicações e avaliar a interação da mãe-pai-RN-família. Uma assistência de qualidade à puérpera consiste ainda em dar-lhe espaço para que possa partilhar sentimentos, preocupações e dificuldades. Desta forma, é essencial o reconhecimento da importância da realização da consulta de puerpério na redução dos indicadores de morbilidade/mortalidade materna e infantil (Vilela e Pereira, 2018).

Relativamente às visitas domiciliárias, encontravam-se suspensas devido às restrições impostas pela pandemia. Em relação às consultas de puerpério, comecei por passar por um curto período de observação, em que acompanhei a minha orientadora na realização das mesmas, relembrando e consolidando conhecimentos previamente adquiridos.

Estas estratégias, foram acompanhadas do estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade com cada família, de modo a que cada consulta não só se focasse nos aspetos físicos da mãe e bebé, bem como procurei abordar as questões relativas à nova rotina familiar, adaptação da família, nomeadamente

irmãos, ao novo membro, dinâmica entre casal e/ou outros aspetos que surgissem pertinentes ou fossem abordados pelas famílias. Nesta consulta, também foram abordados aspetos relativos à amamentação, que constituía grande parte das questões colocadas pelas puérperas. Aqui, eram esclarecidas dúvidas, fornecidas informação e “dicas”, bem como abordado o percurso da família relativo ao processo da amamentação. Posto isto, e uma vez que me apercebi que era frequente existirem dúvidas acerca dos métodos de extração de leite materno e seu acondicionamento, realizei um folheto informativo (Apêndice 11), com esta informação, que ficou disponível em formato papel nas consultas de puerpério para as utentes e em formato digital para a equipa. O *feedback* relativamente a este instrumento foi bastante positivo, uma vez que permitiu às famílias levarem a informação facultada nas consultas para casa, para mais tarde relembrares se assim sentissem necessidade.

Relativamente ao Contexto Puerpério, neste foram prestados cuidados de enfermagem à mulher em situação de puerpério precoce e ao RN. Para além disso, os cuidados prestados e intervenções desenvolvidas, visavam a organização do processo de preparação da alta da puérpera e RN, promovendo um processo de transição para a parentalidade seguro e saudável, articulando com os meios disponíveis na comunidade.

Segundo Barradas et al (2015), uma das principais áreas de atuação do EESMO é a vigilância do puerpério, onde o mesmo tem oportunidade de promover a saúde da mulher no período pós-natal bem como do RN após o seu nascimento, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Para além disso, os mesmos autores dizem que é dever do EESMO não só vigiar o processo do puerpério mas também cuidar o RN, aplicando todas as intervenções necessárias para a sua sobrevivência e bem-estar, facultando também todas as informações pertinentes aos pais para que lhes seja possível assegurar as melhores condições e cuidados ao mesmo.

Uma vez que o puerpério engloba a prestação de cuidados não só à mulher, mas também ao RN e à nossa família que se formou, optei durante esta prática clínica, por dividir a aquisição de competências como EESMO em três vertentes: a prestação de cuidados de enfermagem à mulher em situação de puerpério precoce, assentes na vigilância e promoção da saúde e prevenção de complicações; a prestação de cuidados de enfermagem ao RN, assentes na vigilância e promoção

da saúde e prevenção de complicações; e o processo de preparação da alta da puérpera e RN, promovendo um processo de transição para a parentalidade seguro e saudável, articulando com os meios disponíveis na comunidade.

Neste serviço de internamento encontravam-se mulheres em situação de pós-parto eutócico, distócico e cesariana.

A fase do puerpério imediato e precoce é um período de grande vulnerabilidade da mulher, em que esta passa por um conjunto de alterações físicas e fisiológicas, das quais podem resultar intercorrências que poderão comprometer o seu processo de recuperação, colocar em causa o seu bem-estar e até a própria vida. Destas, a hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna e cuja vigilância é essencial neste período. Nesta linha de pensamento, considera-se assim, essencial a prestação de cuidados de enfermagem centrada na mulher e direcionada para todas as suas dimensões, uma vez que neste período é essencial a identificação precoce de complicações como hemorragia, infeção, intercorrências mamárias associadas à lactação, entre outras, de modo a que se possa reduzir ao mínimo indispensável a permanência da mulher em ambiente hospitalar. Assim, todos os cuidados de enfermagem devem valorizar a individualidade e dignidade da mulher, focando-se não só na prevenção de complicações e conforto físico, como também na saúde emocional da mulher (Brandão et al, 2020).

Uma vez que, devido à pandemia mundial pela doença Covid-19, os protocolos de visitas hospitalares à mulher e RN se encontravam bastante restritos, e, por essa razão as visitas estavam proibidas, ou seja, o pai apenas se podia deslocar ao serviço (não entrava) para recolher a mãe e RN no momento da alta, foquei muito as minhas intervenções mais específicas no apoio emocional à puérpera. Ao longo do estágio, verifiquei que este foi um motivo de ansiedade e *stress* para a maioria das mulheres, uma vez que para a maioria, a presença do pai do bebé era fundamental naquele momento. Apesar da diminuição da distância através do recurso a tecnologias, senti necessidade de aplicar alguns cuidados extras neste âmbito, demonstrando-me sempre disponível para ouvir e acalmar os seus receios, bem como para prestar todo o apoio nos cuidados ao RN.

A nível da prestação de cuidados de enfermagem ao RN, desenhei um plano de cuidados com intervenções gerais e específicas, adequado a cada bebé ao meu cuidado.

Tanus e Carneiro (2017) referem-se ao termo RN em relação a todos os bebês nos seus primeiros vinte e oito dias de vida. Estes, encontram-se vulneráveis nos seus primeiros momentos de vida, necessitando por isso de cuidados específicos e qualificados.

Nomeadamente nas primeiras horas e dias de vida, a intervenção do enfermeiro é prioritária para que a vida no meio extra-uterino tenha início de forma segura, saudável e tranquila. O momento do nascimento pressupõe uma grande vulnerabilidade por parte do RN, uma vez que há riscos biológicos, ambientais, psíquicos, socioeconómicos e culturais envolvidos, pelo que se revela fundamental a existência de cuidados oportunos e devidamente qualificados para os mesmos (Muller e Zampieri, 2014).

A fim de prestar cuidados com maior qualidade e nível de diferenciação, e visto que, também verifiquei algumas lacunas no meu conhecimento nesta área, optei por frequentar o curso hospitalar de Formação em Aconselhamento Avançado em Aleitamento Materno. Este, teve a duração de 40 horas, compreendidas em sessões de formação presencial, e cuja certificação é aprovada pela OMS e UNICEF (Anexo II). Este curso teve ambas as componentes teóricas e práticas, sendo que, primeiramente tiveram início as sessões teóricas, e posteriormente várias deslocações ao Serviço de Puerpério do Hospital, para dar apoio efetivo a situações específicas de dificuldades na amamentação experimentada por puérperas internadas. A realização deste curso foi sem dúvida uma grande mais-valia para o meu percurso, uma vez que me conferiu mais conhecimentos e segurança na minha prestação de cuidados.

Por fim, e relativamente à preparação para a alta durante o período de internamento, segundo Roque e Costa (2014), o momento da alta constitui muitas vezes uma fonte de *stress* rica em dúvidas e inseguranças para os pais, uma vez que a partir desse momento ficará totalmente à sua responsabilidade todos os cuidados ao bebé. Desta forma, os ensinamentos e a educação para a saúde são intervenções de enfermagem essenciais durante o internamento, pois a inclusão dos pais e a sua participação ativa nos cuidados ao bebé irá dar-lhes a confiança e autonomia que irão precisar após a alta hospitalar.

Ainda relativamente a este assunto, Duarte, Goés, Rocha, Ferraz, Moraes e Silva (2019), referem que a preparação da alta do RN é um processo essencial para que lhe sejam prestados cuidados adequados após a alta hospitalar. Para tal,

defendem que é necessário realizar um conjunto de ações educativas que sejam especificamente adequadas ao contexto de cada família, afastando a prática dos cuidados prestados pela equipa de saúde e promovendo a interação e participação dos pais na realização destas atividades.

Nesta linha de pensamento, os autores reforçam então que é essencial identificar a realidade das famílias, o contexto em que se inserem e os recursos da comunidade que têm disponíveis.

Neste contexto, procurei sempre ter em conta e respeitar ao máximo a dimensão bio-psico-socio-cultural-espiritual-económica de cada família, adaptando as minhas intervenções e privilegiando o poder de decisão informada de cada mãe.

3.5. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Uma das Competências Específicas do EESMO é a sua atuação na saúde da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério. Aqui, espera-se que o enfermeiro apoie o processo de transição e adaptação da mulher à menopausa, através de estratégias focadas no apoio no processo de transição para a menopausa, diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher nesta fase do ciclo reprodutivo e prestação de saúde multidisciplinares à mesma.

Relativamente ao meu percurso de aprendizagem, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem no âmbito da saúde da mulher no climatério, durante a prática clínica em Contexto de Cuidados de Saúde Primários.

O termo climatério corresponde ao período de vida da mulher em que ocorre uma cessação permanente da menstruação, verificando-se a sua ausência durante doze meses consecutivos. Popularmente, o climatério é apelidado de menopausa, no entanto, estes autores ressaltam que a menopausa acontece no climatério. Durante o processo do climatério, o corpo da mulher passa por diversas alterações hormonais, que podem ter repercussões clínicas como é o caso da síndrome climatérica, onde predominam sinais e sintomas como suores, fadiga, pele seca, ansiedade, alterações da memória e da libido, dispareunia, problemas

osteomusculares e cardiovasculares, entre outros (Sousa, Zveiter, Almeida, Menezes, Mara e Alves, 2012).

A idade limite para o climatério é na faixa etária entre os 40 e 65 anos de idade. Para estes autores, o impacto dos sinais e sintomas que decorrem da síndrome climatérica, está diretamente relacionado com o ambiente sociocultural, condições de vida da mulher e grau de privação estrogénica. O aparecimento desta sintomatologia terá ainda impacto na vida social, sexual e psicológica da mulher, sendo que este impacto está dependente das estratégias que a mesma adote para gerir a situação. Desta forma, os autores defendem que o climatério afeta cada mulher de maneira diferente, influenciada pela sua história de vida pessoal e familiar, crenças, costumes, cultura, entre outros; tendo repercussões na sua qualidade de vida. A nível dos cuidados de saúde, nos dias de hoje estes ainda estão muito centrados na prestação de cuidados à mulher em idade fértil, sendo neste sentido, o enfermeiro, um elemento transformador na prestação de cuidados, de forma a prestar um cuidado holístico e diferenciado à mulher no período do climatério. O mesmo deverá promover o acesso à informação e troca de experiências, promovendo a educação para a saúde e as escolhas informadas. Assim, é fundamental que estas mulheres disponham de um acompanhamento multidimensional e multidisciplinar, que promova a educação para a saúde e a prevenção e despiste de complicações (Beltramini, Diez, Camargo e Preto, 2010).

Durante a minha prática clínica em saúde comunitária, o contacto que tive e os cuidados que prestei a mulheres que se encontravam no climatério, foi durante as consultas de planeamento familiar. Apesar disto, sinto-me na necessidade de referir que as consultas a estas mulheres foram de facto uma minoria, uma vez que a maioria se encontrava em idade fértil. Desta forma, é possível referir que a minha experiência nesta área, foi de facto curta.

Durante a minha prestação de cuidados, apercebi-me de que as questões relacionadas com o climatério, nomeadamente que envolvem a saúde sexual da mulher e do casal, eram muitas vezes pouco abordadas pelas utentes, sendo muito mais uma iniciativa minha em abordá-las. Neste sentido, primei por desmistificar o assunto, abordando-o sem tabus mas respeitando o espaço individual de cada pessoa e a sua privacidade. Para além disto, procurei adaptar as minhas intervenções a cada situação específica, e realizar o encaminhamento para a equipa multidisciplinar sempre que se revelasse necessário.

3.6. Cuidados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

O Regulamento das Competências Específicas do EESMO diz que este é responsável por prestar cuidados à mulher inserida na família e na comunidade, que esteja a vivenciar uma situação de saúde/doença ginecológica. Assim, é suposto que este promova a saúde ginecológica da mulher, previna e diagnostique precocemente complicações associadas ao aparelho génito-urinário da mulher e/ou mama e providencie cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, facilitando a sua adaptação ao processo.

Durante a vertente prática do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o plano inicial contemplava uma prática clínica a realizar especificamente no contexto de Ginecologia. No entanto, e devido às contingências hospitalares que vigoravam na altura devido à pandemia mundial pela doença covid-19, o serviço de Ginecologia onde tinha sido previamente aceite o meu estágio encontrava-se encerrado. A fim de poder contornar a situação, e de não perder oportunidades de aprendizagem neste contexto, o meu ensino clínico foi transferido para as consultas de ginecologia e consultas de grávidas do Hospital.

Aqui, prestei cuidados essencialmente no âmbito da realização de exames ginecológicos, no sentido da preparação para o exame, auxílio do médico na sua realização e cuidados após o mesmo.

Para além disso, tive ainda oportunidade de realizar cerca de três turnos na triagem do Serviço de Urgência de Ginecologia (inserido no estágio de Bloco de Partos). Neste, tive oportunidade de acompanhar essencialmente casos de queixas por amenorreia e hemorragias vaginais. Aqui, participei no processo de triagem da mulher e no auxílio do médico na sua observação ginecológica. Para além disso, procedi a avaliação dos sinais vitais, administração de medicação prescrita e realização de ensinamentos. Nesta área, a minha experiência foi um pouco limitada, no entanto, e devido à duração disponível do estágio de Bloco de Partos, optei por privilegiar mais a vertente dos cuidados à mulher em trabalho de parto, uma vez que já tinha tido algumas oportunidades de aprendizagem no contexto de ginecologia, no âmbito da consulta ginecológica de enfermagem.

No que diz respeito ao contexto da consulta ginecológica de enfermagem, Teixeira, Queiroz, Mota, Carvalho e Costa (2013) dizem-nos que ao contrário do que acontecia anteriormente, nos dias de hoje a atenção do enfermeiro deve descentralizar-se dos aspetos biológicos e sim focar-se na mulher como um todo, dando atenção também às variáveis sociais e psicológicas, relacionando-as entre si. Para que tal aconteça, os mesmos autores identificam a necessidade de alicerçar todas as intervenções de enfermagem na evidência científica disponível, de modo a que se possa assistir as mulheres de forma digna e inovadora.

Dando continuidade ao tema, os autores anteriormente mencionados identificam alguns dos aspetos a ter em conta neste sentido serão a idade, aspetos económicos, religião, naturalidade, profissão, sexarca, menarca, tipos de relação sexual, utilização de métodos contraceptivos, rede de apoio social e familiar, entre outros. Catafesta, Klein, Silva, Canever e Lazari (2015), corroboram esta informação e referem que a consulta de enfermagem no âmbito da ginecologia deve permitir não só conhecer o contexto em que cada mulher está inserida, através da realização da anamnese que fornecerá informações acerca dos seus antecedentes familiares, menstruais, sexuais, obstétricos e ginecológicos. Para além disso, o exame físico, nomeadamente das mamas, abdómen e órgãos genitais externos, também faz parte das intervenções de enfermagem desenvolvidas neste contexto.

No que diz respeito à realização de exames ginecológicos, verifiquei que os principais exames/procedimentos realizados em contexto de consulta foram: criocoagulação, colposcopia, conização e histeroscopia.

No âmbito dos cuidados de enfermagem em contexto de ginecologia, reconheço que as minhas oportunidades de aprendizagem possam ter sido um pouco limitadas, devido a fatores externos e que me são completamente alheios. Estes aspetos serão abordados de forma mais aprofundada no capítulo seguinte. No entanto, apraz-me dizer que, apesar das condições não terem sido as ideais para realização do estágio, fiz por tirar o máximo proveito do mesmo.

4. CONSIDERAÇÕES E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O exercício da enfermagem está alicerçado nos princípios da consciência, liberdade, valores e responsabilidade inseridos no contexto cultural em que vivemos e associados socialmente ao fazer do enfermeiro. A dimensão ética do agir é influenciada por duas questões principais: a heteronomia e a autonomia. Na primeira, a norma externa é aceite de forma integral seja por conformismo ou coerção, aceitando-se a lei independentemente das vontades individuais. Já na segunda, o indivíduo reconhece as influências externas de normas e regras, no entanto permite-se pensar e refletir sobre elas. Toda a ação do enfermeiro deve basear-se nos fundamentos éticos da profissão, sendo que estes deverão também orientar todas as escolhas e tomadas de decisão do profissional. Este processo de decisão, não se baseia apenas nos direitos e deveres profissionais, mas tem de se adaptar aos contextos e contingências do quotidiano, pelo que o enfermeiro se deve utilizar da sua capacidade de reflexão de forma responsável e consciente, decidindo com liberdade qual o melhor caminho a seguir (Freitas, Oguisso e Fernandes, 2010).

Em Portugal, segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (OE, 2015), aprovado pela Ordem dos Enfermeiros e descrito em Diário da República, *“no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão optar por uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”* (artigo 8º).

Ainda segundo o Código Deontológico da profissão de enfermagem, inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros e publicado na Lei nº156/2015, no seu Artigo nº99 está descrito que o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana são o principal foco de todas as intervenções de enfermagem. Mais ainda, são descritos como valores universais da profissão a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Para além disso, no Artigo nº100 do mesmo documento, encontra-se referido que o enfermeiro assume o dever de proteger e defender a pessoa de quaisquer práticas que não respeitem a lei, ética e o bem comum.

No que diz respeito concretamente à área da saúde materna e obstétrica, a Ordem dos Enfermeiros (2015), refere que, o EESMO, apenas poderá prestar cuidados de saúde considerados de excelência, se estes observarem a ética e deontologia para com a doente, ou seja, se o mesmo aplicar de forma contínua o código deontológico, respeitando sempre as capacidades, crenças e valores da utente.

Relativamente ao meu percurso de aprendizagem, no decorrer dos ensinamentos clínicos procurei basear os meus cuidados e intervenções de enfermagem que realizei, nos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Para além disso, respeitei sempre os direitos da pessoa humana, nomeadamente através da promoção e proteção da dignidade humana, privacidade, confidencialidade, veracidade, solicitando sempre o consentimento para as intervenções realizadas e permitindo o livre arbítrio.

Mais especificamente na realização do trabalho de campo associado ao relatório de estágio, realizei um pedido formal de parecer à Comissão Ética da ESEL, no sentido de obter a sua aprovação para aplicação de um questionário. Neste sentido, após as alterações que me foram sugeridas e solicitadas, especificamente na obtenção do consentimento informado para preenchimento do questionário e nos aspetos relacionados com o armazenamento e análise dos dados recolhidos, obtive posterior aprovação e desenvolvi a partir daí o trabalho de campo e recolha de dados. (Anexo III)

Para além disso, e uma vez que o questionário aplicado no trabalho de campo implicava a utilização da versão portuguesa da escala *Antenatal Emotional Attachment Scale*, desenvolvida pelos autores Rita Gomez e Isabel Leal, foi-lhes solicitado o consentimento para a sua utilização via email (Anexo IV).

Assim, durante este percurso procurei assegurar-me de que todos os aspetos éticos e deontológicos estavam garantidos.

5. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações, onde cada pessoa é singular e única, vivendo o seu projeto de saúde de maneira diferente de todas as outras.

Nos dias de hoje, perante o avanço científico e tecnológico, o enfermeiro, é considerado por estes autores como uma agente de mudança e transformação, características que são imperativas no processo de desenvolvimento de competências. A enfermagem baseia-se em vários tipos de saber (empírico, ético, pessoal, entre outros), mobilizando no profissional competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas), afetivas (a arte de cuidar), estéticas e reflexivas (conhecimento de si e a transferência para outras situações). Desta forma, o enfermeiro encontra-se num processo contínuo de construção e reconstrução, de confronto com patrimónios individuais e coletivos e aprofundamento de cenários. Aqui, aparece então a formação como meio de resposta às mutações existentes e mudanças a gerir (Serrano, Carneiro da Costa e Nunes da Costa, 2011).

Relativamente ao meu percurso de aprendizagem, tal como em todos os processos, deparei-me ao longo destes meses com alguns obstáculos e dificuldades que procurei superar e gerir da melhor forma possível, com vista a tirar o máximo partido de todas as oportunidades de aprendizagem existentes. Assim, passarei de seguida a abordar estes aspetos de forma mais aprofundada.

Para começar, as atuais circunstâncias em que vivemos, associados à pandemia mundial causada pela doença Covid-19 e todas as mudanças e restrições a ela associadas foram sem dúvida o maior desafio e ao mesmo tempo o maior obstáculo de todos ao nível dos diferentes estágios.

Primeiramente, a necessidade da constante utilização de equipamentos de proteção individual durante a prestação de cuidados e na interação com qualquer profissional ou utente (máscara, touca, viseira, luvas e bata) revelou-se uma enorme barreira e obstáculo no desenvolvimento da primeira impressão e de uma relação de empatia com cada utente. O facto de me encontrar completamente “tapado”, de não conseguir partilhar expressões faciais, de não ser possível às utentes muitas vezes reconhecerem-me entre as várias consultas, e de nem sequer poder proceder ao toque terapêutico sem a utilização de luvas, foi sem dúvida muito difícil. A

utilização dos equipamentos de proteção individual torna, na minha opinião, a relação enfermeiro/utente, muito mais fria e exige por parte do profissional um esforço ainda mais acrescido no estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de confiança e empatia com a pessoa ao seu cuidado.

Para além disso, a restrição quase total de visitas e entrada de acompanhantes da mulher/gestante/puérpera, foi um grande impeditivo à ligação com o casal propriamente dito. Este impeditivo dificultou a observação da dinâmica entre o casal, a inclusão do pai na prestação de cuidados ao feto/RN, bem como o seu acompanhamento propriamente dito, uma vez que este está incluído nos cuidados prestados. No decorrer das práticas clínicas, verifiquei que muitas vezes o facto de a grávida/puérpera se encontrar sozinha nas consultas e internamento, incorria no aumento significativo do seu grau de ansiedade e medos. Esta situação, não só dificultava a prestação de cuidados, nomeadamente ao nível da educação para a saúde, uma vez que se tornou muito mais difícil captar a sua atenção, como também exigiu ainda mais atenção à relação de ajuda e empatia estabelecida, uma vez que era necessário prestar apoio extra relativo a esta situação, principalmente durante os internamentos prolongados de grávidas e puérperas.

Ainda no que diz respeito aos obstáculos ligados às restrições hospitalares e nos cuidados de saúde e mais concretamente relativamente à prática clínica em contexto de ginecologia, esta teve de ser totalmente reorganizada e repensada, uma vez que o serviço de Ginecologia, onde tinha sido previamente aprovado o estágio, se encontrava encerrado e convertido em enfermaria para utentes Covid. Na altura, esta situação envolveu alguma ansiedade da minha parte, uma vez que não queria perder oportunidades nesta área. Ainda assim, e de acordo com os recursos disponíveis e ajuda da Professora, consegui ter uma experiência em âmbito de ginecologia mas na vertente da consulta em vez do internamento. Confesso que, neste âmbito, o meu percurso talvez tenha ficado um pouco aquém das expectativas, no entanto considero que consegui tirar a máxima vantagem possível do mesmo, tendo adquirido muitos conhecimentos e competências valiosas.

Concretamente e ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, e devido aos mesmos motivos, não tive oportunidade de acompanhar e realizar a visita domiciliária à puérpera e RN. Considero que esta lacuna foi considerável, uma vez que este é uma das principais áreas de atuação do enfermeiro no contexto da comunidade. Apesar disto, e uma vez que não tive forma de contornar esta questão,

dei o meu melhor em aproveitar as restantes vertentes da prática clínica, e espero um dia vir a ter oportunidade de experimentar esta área da prestação de cuidados.

Em suma, e apesar dos obstáculos com que me fui deparando ao longo das práticas clínicas, considero que o balanço final de aprendizagem é bastante positivo. Para tal, foi indispensável a ajuda e orientação da Professora Orientadora e de todos os EESMO's que me orientaram e supervisionaram no decorrer dos vários estágios.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS/IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A realização do presente Relatório de Estágio surge como etapa final do processo formativo que decorreu da realização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Aqui, desenvolveu-se uma análise e reflexão críticas acerca, não só das competências teórico-práticas que foram adquiridas e aprofundadas no decorrer dos ensinamentos clínicos, como também das profissionais, sociais e pessoais, que felizmente e inevitavelmente decorreram de todos os processos desenvolvidos.

Todo o processo formativo e de desenvolvimento de competências gerais e específicas que foi amplamente analisado até aqui, decorreu não só alicerçado no método da Prática Baseada na Evidência, mas também da prática reflexiva, em que não só o estudo e investigação da literatura tiveram um importante contributo, mas também um profundo trabalho de reflexão e análise acerca dos cuidados de enfermagem que foram prestados durante o mesmo.

No decorrer da realização dos ensinamentos clínicos, tive oportunidade de prestar cuidados à mulher e RN, inseridos na família, comunidade e em diferentes contextos clínicos, o que me permitiu aplicar e desenvolver conhecimentos e competências teórico-práticas, enquanto enfermeiro e EESMO.

Após todo este processo, permito-me dizer que, através de todas as oportunidades de aprendizagem com que me deparei, nos diferentes contextos de ensinamentos clínicos, as quais procurei beneficiar ao máximo, investindo não só no aprimoramento da componente teórica, como também na procura de oportunidades de colocar em prática intervenções de enfermagem especificamente exercidas pelo EESMO, me permitiram alcançar os objetivos gerais e específicos a que me propus no início deste trajeto.

Ainda no sentido de desenvolver novas competências, foi elaborado e colocado em prática o meu Projeto de Estágio - Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro Obstetra em Tempos de Pandemia. Este, representa não só uma etapa importante no meu processo formativo, mas, apresenta também valor sentimental e pessoal para mim, uma vez que está ligado por um lado a uma fase completamente singular, sem precedentes, com muitos obstáculos e dificuldades, não só para mim, como para todos os colegas enfermeiros, atrevo-me a dizer, em todo o Mundo – praticar enfermagem no contexto de uma pandemia mundial. Para

além disso, uma vez que fui pai no decorrer do primeiro pico da pandemia em Portugal, e ao experienciar na primeira pessoa algumas das barreiras com que os futuros pais se deparam atualmente na tentativa de vivenciar este processo de uma forma o mais natural possível, sem perder momentos importantes do crescimento do filho, podendo começar a construir o processo de vinculação com o mesmo e iniciando assim o seu próprio processo de transição para a parentalidade, tive ainda mais certezas de que este seria o caminho que queria seguir ao nível do desenvolvimento do meu projeto.

O crescimento e aplicação do Projeto de Estágio e a realização dos ensinamentos clínicos no contexto da pandemia foram sem dúvida recheados de desafios e obstáculos, uma vez que todas as mudanças que ocorreram no SNS e na prestação de cuidados de saúde em geral no País exigiram de mim muita capacidade de adaptação e resiliência. Perante as dificuldades, procurei adaptar-me mas ao mesmo tempo não desistir de ter as melhores experiências e oportunidades de aprendizagem possíveis, o que não teria sido possível sem o apoio e direção da minha orientadora, bem como de todos os EESMO's que me acompanharam nos locais de estágio por onde passei.

Chegando à fase final deste percurso, e refletindo não só relativamente às competências teórico-práticas que adquiri, mas também pensando nas pessoas que conheci – profissionais e utentes, considero que com todos tive oportunidade de aprender algo. Todas as pessoas pelas quais passei e cuidei me ajudaram a alcançar o meu objetivo, tornar-me EESMO, mas também me enriqueceram em termos pessoais, com palavras, gestos e experiências singulares.

Relativamente ao meu Projeto de Estágio, foi com enorme prazer que o desenvolvi e apliquei. O facto de o tema estar relacionado com uma situação nova no Mundo (Pandemia causada pelo Vírus Sars-Cov-2), até então pouco investigada e por isso com pouca evidência científica disponível foi sem dúvida um desafio enorme. Como tal, procurei basear-me na informação já existente desenvolvida por vários autores ao longo dos anos, relativamente à importância da presença do pai no acompanhamento pré-natal e nos aspetos ligados ao desenvolvimento do processo de transição para a parentalidade, e perceber então, em que medida esta situação que se vive em todo mundo e as mudanças nos cuidados de saúde a ela associados poderiam influenciar estes processos. A fase da aplicação do

questionário foi, neste sentido, muito importante, uma vez que me facultou informações reais, de pessoas reais que passaram por estas experiências.

Assim, a finalização deste Projeto, permitiu-me concluir que, de facto, o acompanhamento do pai em todo o processo da gravidez e acompanhamento pré-natal, é essencial para a construção e desenvolvimento do seu novo papel, tendo uma influência positiva no processo de vinculação que desenvolve com o bebé, e que se inicia ainda antes do nascimento.

Perante isto, espero que este Projeto possa servir como fator sensibilizador para todos os profissionais de saúde e Instituições que tenham acesso a ele, no sentido de, tal como previsto na lei Portuguesa, possibilitar a todas as mulheres que o seu direito à presença de um acompanhante em todas as atividades e procedimentos ligados à gravidez, trabalho de parto e parto seja respeitado, mas também como forma de contribuir para que o pai seja um elemento válido e também objeto de cuidados de enfermagem por parte do EESMO durante todo este processo. Para além disso, desejo que este Projeto seja impulsionador de novos estudos e investigações, que permitam aprofundar o tema e saber cada vez mais sobre ele, possibilitando o desenvolvimento de novos protocolos e procedimentos que envolvam a presença do pai em todo este processo, com a máxima segurança e precauções necessárias relativamente ao contexto pandémico.

Finalmente, dou como concluído todo este processo de aprendizagem, que teve tanto de desafiante como de prazeroso. Termino com a agradável sensação de dever cumprido, e com uma enorme vontade de continuar e prosperar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. (2010). Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal. Visitado a 15/10/2021, disponível em: <http://www.a3es.pt/en>

Albuja, A. F., Sanchez, D. T., Lee, S. J., Lee, J. Y., & Yadava, S. (2019). The effect of paternal cues in prenatal care settings on men's involvement intentions. *PLoS ONE*, 14(5), 1–16. Acedido a: 19/10/2021, através de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216454>

Alhusen, J. (2008). A Literature Update On Maternal-Fetal Attachment. *Journal of Gynecologist and Neonatal Nursing*, 37(3), pp.315-328. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x.

Alio, A., Hamisu, S., Kornosky, J., Richman, A. & Marty, P. (2010). Feto-infant Health and Survival: Does Paternal Involvement Matters?. *Maternal Child Journal*, 14, pp. 931-937. DOI 10.1007/s10995-009-0531-9

Alves, T., Coelho, A., Sousa, M., Cesar N., Silva, P.& Pacheco, L. (2019). Contribuições da Enfermagem Obstétrica Para as Boas Práticas no Trabalho de Parto Vaginal. *Enfermagem em Foco*, 10(4), pp. 54-60. Consultado a 1/10/2021, em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210>

American Psychological Association. (2019). Publication Manual of the American Psychological Association. (7ª ed.), acedido a 21/12/201, através de: <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>

Aromataris E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Consultado a 1/7/2021, através de: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. ISBN: 9789724415062

- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., & Al, E. (2015). *Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Livro de Bolso - Enfermeiros Especilaistas Em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras, 53(9), 1689–1699. Acedido a 5/10/2020. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Beltramini, A., Diez, C., Camargo, I., Preto, v. (2010). Atuação do Enfermeiro Diante da Importância da Assistência à Saúde da Mulher no Climatério. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), pp. 166-174. Obtido a 8/12/201, através de: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/102>
- Bilingham, K. (2011). Preparing for Parenthood: The Role of Antenatal Education. *Community Practitioner*, 84(5), pp.36-38. Consultado a: 15/5/2021, através de: <https://www.proquest.com/openview/6152fa6c122ca2586fecbef4281ca7d3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47216>
- Bonim, S., Andrade, E., Nunes, V. & Looze, J. (2020). A Importância da Participação do Pai no Pré-Natl. *Revista Saberes da Faculdade de São Paulo*, 13(1). Obtido a: 8/8/2021, através de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IEkkQ6uLflQJ:https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2020/06/A-IMPORT%25C3%2582NCIA-DA-PARTICIPA%25C3%2587%25C3%2583O-DO-PAI-NO-ACOMPANHAMENTO-DO-PR%25C3%2589-NATAL.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Brandão, A., Oliveira, D., Silva, S., Júnior, A., Cunha, F., Spindola, P.,...Castro, S. (2020). Atuação do Enfermeiro no Puerpério Imediato em um Hospital Maternidade no Pará. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 3. Acedido a 1/2/2021. Disponível em <https://doi.org/10.25248/reas.e2508.2020>

Carteiro, D. & Néné, M. (2015). A Importância da Formação na Área da Sexualidade em Enfermagem. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp.4-8. Acedido a 14/4/2021. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/313179808_A_importancia_da_formacao_na_area_da_sexualidade_em_enfermagem_The_importance_of_education_in_the_area_of_sexuality_in_nursing_La_importancia_de_la_formacion_e_n_el_area_de_la_sexualidad_en_enfermeria

Catafesta, G., Klein, D., Silva, E., Canever, B., & Lazzari, D. (2015). Consulta de Enfermagem Ginecológica na Estratégia da Saúde da Família. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 22(1), pp. 85-90. Acedido a 8/3/2021. Disponível em <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/32>

Cavalcanti, T., Holanda, V. (2019). Participação Paterna no Ciclo Gravídico-Puerperal e Seus Efeitos Sobre a Saúde da Mulher. *Enfermagem Foco*, 10(1), pp. 93-98. Consultado a 11/9/2021, através de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028061>

Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, Decreto-Lei nº74/2006, acedido a 27/12/2021, através de: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>

Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019, Regulamento nº 391/2019, acedido a 27/12/2021, através de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. ISBN 978-972-675-233-2

Direção Geral da Saúde. (2020). Orientação nº018/2020 - Covid19: Gravidez e Parto. Acedido a 10/09/2021, através de: <https://covid19.min-saude.pt/dgs-atualiza-orientacao-sobre-gravidez-e-parto/>

Direção Geral da Saúde. (2020). Orientação nº026/2020 - Covid19: Cuidados ao Recém-Nascido na Maternidade. Acedido a 10/9/2021, através de: <https://www.sindicatomedicosnorte.pt/index.php/o-sindicato/outros/item/2656-dgs-orientacao-026-2020-covid-19-cuidados-ao-recem-nascido-na-maternidade>

Draper, H. & Ives, J. (2013). Men's Involvement in Antenatal Care and Labor: Rethinking a Medical Model. *Midwifery*, pp. 723-729. Acedido a 3/2/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.007>

Duarte, P., Góes, G., Ferraz, N., Moraes, M., Silva, F. (2019). Preparo da Alta para o Cuidado Domiciliar do Recém-Nascido de Baixo Risco. *Revista de enfermagem UERJ*. Acedido a 3/2/2021. Disponível em <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38523>

European Consortium for Accreditation in Higher Education. (2005). Joint Quality Initiative – the origin of the Dublin Descriptors - short history. Consultado a 20/10/2021, disponível em: <https://www.jointquality.org/>

Ferreira, M., Tank, M., Meneguim, S., Mazzeto, F., Paula, T., & Israel, F. (2016). Percepção das Mulheres Sobre a Consulta de Enfermagem Ginecológica. *Revista Uningá*, 50, pp. 93-97. Consultado a 8/3/2021. Disponível em <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1327>

Figueiredo, M., & Marques, A. (2011). Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai TT - Fathers' pre-natal experiences. *Cogitare Enferm*, 16(4), 708–713. Acedido a 5/10/2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-686193>

Francieli, P., Simone, L., & Jung, I. (2018). Nove meses na vida do homem : o envolvimento do pai na gestação. *Universo Académico*, 11(1), pp. 305–323. Acedido a: 10/10/2021, através de: <https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/Nove%20meses%20na%20vida%20do%20homem.pdf>.

Freitas, G., Oguisso, T., & Fernandes, M. (2010). Fundamentos Éticos e Morais na Prática de Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 1(3), pp. 104-108. Consultado a 6/6/2021, através de: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/37>

Frias, A. (2015). Concepção Pedagógica dos Cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento. Acedido a 16/4/2021. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/334495283_Concepcao_Pedagogica_dos_Cursos_de_Preparacao_Psicoprofilatica_para_o_Nascimento

Frias, A. (2012) Aprender Para Bem Nascer! *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), pp. 285-292. Acedido a 16/4/2021. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832339029>

Frias, A. & Franco, V. (2008). A Preparação Psicoprofilática Para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, pp. 47-54. Acedido a 11/11/2021, através de: https://www.researchgate.net/publication/336474284_A_Preparacao_Psicoprofilactica_Para_o_Partto_e_o_Nascimento_do_Bebe_Estudo_Comparativo/link/5da247e945851553ff8c24a4/download

Gobel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Markwort, M., Diemert, A. & Mudra, S. (2019). Couples' Prenatal Bonding To The Fetus and The Association With One's Own and Partner's Emotional Well-being and Adult Romantic Attachment Style. *Midwifery*. Acedido a 2/4/2021, através de: www.elsevier.com/locate/midw

Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: Versão Portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 153–165. Acedido a 6/10/2020. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862007000200001&script=sci_arttext

Hechler, C., Beijers, R., Riksen-Walraven, M., & de Weerth, C. (2019). Prenatal Predictors of Postnatal Quality of Caregiving Behavior in Mothers and Fathers. *Parenting*, 19(1–2), 101–119. Consultado a 5/5/2021, através de: <https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1556010>

International Confederation of Midwives. (2017). Definition of Midwife. Consultado a 5/5/2021, disponível em: <http://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-andpractice/icminternational-definition-of-the-midwife/>

Kalfoss, M., & Owe, J. (2015). Empirical Verification of Swanson's Caring Processes Found in Nursing Actions: Systematic Review. *Open Journal of Nursing*, 05(11), 976–986. Obtido a 29/9/2021, através de: <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.511104>

Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. D. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), 269–291. Consultado a: 25/8/2021, através de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772009000200008

Lei nº 110/2019 (2019). Princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na pre-conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, Diário da República I série, nº 172. Consultado a: 27/10/2021, em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>

Lei nº14/85 (1985), Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto, Diário da República I série, nº153. Consultado a: 21/10/2021, através de: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/14-1985-182871>

Leite, E., Malpique, M., & Santos, M., R. (2001). *Trabalho de Projeto*. Santa Maria da Feira: Autoras e Edições Afrontamento, Lda.

- Leal, I. & Maroco, J. (2010). *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Oliveira de Azeméis: Legis Editora.
- Liskoski, P. & Jung, P. (2018). Nove Meses na Vida do Homem: O Envolvimento do Pai na Gestação. *Universo Acad mico Taquara*, 11(1), pp. 305 - 323. Obtido a 6/6/2021, através de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ajc4UzC6QfgJ:https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/Nove%2520meses%2520na%2520vida%2520do%2520homem.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., de Cock, E. S. A., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2012). "Expectant Parents": Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12. Consultado a: 1/5/2021, através de: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-46>
- Morais, L., Ferreira, A., Souza, B., Mangussi, C., Soares de Souza, J., Machado, L., ... Santos, G. (2020). O Uso do Pess rio da Prevenção do Parto Prematuro em Gestantes com Colo Uterino Curto: Revisão Narrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 3 (4), pp. 10985-10997. Acedido a 26/12/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-353>
- Muller, E., Zampieri, D. (2014). Divergências em Relação aos Cuidados com o Recém-nascido. *Revista de Enfermagem*, 4, pp. 247-256. Acedido a 1/2/2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140036>
- Nogueira, J. & Ferreira, M. (2012). O Envolvimento do Pai na Gravidez/Parto e a Ligação Emocional Com o Beb . *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), pp. 57-66. Consultado a: 7/7/2021, através de: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2335&id_revista=9&id_edicao=50

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado a: 22/9/2021, através de: <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Oliveira, S. C. de, Ferreira, J. G., Silva, P. M. P. da, Ferreira, J. M., Seabra, R. de A., & Fernando, V. C. N. (2009). A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal TT - The participation of the man/father in the attendance of the prenatal presence TT - La participación del hombre/padre en el acompañamiento de la asistencia prenatal. *Cogitare Enferm*, 14(1), 73–78. Acedido a 7/10/2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Oliveira, T. D. C., Da Silva, A. L. L., Oliveira, J. F. da S., Pereira, E. D. A. T., & Trezza, M. C. S. F. (2018). a Assistência De Enfermagem Obstétrica À Luz Da Teoria Dos Cuidados De Kristen Swanson. *Enfermagem Em Foco*, 9(2), 3–6. Obtido a 5/5/2021, através de: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n2.1138>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul Da Ordem Dos Enfermeiros, 1–11. Acedido a 5/10/2020. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião para elaboração projetos qualidade SRS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaborac%e7%e3%b5%20projeto%20qualidade%20SRS.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*, consultado a 12/6/2021, através de: [https://www.ordemenfermeiros.pt › livrobolso_eesmo](https://www.ordemenfermeiros.pt/livrobolso_eesmo)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, lido a 11/6/2021, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/livro-de-bolso-novo-estatuto-e-repe-j%C3%A1-dispon%C3%ADvel-na-%C3%A1rea-das-publica%C3%A7%C3%B5es/>

Organização Pan-Americana de Saúde. (2020). Histórico da Pandemia de Covid-19. Acedido a: 7/10/2021, através de: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

Pereira, M., Costa, A., Vilhena, Nilza. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Referência - Revista de Enfermagem*, 3 (3) pp. 15-23. Consultado a: 11/11/2021, disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962003>

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: *Scoping Reviews* (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Acedido a 5/10/2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Piccinini, C., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 373–382. Consultado a 10/10/2021, em: <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2009000300010>

Piccinini, C. A., Silva, M. da R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303–314. Consultado a 7/8/2021, através de: <https://doi.org/10.1590/s0102-79722004000300003>

Pierre, L. & Clapis, M. (2010). Planejamento Familiar em Unidade de Saúde de Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), pp. 1-8. Acedido a 17/4/2021. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421937015>

Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. Consultado a 1/6/2021, em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-70>

Regulamento n.º 391/2019 – Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lido a 1/2/2021, através de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, B., Cardoso, S., Silva, P., & Strefling, I. (2015). Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Espaço Para a Saúde - Revista de Saúde Pública Do Paraná*, 16(3), 73. Consultado a: 5/5/2021, através de: <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n3p73>

Roque, S., Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*. 47, pp 47-60. Acedido a 2/2/2021. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/2542>

Santos, P., (2021). Evolução do Covid-19 em Portugal. Site consultado a 10/11/2021. URL: http://www.metis.med.up.pt/index.php/Evolu%C3%A7%C3%A3o_do_COVID-19_em_Portugal

Saúde reprodutiva/Planeamento familiar/Direcção Geral da Saúde. Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada. ISBN 978-972-675-182-3

Sehnm, G., Saldanha, L., Arboit., Ribeiro, A., Francielle, P. (2020). Consulta de Pré-natal na Atenção Primária à Saúde: Fragilidades e Potencialidades da Intervenção de Enfermeiros Brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (5,1). Consultado a: 22/10/2021, disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388263105017>

Serrano, M, Costa, A., Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como Desenvolver a(s) Competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3). Consultado a 11/10/2021, através de: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Silva, I. (2000). Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 34(4), pp. 362-369. Consultado a 16/5/2021, através de: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PKP9CSXswLQcc9nx5r3NtBH/abstract/?lang=pt>

Silva, T., Costa, G., Pereira, A. (2011). Cuidados de Enfermagem Obstétrica no Parto Normal. *Cogitare Enfermagem*, 16(1) – pp. 82-87. Lido em: 19/5/2021, em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21116>

Smyth, S., Spence, D. & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners a...: EBSCOhost. Acedido a 12/10/2020. Disponível em: <http://0-web.b.ebscohost.com/llull.uib.es/ehost/detail/detail?vid=45&sid=dfb1ab43-47f5-4421-8412-68a0507caa30%40sessionmgr113&hid=128&bdata=Jmxbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103798346&db=c8h>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020). Acedido a 21/12/2020. Disponível em: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

Sousa, J., Zveiter, M., Almeida, V., Menezes, H., Mara, G., Alves, R. (2012). Educação em Saúde Como Ferramenta à Mulher no Climatério: Subsídios Para o Cuidado de Enfermagem. *Revista Cuidado é Fundamental Online*, 4(1), pp. 2616-2622. Consultado a 2/9/2021, através de: <https://sumarios.org/artigo/educa%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-como-ferramenta-%C3%A0-mulher-no-climat%C3%A9rio-subs%C3%ADdios-para-o-cuidado-de>

- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166. Acedido a 5/7/2021, através de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030995/>
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. Acedido a 5/7/2021, em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x>
- Tanus, A., Carneiro, P. (2017). O cuidado ao Recém-Nascido: Conhecimento do Enfermeiro no Âmbito Hospitalar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, pp.14-18. Acedido a 1/2/2021. Disponível em <http://repositorio.unis.edu.br/handle/prefix/311>
- Teixeira, E., Queiroz, A., Mota, M., Carvalho, M., & Costa, E. (2013). Saúde na Mulher na Perspectiva a Assistência Prestada pela Enfermagem Ginecológica: um relato de experiência. *Caderno Espaço Feminino*, 26(1), pp. 179-189. Acedido a: 9/3/2021. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/nequem/article/view/14959>
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A., Chersich, M., & Luchters, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE*, 13(1), 1–17. Consultado a 6/9/2021, através de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>
- Trevizan, M., Mendes I., Lourenço M., Shinyashiki G.(2020). Aspectos Éticos na Ação Gerencial do Enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(1), pp. 85-89. Consultado a: 4/5/2021, em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QKQrXpLqrYZNNfvWnkD9VmC/abstract/?lang=pt>
- Vilela, M. & Pereira, Q. (2018). Consulta Puerperal: Orientação Sobre a Sua Importância. *Journal Health NPEPS*, 3(1), pp. 228-240. Acedido a 15/4/2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.30681/252610102908>

Xue, L., Shorey, S., Wang, W., & He, H. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*, 62(March), 135–145. Acedido a 8/4/2021, em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.013>

Yu, ., Hung, C., Chan, T., Yeh, C., & Lai, C. (2011). Prenatal predictors for father-infant attachment after childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11–12), 1577–1583. Acedido a: 6/5/2021, através de: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04003.x>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termos Indexados

	Linguagem natural em Português	Linguagem natural em Inglês	Bases de Dados		
			CINAHL	MEDLINE	ACADEMIC SEARCH
P - População	Pai	Father	Expectant fathers	Fathers	Fathers
			Fathers	Father*	Expectant Fathers
			Father*		
			Fatherhood		Fatherhood
		Father*			
C - Conceitos	Vinculação paterna	Father vinculation	Father-Infant relations	Father-child relations	Father-Infant relationship
			Parent-infant bonding	Parenting	Attachment behavior
			Attachment behavior	Paternity	Parenting
			Paternal role	Paternal behavior	
			Paternal behavior		
			Paternal attitudes		
C -	Acompanhamento pré-natal	Prenatal care	Prenatal care	Prenatal care	Prenatal care

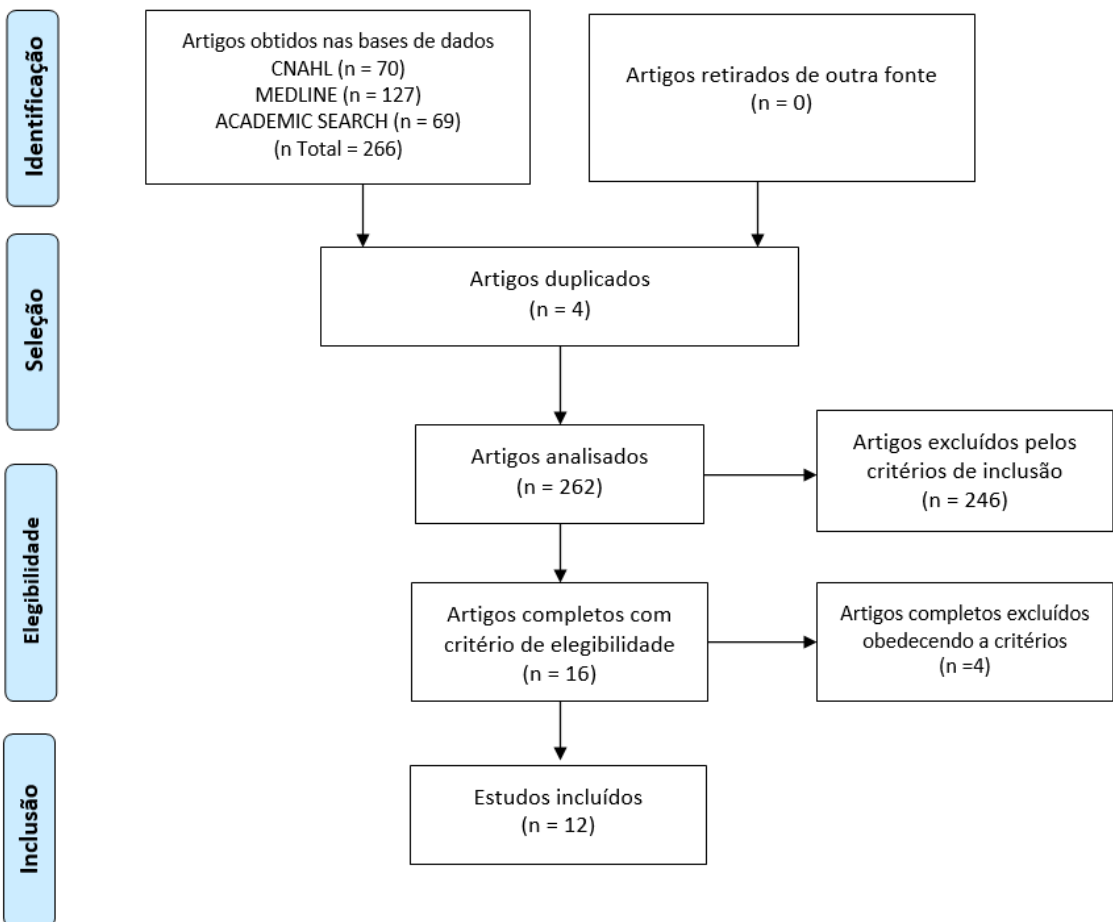
**Apêndice 2 – Termos Indexados Relacionados nas Diferentes
Bases de Dados**

CINAHL				
Expectant fathers	AND	Father-Infant relations	AND	Prenatal care
OR		OR		
		Parent-infant bonding		
		OR		
Fathers		Attachment behavior		
		OR		
OR		Paternal role		
		OR		
Father*		Paternal behavior		
		OR		
OR		Paternal attitudes		
Fatherhood				

MEDLINE				
Fathers	AND	Father-child relations	AND	Prenatal care
		OR		
		Parenting		
		OR		
		Paternity		
		OR		
OR		Paternal behavior		
Father*				

ACADEMIC SEARCH				
Expectant fathers	AND	Father-Infant relationship	AND	Prenatal care
OR		OR		
Fathers		Parenting		
OR		OR		
Father*		Attachment behavior		
OR				
Fatherhood				

Apêndice 3 – *Prisma Flow*



Apêndice 4 – Tabelas de Análise de Artigos *Scoping Review*

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style
Autor(es)	Ariane Göbel, Claus Barkmann, Petra Arck, Kurt Hecher, Michael Schulte-Markwort , Anke Diemert, Susanne Mudra
Objetivo(s)	Investigar a influência de sentimentos de ansiedade e hostilidade no casal e características do relacionamento romântico no que diz respeito à qualidade e intensidade do vínculo parental-fetal estabelecido.
País	Alemanha
Ano	2019
População	Casais grávidos.
Resultados	Para as mães, sentimentos de hostilidade foram associados a menor qualidade do vínculo. Ao contrário, nos pais, níveis mais altos de hostilidade foram associados a maior qualidade do vínculo. Pais com maior relutância em afeiçoarem-se ao bebê relataram menor intensidade de vínculo.
Conclusões	O vínculo pré-natal é influenciado pelo bem-estar e qualidade do relacionamento romântico dos casais.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood?
Autor(es)	Suzie Smyth, Dale Spence, Karen Murray
Objetivo(s)	Realizar uma revisão sistemática da literatura acerca da opinião dos pais no que diz respeito a como a educação pré-natal os prepara para a parentalidade.
País	Irlanda
Ano	2015
População	Futuros pais
Questão(ões)	<p>a) Quão importante é considerada a educação pré-natal pelos pais?</p> <p>b) Como foi definido o conceito de efetividade da educação pré-natal?</p> <p>c) Quem e o que influencia os comportamentos dos pais?</p>
Resultados	A pesquisa sugere que a maioria dos pais deseja apoiar as suas parceiras e estar envolvidos na gravidez, trabalho de parto e nascimento de seu bebê, no entanto frequentam menos as aulas pré-natais do que mulheres. Os pais que frequentam as aulas pré-natais reconhecem-lhes valor, mas nem sempre têm experiências positivas na forma como os preparam para o nascimento ou parentalidade. Foi destacado que os homens são mais propensos a sentirem-se perdidos quando surgem complicações no nascimento.
Conclusões	A educação pré-natal ajuda o parceiro a compreender como pode apoiar a grávida durante o período de gestação, trabalho de parto e nascimento, bem como ajuda na preparação para a parentalidade.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Fathers 'involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review
Autor(es)	Weilin Lynn Xue, Shefaly Shorey, Wenru Wang, Hong-Gu He
Objetivo(s)	Observar a literatura existente sobre os níveis de envolvimento paterno durante os períodos da gravidez e parto e os fatores que influenciam esse envolvimento.
País	Singapura
Ano	2018
População	Pais
Resultados	No geral os pais desejam ser pró-ativos durante a gestação e no processo de nascimento do filho, no entanto, no decorrer deste processo deparam-se com várias barreiras, que constituem fatores que influenciam o seu envolvimento, nomeadamente apoio na educação para a saúde, atitudes em relação ao seu envolvimento, qualidade do seu relacionamento conjugal, tipo de relacionamento com os seus próprios pais e fatores sociodemográficos.
Conclusões	Há uma falha na literatura no que diz respeito a fatores que potenciam o envolvimento dos pais na gravidez e parto. Os instrumentos utilizados em estudos anteriores que investigaram o envolvimento paterno na gravidez e parto, não estão adaptados à realidade atual da parentalidade.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions
Autor(es)	Mariam Tokhi, Liz Comrie-Thomson, Jessica Davis, Anayda Portela, Matthew Chersich, Stanley Luchters
Objetivo(s)	Determinar o efeito na mortalidade e morbidade infantil, das intervenções aplicadas para envolver os homens durante a gravidez, parto e infância do bebê. Compreender os mecanismos pelos quais se dá o envolvimento paterno, e de que forma este influencia os resultados de mortalidade e morbidade infantil.
País	Holanda
Ano	2018
População	Pais
Resultados	As intervenções aplicadas mostraram estar associadas ao acesso a melhores cuidados pré-natais, melhoria das capacidades dos pais no que diz respeito ao nascimento e cuidados pós-parto. Para além disso, facilitaram a prestação de apoio por parte do pai à mãe, melhorando a sua capacidade de comunicação e facilitando tomadas de decisão em conjunto.
Conclusões	As intervenções para envolver os pais na saúde materna e neonatal podem aumentar a procura de cuidados de saúde, melhorar as práticas dos cuidados no seu dia-dia e apoiar uma comunicação e tomada de decisões mais equitativas do casal para a saúde materna e neonatal.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Men's involvement in antenatal care and labour: Rethinking a medical model
Autor(es)	Heather Draper e Jonathan Ives.
Objetivo(s)	Explorar a transição do homem para a parentalidade no contexto dos cuidados médicos (ex: cesariana).
País	Inglaterra
Ano	2013
População	Pais
Conclusões	Foram encontradas evidências de que a participação dos pais na gravidez traz vantagens a longo prazo para as crianças.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey
Autor(es)	Maggie Redshaw e Jane Henderson
Objetivo(s)	Entender qual a pessoa de referência que esteve envolvida na gravidez e parto das mulheres estudadas e de que forma é que o envolvimento paterno pode influenciar a utilização dos serviços de saúde pela mulher e qual a sua perceção dos cuidados.
País	2013
Ano	Inglaterra
População	Mulheres que pariram há três meses.
Resultados	Experiências positivas de envolvimento paterno foram associadas ao primeiro contacto com profissionais de saúde antes de 12 semanas de gestação, à comparência à realização de ecografias, ao número de exames pré-natais a que assistiram, e à frequência de aulas de pré-natais e amamentação.
Conclusões	O estudo demonstrou que há variâncias sociodemográficas no progresso do envolvimento paterno.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Preparing for parenthood: the role of antenatal education
Autor(es)	Kate Billingham
Objetivo(s)	Fornecer estratégias aos profissionais de saúde, baseadas nas sugestões de um grupo de peritos, para o desenvolvimento de programas locais de apoio à parentalidade.
País	Inglaterra
Ano	2011
População	Mães e pais
Conclusões	Confirmou-se a importância da preparação para a parentalidade.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Feto-infant Health and Survival: Does Paternal Involvement Matter?
Autor(es)	Amina P. Alio, Hamisu M. Salihu , Jennifer L. Kornosky, Alice M. Richman, Phillip J. Marty
Objetivo(s)	Fazer uma revisão da literatura acerca do envolvimento paterno durante o período perinatal e a sua influência na saúde do feto/bebê.
País	EUA
Ano	2010
Resultados	Os resultados mostraram que o envolvimento paterno tem influência positiva na utilização dos cuidados de saúde, promove a abstinência de tabaco, álcool e drogas durante a gestação e reduz a ocorrência de partos de bebês com baixo peso.
Conclusões	O envolvimento paterno está associado a comportamentos saudáveis da grávida e influência saúde do feto/bebê.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	The effect of paternal cues in prenatal care settings on men's involvement intentions
Autor(es)	Analia F. Albuja, Diana T. Sanchez, Shawna J. Lee, Joyce Y. Lee, Stacy Yadava
Objetivo(s)	Testar se a inclusão de fatores ambientais associados à representatividade do homem e da sua parentalidade, no âmbito do espaço onde se desenvolvem os cuidados pré-natais, influencia as suas crenças e comportamentos durante este período.
País	África do Sul
Ano	2019
População	Pais
Resultados	Os pais que experimentaram um ambiente acolhedor e favorecedor da presença paterna nos locais de prestação de cuidados pré-natais, demonstraram ter a perceção de que a equipa médica possuía elevadas expectativas em relação ao seu envolvimento nos cuidados, em comparação com os homens que frequentaram os ambientes tradicionais de acompanhamento pré-natal.
Conclusões	As mudanças no ambiente onde são prestados os cuidados pré-natais podem favorecer o desenvolvimento das características inerentes à paternidade bem como potenciar a intenção de comportamentos mais saudáveis no futuro.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	“Expectant Parents”: Study protocol of a longitudinal study concerning prenatal (risk) factors and postnatal infant development, parenting, and parent-infant relationships
Autor(es)	Janneke Maas, Charlotte Vreeswijk, Evi Cock, Catharina Rijk e Hedwig van Bakel
País	Holanda
Ano	2012
População	Casais grávidos a partir das quinze semanas de gestação e seus filhos até aos vinte e quatro meses.
Objetivo(s)	Investigar a qualidade da relação pai-bebé, na perspetiva do pai, nos períodos pré natal e pós parto.
Questão(ões)	<p>1) Durante a gravidez é possível identificar fatores de risco para alterações do desenvolvimento infantil, parentalidade ou na relação pai-bebé)</p> <p>2) Existe alguma discrepância entre a qualidade da relação pai-bebé no período pré e pós natal e a representação mental do bebé elaborada pelo pai? As expetativas do pai relativamente às características do bebé correspondem às suas experiências pós-parto? Qual a relação destes fatores com o desenvolvimento e comportamento da criança?</p> <p>3) Como variam os sentimentos de vinculação do pai a longo do tempo? A qualidade da vinculação precoce entre pai e bebé está relacionada com o desenvolvimento da criança?</p>

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Prenatal Predictors of Postnatal Quality of Caregiving Behavior in Mothers and Fathers
Autor(es)	Christine Hechler, Roseriet Beijers, Marianne Riksen-Walraven, e Carolina de Weerth
País	Inglaterra
Ano	2019
População	Casais grávidos no terceiro trimestre de gestação.
Objetivo(s)	Identificar precocemente (preferencialmente antes do nascimento) pais em de risco de prestarem cuidados de baixa qualidade aos seus filhos.
Resultados	A qualidade dos cuidados prestados pelos pais, no período pré natal, a um simulador de um bebê a chorar foram preditivos da qualidade dos cuidados a prestar pelas mães e pais no período pós-parto.
Conclusões	A qualidade dos cuidados prestados pelos pais, no período pré natal, a um simulador de um bebê a chorar está relacionada com a qualidade dos cuidados que as mães e pais irão prestar ao bebê no período pós-parto.

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
Título	Prenatal predictors for father–infant attachment after childbirth
Autor(es)	Ching-Yun Yu, Chich-Hsiu Hung, Te-Fu Chan, Ching-Hsueh Yeh and Chien-Yu Lai
Objetivo(s)	Aferir o suporte social existente, intimidade do casal e estado de saúde dos casais que esperam um filho, durante o terceiro trimestre da gravidez.
País	Inglaterra
Ano	2011
População	Casais à espera do primeiro filho.
Resultados	Os pais que experimentaram maior intimidade e apoio por parte das companheiras revelaram-se mais afeiçoados ao bebé. Estes fatores são preditivos da vinculação pai-bebé.
Conclusões	É necessário realizar mais pesquisas sobre fatores preditivos da vinculação pai-bebé, em famílias de risco.

Apêndice 5 – Questionário

Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro Obstetra em Tempos de Pandemia

O meu nome é João Oliveira e sou enfermeiro, neste momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo que o presente questionário se encontra incorporado no relatório final de estágio.

A pandemia Covid-19 veio alterar as condições gerais da sociedade e por consequência trouxe grandes modificações no acesso aos cuidados de saúde. Especificamente na área da saúde materna, presenciamos que a pandemia que atualmente vivemos impede muitos pais de viverem de forma plena a espera pelo nascimento do seu filho, uma vez que, em alguns casos, não podem acompanhar a realização de consultas e exames pré-natais – momentos descritos na literatura como fulcrais para o desenvolvimento do processo de vinculação paterno e transição para a parentalidade.

Assim, o preenchimento deste questionário, que deverá durar em média oito minutos, visa compreender o impacto que a ausência do pai no acompanhamento do período pré-natal poderá ter no seu processo de vinculação com o bebé.

Desde já agradeço o seu contributo, e garanto a total confidencialidade dos dados fornecidos.

Em caso de qualquer dúvida ou necessidade de me contactar, poderá fazê-lo através do email: joao@campus.esel.pt

1. Declaro ter sido informado e esclarecido acerca dos objetivos do presente estudo e que os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos. Tomei conhecimento de que os dados por mim fornecidos neste documento ficarão armazenados na plataforma Google Drive durante o período máximo de um ano, de forma sigilosa, sendo de acesso exclusivo do investigador.

Consinto a minha participação, sabendo que a qualquer momento sou livre de cessar o meu contributo para o mesmo, se assim o desejar.

- Sim
- Não

2. Idade:

- Menor de 21 anos
- Entre 22 e 30 anos
- Entre 31 e 40 anos
- Mais de 41 anos

3. Habilitações Literárias:

- Ensino Básico (até ao 9º ano de escolaridade)
- Ensino Secundário (do 9º ao 12º ano de escolaridade)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. Vai ser pai pela primeira vez?

- Sim
- Não

5. Se respondeu não à questão anterior, quantos filhos tem, para além da criança que vai nascer?

- 1
- 2
- 3 ou mais

6. Se respondeu 1 ou mais filhos na pergunta anterior, teve oportunidade de acompanhar o período pré-natal do(s) seu(s) outro(s) filho(s)?

- Sim
- Não

7. Caso a resposta anterior seja "Não", quais os motivos para não ter acompanhado o período pré-natal do(s) seu(s) outro(s) filho(s)?

8. A gravidez atual foi planeada?

- Sim
- Não

9. Em que trimestre da gravidez se encontra a mãe do seu filho?

- Primeiro trimestre
- Segundo trimestre
- Terceiro trimestre

10. Quais os obstáculos que encontrou no acompanhamento do período pré-natal do seu filho devido à pandemia por Covid-19?

- Acesso à consulta pré-natal
- Acesso à realização de ecografia ou outros exames
- Acesso a informação sobre educação para a saúde
- Acesso aos serviços de saúde no geral
- Outros

11. Caso a resposta anterior seja "Outros", especifique

12. Sente que a ligação que pretendia estabelecer com o bebé ainda antes do seu nascimento, foi prejudicada pelas situações anteriormente descritas?

- Sim
- Não

13. Caso a resposta anterior seja "sim", de que forma?

14. Sente que existem esforços pela equipa de saúde que acompanha ou acompanhou a mãe do seu filho, em, ainda assim, incluí-lo neste processo?

- Sim
- Não

15. Existe alguma intervenção por parte do enfermeiro de saúde materna e obstetrícia que acompanha a mãe do seu filho, que gostaria que tivesse sido desenvolvida para colmatar esta situação?

- Gravação das ecografias ou outros exames
- Acompanhamento das consultas através de chamada telefónica ou vídeo chamada
- Fornecimento de informação acerca dos processos que envolvem a gravidez
- Oportunidade para esclarecer dúvidas por chamada/email com a equipa de saúde
- Outra

16. Caso a resposta anterior seja "Outra", indique qual/quais

Relativamente aos seus sentimentos que tem experienciado em relação ao seu bebé, por favor responda às seguintes perguntas.

17. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado ou tenho estado preocupado com o bebé:

- Quase sempre
- Muito Frequentemente
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

18. Nas últimas 2 semanas, quando falei ou pensei no bebé senti emoções que foram:

- Muito fracas ou inexistentes
- Moderadamente fracas
- Entre fortes e fracas
- Moderadamente fortes
- Muito fortes

19. Nas últimas 2 semanas, os meus sentimentos sobre o bebé têm sido:

- Muito positivos
- Sobretudo positivos
- Um misto de positivos e negativos
- Sobretudo negativos
- Muito negativos

20. Nas últimas 2 semanas, tenho tido o desejo de ler ou obter informação sobre o bebé. Esse desejo é:

- Muito fraco ou inexistente
- Moderadamente fraco
- Nem forte nem fraco
- Moderadamente forte
- Muito forte

21. Nas últimas 2 semanas, tenho tentado imaginar como é o bebé na barriga da minha mulher:

- Quase sempre
- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

22. Nas últimas 2 semanas penso no bebé, sobretudo como:

- Uma pessoa pequena e real com características especiais
- Um bebé como qualquer outro
- Um ser humano
- Um ser vivo
- Um ser que ainda não está realmente vivo

23. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé, os meus pensamentos:

- São sempre de ternura e amor
- São sobretudo de ternura e amor
- São uma mistura de ternura e irritação
- Contém um pouco de irritação
- Contém muita irritação

24. Nas últimas 2 semanas, as minhas ideias sobre possíveis nomes para o bebé têm sido:

- Muito claras
- Moderadamente claras
- Moderadamente vagas
- Muito vagas
- Ainda não tenho nenhuma ideia

25. Nas últimas 2 semanas, quando penso no bebé, tenho sentimentos que são de:

- Muita tristeza

- Tristeza moderada
- Uma mistura de felicidade e tristeza
- Felicidade moderada
- Muita felicidade

26. Nas últimas 2 semanas, tenho pensado sobre que tipo de criança o bebé será quando nascer:

- Ainda não
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Quase todo o tempo

27. Nas últimas 2 semanas, tenho-me sentido:

- Emocionalmente muito distante do bebé
- Moderadamente distante do bebé a nível emocional
- Não muito próximo do bebé a nível emocional
- Moderadamente próximo do bebé a nível emocional
- Emocionalmente muito próximo do bebé

28. Quando eu vir o bebé pela primeira vez, depois do nascimento, espero vir a sentir:

- Carinho intenso
- Muito carinho
- Carinho, mas calculo encontrar no bebé alguns aspetos de que não vou gostar
- Supeito que existirão alguns aspetos do bebé de que não vou gostar
- Suspeito que me vou sentir desiludido

29. Quando o bebé nascer, gostava de lhe pegar:

- Imediatamente
- Após ter sido enrolado num lençol
- Após ter sido lavado

- Depois de algumas horas, para as coisas assentarem
- No dia seguinte

30. Nas últimas 2 semanas, tenho tido sonhos sobre a gravidez ou sobre o bebé:

- Nunca
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Muito frequentemente
- Quase todas as noites

31. Nas últimas 2 semanas, dei por mim a sentir ou a passar a minha mão na barriga da minha mulher:

- Muitas vezes por dia
- No mínimo uma vez por dia
- Ocasionalmente
- Uma única vez
- Nunca

32. Se a gravidez terminasse agora (devido a um aborto ou acidente), sem qualquer dor ou dano para a minha mulher, sentir-me-ia:

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Neutro (i.e nem triste nem satisfeito ou uma mistura desses sentimentos)
- Moderadamente triste
- Muito triste

**Apêndice 6 - Folheto sobre Métodos Contraceptivos Femininos:
Implante Hormonal**

A sua eficácia é superior a 99%. Calcula-se que, num ano, possa haver um máximo de 7 gravidezes em 10.000 mulheres que usem o implante.

Informe-se com a sua equipa de saúde!



**Métodos
Contraceptivos
Femininos:**

**IMPLANTE
HORMONAL**

É colocado até 5 dias após o início da menstruação e em mulheres a amamentar, na 6ª semana pós parto.

Nos primeiros dias pode sentir dor ligeira, inchaço e um pequeno hematoma que passam rapidamente.

Pode ser retirado a qualquer momento ou após 3 anos de utilização.



O implante hormonal é um pequeno tubo de plástico, de cerca de 40 mm de comprimento por 2 mm de largura (o tamanho de um pequeno gancho do cabelo), contendo uma hormona de progesterona e que é colocado na face interna do braço.



A progesterona é libertada para o sangue durante 3 anos e funciona de três modos: impedindo a ovulação, a passagem dos espermatozoides e a fixação de um óvulo fertilizado.

Vantagens do implante?

- É prático e de longa duração (3 anos).
- Evita ter que tomar a pílula todos os dias.
- Não interfere com a relação sexual ou amamentação.
- Melhora as dores menstruais.
- Não diminui a massa óssea.
- É eficaz logo após a colocação.



Por outro lado pode causar:

- Irregularidades na menstruação, principalmente no primeiro ano.
- Oscilações de peso;
- Alterações da pele, do humor, e outros efeitos semelhantes aos restantes métodos hormonais;

**Apêndice 7 – Folheto sobre Métodos Contraceptivos Femininos:
Pílula Hormonal**

Os contraceptivos orais atualmente comercializados contêm doses reduzidas de hormonas, pelo que podem ser utilizados pela generalidade das mulheres, desde a adolescência até à menopausa.

Informe-se com a sua equipa de saúde!

Métodos Contraceptivos Femininos:

PÍLULA CONTRACETIVA



Vantagens da contraceção oral hormonal de progesterona:

- Tem alta eficácia contracetiva.
- Pode ser utilizada em algumas situações em que os estrogéneos estão contraindicados.
- Não modifica a quantidade ou qualidade do leite materno, podendo ser utilizada durante o período da amamentação.
- Por norma as perdas menstruais são ligeiras.
- Não altera a fertilidade, após a suspensão do método.
- Não necessita de pausas na toma.

Existem dois tipos de contraceção oral hormonal:

Combinada com progestogora e estrogénio

Progesterona

A eficácia de qualquer uma das duas depende da sua correta, regular e continuada utilização.



Para as mulheres a amamentar a alternativa correta é a pílula de progesterona.



A contraceção oral hormonal é muito eficaz, segura e reversível.



* Tem outros efeitos benéficos, além do contracetivo e os efeitos colaterais são ligeiros. Ocorrem, em geral, nos 3 primeiros meses de utilização e depois, em regra, desaparecem.

* As complicações e contra-indicações são raras, no entanto exige o compromisso diário da mulher. Não protege das DTS, mas diminui a incidência da Doença Inflamatória Pélvica.

**Apêndice 8 – Folheto sobre Acompanhamento Pré-Natal em
Tempos de Pandemia: Reconhecer a Importância da Inclusão do
Pai para o Processo de Vinculação**

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na construção de uma relação afetiva entre pai e bebê durante o seu desenvolvimento in útero, através da promoção do seu envolvimento na gravidez, nomeadamente no incentivo ao acompanhamento da gestante às consultas de gravidez, nos preparativos para o nascimento e através da procura de informação sobre o bebê e seu desenvolvimento.

A close-up photograph of a young child with dark hair, laughing heartily with their mouth wide open, showing their teeth. The child is wearing a light blue shirt. The background is a soft-focus green, suggesting an outdoor setting. The image is partially framed by teal and white geometric shapes.

**VIGILÂNCIA PRÉ-
NATAL EM TEMPOS
DE PANDEMIA**

**RECONHECER A
IMPORTÂNCIA DA
INCLUSÃO DO PAI
PARA O PROCESSO
DE VINCULAÇÃO**

A transição do pai para a paternidade é influenciada pela relação emocional que estabelece com o bebé.

Por todas as alterações na organização do núcleo familiar, torna-se fundamental que o acompanhamento pré-natal se centre no conceito de família, integrando o homem no processo.

A gravidez é transversal ao casal. Assim, há evidência de que o envolvimento paterno durante a gestação contribui para a criação das primeiras relações entre o pai e o bebé.

A oportunidade de o pai acompanhar as consultas e exames pré-natais, possibilita a que vá interiorizando mental e emocionalmente o seu papel e terá influência na forma como se relacionará com o bebé após o nascimento.

INFORMAÇÃO DIRIGIDA A TODA A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.



Em Portugal, o direito ao acompanhamento da mulher grávida já era descrito em 1985, na lei nº14/85.



Em 2019, a lei nº110/2019, no seu artigo 12º, reconhece “à mulher grávida, pai, outra mãe ou pessoa de referência o direito a participar na assistência na gravidez”.



A Orientação 018/2020 da DGS, diz que cada unidade de saúde deve reunir os meios necessários à presença de um acompanhante da grávida que não é portadora de Covid-19.

Apêndice 9 – Formação “Extração e conservação de Leite Materno”

EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO

EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO

Motivos que podem levar à necessidade de extração de leite materno:

- Separação do bebê por motivos profissionais ou outros;
- O bebê não conseguir mamar diretamente da mama por ser prematuro ou outro tipo de problemas;
- Necessidade de aumentar a produção de leite;
- Estilo de vida mais flexível;

A extração de leite materno pode ser conseguida manualmente ou usando um extrator de leite. A escolha de um extrator de leite depende da frequência prevista das extrações, de condicionalismos de tempo, do custo e do acesso à eletricidade.

EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO

ANTES DE REALIZAR A EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO:

Recomenda-se que as mães lavem bem as mãos com sabonete e água. Um número reduzido de bactérias no momento da extração do leite está associado a uma proliferação bacteriana reduzida durante o armazenamento. Adicionalmente à limpeza das mãos, o benefício da limpeza da mama para além da higiene diária não foi demonstrado, pelo que se recomendam práticas normais de higiene da mama.

EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO

DURANTE A EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO ACONSELHA-SE:

- Contacto pele com pele;
- Utilização das mãos para massajar o peito;
- Extração dupla de leite materno (extração simultânea) em ambas as mamas: isto resulta numa maior extração de leite;
- Extrair leite o mais cedo possível após o parto: aumenta significativamente a produção de leite nas semanas seguintes;
- Extração de leite entre sessões de amamentação: as mães que têm produção abundante podem realizar uma extração entre as sessões de amamentação;
- Usando funis para extração de leite com o ajuste correto, as mães podem fazê-lo confortavelmente, sem comprimir as mamas nem lesionar os mamilos;
- Segurar o funil para extração de leite de forma delicada contra a mama evitará que os canais de leite fiquem bloqueados e ajudará ao esvaziamento correto da mama;

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO EXTRAÍDO

Local de conservação	Temperatura ambiente 16 °C a 25 °C (60 °F a 77 °F)	Frigorífico 4 °C (39 °F) ou mais frio	Congelador -18 °C (0 °F) ou mais frio	Leite materno descongelado no frigorífico
Tempo de conservação segura	Até 4 horas, de preferência Até 6 horas, para leite extraído em condições de muita higiene*	Até 3 dias, de preferência Até 5 dias, para leite extraído em condições de muita higiene*	Até 6 meses, de preferência Até 9 meses, para leite extraído em condições de muita higiene*	Até 2 horas à temperatura ambiente Até 24 horas no frigorífico Não voltar a congelar

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO EXTRAÍDO

Conservar leite materno no congelador

- Congele logo que possível após a extração
- Pode acrescentar leite extraído a leite já congelado, desde que previamente arrefecido no frio
- Utilize recipientes adequados
- Não encha os recipientes mais de $\frac{3}{4}$
- Coloque na parte de trás do congelador, onde a temperatura é mais constante

Utilizar leite materno congelado

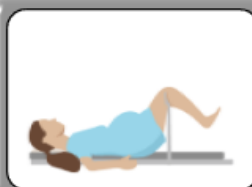
- Pode ser descongelado no frigorífico durante 12h ou sob água morna corrente. Não descongelar à temperatura ambiente
- Depois de descongelado manter à temperatura ambiente durante no máx. 2h ou no frigorífico até 24h
- Não voltar a congelar leite materno já descongelado

Apêndice 10 – Poster “Liberdade de Movimentos no Trabalho de Parto”

Liberdade de Movimentos no Trabalho de Parto



Hoje em dia várias Instituições, tais como a OMS e a Lamaze Institute, recomendam a liberdade de escolha quanto à posição de parto, uma vez que trará influências positivas a nível fisiológico e psicológico para a mulher!



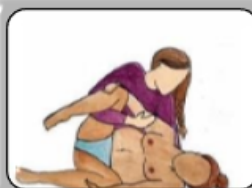
Litotomia:

- Maior duração do trabalho de parto
- Maior sensação de dor e necessidade de analgesia
- Dificuldade na oxigenação e CTG alterados
- Maior necessidade de episiotomia, lacerações de 3º e 4º grau e partos instrumentados.



Posição de pé, sentada e cócoras

- Redução do período expulsivo, menor instrumentalização do parto, episiotomia
- Promove a participação ativa da mãe e a menor intervenção do profissional
- A posição de cócoras melhora os diâmetros pélvicos e a eficácia dos esforços pela ação da gravidade
- Pode diminuir a visibilidade do períneo, tendo maiores taxas de laceração e hemorragia.



Posição Lateralizada:

- Menor risco de laceração e necessidade de episiotomia, com bom acesso ao períneo.
- Expulsão facilitada pela maior amplitude da bacia.



Posição de Gatas:

- Facilidade de rotação e progressão do feto no canal de parto.
- Melhor oxigenação fetal.
- Menor sensação de dor e maior descanso entre as contrações.

Referências Bibliográficas: Mamede, F., Mamede, M., & Dotto, L. 2007, Reflexões Sobre Deambulação e Posição Materna no Parto e Trabalho de Parto, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 11 (2), pp.331-336. Ordem dos Enfermeiros, Projeto da MCEESMO-OE, Influência da Posição de Parto na Mãe e no Recém-Nascido. <https://www.lamaze.org/>

Realizado por: João Oliveira, estudante da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia e Débora Almeida, enfermeira Especialista em Saúde Materna

**Apêndice 11 – Folheto sobre Métodos de Extração e Conservação do
Leite Materno**

Motivos que podem levar à necessidade de extração do leite materno:

- Separação do bebê por motivos profissionais ou outros;
- O bebê não conseguir mamar diretamente da mama;
- Necessidade de aumentar a produção de leite;
- Estilo de vida mais flexível;

Fale com a sua equipa de saúde para esclarecer dúvidas!

un.eguas@univ.rio.pt



Conservar leite materno no congelador

- Congele logo que possível após a extração
- Pode acrescentar leite extraído a leite já congelado, desde que previamente arrefecido no frio
- Utilize recipientes adequados
- Não encha os recipientes mais de $\frac{3}{4}$
- Coloque na parte de trás do congelador, onde a temperatura é mais constante

Utilizar leite materno congelado

- Pode ser descongelado no frigorífico durante 12h ou sob água morna corrente. Não descongelar à temperatura ambiente
- Depois de descongelado manter à temperatura ambiente durante no máx. 2h ou no frigorífico até 24h
- Não voltar a congelar leite materno já descongelado

Local de conservação	Temperatura ambiente (16 °C a 25 °C (60 °F a 77 °F))	Frigorífico (4 °C (39 °F) ou mais frio)	Congelador (-18 °C (0 °F) ou mais frio)	Leite materno descongelado no frigorífico
Tempo de conservação segura	Até 4 horas, de preferência Até 6 horas, para leite extraído em condições de muita higiene*	Até 3 dias, de preferência Até 5 dias, para leite extraído em condições de muita higiene*	Até 6 meses, de preferência Até 9 meses, para leite extraído em condições de muita higiene*	Até 2 horas à temperatura ambiente Até 24 horas no frigorífico Não voltar a congelar

A extração de leite materno pode ser conseguida manualmente ou usando um extrator de leite. A escolha de um extrator de leite depende da frequência prevista das extrações, de condicionalismos de tempo, do custo e do acesso à eletricidade.



Antes de iniciar a extração do leite materno recomenda-se uma correta lavagem das mãos com água e sabão!

ANEXOS

Anexo I - Síntese do Registo de Experiências Mínimas

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>28</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>113</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>53</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>—</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>—</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>—</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>5</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>5</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>78</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>—</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>—</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>119</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>108</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>—</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>—</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* —
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 3
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* —

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* —
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* —
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* —
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* —
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* —
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* —

Lisboa, 21 / 2 / 2022

Estudante/*Student*

[Handwritten Signature]

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

[Handwritten Signature: M^{te} Anabela Ferreira dos Reis]

14. Contexto Clínicos: datas e locais (quadro síntese)/Clinical Practices: places and dates (summary table)

Contexto Clínico/ Clinical Practice	Datas/ Dates	Nº de semanas/ Nº of weeks	Nº total de horas/Nº of Hours	Local de realização /Clinical Practices Location	Docente/ Teacher
Ginecologia	22/2/21 A 14/3/21	3	75 H	HFF	
Puerpério	25/1/21 A 14/2/21	3	75 H	HFF	
Cuidados de Saúde Primários	15/3/21 A 2/3/21	6	150 H	USF Águas Livres	
Medicina Materno-Fetal	2/12/20 A 24/1/21	6	150 H	HFF	
Neonatologia	27/6/21 A 27/6/21	1	25 H	HFF	
Bloco de Partos	10/3/21 A 7/11/21	19	475 H	HFF	

Lisboa, 22 / 2 / 2022

O Regente do Estágio com Relatório/The Internship Manager with Report

11^ª Anabela Ferreira dos Santos

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

11^ª Anabela Ferreira dos Santos

**Anexo II – Certificado “Curso de Formação em Aconselhamento
Avançado em Aleitamento Materno**

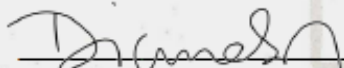


Certificado

Certifica-se que **Joao Manuel Pereira Oliveira**, frequentou o curso **Curso de Formação em Aconselhamento Avançado em Aleitamento Materno**, realizado no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E., que decorreu no dia 10, 12, 24, 26 e 31 de Maio de 2021, com a duração total de 40 (quarenta) horas.

Amadora, 2 de junho de 2021.

Presidente da Unidade de Formação e Ensino


(Diana Sousa Mendes)

Declaração nº 248/2021

**Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa**



DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exmo. Sr. Presidente da ESEL, Professor João Santos

ASSUNTO: Apreciação do projeto de investigação “Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro Obstetra em Tempos de Pandemia”.

Processo: 2447/2021

Data: 21 de julho de 2021

A Comissão de Ética da ESEL recebeu, com data de 24 de maio de 2021, o pedido do mestrando João Manuel Pereira de Oliveira, para apreciação do projeto “Vinculação Paterna: Desafios no Cuidar do Enfermeiro Obstetra em Tempos de Pandemia”, que é realizado no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL.

Trata-se de um projeto com o objetivo geral de “compreender o impacto da ausência do pai no acompanhamento do período pré-natal no processo de vinculação paterna”, e como objetivos específicos:

- Identificar as percepções dos pais relativamente às consequências do seu afastamento do acompanhamento pré-natal;
- Estabelecer estratégias que permitam minimizar as consequências negativas do afastamento dos pais neste período;
- Sensibilizar os EESMO (...) para a importância do seu papel no desenvolvimento de novas estratégias de integração do pai no processo de gestação, adequadas à situação de pandemia por Covid-19.

A CE apreciou o projeto e emitiu, em 01 julho de 2021, parecer intermédio solicitando resposta a um conjunto de questões com implicações éticas, a saber:

1 – Amostragem - Não se conhece quem são os informantes chave que darão início à cadeia de possíveis participantes no estudo. A sua proveniência pode implicar uma autorização específica e prévia.

2 – Consentimento informado – as considerações éticas encontram-se espalhadas entre o documento de consentimento informado e o questionário. O facto de o inquérito ser anónimo aquando da sua submissão, e de ser garantida a confidencialidade da informação, há que acautelar a defesa dos direitos dos participantes, designadamente o direito à proteção de dados pessoais e ao respeito pela vida privada, uma vez que os dados encontram-se numa plataforma digital. Fica por esclarecer o modo de obtenção do consentimento dos participantes.

Sugere-se que as questões éticas do estudo sejam compiladas num único documento.

3 – Questionário – O tempo de preenchimento do questionário, o tempo de armazenamento dos dados e quem tem acesso aos mesmos, assim como os contactos do investigador para esclarecimento de eventuais dúvidas, são outros elementos em falta.

A Comissão de Ética da ESEL recebeu, com data de 14 de julho de 2021, em resposta às questões colocadas, o pedido do mestrando João Manuel Pereira de Oliveira, para apreciação da reformulação do projeto

O projeto agora enviado reflete no capítulo da Metodologia e Métodos a inclusão dos aspetos com implicações éticas relativos à amostragem e ao questionário, assim como as relativas à obtenção do Consentimento Informado. Assim:

1. Quanto à amostragem, a cadeia de participantes no estudo inicia-se através da divulgação do mesmo nas redes sociais privadas do investigador, Facebook e Instagram.

2. Quanto ao Consentimento Informado o senhor enfermeiro acautelou no questionário Google forms as informações necessárias à tomada de decisão informada, reservando as duas primeiras perguntas para os futuros pais durante a Pandemia aceitarem ou não participar no estudo.
3. Quanto ao questionário, foram acautelados os elementos em falta: estimativa do tempo de preenchimento e contactos do investigador para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Da decisão da CE:

Em face da resposta ao parecer emitido, a CE, é de parecer que o projeto com as alterações que lhe foram introduzidas tem condições para ser aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **MARIA ANTÓNIA MIRANDA
REBELO BOTELHO ALFARO VELEZ**
Num. de identificação: 04585273
Data: 2021.07.23 17:12:58+01'00'



(Prof.ª Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)

**Anexo IV – Pedido de autorização para utilização da *Antenatal
Emotional Attachment Scale***

Fwd: Consentimento para aplicação da AEAS versão Portuguesa

----- Forwarded message -----

De: <isabelpereiraleal@gmail.com>
Date: quarta, 19 de mai de 2021, 06:54
Subject: RE: Consentimento para aplicação da AEAS versão Portuguesa
To: JOÃO MANUEL PEREIRA DE OLIVEIRA <joao@campus.esel.pt>

João,

Tem a minha autorização para a utilização da escala.

Votos de bom trabalho.

IL

Isabel Pereira Leal

Professora Catedrática

William James Center for Research

ISPA – Instituto Universitário
Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 Lisboa - Portugal
E-mail: <mailto:ileal@ispa.pt>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1672-7912>

De: JOÃO MANUEL PEREIRA DE OLIVEIRA <joao@campus.esel.pt>
Enviada: 18 de maio de 2021 20:26
Para: Isabel M. Leal <ileal@ispa.pt>
Assunto: Consentimento para aplicação da AEAS versão Portuguesa

Exma. Doutora Isabel Leal

O meu nome é João Oliveira e sou enfermeiro, neste momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria.

Encontro-me neste momento a elaborar o relatório final de mestrado sob a orientação da Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos. Pretendo compreender o impacto que a ausência do pai no acompanhamento do período pré-natal devido à pandemia Covid-19 poderá ter no seu processo de vinculação com o bebé.

Por conseguinte, vanho por este meio solicitar a Vª Exª o consentimento para aplicar a escala Antenatal Emotional Attachment Scale versão Portuguesa.

Grato pela atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

João Oliveira

[Responder](#) | [Reencaminhar](#)