



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

Relatório de Estágio

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA
EXPERIÊNCIA DA TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE EM
CONTEXTO PANDÉMICO**

Catarina Alexandra Fernandes Guiomar Costa

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA
EXPERIÊNCIA DA TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE EM
CONTEXTO PANDÉMICO**

Catarina Alexandra Fernandes Guiomar Costa



ORIENTADOR: DOUTORA MARIA ANABELA FERREIRA DOS SANTOS

Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Filho é um ser que nos foi emprestado para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem. Isto mesmo ! Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo corretamente e do medo de perder algo tão amado.

*Perder? Como? Não é nosso, recordam-se?
Foi apenas um empréstimo...”*

José Saramago

AGRADECIMENTOS

À Maria Leonor, lamento pelo tempo que não estive presente no teu dia-a-dia, mas agradeço do fundo coração a compreensão que tiveste na minha ausência!

Aos meus pais, pelo carinho, paciência e pela força inculcada nos momentos mais difíceis. Sem vocês, não teria conseguido alcançar o que alcancei! Dizer um “obrigada” é insuficiente, para tanto que tenho a agradecer.

Aos meus amigos por estarem sempre presentes e sem exigências, constantemente com uma palavra de apoio ao longo de todo o meu percurso académico, inculcando-me força e incentivo, um obrigada do fundo do coração!

À Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos pela preciosa persistência, motivação e compreensão ao longo deste meu percurso, mesmo nos momentos mais difíceis, teve sempre uma palavra amiga, ficará para sempre no meu coração.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Aos meus orientadores, à Maria Manuela Cruz, à Cristina Galucho, à Vera Relvas, à Carla Albino e ao Filipe Viegas, pela vossa amabilidade em me terem acolhido tão bem e partilhado os vossos conhecimentos teórico-práticos, aprendi tanto com vocês, levo um pouco de todos para a minha prática de enfermagem!

Um agradecimento especial à Carla Albino, pelo ânimo, estímulo e força que me deu ao longo de todo este meu percurso.

Ao “meu” serviço e à “minha” equipa, pelo vosso companheirismo e por acreditarem sempre em mim, o meu muito obrigada.

Aos participantes do estudo pela disponibilidade e colaboração demonstradas.

A todos os que direta ou indireta, contribuíram para a elaboração deste trabalho...

O meu Muito Obrigada a TODOS!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CBPN** – Contexto Bloco de Partos e Neonatologia
- CCGRMF** – Contexto Cuidados à grávida/casal em situação de Risco Materno-Fetal
- CCSP** – Contexto de Cuidados de Saúde Primários
- CG**- Contexto de Ginecologia
- CHUA** – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
- CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- COVID-19** – *Coronavirus disease 2019*
- CP** – Contexto de Puerpério
- CPNP** – Curso de Preparação para o Nascimento e para a Parentalidade
- CS** – Convivente Significativo
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- CTG** – Cardiotocografia
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- EC** – Ensino Clínico
- ECMP** – Essential Competencies for Midwifery Practic
- EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- EPI** – Equipamentos de Proteção Individual
- ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- ICM** – *International Confederation of Midwives*
- IRD** – Instrumento de Recolha de Dados
- JBI** – *Joanna Briggs Institute*
- MCEESMO** – Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- NICE** – *National Institute for Health and Care Excellence*
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- RCCEE** – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- RCEEEESMO** – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- RCM** – *Royal College of Midwives*
- RE** – Relatório de Estágio
- REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN - Recém-Nascido

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SO – Serviço de Obstetrícia

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*

SR – *Scoping Review*

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O presente Relatório de Estágio (RE), surge integrado no programa da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO). Além do processo de investigação proposto, este relatório relata também a minha reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento das competências, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e do grau de Mestre.

As mudanças que ocorreram nas unidades hospitalares, devido à pandemia causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), reportam as medidas excecionais de prevenção e controlo implementadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), com o intuito de minimizar o risco de transmissão da infeção por SARS-CoV-2, em meio hospitalar. Estas medidas criaram uma nova dinâmica no quotidiano das maternidade, impossibilitando o pai de vivenciar e participar nos primeiros momentos de vida do seu Recém-Nascido (RN).

Neste sentido, a concretização deste RE pretende além de descrever a minha reflexão acerca do meu percurso de aprendizagem e do desenvolvimento das minhas competências, pretende responder à seguinte questão de partida: **“Como é que a transição para a paternidade é afetada pela ausência do acompanhamento do pai no pós-parto?”**. A Teoria de Enfermagem que sustentou e norteou o presente RE, bem como a minha prática de cuidados foi o Modelo Conceptual de Afaf Meleis, tendo em conta, o significado do conceito de transição e a problemática em estudo.

No decurso do processo formativo, assim como na base de elaboração deste relatório, a metodologia usada assentou na Prática Baseada na Evidência e na Scoping Review (SR), em alinhamento com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2021). Através de recurso à plataforma *EBSCOhost*, a pesquisa foi limitada à escolha de três bases de dados, com o intuito de mapear toda a evidência científica relevante sobre a temática. Foi aplicado um Instrumento de Recolha de Dados (IRD) a cento e seis progenitores masculinos que vivenciaram a transição para a paternidade em contexto pandémico, com o objetivo de compreender se o processo de envolvimento emocional entre o pai e o RN foi afetado pela ausência

do pai no decurso do pós-parto, recorrendo para o efeito à Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor *et al.* 2005), versão Portuguesa alargada de Figueiredo *et al.* (2005).

Os artigos resultantes da SR, evidenciam que cada vez mais os pais procuram capacitar-se enquanto cuidadores, a fim de potenciar a sua implicação no processo educativo, não só através da prestação de cuidados diretos mas também de cuidados indiretos, tais como o estabelecimento de uma relação de afetividade com o RN. Esta mudança de paradigma dota o homem não só para prestar cuidados ao RN, como também para proporcionar apoio emocional e físico à puérpera. A Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor *et al.* 2005), versão Portuguesa alargada de Figueiredo *et al.* (2005), reconheceu que os pais não desenvolveram ou desenvolveram pouco as emoções referentes ao “Bonding Negativo” em relação ao seu RN.

A análise de conteúdo concretizada, evidencia que o EEESMO ao incentivar a presença e participação paterna no pós-parto e o pós-parto imediato, conduziu à promoção de um ambiente facilitador à transição para a paternidade. Já como obstáculo à promoção de um ambiente facilitador à transição para a paternidade no internamento, as causas são adjudicadas às restrições instituídas dada a situação pandémica.

Palavras Chave: Pai; Recém-nascido; Paternidade; Pós-parto; Coronavírus 2019.

ABSTRACT

This Internship Report (RE) integrates the Internship Curricular Unit Program with Report of the 11th Master's Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing. In addition to the proposed investigation process, this report accounts a self-reflection on my learning journey and skills development process, to obtain both, the titles of Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing and Master's degree.

The changes that took place in hospital units, due to the pandemic caused by the *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* virus refer exceptional prevention-control measures implemented by the Direção Geral de Saúde (DGS) to minimize the risk of transmission of SARS-CoV 2 infection in hospital environment. These preventive measures created a new dynamic in the daily context of maternity services, making it impossible for the father to experience and participate in the first moments of life of his Newborn.

Subsequently, this research process in the internship context intended to answer the following starting question: **"How is the transition to fatherhood affected by the absence of the father's follow-up in the postpartum period?"**

Considering the problem under study, the Nursing Theory that supported and guided this IR, as well as my care practice, was the Conceptual Model of Afaf Meleis focused on the concept of transition. Throughout my training process, as well as in the making of this report, the methodology used was based on Evidence-Based Practice and *Scoping Review (SR)*, in line with the methodology proposed by the *Joanna Briggs Institute (JBI)* (2021). Using the *EBSCOhost* platform, the research was limited to the choice of three databases, with the aim of mapping all the relevant scientific evidence on the subject.

A Data Survey Instrument, was applied to one hundred and six male parents who experienced the transition to parenthood in a pandemic context, with the purpose of understanding if the process of emotional involvement between the father and the NB was affected by the father's absence during the postpartum period, using the Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor *et al.* 2005), Portuguese version of Figueiredo *et al.* (2005).

The articles resulting from the SR showed that parents were increasingly seeking training as caregivers, in order to strengthen their involvement in the education process, not only through the provision of direct care, but also indirect care,

such as the establishment of an affectionate relationship with the NB. This paradigm shift equips men not only to provide care to the NB, but also to provide emotional and physical support to the puerperal woman. The Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor *et al.* 2005), Portuguese version extended by Figueiredo *et al.* (2005), recognised that fathers did not or only slightly developed emotions related to "Negative Bonding" towards their NB.

The content analysis carried out showed that, by encouraging the paternal presence and participation in the postnatal and immediate postnatal periods, the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing promoted a facilitating environment for the transition to parenthood. As an obstacle to the promotion of a facilitating environment for the transition to inpatient paternity, the causes were attributed to the restrictions imposed by the pandemic situation.

Keywords: Father; Newborn; Paternity; Post childbirth; coronavirus disease 2019.

INDÍCE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	16
1.1. Transição para a Parentalidade	16
1.2. Transição para a Paternidade.....	17
1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	20
1.4. Coronavirus disease 2019	22
2. METODOLOGIA.....	24
2.1. <i>Scoping Review</i>	24
2.1.1. Título da SR	24
2.1.2. Pergunta da revisão	25
2.1.3. Critérios de inclusão e de exclusão.....	25
2.1.4. Estratégia de pesquisa	25
2.1.5. Extração de dados, análise e resultados dos artigos	26
2.2. Implementação do Trabalho de Campo.....	28
2.2.1. Resultados e Discussão.....	30
3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE.....	41
3.1. Cuidar da mulher em idade fértil integrada na comunidade	42
3.2. Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar, no contexto do período pré-concepcional e pré-natal, bem como no decurso do período do climatério.....	43
3.3. Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade ao longo do trabalho de parto, tal como no período do pós-parto.....	47
3.4. Auxiliar a mulher e o homem na adaptação ao seu novo papel parental, promover o processo de transição e adaptação do casal em contexto pandémico	59
3.5. Promover a participação do pai na transição para a paternidade em contexto pandémico	61

3.6. Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade na vivência de processos de saúde e/ou doença ginecológica.....	63
4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	65
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS e IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caraterização do número de horas que o pai esteve na sala de partos	32
Tabela 2: Perceção dos pais acerca do tempo necessário para estrelecer uma relação com o RN	34
Tabela 3: Perceção paterna de prejuízo por impossibilidade em visitar o RN no internamento	34
Tabela 4: Desejo paterno em passar mais tempo com o RN no internamento	34
Tabela 5: Incentivo do EEESMO à presença e participação paterno no pós-parto imediato.....	35
Tabela 6: Incentivo do EEESMO à presença e participação paterno no pós-parto imediato (internamento)	35
Tabela 7: Frequências das Subescalas	38
Tabela 8: Distribuição dos resultados dos itens das subescalas da Escala de Bonding	38
Tabela 9: Distribuição dos dados da Escala De Bonding Total	39
Tabela 10: Termos de Pesquisa	85
Tabela11: Caracterização da amostra do estudo	118
Tabela 12: Habilitações Literárias.....	118
Tabela 13: Vínculo laboral	118
Tabela 14: Tipo de relação com a puérpera	119
Tabela 15: Duração do relacionamento com a mãe do bebe	119
Tabela 16: Planeamento da gravidez	124
Tabela 17: Participação dos pais nas consultas de vigilância da gravidez.....	124

Tabela 18: Participação dos pais nos preparativos para o nascimento do bebê	124
Tabela 19: Participação do pai no CPNP.....	124
Tabela 20: Aquisição de informação sobre o bebê em desenvolvimento.....	124
Tabela 21: Experiência em Paternidade.....	124
Tabela 22: Número total de filhos.....	121
Tabela 23: Oportunidade dada ao pai para cortar o cordão umbilical pelo EEESMO.....	121
Tabela 24: Distribuição dos pais que cortaram o cordão umbilical.....	121
Tabela 25: Pretensão paterna de cortar o cordão umbilical.....	121
Tabela 26: Possibilidade de cuidar do RN.....	121
Tabela 27: Caracterização dos pais que ajudaram a cuidar do seu RN.....	122
Tabela 28: Distribuição dos pais que pretendiam cuidar do seu RN.....	126
Tabela 29: Distribuição dos pais que pegaram no seu RN ao colo.....	126
Tabela 30: Distribuição dos pais que fizeram contato pele a pele com o seu RN	126
Tabela 31: Distribuição dos pais que receberam informação sobre os cuidados a serem prestados ao RN.....	126
Tabela 32: Percepção paterna de como foi concretizado o incentivo do EEESMO para a presença e participação do pai no pós-parto.....	128
Tabela 33: Percepção paterna do porquê de não ter sido incentivado pelo EEESMO à presença e participação do Pai no Pós-Parto.....	130
Tabela 34: Percepção paterna de como foi concretizado o incentivo do EEESMO para a presença e participação do pai no pós-parto (Internamento).....	132
Tabela 35: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento).....	134
Tabela 36: Expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto (internamento).....	136

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto e no Pós-parto no Internamento .	137
Quadro 2: Síntese da Estrutura da Análise de conteúdo à percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento).....	138
Quadro 3: Expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto (internamento).....	139

APÊNDICES

Apêndice 1: Termos de pesquisa

Apêndice 2: Estratégia de pesquisa na Academic Search Complete

Apêndice 3: Estratégia de pesquisa na MEDLINE Complete

Apêndice 4: Estratégia de pesquisa na CINAHL Complete

Apêndice 5: PRISMA Flow Diagrama da Scoping Review

Apêndice 6: Análise dos artigos

Apêndice 7: Instrumento de Recolha de Dados

Apêndice 8

Apêndice 9: Percepção paterna de como foi concretizado o incentivo do EEESMO para a presença e participação do Pai no Pós-Parto

Apêndice 10: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto

Apêndice 11: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento)

Apêndice 12: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento)

Apêndice 13: Expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto (Internamento)

Apêndice 14: Análise de Conteúdo

Apêndice 15: Estatísticas de confiabilidade

Apêndice 16: Sessão de Educação para a Saúde

ANEXOS

Anexo I: Pedido de autorização para a utilização da Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor *et al.* 2005), versão Portuguesa alargada de Figueiredo *et al.* (2005)

Anexo II: Pareceres para a aplicação do estudo

Anexo III: Experiências Mínimas

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge integrado no programa da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 11º CMESMO, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o qual pretende relatar a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas intrínsecas ao cuidado do EEESMO, ao longo do Ensino Clínico (EC), para a obtenção do título de EEESMO e do grau de Mestre.

Fundamentei o presente trabalho, recorrendo ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (Regulamento n.º 140/2019, 2019), ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (Regulamento n.º 391/2019, 2019) e as *Essential Competencies for Midwifery Practice (ECMP)* da International Confederation of Midwives (ICM) (ICM, 2019).

O Ensino Clínico (EC), decorreu no período compreendido entre 4 de dezembro de 2020 a 11 de outubro de 2021, num Centro Hospitalar Universitário e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve.

Para delinear os objetivos gerais, tive em consideração as competências previstas no RCCEE (Regulamento n.º 140/2019, 2019), no RCEEEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019), nas *(ECMP)* (ICM, 2019) e nos dos Descritores de Dublin para a formação do 2º Ciclo (Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011), assim defini:

- Relatar o percurso desenvolvido nos vários contextos clínicos na aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO.

- Ser detentora de conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível em que, sustentados nos conhecimentos adquiridos na licenciatura, os desenvolva e aprofunde a fim de adquirir as competências de mestre (Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011).

- Promover a transição positiva para a paternidade em contexto pandémico.

Para dar resposta aos objetivos gerais, estabeleci os seguintes objetivos específicos:

- Mapear a evidência científica existente sobre a transição para a paternidade em contexto pandémico por meio da SR;
- Aprofundar os meus conhecimentos acerca da transição para a paternidade em contexto pandémico por meio da realização da SR;
- Desenvolver um estudo de investigação com a aplicação de um IRD aos progenitores masculinos que vivenciaram a transição para a paternidade no contexto pandémico;
- Cuidar da mulher em idade fértil integrada na comunidade;
- Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar, no contexto do período pré-concepcional e pré-natal, bem como no decurso do período do climatério;
- Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade ao longo do trabalho de parto, tal como no período do pós-parto;
- Auxiliar a mulher e o homem na adaptação ao seu novo papel parental, promover o processo de transição e adaptação do casal em contexto pandémico;
- Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade na vivência de processos de saúde e/ou doença ginecológica.

O presente RE, apresenta-se estruturado em cinco partes.

No primeiro capítulo realizo o enquadramento teórico, onde clarifico os conceitos primordiais da temática em estudo e elaboro uma correlação e articulação com o referencial teórico de enfermagem elegido, a teoria de Afaf Meleis. A escolha do referencial teórico não foi ao acaso, Afaf Meleis é a autora com mais produções desenvolvidas sobre o significado do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem (Schumacher & Meleis, 2010).

No segundo capítulo apresento a *SR, efetuada* segundo a metodologia proposta pelo JBI (JBI, 2021) e com o propósito de desenvolver as minhas competências consolidadas numa prática baseada na evidência, tendo como questão de partida: **“Como é que a transição para a paternidade é afetada pela ausência do acompanhamento do pai no pós-parto?”**.

É imprescindível e primordial incluir o pai em todas as atividades e processos educativos para a saúde do RN no decurso do internamento no puerpério, o que encoraja e promove o empoderamento do pai neste seu novo papel, potenciando a transição para a paternidade.

Devido à pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, a DGS implementou medidas excepcionais de prevenção e controlo, com o intuito de minimizar o risco de transmissão da infeção por SARS-CoV-2 em meio hospital. Independentemente de ser reconhecido ao pai o direito de acompanhar a mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto, pela necessidade de cumprir as novas normas implementadas pela DGS, a maioria dos hospitais interditou a visita do pai ou outro Convivente Significativo (CS) em qualquer um dos momentos (Lei n.º 110, 2019; DGS, 2020e).

Impossibilitando o pai de vivenciar os primeiros momentos de vida do seu RN, motivo este que me levou a eleger esta temática e como futura EEESMO poder contribuir para uma experiência positiva na transição para a paternidade em contexto pandémico, minimizando a ausência do pai neste período primordial na vida de ambos.

Para concretizar esta apreciação implementei a aplicação de um IRD, a cento e seis progenitores masculinos que vivenciaram a transição para a paternidade no contexto pandémico, com o propósito de compreender o quanto a transição para a paternidade ficou afetada dada a ausência do pai no pós-parto, tendo em conta o contexto pandémico.

No terceiro capítulo, irei descrever e resumir o percurso desenvolvido ao longo dos distintos contextos do EC, com o propósito de retratar a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEESMO e do grau de mestre.

No quarto capítulo, reflito sobre as limitações decorrentes ao processo de aprendizagem e no quinto capítulo abordo as questões éticas que emergiram neste meu percurso.

As considerações finais, no sexto capítulo, explano os resultados obtidos e constrangimentos com que me deparei ao longo do EC, as sugestões para a prática e as considerações finais.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas do guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e as referências bibliográficas seguem as normas da APA7th.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

No presente capítulo, irei aprofundar a contextualização sobre os conceitos primordiais – a Transição para a Parentalidade, a Transição para a Paternidade e o *Coronavirus disease 2019* (COVID-19), tendo em conta a Revisão da Literatura realizada.

Realizo também uma correlação e articulação da transição para a paternidade com o referencial teórico de enfermagem que sustenta o projeto – a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

1.1. Transição para a Parentalidade

Ramos *et al.* (2005), caracteriza o nascimento de um filho, como um dos momentos mais relevantes na transição do indivíduo ao longo da sua vida, causador de várias transformações, nomeadamente as mudanças individuais, conjugais, familiares e sociais. É também, neste período que ocorrem as maiores modificações nos papéis sociais do casal e inevitavelmente levam a uma redefinição e reorganização dos planos de vida.

O nascimento de um filho é um acontecimento visto para os casais, como um dos momentos mais marcantes nas suas vidas e um processo que apesar de ser normativo no ciclo de vida familiar, exige uma reorganização individual, conjugal e familiar, de forma a dar resposta às necessidades afetivas, físicas e psíquicas do(s) filho(s), ou seja, a criação de um laço de aliança e filiação entre todos (Ramos *et al.*, 2005; Bayle, 2005).

Ser pai, de acordo com Canavarro (2001) é ser um “agente de continuidade entre as gerações, mas é também ser simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e a diferença entre essas mesmas gerações” (p.17).

O interesse sobre as questões da paternidade começaram previamente à década de cinquenta, no entanto, pouco foi descrito. Já na década de sessenta, o movimento humanista incutiu uma nova perceção do papel do pai na família, deixando de ser visto somente como o “chefe de família”. Nos anos setenta, com a teoria da androgenia, na qual, os pais deixam de ser pai e mãe, e transformam-se em dois progenitores, os papéis parentais deixam de estar, associados ao sexo e assumem-se associados ao temperamento e inclinação individual (Gomez, 2005).

A parentalidade é frequentemente conhecida como uma das transições mais relevantes e marcantes na vida, não só da mulher, como também do homem, sendo impulsionadora de grandes modificações no seio familiar, especialmente nos primeiros filhos, iniciando-se assim, uma nova fase no ciclo vital e onde há, uma transição da função conjugal para a parental (Relvas, 2004).

Apesar de ser um acontecimento normativo, comum e frequentemente desejado e esperado, acarreta um percurso irreversível e que transforma perentoriamente a identidade, os papéis e funções dos progenitores, bem como, de todo o núcleo familiar (Colman & Colman, 1994; Relvas, 2004).

1.2. Transição para a Paternidade

O conceito da paternidade ao longo das últimas décadas do século XX, foi ganhando uma certa importância e uma legitimidade irrefutável. Neste processo os estudos realizados foram indispensáveis, ajudaram na transformação do paradigma e a ver reconhecido o conceito, não só pelos investigadores e profissionais, bem como pela sociedade (Relvas, 2004).

Nos meados da década de 90, houve a necessidade de incluir os homens nos programas de assistência à saúde materna, uma vez que desempenham um papel relevante como companheiros, maridos, pais e membros da comunidade, tendo sido uma estratégia em promover tomadas de decisão igualitárias na saúde materna e reprodutiva (Davis *et al.*, 2012).

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento no Cairo em 1994, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim em 1995 e a Conferência Internacional sobre Paternidade Asiática, realizada em Singapura em 2010, foram acontecimentos relevantes, que originaram marcos significativos, levando à curiosidade da temática pela paternidade e incluíram o homem na saúde reprodutiva da mulher. Na Conferência Internacional sobre a Paternidade Asiática, evidenciou-se a necessidade de alargar a definição de paternidade e desviar a centralidade dos estudos na mãe e no RN. Estes eventos desencadearam estudos sobre a paternidade e a transição para a paternidade, estabelecendo um ponto de partida para as investigações aumentarem o seu foco de pesquisa, despertando para os benefícios e a importância do envolvimento do pai (*World Health Organization* (WHO), 2007; Xue *et al.*, 2018).

Desde a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento no Cairo, que tem existido uma amplificação das iniciativas de saúde reprodutivas que visam envolver o homem e a mulher, com o intuito de cumprir o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – Melhorar a Saúde Materna. Contudo, apesar da evidência dos benefícios do envolvimento da figura masculina estar comprovada e estes serem cúmplices cruciais neste processo, ainda é um desafio criar um espaço para os homens e envolve-los na saúde materna (Singh *et al.*, 2014).

Nos últimos anos, o homem tem vindo a assumir cada vez mais um papel ativo na parentalidade, ultrapassando assim, o estereótipo de ser uma área de domínio exclusivo da mulher, possibilitando a que os conceitos da parentalidade e paternidade tenham sofrido modificações nas últimas décadas. Os profissionais de saúde, também têm tido um papel fundamental neste padrão, visto que, empenharam-se em envolver o homem na saúde reprodutiva da sua companheira (Canavarro, 2001; Gomez, 2005; Relvas, 2004).

Para, Balancho (2003), ser pai na atualidade não basta desempenhar os papéis que são expectáveis a um homem adulto, tem de ser educador, exemplar, companheiro, marido e profissional. Já Ramos e Canavarro (2007), fazem referência à diferenciação de como o homem e a mulher vivenciam a parentalidade, em que apesar de terem em comum, o propósito da construção de uma família, estes são seres distintos, com a sua individualidade e formas diferenciadas de desempenharem os seus papéis sociais. Por conseguinte, pode-se afirmar que o pai e a mãe perspetivam a transição para a parentalidade de forma distinta.

As relações paternas na família, na atual sociedade têm sofrido inúmeras modificações, incluindo o aparecimento de “uma nova expressão do papel masculino na sociedade”, motivado pelas conquistas da mulher na busca pela equidade de género e nos papéis. Assim, houve a necessidade do homem readaptar-se ao meio doméstico, sendo para tal, exigido um papel muito mais ativo como cônjuge e pai (Cavalcanti & Holanda, 2019).

Segundo Colman e Colman (1994), o homem foi ganhando consciência da importância da sua participação no processo de construção familiar, levando-o a ter consciência da relevante transição que ocorre na sua vida e a usufruir da sua própria vivência pessoal. No decurso destas modificações do papel parental, em que o pai está cada vez mais empenhado no planeamento e acompanhamento não só na

gravidez, mas também no parto e nos cuidados ao RN, assiste-se assim a uma aproximação entre os progenitores nos papéis parentais (Nené & Sequeira, 2016).

As questões relacionadas com a parentalidade no que diz respeito à legislação em Portugal, também têm sofrido alterações e tem sido uma preocupação governamental. A partir de 2009 com o Decreto-Lei n.º 89 (2009), houve um reforço dos direitos do pai, a criação do incentivo à partilha da licença parental e a promoção da equiparação dos direitos entre os progenitores (Wall *et al.*, 2010).

Recentemente a WHO (2015), reconheceu que o envolvimento dos homens é uma prioridade nos cuidados de saúde materna em todo o Mundo. Em Portugal, também é reconhecida e reforçada a importância do papel ativo do homem no período pré-concepcional, ao longo da gravidez, nas consultas e no parto. Este reconhecimento consta no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) e está preconizado no RECEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019). Os Cursos de Preparação para o Parto e a Parentalidade têm como propósito “(...) desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (DGS, 2015, p.63).

A participação do pai na vigilância da gravidez deve ser fomentada, até porque o homem tal como a mulher também tem “necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas relacionadas com a sua preparação e adaptação à paternidade, que é necessário ter em conta, escutando-os, esclarecendo-os e apoiando-os também.” (DGS, 2015, p. 63).

Muitos dos homens sentem-se negligenciados e vêem-se como espectadores ao longo da gravidez, um vez que não são tidas em conta as suas necessidades emocionais e psicológicas. Tal sentimento, faz com se sintam excluídos e condicionados na perceção de segurança em assumirem as suas funções parentais, podendo vir a desenvolver sentimentos de medo e de discriminação (Steen *et al.*, 2012).

Segundo Kowlessar *et al.*, (2015), as parteiras ao usarem habilidades como a empatia, a escuta ativa e as técnicas de resolução de problemas no apoio aos futuros pais, tal como usam no apoio às grávidas, ajuda-os a sentirem-se incluídos no processo da gravidez. Este envolvimento está consideravelmente correlacionado com os ajustes psicológicos e o bem-estar familiar no período do pós-parto.

Logo, como afirmam Colman e Colman (1994), a transição para o papel de pai é uma das mudanças mais relevantes na vida de um homem, acarreta mudanças no seu comportamento, na maneira de ser e na sua identidade.

1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis

Em concordância com Almeida *et al.* (2014), a figura paterna ainda permanece com pouca evidência, apesar do seu papel basilar na família, no desenvolvimento dos filhos e na promoção da saúde. Os cuidados de enfermagem direcionados às famílias, ainda estão centrados na mulher e na criança, colocando o homem à margem e fazendo-o enfrentar barreiras sociais e psicológicas, como também o priva de conhecimento acerca da gravidez, do parto e do pós-parto.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015b), alega que o EEESMO é o profissional de saúde de referência na vigilância e assistência da mulher no decurso da gravidez e no parto, conseqüentemente é aquele que poderá proporcionar a integração e o envolvimento do pai no decurso da gravidez, no parto e no puerpério. A relação de empatia que o enfermeiro estabelece com a figura paterna, é determinante para o desenvolvimento das aptidões para cuidar dos filhos (Almeida *et al.*, 2014).

É fundamental que haja uma modificação do paradigma, onde os homens sejam verdadeiros coprotagonistas da ação e não só acompanhantes, quer seja numa consulta de planeamento familiar e/ou de vigilância da gravidez, no curso de preparação para o parto e parentalidade, tal como numa visita ao seu filho numa maternidade, num hospital ou ainda como colaborador e/ou em substituição da figura materna no exercer da parentalidade ou no exercício do papel parental como cuidador (DGS, 2020f).

Portanto, é primordial reconhecer as necessidades da figura paterna, avaliando quais as suas expectativas e os seus receios relacionados com o papel de pai, não só no período do puerpério, mas desde o início da gravidez, contribuindo desta forma para que se sinta valorizado, potenciando a um maior envolvimento paterno e a uma transição para a paternidade aprazível (Rebert & Hoga, 2010).

Corroborando Meleis *et al.* (2000), a transição é explanada como um acontecimento de vida significativo, que pode originar um desequilíbrio ou uma perturbação emocional, acarretando modificações na rotina do indivíduo e requerendo uma certa capacidade para concretizar os ajustes inevitáveis.

Segundo Meleis *et al.* (2000), a transição para a parentalidade é um processo de modificação individual, conjugal e social. É através deste processo que os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem as próprias competências para enfrentar as transformações e as exigências desenvolvimentais, situacionais de saúde e/ou doença que surgem no ciclo de vida da criança.

A escolha de Afaf Ibrahim Meleis para o referencial teórico não foi ao acaso, é a autora com mais produções desenvolvidas sobre o significado do conceito de transição, a sua aplicação e pertinência no domínio da enfermagem (Schumacher & Meleis, 2010).

Meleis (2010), elaborou o seu modelo teórico tendo por base as transições, como episódio na vida das pessoas, no qual o enfermeiro deverá intervir concebendo intervenções que deem respostas às necessidades individuais de cada um, considerando a sua própria saúde, bem-estar e a competência de tomarem conta delas.

Atendendo à teoria de Meleis (2010), as transições podem ser definidas considerando a sua natureza e podem ser determinadas em quatro tipos, as organizacionais, as desenvolvimentais – estádios transitórios do ciclo vital, situacionais – modificações de papéis, onde estão englobados acontecimentos como a gravidez, o nascimento e a morte, e de saúde/doença – situações de estado patológico possíveis de induzir uma inadequação da pessoa.

Segundo Meleis (2010), a transição para a parentalidade está inserida na transição de desenvolvimento, já existem algumas investigações relacionadas com a paternidade, mas a maioria dos estudos incide na mulher (mãe/grávida).

Para Canavarro e Pedrosa (2005), o nascimento de um filho acarreta inúmeras alterações individuais e familiares, causadores de mudanças quer da identidade, quer das representações de funções associados ao género e do seu papel individual e familiar. Baseado nestas alterações ocorre um reajuste no processo de modificação, que implica um certo tempo de adaptação e de redefinição de relações entre os elementos da família. Assim sendo, podemos afirmar que a parentalidade, é um processo de transição e que exige determinadas respostas, para as quais os pais têm de se adaptar e confrontar-se com esta modificação de papéis.

Em concordância com Meleis (2010), os indivíduos que vivenciam transições, predispõem-se a estarem mais vulneráveis às ameaças, influenciando a sua própria saúde e o seu bem-estar. Estas transformações exigem aos indivíduos a aquisição

de novas competências e alterações de comportamentos. E, sendo a parentalidade uma transição para a vida, tendo em conta o seu caráter irreversível, então, os enfermeiros têm um papel fundamental neste percurso e deverão por isso estar disponíveis e apoiar nesta etapa, dando prosseguimento ao acompanhamento realizado na gravidez.

Para Meleis (2010), é possível um indivíduo numa transição experienciar sofrimento, por não se encontrar devidamente preparado, levando a que não esteja capacitado para desempenhar o seu novo papel, porém o enfermeiro tem um papel relevante no desenvolvimento de intervenções preventivas e terapêuticas para colmatar as lacunas e capacitar o indivíduo no desempenho do seu novo papel.

Tal como, corroboram Nogueira e Ferreira (2012), o EEESMO deverá informar o homem/futuro pai acerca da evolução do trabalho de parto, bem como de todos os procedimentos, apoiando-o nas suas escolhas, e deverá dispor de uma atitude de escuta ativa, desmistificar medos e receios, e incluir o pai nos cuidados do seu filho.

1.4. Coronavirus disease 2019

A *COVID-19* é uma doença provocada por um coronavírus, designado SARS-CoV-2 (DGS, 2020b). A WHO tomou conhecimento deste novo vírus a 31 de dezembro de 2019, posteriormente a um relatório que dava a conhecer diversos casos de “pneumonia viral” de etiologia desconhecida em Wuhan, na China (WHO, 2021).

O primeiro caso de *COVID-19* em Portugal, foi assinalado a 3 de março de 2020 e a 11 de março do mesmo ano, a *COVID-19* é considerada pandémica (Adhanom, 2020; WHO, 2020b). Cada país adotou medidas preventivas e de controlo da doença. Em Portugal, a DGS foi a entidade responsável pela estratégia de prevenção e de dar resposta à epidemia pelo Vírus SARS-CoV-2. (DGS, 2020b; DGS, 2020c).

A fim de seguir as orientações da WHO e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, foi elaborado um documento de referência nacional no que diz respeito ao planeamento da resposta à COVID-19: O Plano Nacional de Preparação e Resposta ao COVID-19 (DGS, 2020c).

Das primeiras medidas adotadas pela DGS em resposta à epidemia nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, foi interditar as

visitas/acompanhantes, com o intuito de reduzir as cadeias de transmissão (DGS, 2020c).

Ainda que seja reconhecido ao CS o direito de acompanhar a mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto, pela necessidade de cumprir as novas normas implementadas pela DGS, a maioria dos hospitais interditou a visita do CS em qualquer um dos momentos, impedindo o CS que maioritariamente é o pai de vivenciar os primeiros momentos de vida do seu filho (DGS, 2020d). Brito e Correia (2020), referem que mesmo que os pais tenham de manter o distanciamento, continuam a ter um papel fundamental junto da puérpera e do RN.

Similarmente a Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) (2020), também se pronunciou e mencionou, a vivência e a partilha do período de Trabalho de Parto (TP) e o momento do nascimento com a pessoa significativa, elegida pela mulher, como algo impactante na saúde e na perceção a qualidades dos cuidados. A presença do pai no parto, favorece a que a mulher tenha uma experiência de parto positiva e está também associada ao aumento da satisfação no que diz respeito aos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

No presente capítulo, descrevo o percurso metodológico efetuado na concretização da SR e explícito o trabalho de campo realizado com a aplicação do IRD, tal como a análise reflexiva dos resultados obtidos.

2.1. *Scoping Review*

A SR possibilita mapear a evidência científica sobre determinada temática, proporcionando a clarificação das definições sobre o tema em estudo (JBI, 2021). Sendo assim, a SR organiza e nomeia os estudos existentes sobre o tema a ser investigado, para tal utiliza uma estratégia de pesquisa metódica (Ribeiro, 2014).

Na realização da SR é importante seguir um protocolo, visto que pré-define os objetivos, os métodos e o relatório da revisão, permitindo assim uma transparência no processo, tal como, pretende detalhar os critérios de inclusão e de exclusão, identificar quais os dados importantes, como serão extraídos e apresentados, ou seja o protocolo define o plano da SR (Aromataris & Munn, 2020).

O protocolo de Aromataris e Munn (2020), sugere que se sigam nove fases, a primeira fase é a definição do título do protocolo da SR, a fase seguinte segue-se com a elaboração da pergunta de revisão, numa terceira fase o *background* sobre a temática em estudo, na quarta fase são definidos os critérios de inclusão, na quinta fase a estratégia de pesquisa, segue-se a sexta fase com a avaliação da qualidade metodológica, na sétima fase a extração de dados, na oitava fase a síntese de dados e na nona e última fase serão apresentados os conflitos de interesse e reconhecimentos. Para a SR que a seguir apresento, foram tidos em conta somente os oito primeiros passos, dado que não foi concretizada nenhuma publicação científica.

2.1.1. Título da SR

Pretende-se através da SR, mapear a evidência científica disponível acerca da transição para a paternidade, incidindo no período do pós-parto, bem como identificar e conhecer os seus efeitos e adequar os cuidados do EEESMO promotores da transição para a paternidade no contexto pandémico. Deste modo, defini o título “Contributos do enfermeiro obstetra na experiência da transição para a paternidade em contexto pandémico: uma *Scoping Review*”.

2.1.2. Pergunta da revisão

Como objetivos determinei, mapear a evidência científica publicada sobre à transição para a paternidade em contexto pandémico por meio da SR e aprofundar os meus conhecimentos acerca da transição para a paternidade em contexto pandémico por meio da realização da SR.

Tendo em conta a mnemónica **P** (População), **C** (Conceito) e **C** (Contexto) e seguindo as orientações do JBI (2021), foi concebida a seguinte questão: “**Como é que a transição para a paternidade é afetada pela ausência do acompanhamento do pai no pós-parto?**”. Assim, defini os elementos constituintes: População: **Pai**, Conceito: Transição para a paternidade, Contexto: Pós-parto.

2.1.3. Critérios de inclusão e de exclusão

A seleção dos critérios de inclusão e exclusão, têm efeito na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos, o que define o resultado da pesquisa (JBI, 2021).

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos, foram: texto integral, publicados nos últimos cinco anos e redigidos em Inglês e em Português. Todos os artigos que não cumprissem os critérios de inclusão, foram excluídos.

2.1.4. Estratégia de pesquisa

A primeira SR realizada ocorreu no início de novembro de 2020, no contexto do projeto de estágio com relatório e foi um instrumento de avaliação da Unidade Curricular de Opção II, do 11º CMESMO, bem como uma linha orientadora no percurso a desenvolver ao longo dos vários ensinamentos clínicos que se prediziam. Assim, concretizei uma nova SR em março de 2022.

Considerando as recomendações do JBI (2021), a estratégia de pesquisa decorreu em três fases.

Numa fase inicial, procedi à pesquisa na plataforma *EBSCOhost*, limitando a pesquisa nas seguintes bases de dados *Academic Search Complete*, *MEDLINE Complete* e à *CINAHL Complete*, atendendo às análises dos descritores, aos vocábulos utilizados nos títulos e nos resumos dos artigos pesquisados, por forma a obter os termos de linguagem natural correlacionados com a questão e, assim determinar os termos indexados da respetiva base de dados. Os termos obtidos encontram-se esquematizados no Apêndice 1.

Posteriormente, numa segunda fase da pesquisa apliquei os termos naturais e os indexados nas três bases de dados anteriormente referidas. Durante a pesquisa recorri à utilização dos operadores booleanos, inicialmente empreguei o “OR” para os termos indexados e posteriormente implementei o “AND”, o que permitiu combinar os descritores usados na pesquisa (Santos *et al.*, 2007).

Dentro da estratégia de pesquisa, não foi tido em conta o contexto pandémico pela Covid-19, visto que, quando combinado através do operador booleano “And” com a população e os conceitos não obtive qualquer resultado, pelo que foi excluído da pergunta. Na estratégia de pesquisa dos artigos, não limitei o paradigma de investigação quanto ao tipo de estudo, fosse ele quantitativo ou qualitativo. A estratégia de pesquisa completa e delineada, em cada base de dados encontra-se integrada no Apêndice 2 (*Academic Search Complete*), Apêndice 3 (*MEDLINE Complete*) e Apêndice 4 (*CINAHL Complete*) respetivamente. Na última e terceira fase, procedi à análise das diversas referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o objetivo de adicionar estudos. Como resultado deste processo obtive e selecionei, um total de 5 artigos, a sistematização foi concluída com a criação do fluxograma *PRISMA Flow* segundo Page *et al.* (2021) (Apêndice 5.)

2.1.5. Extração de dados, análise e resultados dos artigos

De forma a, mapear os resultados alcançados, selecionar e registar o conteúdo relevante, a fim de dar resposta à questão da pesquisa, desenvolvi uma tabela de extração de dados de acordo com a JBI (2021), o que me possibilitou realizar uma análise de cada artigo, estas encontram-se descritas no Apêndice 6.

Os artigos foram avaliados por dois revisores independentes e foi aplicada a extração de dados em concordância com o Critical Appraisal Checklists for Qualitative Research do JBI (2021).

Ainda que tenha aplicado os critérios de inclusão e de exclusão dos artigos publicados nos últimos cinco anos, obtive artigos com menos de quatro anos. Os estudos encontrados provêm de Singapura e do Brasil.

Quanto ao tipo de estudo obtive também uma grande variedade, desde uma entrevista individual semiestruturada, um método qualitativo de um estudo longitudinal de método misto, um método qualitativo, uma revisão integrativa e uma revisão integrativa da literatura.

Relativamente à população incidiu na figura masculina.

No “*Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study*” de Shorey *et al.* (2019), aludem que as preocupações e as necessidades dos pais, continuam a surgir, considerando o crescimento e as necessidades dos seus filhos nos distintos períodos do pós-parto. Portanto, o acompanhamento dos profissionais de saúde e o processo educativo através das plataformas on-line, podem ser dinamizadas atendendo às necessidades emergentes dos pais. Assim, os profissionais de saúde têm um papel fundamental em conceber intervenções dinâmicas para dar respostas as necessidades dos pais nos distintos estádios e aos contextos culturais (Shorey *et al.*, 2019).

Em concordância com Shorey *et al.* (2018), os pais desejam estar envolvidos, mas são impedidos de múltiplas formas, nomeadamente o tempo disponível que passam com o RN (o RN que é amamentado passa inevitavelmente mais tempo com a mãe), a proteção materna (têm receio que os pais não tenham habilidades suficientes ou não sejam competentes o suficientes para prestarem cuidados ao RN) e o compromisso com o trabalho. O período do pós-parto é um período causador de tensão e cansaço, tanto para os que são pais pela primeira vez, como para os pais experientes.

Shorey *et al.* (2018), relata que os pais necessitam de estar envolvidos nas atividades relacionadas com os cuidados infantis e maternais no período pós-parto. Com a progressão da inclusão dos pais nos cuidados, não se cingindo aos cuidados diretos ao RN, mas também nas lides domésticas, permite além de dar suporte às mulheres, possibilita uma maior interação com o bebé (Nascimento *et al.*, 2019).

Para Nascimento *et al.* (2019), o homem tem vindo a contrariar o papel idealizado pela sociedade para o pai, têm mostrado que o cuidado não é só a provisão material de recursos domiciliare e pessoais. É também, importante a participação na vida do filho, dando-lhes atenção e carinho, orientando, estando presente nos momentos que eles necessitem, o que vai além da educação para a vida.

Também Nascimento *et al.* (2019), evidência a relevância dos homens serem incentivados a exercer a paternidade, visto que é, através deste contato com os filhos que se cria uma relação de afetividade, cuidado, respeito e autonomia, contribuindo para a diminuição da desigualdade de género.

Igualmente Cavalcanti e Holanda (2019), evidenciam que o envolvimento do pai ou do CS desde o início da gravidez, possibilita desenvolver atitudes participativas perante as particularidades que englobam a gravidez, o parto e o período do

puerpério, evidenciando que a decisão do acompanhamento deverá ser sempre sempre de mútuo acordo pelo casal. A participação do pai ao longo do ciclo gravídico-puerperal carrega um efeito positivo na promoção da saúde da mulher. Este, providencia um grande apoio emocional à mulher não só no trabalho de parto, mas também no estabelecimento do processo do aleitamento materno e na recuperação puerperal (Cavalcanti & Holanda, 2019).

Xue *et al.*(2018) ao realizarem uma revisão integrativa da literatura, comprovaram que existe uma lacuna na literatura centrada na importância do envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto. Poucos estudos procuraram avaliar os níveis de envolvimento dos pais em associação com os seus fatores de influência. E os instrumentos utilizados para avaliar o envolvimento paterno, não captam de forma abrangente o fenómeno real do envolvimento dos pais.

Logo, é fundamental compreender os fatores que influenciam o envolvimento dos pais na gravidez e no parto, só assim poder-se-á melhorar futuras intervenções para melhorar potencialmente os resultados de saúde para mães e crianças, tal como, para melhorar a dinâmica familiar (Xue *et al.*, 2018).

2.2. Implementação do Trabalho de Campo

O trabalho de campo teve como objetivos, aferir se a ausência do pai no período do pós-parto em contexto pandémico perturbou a transição para a paternidade de forma positiva e, se o envolvimento emocional do pai para com o seu RN foi afetado negativamente.

Assim, decidi realizar um estudo de natureza exploratório de carácter misto, com a aplicação do IRD a uma amostra de conveniência a todos os progenitores do sexo masculino que consentiram participar no trabalho de campo, no período compreendido de 12 de maio a 31 de julho de 2021, nos turnos em que me encontrava em prática clínica no EC, numa dada unidade hospitalar do sul do país.

O IRD inaugura com a solicitação do consentimento informado a todos os indivíduos que consentiram participar no estudo e onde realizo uma breve síntese do que me proponho estudar e está dividido em três partes. Na Parte I - apresento a caracterização sócio-demográfica, na Parte II - avalio o desempenho do pai e a intervenção do EEESMO no pós-parto e na Parte III - aplico Escala de *Bonding* para avaliar o envolvimento emocional do pai com o bebé de Figueiredo *et al.* (2005),

sendo esta a versão portuguesa alargada do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* de Taylor *et al.* (2005).

A Parte I é composta por seis perguntas, referente à caracterização sócio-demográfica da amostra, onde questiono a idade, a escolaridade, vínculo laboral, a profissão, o estado civil e a duração do relacionamento com a mãe do RN. Já a Parte II é constituída por vinte e duas perguntas, das quais dezanove são de resposta fechada e três são de resposta aberta, duas delas pretendem avaliar a intervenção do EEESMO no pós-parto, e a terceira avalia as expectativas do progenitor em relação ao seu desempenho enquanto pai no período do internamento no pós-parto. Na Parte III, aplico a Escala de *Bonding*, versão portuguesa alargada da *Mother-to-Infant Bonding Scale* (Taylor *et al.*, 2005), de Figueiredo *et al.* (2005), que pretende avaliar o envolvimento emocional da mãe e/ou do pai com o RN.

A escala organiza-se em três subescalas. A subescala *Bonding Negativo*, é constituída por seis itens - zangado, agressivo, triste, ressentido, desgostoso e desiludido, avalia o envolvimento emocional negativo, a subescala *Bonding Positivo*, é composta por três itens - afetuoso, protetor e alegre, visa o envolvimento emocional positivo, já a subescala "*Bonding not Clear*", é composta por três itens – possessivo, receoso e neutro sem sentimentos, evidência a presença de emoções que não estão claramente relacionadas com o envolvimento emocional dos pais com o RN (Figueiredo *et al.*, 2005).

Após a receção do consentimento da autora Bárbara Figueiredo (Anexo I) e uma vez que só obtive o parecer positivo do Conselho de Administração, da Comissão de Ética para a Saúde, bem como, do Consentimento da Diretora de Serviço e da Enfermeira Gestora (Anexo II) a 11 de maio de 2021, pelo que só instituí a implementação do IRD a partir de 12 de maio até 31 de julho de 2021, tendo alcançado cento e seis respostas viáveis.

Neste período, a visita do pai no decurso do internamento ainda se mantinha interdita, contudo no momento imediato à saída da unidade hospitalar na "Alta Segura"¹, projeto que visa assegurar o transporte do RN no momento da alta da maternidade em condições de segurança adequadas, foi o momento que escolhi para

1 O projeto "Alta Segura" visa dotar as unidades de saúde com maternidades com os recursos humanos especialmente treinados e formados na segurança do recém-nascido no automóvel, disponibilizando os recursos materiais e informativos necessários ao ensino e demonstração às famílias para que o transporte no momento da Alta da maternidade seja feito em condições de segurança adequadas.

entregar o IRD dada a privacidade com cada família, para abordar individualmente cada pai, apresentar-me, explicar o meu projeto e a importância da colaboração no preenchimento do meu IRD, a maioria consentiu o preenchimento do mesmo. Comecei por entregar os IRD em formato de papel, mas após várias sugestões por parte dos pais, transpus o IRD para *Google Forms* permitindo-me enviá-lo através do email, o que facilitou o preenchimento do mesmo e armazenar os dados de forma segura e prática, o mesmo encontra-se no Apêndice 7. Respeitei e cumpri os princípios éticos, nomeadamente o consentimento informado, a participação voluntária e assegurei a confidencialidade de cada participante, bem como dos dados obtidos através do IRD, codificando cada um (Q1 a Q106).

O processamento dos dados, foi realizado com recurso ao *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 25. *Software* informático que concretiza a análise de dados estatísticos, nomeadamente a análise descritiva, análise esta que foi utilizado no presente trabalho.

Para concretizar a análise do conteúdo resultante das perguntas abertas, concretizei uma análise de conteúdo segundo Bardin (2020), possibilitando identificar categorias e subcategorias decorrentes dos pareceres dos pais. A análise de conteúdo segundo Bardin (2020), compreende três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

2.2.1. Resultados e Discussão

Posteriormente à apreciação das respostas às perguntas sociodemográficas, foi construída a Tabela 11 (Apêndice 8), onde é possível constatar que os pais, tem idades compreendidas entre os 22 e os 50 anos, com uma média de idades de 34,2 anos. Relativamente às habilitações literárias, constatou-se que a maioria dos pais têm como habilitação literária o ensino secundário, seguindo-se a licenciatura, o bacharel, o ensino primário, o segundo ciclo e por fim o doutoramento, os dados apresentam-se esquematizados na Tabela 12 (Apêndice 8). A maioria dos pais 93.4% (n= 99) tem um vínculo laboral e somente 6,6% não têm qualquer tipo de vínculo laboral (ver Tabela 13, Apêndice 8). Na Tabela 14 (Apêndice 8), exponho os dados referente ao tipo de relação entre os pais e as puérperas. Dos dados extraídos, a maioria dos casais vive em união de facto, 34,9% (n = 37) e têm uma relação à cinco anos 14,4% (n= 15). A duração da relação com a mãe do RN, varia entre os pouco

meses e os vinte anos, assim a média da duração do relacionamento é de 10 anos (Tabela 15, ver Apêndice 8).

A maioria dos pais relata que a gravidez foi planejada com 72,6% (N=77), meramente 27,4% (n=29) dos pais refere que a gravidez não foi planejada (ver Tabela 16, Apêndice 8). A generalidade dos pais conseguiu acompanhar a grávida nas consultas de vigilância da gravidez, mas mesmo assim, houve 38,7% (n= 41) dos pais que não o conseguiu (ver Tabela 17, no Apêndice 8). Considero que uma das causas possa estar relacionada com às medidas impostas pela DGS em resposta à epidemia, as quais só foram sendo levantadas no final de julho de 2021 (DGS, 2020e). Apenas 8,5% (n=9) dos pais não participou nos preparativos para o nascimento do seu filho, contrastando com a maioria 91,5% (n = 97) dos pais que acompanharam as suas mulheres nos preparativos do quarto, da roupa e de outros acessórios (ver Tabela 18, no Apêndice 8).

Apesar da maioria dos pais 77,4% (n= 82) mencionarem que não frequentou nenhum Curso de Preparação para o Nascimento e para a Parentalidade (CPNP), a maioria dos pais 88,7% (n = 94) refere que leu ou procurou obter informações sobre o RN em desenvolvimento (ver Tabela 19 e Tabela 20, no Apêndice 8). Ainda que a maioria dos pais não tenha frequentado nenhum CPNP, a maioria procurou ler ou obter informação sobre o desenvolvimento da gravidez e do RN, indo ao encontro da literatura obtida através da SR. Cavalcanti e Holanda (2019), demonstram que o pai ao envolver-se previamente à gravidez, permite o desenvolvimento de atitudes participativas perante as particularidades da gravidez, do parto e do pós-parto.

A participação ativa do pai ao longo da gravidez e no período do pós-parto acarreta um efeito positivo na promoção da saúde da mulher, visto que, o pai ao providenciar apoio emocional não só no trabalho de parto, mas também no período do pós-parto promove a recuperação puerperal e dá suporte no estabelecimento da amamentação (Cavalcanti & Holanda, 2019).

A experiência de paternidade para cerca de metade dos pais 51,9% (n=55), indica que este RN é o seu primeiro filho (ver Tabela 21, no Apêndice 8). Tendo em consideração que para 48,1% (n= 51) dos pais que não tiveram outras experiências de paternidade, o presente RN é o terceiro filho para 51% (n= 26), seguindo-se do segundo com 33,3% (n=17), do quarto com 13,8% (n=7) e do quinto com 1,9% (n=1) (ver Tabela 22, no Apêndice 8).

No decurso da implementação do IRD, a presença do pai ainda sofria restrições devido à COVID-19. Quando iniciei a implementação do IRC, o pai só podia presenciar o período expulsivo, se tivesse um teste negativo para a SARS-CoV-2, contudo estas restrições foram sofrendo alívios atendendo sempre às indicações da DGS (DGS, 2020e). Corroborando com os dados apresentados imediatamente abaixo na Tabela 1, em que 21,7% (n= 23) dos pais esteve junto da grávida na sala de parto num período inferior a trinta minutos, 18,9% (n=20) dos pais permaneceu na sala de partos por cerca de uma horas na sala de parto, contrapondo os 59,4% (n= 63) dos pais que permaneceram junto da grávida por cerca de duas horas.

Tabela 1: Caraterização do número de horas que o pai esteve na sala de partos

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Cerca de 1 hora</i>	20	18,9
<i>Cerca de 2 horas</i>	63	59,4
<i>Menos de 30 minutos</i>	23	21,7
<i>Total</i>	106	100

48,1% (n= 51) dos pais afirmam que o EEESMO deu-lhes oportunidade para cortar o cordão umbilical, todavia 51,9% (n= 55) refere que esta medida não foi tomada (ver Tabela 23, no Apêndice 8). Porém dos 48,1% (n=51) dos homens que tiveram a opção de escolha no corte do cordão umbilical do seu filho, somente 34% (n= 36) dos pais optaram por realizar o corte do cordão (ver Tabela 24, no Apêndice 8), ainda que 57,5% (n= 61) afirme que pretendia cortar o cordão umbilical (ver Tabela 25, no Apêndice 8).

Este dado surpreendeu-me à medida que fui analisando os IRD, dado que ao acompanhar o TP das grávidas que acompanhei, constatei que era uma prática executada por toda a equipa de EEESMO, levando-me a questionar o porquê destes dados. Depreendo que esta percentagem esteja influenciada pelo tipo de parto, dado que nos partos distócicos por cesariana ou nas situações de urgência, o pai não têm a possibilidade da tomada de decisão em cortar o cordão umbilical. Levando-me a ponderar a necessidade da elaboração de uma pergunta sobre o tipo de parto e/ou se ocorrera algum tipo de intercorrência que tivesse impossibilitado o EEESMO ou o obstetra a dar a oportunidade ao pai em cortar o cordão umbilical, no momento da elaboração do IRD não considerei pertinente o tipo de parto.

Na prestação dos primeiros cuidados ao RN a maioria dos pais, 67% (n= 71), menciona que lhes foi concedida a oportunidade de ajudar a cuidar do seu RN (ver Tabela 26, no Apêndice 8), dos quais 72,6% (n=77) prestou os primeiros cuidados, contrapondo os 27,4% (n= 29), que não colaboraram nos primeiros cuidados do seu RN (ver Tabela 27, no Apêndice 8). Na questão “Após o parto foi-lhe oferecida a oportunidade de ajudar a cuidar do seu filho(a)?”, seis dos inquiridos (5,6%) não respondeu à questão. A maioria dos pais pretendia ajudar a cuidar do RN e simplesmente 1,9% (n= 2) não pretendia cuidar do seu filho (ver Tabela 28, no Apêndice 8). Nas primeiras horas de vida do RN e apesar das muitas inseguranças dos pais 84,9% (n= 90) pegaram nos seus RN ao colo e 60,4% (n= 64) realizou contacto pele a pele com o seu RN. Contrastando com 15,1% (n= 16) e 39,6% (n=42) dos homens que menciona não ter pegado no seu filho ao colo, nem ter realizado contato pele a pele (ver Tabela 29 e Tabela 30, no Apêndice 8).

Ao observar e analisar estes dados, pode-se comprovar que o homem quer estar presente e ser participativo não só nos cuidados indireto, mas também nos cuidados diretos, afastando-se do antigo paradigma quanto ao papel parental do homem. Indo ao encontro de Nascimento *et al.* (2019), onde afirmam que o homem tem vindo a contrariar o papel idealizado pela sociedade para o pai. Este tem demonstrado que não basta só o fornecimento de materiais de recurso domiciliares e pessoais, mas evidencia a importância em participar na vida do filho, dando-lhes atenção e carinho, orientando, tal como estar presente nos momentos que eles necessitem, indo além da educação para a vida.

Já Balancho (2003) manifestara que para ser pai na atualidade não basta desempenhar os papéis que são expectáveis a um homem adulto, há que ser educador, exemplar, companheiro, marido e profissional.

Relativamente à informação sobre os cuidados a serem prestados ao RN, 64,2% (n= 68) relata que foram esclarecidos, contrariando com 35,8% (n= 38) dos pais, que mencionam não ter recebido informação dos cuidados a serem prestados ao RN (ver Tabela 31, no Apêndice 8).

A maioria dos pais 69,8% (n= 74), considera que foi prejudicial não poder visitar o RN durante o internamento no puerpério, tal como 70,8% (n= 75) mencionam que não passaram tempos suficiente com o seu RN para estabelecerem uma relação. Contrastando com os 29,2% (n=31) dos pais que referem ter passado tempo suficiente para o estabelecimento de uma relação com o RN, 30,2% (n= 32) dos pais

mencionam que a sua ausência no internamento não foi prejudicial na relação com o RN, tal como demonstram os dados na Tabela 2 e Tabela 3.

Tabela 2: Percepção dos pais acerca do tempo necessário para estrelecer uma relação com o RN

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	75	70,8
<i>Não</i>	31	29,2
<i>Total</i>	106	100

Tabela 3: Percepção paterna de prejuízo por impossibilidade em visitar o RN no internamento

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	74	69,8
<i>Não</i>	32	30,2
<i>Total</i>	106	100

Praticamente todos os pais (98,1%, n= 104), gostariam de ter passado mais tempo com o seu RN no decurso do internamento no puerpério, em desacordo com 1,9% (n=2) dos pais que não desejou ter passado mais tempo com o RN no internamento (Tabela 4).

Tabela 4: Desejo paterno em passar mais tempo com o RN no internamento

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	104	98,1
<i>Não</i>	2	1,9
<i>Total</i>	106	100

Tal como Ramos e Canavarro (2007), fazem menção às diferenças entre o homem e a mulher na vivencia da parentalidade, em que apesar de terem em comum, o propósito da construção de uma família, são seres diferentes, com a sua individualidade e formas distintas de desempenharem os papeis sociais. Também Xue *et al.* (2018) evidenciam que a exclusão mesmo que involuntárias dos pais durante a gravidez e o parto dificulta o envolvimento do pai, já o envolvimento do pai durante a gravidez e o parto, possibilita resultados positivos quer para a saúde do pai, da mulher do RN.

52,8% (n=56) dos pais asseguram que o EEESMO incentivou a sua presença e participação no pós-parto, a contrapor com 47,2% (n= 50) que afirmam que não o fizeram (Tabela 5).

Tabela 5: Incentivo do EEESMO à presença e participação paterno no pós-parto imediato

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	56	52,8
<i>Não</i>	50	47,2
<i>Total</i>	106	100

No período do pós-parto no contexto do internamento no puerpério, 74,5% (n= 79) dos pais consideraram que o EEESMO não incentivou a presença e a participação do pai, somente 20,8% (n= 22) afirmam que o EEESMO incentivou a presença e a participação do pai ao longo do internamento (Tabela 6).

Tabela 6: Incentivo do EEESMO à presença e participação paterno no pós-parto imediato (internamento)

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	22	20,8
<i>Não</i>	79	74,5
<i>Não responderam</i>	5	4,7
<i>Total</i>	106	100

As últimas três questões do IRD são de resposta aberta, pretenderam avaliaram a perceção paterna das razões que levaram o EEESMO a incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto imediato e no Pós-Parto no internamento (ver Apêndice 9 e Apêndice 11), bem como a perceção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto imediato e no Pós-Parto no internamento (ver Apêndice 10 e Apêndice 12) e as expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto no internamento (ver Apêndice 13).

A análise das respostas obtidas, foi realizada através de uma análise de conteúdo segundo Bardin (2020). Para tal, foi realizada uma leitura flutuante e síntese das respostas dos pais para concretizar a pré-análise, seguindo-se a exploração do material, com o propósito de codificar os dados e agregá-los em categorias. Por fim, foi efetuado o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, por meio de

inferência, identificando as categorias, subcategorias e as respectivas unidades de contexto provenientes das respostas obtidas (ver Apêndice 14) (Bardin, 2020).

Da análise de conteúdo realizada, surgiram categorias, as respectivas subcategorias e as unidade de contexto. Irei transcrever os excertos das unidade de contexto que achei pertinentes e a fim de manter a confidencialidade das transcrições, as mesmas estarão codificadas (“por exemplo” Q1).

Quanto à categoria resultante da percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto e no Pós-parto no Internamento, surge a Promoção de um ambiente facilitador à transição (ver Quadro 1, no Apêndice 14), a qual se subdivide em três subcategorias. A primeira subcategoria - Incentivar a presença e participação do pai (“Encorajando a interagir com o bebé na zona recobro” Q69), a segunda subcategoria - Valorizar o papel paterno (“Ao permitir a visita e dar explicações sobre a interação a três” Q10) e por último a terceira subcategoria - Agir/atitude profissional (“Acompanhou e explicou todo o processo do pós-parto” Q44). Indo ao encontro de Cavalcanti e Holanda (2019) e Xue *et al.*(2018), que evidenciam a participação ativa do pai ao longo da gravidez e no período do pós-parto acarreta um efeito positivo na promoção da saúde da mulher e no envolvimento paterno.

No que atende à percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento), emergiu a categoria Obstáculos à Promoção de um ambiente facilitador à transição (ver Quadro 2, Apêndice 14). Por conseguinte, surgiram cinco subcategorias, são elas as Restrições sanitárias pela situação pandémica (“Contexto Pandémico” Q7), o Tempo insuficiente (“Uma visita de 30 min não dá para fazer absolutamente” Q103), a Situação pandémica como desculpa, Perder o nascimento do filho (“Não estive presente na sala de parto” Q15) e a Interdição das visitas (“Devido às normas de segurança em tempo de pandemia” Q89). Os dados evidenciam como os pais desejam estar envolvidos, corroborando Shorey *et al.* (2018).

No que concerne às expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto (internamento), surge a categoria Expetativas paternas (ver Quadro 3, Apêndice 14) e cinco subcategorias, são elas, Ambiente facilitador: Estar presente e Ajudar (“Muito boas mesmo condicionadas em relação ao covid” Q80), Ambiente dificultador: restrições Covid (“Não foi possível ter desempenho em 30min de visita” Q83), Sentimentos: Frustração/Aceitação (pela situação Pandémica) (“É expectável

que o pai possa receber toda a informação possível e poder participar ativamente neste fase nova que se inicia, não foi possível devido à situação do covid-19” Q34), Comportamentos : Cuidar do bebé/Cuidar da mãe (“Gostaria de estar presente de modo a participar nas primeiras atividades com o bebé (banho, a muda da fralda,...), apoiar a mãe no pós-parto” Q33) e Criar laços com o filho (“Criar ligação com o filho bem como acompanhar, mimar e apoiar a mãe que também precisa de amor” Q103).

Na terceira e última parte do IRD, utilizo a versão portuguesa alargada do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* de Taylor *et al.*(2005) (Figueiredo *et al.*, 2005), para avaliar o envolvimento emocional do pai com o RN.

A escala de *Bonding* é composta por doze itens de autorrelato, referentes à presença e intensidade de diferentes emoções em relação ao bebé, cotada pelos pais numa escala do tipo “*Lickert*”, que varia entre o 0 e o 3. Cada item é pontuado com 0 – Nada, 1 – Um pouco, 2 – Bastante, 3 – Muito, atendendo à emoção a que o item alude. Por conseguinte, os itens são pontuados no sentido em que quanto mais presente a emoção em causa mais elevado é o resultado, tal como acontece com o resultado das subescalas, soma da pontuação obtida em cada itens é tanto mais elevada quanto mais presente a dimensão que avalia. Para se calcular o “*Bonding Total*”, as pontuações das subescalas “*Bonding Negativo*” e o “*Bonding Not Clear*”, são subtraídas à pontuação das subescala “*Bonding Positivo*” (Figueiredo *et al.*, 2005).

Na Tabela 7 apresento a frequência da pontuação para cada item das subescalas, verifica-se que na subescala “*Bonding Positivo*” a incidência da pontuação recai no “muito”, já nas subescalas “*Bonding Negativo*” e no “*Bonding Not Clear*” a pontuação mais frequente incidi sobre o “Nada”.

Os mínimos e os máximos variam sempre entre a resposta “nada” e o “muito”, as respostas mais comuns recaem sempre a uma das extremidades da escala, dado que para os itens “afetuoso”, “protetor” e “alegre” a moda é de 3, enquanto que para os itens “agressivo”, “desgostos”, “desiludido”, “ressentido”, “zangado”, “triste”, “receoso”, “neutro, sem sentimentos” e “possessivo” a moda é de 0 (Tabela 8).

Ao analisar a subescala “*Bonding Positivo*”, constata-se que o item mais positivo é o “alegre” com uma média de 2,86, demonstra que é a emoção mais presente. Enquanto que os itens “agressivo” e o “neutro, sem sentimentos” apresentam os resultados menos elevados com uma média de 0,03 e 0,01

respetivamente, o que demonstra que estas emoções estão menos presentes na relação dos pais com os respetivos filhos (Tabela 8).

Tabela 7: Frequências das Subescalas

	<i>Itens</i>	<i>Nada (N)</i>	<i>Um pouco (N)</i>	<i>Bastante (N)</i>	<i>Muito (N)</i>
Bonding Positivo	Afetuoso	4	5	16	81
	Protetor	2	5	15	84
	Alegre	2	1	10	93
Bonding Negativo	Agressivo	102	3	1	0
	Desgostoso	97	6	1	2
	Desiludido	97	4	3	2
	Ressentido	89	12	1	4
	Zangado	103	2	0	1
	Triste	103	1	0	2
Bonding Not Clear	Receoso	54	37	14	1
	Neutro, sem sentimentos	100	5	1	0
	Possessivo	77	16	6	7

Tabela 8: Distribuição dos resultados dos itens das subescalas da Escala de Bonding

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>Afetuoso</i>	106	0	3	2,61	3	0,746
<i>Protetor</i>	106	0	3	2,76	3	0,647
<i>Alegre</i>	106	0	3	2,86	3	0,525
<i>Agressivo</i>	106	0	1	0,03	0	0,254
<i>Desgostoso</i>	106	0	3	0,19	0	0,499
<i>Desiludido</i>	106	0	3	0,24	0	0,548
<i>Ressentido</i>	106	0	3	0,32	0	0,659
<i>Zangado</i>	106	0	3	0,08	0	0,320
<i>Triste</i>	106	0	3	0,12	0	0,420
<i>Receoso</i>	106	0	3	0,78	0	0,746
<i>Neutro, sem sentimentos</i>	106	0	1	0,01	0	0,285
<i>Possessivo</i>	106	0	3	0,46	0	0,875

Fundamentado com Figueiredo *et al.* (2005), a subescala “*Bonding Positivo*” alude às emoções de nuance positiva, indicam o envolvimento emocional positivo dos pais para com os bebés, a subescala “*Bonding Negativo*” sinaliza o envolvimento

emocional negativo dos pais com o seu bebé e a subescala “*Bonding Not Clear*” alude às emoções que não estão claramente relacionadas com a presença de envolvimento emocional, e é indiciadora da ausência ou confusão no envolvimento emocional dos pais para com os seus bebés.

Dos resultados obtidos constata-se que os pais desenvolveram mais as emoções de nuance positivas, dado que a média da subescala “*Bonding Positivo*” é de 2,726 e baseado na bibliografia os valores são considerados elevados por se encontrarem entre o 2 e o 3, ou seja, verifica-se que apesar dos constrangimentos provocados pela COVID-19, os pais desenvolveram um envolvimento emocional positivo para com o seu RN, tal como se pode constatar na Tabela 9.

Tabela 9: Distribuição dos dados da Escala De Bonding Total

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>Bonding Positivo</i>	106	0,00	3,00	2,726	0,495
<i>Bonding Negativo</i>	106	0,00	2,50	0,115	0,370
<i>Bonding not Clear</i>	106	0,00	1,67	0,390	0,398
<i>Bonding Total</i>	106	0	3	2,221	0,258

O *Alpha de Cronbach* é um instrumento útil para a investigação da fiabilidade de uma medida, ou seja, possibilita o estudo da precisão de um instrumento.

Na presente aplicação a Escala *Bonding* apresentou uma consistência interna baixa, uma vez que se obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,637 (Apêndice 15) (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Apesar da amostra ser de cento e seis pais, a Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor *et al.* 2005), versão Portuguesa alargada de Figueiredo *et al.* (2005) avalia três subescalas (“*Bonding Positivo*”, “*Bonding Negativo*” e o “*Bonding Not Clear*”), cada uma destas subescalas é constituída por doze itens, porém para avaliar cada item só são utilizadas quatro cotações (Nada, Um pouco, Bastante e Muito), esta especificidade não permite avaliar com tanto rigor a escala.

Para Figueiredo *et al.* (2005) no estudo psicométrico do instrumento utilizado no “Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé”, obtém um *Alpha de Cronbach* de 0,4471.

A subescala “*Bonding Positivo*” obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,650 (ver, Apêndice 15), segundo Marôco e Garcia-Marques (2006) mostra uma baixa consistência. Este valor é similar ao atingido na subescala “*Bonding Positivo*” de Figueiredo *et al.* (2005), em que o *Alpha de Cronbach* foi de 0,6938. Para Figueiredo

et al, (2005), estes valores são indicadores de uma boa consistência interna na subescala.

Na subescala “*Bonding* Negativo” o *Alpha de Cronbach* foi de 0,876 (ver, Apêndice 15), indicador de uma consistência interna moderada a elevada segundo Marôco e Garcia-Marques (2006). Um valor mais elevado do que o atingido no “*Bonding*: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé” de Figueiredo *et al*, (2005), onde a subescala “*Bonding* Negativo” obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,5717.

Por sua vez, a subescala “*Bonding Not Clear*” obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,017, valor este que fundamentado por Marôco e Garcia-Marques (2006) é indicador de uma fiabilidade inaceitável da subescala. No “*Bonding*: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé” de Figueiredo *et al*, (2005) o *Alpha de Cronbach* foi de 0,2372.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO DO PERCURSO DESENVOLVIDO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE

Este capítulo explana o meu percurso desenvolvido ao longo do EC nos diferentes contextos, com o objetivo de descrever como alcancei as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEESMO e as competências de mestre, fundamentado no RCCEE (Regulamento n.º 140, 2019), no RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019), nas *ECMP* da ICM (ICM, 2019) e nas competências plasmadas nos descritores de Dublin (Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior, 2011).

O meu percurso de aquisição de competências técnico-científicas, contribuiu para a implementação de uma prática baseada na evidência, instrumento inerente ao exercício da enfermagem avançada e um requisito para um cuidado de excelência do EEESMO. O EC decorreu num centro hospitalar universitário e numa unidade de cuidados à comunidade. Em todos os contextos do EC, fui orientada por um EEESMO. No centro hospitalar universitário, os serviços que cuidam da saúde da mulher estão integrados no Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana, possibilitando uma ligação ímpar entre as equipas multidisciplinares e um cuidado centrado na mulher e na sua família. Já o Contexto de Cuidados de Saúde Primários (CCSP), decorreu numa UCC, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve – Algarve Central (ACES Central) da ARS Algarve.

Benner *et al.* (2009), reiteram o desenvolvimento do enfermeiro de iniciado a perito, por meio da aquisição gradual das competências em articulação com o aprofundamento do conhecimento. Por conseguinte, o exercício da enfermagem requer a aplicação de combinações complexas de conhecimentos, aptidões, valores e uma conduta exímia (Cowan *et al.*, 2005).

A OE define a competência, como a capacidade do enfermeiro em exercer a sua prática em enfermagem de forma segura e eficaz. O enfermeiro acumula ainda no exercício da sua responsabilidade profissional o “saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogéneos para realizar atividade” (OE, 2011, p.6).

A aquisição da competência “C1” do RCCEE (Regulamento n.º 140, 2019), tal como as *ECMP* “1.a”, “1.b”, “1.c”, “1.d” e “1.l” (ICM, 2019) foram alcançadas em todos os contextos do EC, uma vez que em cada contexto tive de me integrar nas equipas multidisciplinares, permitindo-me adquirir autonomia na tomada de decisão e a articulação com a equipa multidisciplinar. Através da gestão de cuidados de enfermagem especializados, tive a oportunidade de otimizar as atitudes de enfermagem e de delegar tarefas, salvaguardando sempre a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

É primordial referenciar que no decurso do EC, primei por uma prática de enfermagem proactiva e holística, considerando cada mulher como ser individual e único, com características e com necessidades singulares, naturalmente fundamentou-se o cuidado numa ótica de cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017). A implementação das atividades pautada numa ótica de cuidado centrado na pessoa, possibilitou-me ter a consciência da importância do meu apoio e da relevância do estabelecimento da relação de empatia, favorecendo a que ocorressem momentos de partilha por parte das mulheres para expressarem os seus medos, receios e das ambiguidades de sentimentos vividos, promovendo a minha aquisição da competência (Lowdermilk & Perry, 2008).

3.1. Cuidar da mulher em idade fértil integrada na comunidade

É fundamental que a mulher esteja empoderada quando à sua saúde sexual e reprodutiva, corroborando Martins e Silva (2018), que expõem a importância de existirem políticas direcionadas para a saúde da mulher, com o objetivo de prevenir e promover a saúde, no sentido de potenciar e melhorar as condições de vida e minimizar índices de mortalidade materna, evidenciando-se nos indicadores socioeconómicos para rastrear grupos de vulnerabilidade.

Apesar dos constrangimentos causados pelas medidas preventivas de transmissão da COVID-19 no CCSP, tive a oportunidade de frequentar as consultas onde a saúde sexual e reprodutiva da mulher, foi fomentada através da promoção de estratégias de “*empowerment*” adequados a cada mulher em idade fértil. Abordagem que me possibilitou, promover a educação para a saúde considerando as necessidades individuais de cada uma, adequar a intervenção sobre a saúde sexual e reprodutiva, identificar os problemas e, por conseguinte, adequar o tratamento,

ocorreram ainda situações que foram além da minha competência e colaborei com outros profissionais de saúde para melhorar a qualidade de vida da mulher no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Alcançando a competência “7” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019) e as *ECMP* “2.b” e “2.e” do ICM (2019).

3.2. Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar, no contexto do período pré-concepcional e pré-natal, bem como no decurso do período do climatério

O percurso para a aquisição das competências “1”, “2” e “5” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019) e a competência “2.d” da *ECMP* (ICM, 2019), ocorreu principalmente no CCSP e no CBPN (Contexto Bloco de Partos e Neonatologia).

No CCSP, os cuidados referentes ao planeamento familiar, ao período pré-concepcional, ao período pré-natal e ao período do climatério, ocorrem nas Unidades de Saúde Familiar (USF) ou nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e não na UCC, porém o meu orientador facultou-me a oportunidade de frequentar algumas consultas nestas unidades. Estas são realizadas pelo Enfermeiro de Família, independentemente da sua área de especialização, ainda que a OE (2015b) e a ICM (2019) defina o EEESMO, como o profissional de excelência na prestação de cuidados de elevada qualidade na área da saúde materna e obstétrica, potenciado a saúde da grávida e do feto.

Nas consultas no âmbito do planeamento familiar, desenvolvi os meus conhecimentos com o objetivo de empoderar a mulher quanto à sua saúde sexual e à sua saúde pré-concepcional, orientando o processo educativo, atendendo à singularidade de cada mulher. Assim, concretizei uma anamnese à mulher sobre a sua história familiar, os seus antecedentes pessoais e obstétricos, bem como concretizei uma avaliação antropométrica e a avaliação dos parâmetros vitais. Esta avaliação global da mulher, foi tida em consideração para todas as consultas que realizei ao longo do EC.

Para o aconselhamento do método anticoncepcional, além de ter sido realizado um processo educativo quanto aos vários métodos disponíveis, foi também efetuada educação para a saúde quanto à prevenção dos comportamentos de risco, com o intuito de prevenir gravidezes indesejadas, doenças sexualmente transmissíveis,

promovendo desta forma a educação para a saúde e a toma de decisão informada. Na orientação da escolha do método contraceptivo, foi tida em conta as necessidades e o histórico obstétrico individual de cada mulher (DGS, 2008).

A Consulta Pré-concepcional, foi instituída aos casais que verbalizaram pretender engravidar. Nesta consulta, realizei uma abordagem tal como a que concretizei nas consultas no âmbito do planeamento familiar a ambos. Com o objetivo de obter o maior conhecimento possível para estabelecer o risco de anomalia reprodutiva, dados estes fundamentais ao preenchimento do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar (DGS, 2015).

Alcançando as aptidões previstas na competência 1 do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019) e à *ECMP* “2.e”, “2.f” e “2.i”.

Ainda na USF e na UCSP, colaborei ainda nas consultas direcionadas às mulheres que se encontravam no período do climatério.

A menopausa, apesar de ser um processo fisiológico na mulher, esta está sujeita a experienciar múltiplos sintomas capazes de interferir no seu bem-estar. Para possibilitar uma vivência positiva na menopausa na transição do pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, é indispensável um acompanhamento holístico e direcionado para a prevenção. Esta transição é causada pelo hipoestrogenismo e provoca na mulher diversas alterações físicas, emocionais e psíquicas, aumentando o risco de vir a desenvolver doenças crónicas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), 2021; *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, 2015). Consequentemente, procurei adequar a minha intervenção centrada em cada mulher, para tal empoderei a mulher quanto ao alívio da sintomatologia, quais as medidas a usar para minimizar as disfunções sexuais e informando-a para as patologias associadas ao climatério, contribuindo para uma transição e adaptação à menopausa positiva, indo ao encontro da competência “5” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019) e a competência “2.e” da *ECMP* (IMC, 2019).

O meu primeiro contato com mulheres durante o período pré-natal ocorreu no Contexto Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal (CCGRMF) e culminou no CBPN, integrados no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), permitiu-me ter um contexto de múltiplas aprendizagens, perante situações patológicas da gravidez, desde a ameaça de parto pré-termo, a rotura prematura de membranas, oligoâmnios associado à rotura prematura de membranas, à restrição de crescimento fetal associado ao oligoâmnios, às alterações dos fluxos ou à pré-

eclâmpsia, as metrorragias durante a gravidez, as perda hemática no 2º trimestre no contexto de placenta prévia total, pré-eclampsia, as infecção do trato urinário, morte fetal, colestase gravídica, grávida em contexto pós-cirúrgico e aborto.

Contextos, que contribuíram para o desenvolvimento das minhas capacidades e habilidades no que diz respeito à promoção, diagnóstico precoce e prevenção de complicações da saúde da mulher, tal como em providenciar cuidados de enfermagem à mulher facilitando a adaptação no decurso do período pré-natal, competências previstas no RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019). Para tal, concretizei a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, a avaliação dos sinais vitais maternos, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, a monitorização da cardiocografia, a identificação da percepção dos movimentos fetais e a apreciação de eventuais perdas hemáticas vaginais ou perda de líquido amniótico (Charles, 2018).

Já no Contexto de Ginecologia (CG), acompanhei uma situação de aborto espontâneo e uma gravidez extrauterina com rutura da trompa de Falópio, em ambas as situações a minha intervenção além dos cuidados individualizados e especializados, foi fundamental a instituição de medidas de suporte emocional e psicológico. O processo de luto devido à perda gestacional acarreta determinadas especificidades, para Rato (1998) a perda não passa somente pelo bebé, mas também por toda a fantasia e expectativas que a mulher vai criando ao longo da gravidez, é uma fase bastante dolorosa, porém o trabalho do luto é fundamental.

Circunstâncias que promoveram a aquisição das competências “2.2.9”, “2.2.10”, “2.3.7”, “2.3.8” e 2.3.9” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019).

No CCSP, precedentemente ao início do CPNP, tive a oportunidade de realizar uma entrevista individual aos casais. Permitindo-me em conjunto com a grávida e/ou casal conhecer qual a sua disponibilidade para frequentar o curso, idiosincrasias e contextos pessoais, de igual modo pude avaliar ainda o nível de literacia em saúde, em particular da saúde sexual e reprodutiva, indo ao encontro das recomendações da DGS (2020a).

Considereei esta entrevista, como um momento oportuno também para realizar uma consulta de vigilância da gravidez, assim realizei a avaliação da mulher, a monitorização da gravidez e avaliação do risco obstétrico, na medida em que a gravidez constituiu um processo evolutivo e dinâmico (DGS, 2015).

Em cada consulta, segui as orientações do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, adequando sempre a conduta e o esquema da vigilância da gravidez a cada mulher. Deste modo, direcionei a consulta centrando-me em cada mulher, atendendo sempre à idade gestacional, desenvolvendo e adequando o processo educativo, tendo em conta, os conhecimentos prévios, tal como, informei e orientei a grávida e o CS, para as medidas de alívio dos desconfortos associados à gravidez, bem como, dos sinais e sintomas de alarme para recorrer aos serviços de saúde que dispusessem de SUOG (DGS, 2015).

A ICM, reconhece ao EEESMO a competência em proporcionar um cuidado pré-natal com o propósito de maximizar o potencial da saúde da grávida, para tal é fundamental identificar precocemente, tratar ou referenciar as potenciais complicações (ICM, 2019). Nas circunstâncias, em que identifiquei e/ou monitorizei uma patologia e/ou fator de risco de complicações, referenciei as situações que iam além da minha área de atuação, personalizado a conduta e o esquema da vigilância da gravidez atendendo à patologia e aos fatores de risco identificados (DGS, 2015). Segundo as diretrizes da DGS (2015), a execução atempada e combinada de rastreios e intervenções, articulada às medidas de educação para a saúde no período pré-natal, está associado a ganhos em saúde e na diminuição da morbilidade materna e perinatal.

Foi-me solicitada uma atualização da planificação das sessões do CPNP e a elaboração de uma sessão de educação para a saúde. Assim, em conjunto com o orientador atualizei as sessões e elaborei uma sessão de educação para a saúde, elegi a “Sexualidade do Casal na Gravidez e Pós-parto” como tema para enriquecer a planificação já existente, seguindo as recomendações do CPNP (DGS, 2020a), a sessão de educação para a saúde encontra-se no Apêndice 17.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), os enfermeiros são fundamentais na educação para a saúde relativamente aos cuidados durante a gravidez. E Northrup (2009), afirma que uma prática de cuidados e uma educação para a saúde de qualidade no decorrer da gravidez, evitam custos dispendiosos na posteridade.

Perante a minha descrição, posso afirmar que pude desenvolver a aquisição das competências previstas na competência 2 do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019).

3.3. Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade ao longo do trabalho de parto, tal como no período do pós-parto

Os cuidados que desenvolvi no Contexto de Puerpério (CP), no CCSP e no CBPN contribuíram para que desenvolvesse as competências 3 e 4 do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019) e as *ECMP* 3 e 4 do ICM (2019).

CBPN, proporcionou-me vivenciar experiências de caráter de urgência e/ou emergência ginecológica, que não estivessem estritamente relacionadas com o TP, tais como a gravidez ectópica, as perdas hemáticas vaginais, a dor pélvica, a leucorreia, a lesão genital, a bartolinite, a mastite, entre outras. Em cada situação, foi identificada a necessidade individual de cada mulher, adequando o processo de educação realizado sobre a saúde sexual e reprodutivas às necessidades e escolhas individuais de cada uma, escolhendo sempre o cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017).

Durante o TP é fundamental que o EEESMO, seja detentor de conhecimentos e competências para saber identificar e monitorizar o risco materno-fetal, bem como identificar e monitorizar os desvios ao padrão normal de evolução do TP, a fim de referenciar as situações que estão além da área de atuação do EEESMO (Regulamento n.º 391, 2019).

A WHO (1996), reconhece o EEESMO como o profissional mais capacitado para a prestação de cuidados à mulher no decorrer da gravidez e durante o parto, dada a sua característica menos intervencionista na prática clínica (OE, 2015).

Todas as mulheres admitidas em TP no SUOG, é-lhes atribuída uma sala de parto, onde permanecem nesta sala até ao momento do nascimento do seu RN, posteriormente a díade e/ou tríade é transferida para a sala de recobro onde permanecem durante o período do pós-parto imediato e, subsequentemente são transferidos para o Serviço de Obstetrícia (SO) – Puerpério.

No início do EC em maio, devido à COVID-19 e ao cumprimento do plano de contingência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) (CHUA, 2021a), o CS só podia presenciar o momento do período expulsivo. Somente a partir do mês de julho com a implementação da Circular Normativa N.º 31/2021 (CHUA, 2021b), foi possibilitada a permanência do CS durante todo o TP após a confirmação do teste negativo à SARS-CoV-2, esta medida foi sem dúvida uma mais-valia para as famílias.

Concretizei múltiplas admissões de parturientes e dos respetivos CS e, por conseguinte, o acolhimento foi o momento apropriado para me apresentar como

estudante do CMESMO e solicitar o consentimento para dar prosseguimento dos cuidados. Vi também esta ocasião, uma forma de conhecer melhor a parturiente e o seu CS, dando assim início à relação terapêutica com ambos, com o intuito de transmitir confiança ao longo do TP e conferir a participação dos dois nos cuidados.

Esta comunicação inicial com as parturientes foi bastante importante, permitiu-me observar a sua forma de agir, sentir e pensar, o que me facilitou perceber quais os medos, inseguranças e ansiedades e, assim, desenvolver a individualização dos cuidados e o processo educativo no decurso do TP, atendendo às necessidades de cada uma, corroborando com McCormack e McCance (2010) e indo ao encontro da competência “3.3.1.” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). A par do acolhimento efetuei uma entrevista informal à parturiente, bem como consultei o Boletim de Saúde da Grávida, com o intuito de obter dados que me permitissem certificar a vigilância da gravidez e averiguar a existência de alergias, de patologias prévias ou desenvolvidas durante a gravidez. Indo ao encontro de Lowdermilk e Perry (2008), os quais afirmam que o enfermeiro deve de começar por concretizar uma avaliação inicial através da entrevista precedentemente à avaliação física. Com a realização desta entrevista, depreendi se o casal tinha frequentado o CPNP, se tinha elaborado um plano de parto, se existiam medos ou más experiências anteriores e averigui quais as expectativas para o presente parto. Ao conhecer as preferências, as expectativas e os medos de cada parturiente/casal, pude proporcionar um cuidado holístico no decurso do TP, com o intuito de proporcionar uma experiência positiva à mulher e a personalizar o planeamento dos cuidados (Lopes *et al.*, 2009). Constatei, que a maioria das parturientes/casais não tinham elaborado um plano de parto e desconheciam as vantagens não só da movimentação livre, das posições verticalizadas ao longo do TP, tal como das medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

Posteriormente, preparei a unidade para recebe o RN, preenchi o cartão de identificação do berço e a pulseira de identificação do RN, assim fui ao encontro da competência “3.1.3” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563).

De seguida, dava a conhecer as medidas não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor disponíveis, bem como esclarecer acerca das vantagens e desvantagens de ambas, proporcionando uma tomada de decisão informada.

As parturientes que optaram pelas medidas não farmacológicas, foi-lhes dada total liberdade de movimentos, desde que fosse possível manter a cardiotocografia

(CTG), orientei-as para os exercícios respiratórios, orientei o CS para realizar massagens, reforcei a utilização da bola de Pilates e a musicoterapia. Porém, verifiquei que a maioria das mulheres, optou por recorrer às medidas farmacológicas no alívio da dor, através da analgesia via epidural.

Colaborei com o anestesista para a colocação do cateter de epidural nas parturientes que escolheram as medidas farmacológicas, tal como previsto na competência “3.1.6” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563). Após a administração da analgesia epidural, validei a eficácia da mesma e realizei uma vigilância materno-fetal mais apertada, com o intuito de prevenir as complicações associadas aos fármacos administrados, assim, foram tidos cuidados específicos, tais como a vigilância à CTG, a avaliação e monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca materna, a cada 10 minutos num período de 30 minutos, com o intuito de prevenir a hipotensão materna (Sitras *et al.*, 2017; Graça, 2017; NICE, 2017).

Ao concretizar a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, comecei por validar com a parturiente a perceção dos movimentos fetais, seguindo-se a avaliação dos sinais vitais, monitorização e avaliação da CTG, avaliação da perda de líquido amniótico e das suas características, tal como, de eventuais perdas hemáticas e das características da urina. Não descurando a avaliação das necessidades emocionais e físicas, tais como a necessidade de suporte e a avaliação dos desconfortos (Charles, 2018; WHO, 1996).

A cervicometria foi realizada de forma criteriosa e cumprindo o intervalo das quatro horas, recomendado pela NICE (2017) e WHO (2018). A avaliação foi sempre realizada em articulação com a equipa médica, a fim de minimizar as observações sucessivas. Elucidei sempre a parturiente sobre o procedimento que iria concretizar e solicitei constantemente o seu consentimento. E sempre que possível, cumpro com as recomendações da NICE (2017) e da WHO (2018), expeto em situações que causassem algum tipo de preocupação.

O registo da monitorização e das intervenções instituídas no decurso do TP, são assinaladas no partograma, este registo inicia-se no momento imediato da entrada da parturiente na sala de parto. O partograma devidamente preenchido, representa uma ferramenta útil aos cuidados à parturiente no decurso do TP, não é simplesmente um documento de registo, é também um instrumento fundamental de diagnóstico (OE, 2015b).

O contexto onde realizei o EC, rege-se pelas recomendações emanadas pelos organismos reguladores a nível nacional e internacional, assim, intervenções como a algaliação, a aplicação de microclister e a restrição da ingestão hídrica, não são executadas (MCEESMO, 2020; NICE, 2017; Royal College of Midwives (RCM), 2014; OE, 2013; WHO, 2018). Porém, é canalizado um acesso venoso periférico para a administração de fluidos intravenosos, a CTG é mantida continuamente, a analgesia epidural é recomendada para o controlo do alívio da dor e embora já existam várias modalidades de instituição da analgesia, ainda se recorre à perfusão contínua de ropivacaína 0,2% e à administração de doses intermitentes em SOS, o que limita a mobilidade da parturientes durante o TP e ainda o bloqueio das raízes da S2 à S4 (Graça, 2017; Chapman & Charles, 2018). Como também, são aplicadas técnicas artificiais de aceleração do TP, nomeadamente, a rotura artificial de membranas e a perfusão de ocitocina, contrariando a literatura existente, transformando o nascimento num procedimento médico e/ou cirúrgico nocivo (ICM, 2017).

Já no período expulsivo, estive atenta às características do períneo e adotei as técnicas de proteção perineal, através da massagem perineal e da aplicação das “*hands-on*” e “*hands poised*”, tal como, encorajei as parturientes a realizar os esforços expulsivos de forma livre e espontânea, promovendo a progressão ativa do feto, ao longo da descida pelo canal de parto (Couto & Carneiro, 2017; WHO, 2018).

Ao intervir de forma adequada à evolução do TP, promovi o parto e o nascimento fisiológico, conduzindo o TP para um parto vaginal espontâneo e seguro, do mesmo modo que preveni, identifiquei e estabilizei complicações, indo ao encontro das *ECMP* “3.a” e “3.b” da ICM (2019), tal como melhorei as condições de saúde da parturiente e do feto, tal como previsto na competência “3.2.5” no RCEEEESMO.

Nas situações que foram detetadas complicações no decurso do TP, identifiquei atempadamente e referenciei as situações que iam além da minha área de atuação e assim cooperei com outros profissionais nos cuidados à parturiente, alcançando assim a competência “3.2.2.” e “3.3.5.” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563). Acompanhei ainda o TP de parturientes, que apresentavam alguma patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, particularmente, o Síndrome de HELLP e a Pré-eclâmpsia, permitindo-me adquirir a competência “3.3.2.” do no RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563) e da *ECMP* “4.d” da ICM (2019).

Acompanhei oitenta e seis mulheres no 1.º Estádio do TP e participei em cinquenta e oito partos eutócicos, colaborei com a equipa médica em dois partos de prematuros e em catorze partos distócicos (cinco instrumentados por ventosas e três por fórceps e seis cesarianas) proporcionando-me a adquirir a competência “3.2.6.” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563). Dos cinquenta e oito partos em que participei, utilizei as técnicas de proteção perineal “hands-on” e “hands poised” (RCM, 2018; WHO, 2018). Com a aplicação destas técnicas e do encorajamento a respirações suaves e superficiais por parte da puérpera (Chapman & Charles, 2018), promoveram o nascimento lento da cabeça e do corpo fetal, assim obtive dezanove períneos íntegros, quinze lacerações de 1º grau e sete lacerações de 2º grau. Porém, mesmo utilizando estas técnicas de proteção perineal, tive de realizar a episiotomia a doze parturientes, com base no risco de laceração perineal severa eminente, associado à descoloração dos tecidos, à rigidez perineal e aos tecidos friáveis, assim concretizei a episiotomia mediolateral, conforme recomendado pelo NICE (2017). Todas as parturientes foram informadas da apreciação realizada ao períneo e da necessidade de concretizar a técnica da episiotomia, solicitando sempre o seu consentimento verbal. Para a realização da técnica aguardei que o polo cefálico distendesse o períneo, posteriormente introduzi os dedos indicador e o médio, entre o períneo e a apresentação fetal, e procedi à incisão do períneo com início na fúrcula e direcionei a tesoura com um ângulo entre os 45 e os 60 graus, comparativamente à linha mediana (Graça, 2017; NICE 2017).

Com o nascimento do RN, dá-se início ao 3.º estágio do TP, até à expulsão da placenta e das membranas fetais (Graça, 2017). Os cuidados imediatos ao RN, foram prestados considerando os critérios previamente estabelecidos na entrevista com a parturiente e o CS.

A maioria das mulheres optou por realizar contacto pele-a-pele com o RN, prevenindo a hipotermia, otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina, fomentado o vínculo da díade e promovendo o aleitamento materno na primeira hora de vida (WHO, 2018; Organização Pan-Americana da Saúde, 2011; Levy & Bértolo, 2012). Consequentemente, o RN foi posicionado no abdómen da parturiente, onde foi concretizada a limpeza e estimulação das vias respiratórias externas, envolvido com um lençol aquecido, realizada a sua secagem e colocado o gorro, neste período foi executada uma avaliação e observação do RN para o estabelecimento do Índice de Apgar ao primeiro, ao quinto e ao décimo minuto, colocada a pulseira de identificação

e administrada a vitamina K, desta forma otimizei a adaptação do RN à vida extra uterina e promovi o aleitamento materno e a vinculação entre a tríade, indo ao encontro da competência “3.1.4.”, “3.1.5.” e “3.2.7” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563) e da *ECMP* “3.c” e “4.b” da ICM (2019).

Nos partos distócicos, assumi os cuidados imediatos ao RN, colaborei na observação do RN com o Pediatra e nas situações de emergência assumi o RN em colaboração com o Pediatra, a fim de assegurar a reanimação do RN, adquirindo as competências “3.2.8” e a “3.2.9.” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563) e a *ECMP* “3.c” da ICM (2019).

Relativamente à clampagem do cordão, respeitei as *guidelines* nacionais e internacionais, dado o reconhecimento da clampagem tardia do cordão umbilical nos *outcomes* neonatais e infantis (WHO, 2018; ICM, 2019; RCM, 2018; OE, 2015). Assim sendo, a laqueação do cordão foi realizada pelo CS, sempre que este verbalizou essa vontade. Raras foram as exceções em que não foi possível realizar a clampagem tardia do cordão, especificamente em situações de urgência e a presença de circular cervical apertada não redutível com a manobra de *Somersault* (OE, 2015).

Assumi uma atitude expectante para a expulsão espontânea da placenta, aguardando pelos sinais de dequitação, nomeadamente o afluxo de sangue e o aumento do comprimento do cordão umbilical à vulva. Quando presentes, exerci uma tração moderada do cordão, com pressão no fundo uterino para evitar a inversão uterina, identifiquei o mecanismo de dequitadura e acolhi a placenta com as duas mãos torcendo-a em movimentos suaves, de forma a que, as membranas se dispusessem em fuso, proporcionando o seu descolamento total – manobra de Jacob-Dublin. (WHO, 2018). Após a expulsão da placenta e das membranas foram administradas 10 UI de ocitocina via endovenosa, de acordo com o protocolo do serviço e seguindo as orientações da WHO (2018), concomitantemente realizei uma massagem suave no fundo uterino com o intuito de certificar a formação do globo de segurança de Pinard e prevenir uma eventual hemorragia pós-parto (Graça, 2017; WHO, 2018). Posteriormente, avaliei e quantifiquei as perdas hemáticas, para despiste de uma hemorragia no pós-parto imediato (Graça, 2017). Imediatamente, realizei uma revisão cuidada da placenta e das membranas, com o objetivo de confirmar a integridade da placenta e das membranas e consequente, prevenir atempadamente uma atonia uterina e/ou uma hemorragia no pós-parto imediato (Graça, 2017). Momento oportuno para abordar o casal e perceber se pretendiam

observar a placenta e as membranas, aqueles que consentiram, explanei as características da placenta e das membranas.

A minha competência referente à avaliação da integridade do canal de parto e da aplicabilidade das técnicas de reparação do canal de parto, desenvolveram-se ao longo do EC, em que a execução da rafia revelou-se uma das minhas grandes dificuldades. Todavia, progressivamente e gradualmente consegui desenvolver a técnica, conseguindo adquirir a autonomia desejada e prevista na competência “3.3.4.” do RCEEEESMO, não descurando o diálogo com a puérpera, a fim de gerir a sua dor, com o intuito de aprimorar o conforto e providenciar os cuidados de higiene e da aplicação da crioterapia para conforto no períneo (Regulamento n.º 391, 2019).

O estágio que se segue é denominado por período de puerpério imediato, neste estágio ocorrem rápidas alterações fisiológicas na puérpera e existe um grande risco de surgir uma hemorragia pós-parto, assim sendo, é implementada a vigilância dos parâmetros vitais da puérpera, a avaliação da perda sanguínea e a presença do globo de segurança de Pinard (WHO, 2018). Na avaliação da puérpera no puerpério imediato, abordei a puérpera e o CS, explanando os procedimentos a realizar, dando-lhes a oportunidade para verbalizarem as suas dúvidas e questões, indo ao encontro da competência “4.1.1” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563).

Nesta observação, principiei por avaliar a mama, momento oportuno para incentivar a amamentação, instruí a puérpera para a importância da livre demanda, dos sinais precoces de fome e dos sinais de boa pega (WHO, 2018; Levy & Bértolo, 2012). Seguidamente, realizei a palpação do fundo do útero para verificar a presença do globo de segurança de Pinard, simultaneamente observei a perda sanguínea e a possível saída de coágulos. Concomitantemente, foi avaliado o canal vaginal e o períneo nos partos vaginais, por conseguinte a rafia e a tomadas medidas de alívio da dor com aplicação da crioterapia (WHO, 2018; Graça, 2017). Nos partos distócicos por cesariana, avalei a integridade do penso compreensivo na região abdominal inferior, concomitantemente à palpação do fundo do útero, para despiste de hemorragia da ferida cirúrgica.

Nas situações em que se verificaram desvios ao padrão normal ou que iam além da minha área de atuação, foram devidamente referenciadas e colaborei com os profissionais no tratamento das mesmas, comprovando a competência “3.3.5” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563).

Posteriormente, assumi a decisão de transferir a díade para o SO, com o propósito de garantir a continuidade dos cuidados a ambos, indo ao encontro da competência “3.3.6” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563. Com o intuito de garantir a continuidade e segurança dos cuidados, concretizei a transferência da responsabilidade e de informação com a enfermeira do SO, transmitindo toda a informação relevante referente à díade. Devido aos constrangimentos causados pela COVID-19, o CS não pode acompanhar a díade para o SO.

Para adquirir as competências “4.1.1”, “4.1.2”, “4.1.3”, “4.1.5” e “4.1.6” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563), uma das atividades implementadas, foi o desenvolvimento do processo de educação para a saúde da puérpera e do seu RN ao longo do seu internamento. Tendo em conta que cada mulher e o seu RN são distintos, abordei temas como o autocuidado da puérpera e do RN, a importância do repouso, o aleitamento materno, a alimentação, os cuidados perineais ou os cuidados à ferida cirúrgica e/ou laceração perineal, o retomar do exercício físico, a sexualidade e a contraceção, a adaptação aos novos papéis da parentalidade e a conjugalidade, a readaptação das tarefas familiares, a integração dos irmãos mais velhos nas novas rotinas, os cuidados ao RN, a segurança, as vigilâncias de saúde de ambos, sendo ainda instruída de quais os sinais e sintomas de alarme no período de pós-parto no domicílio para recorrer ao serviço de urgência e/ou ao centro de saúde e a legislação de apoio à parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2008).

Um dos pontos essenciais na minha atuação, recaiu sobre a amamentação, uma vez que é um momento de grande vulnerabilidade para a mulher, razão que me levou a promover um apoio contínuo e um ambiente calmo, capacitando a mulher a desenvolver as suas habilidades maternas e de adaptação com o seu RN. Considerando a *WHO* (WHO, 2016; WHO, 2018) e Levy & Bértolo (2012), todos os RN's, desde a primeira hora de vida, devem de ser amamentados de forma exclusiva até aos seis meses de idade. Deste modo, apoiei e empoderei as mulheres no processo de lactação e amamentação, alcancei assim a competência “4.1.4” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563) e a *ECMP* “4.c” da ICM (2019).

Ao observar as mamadas pude identificar os problemas e dificuldade da díade, e assim planear e direcionar a minha intervenção na promoção do aleitamento materno, indo ao encontro da competência “4.3.3” do RCEEEESMO (Regulamento

n.º 391, 2019, p. 13564). Já Alden (2016), evidencia como as duas primeiras semanas de amamentação são desafiantes, tendo em conta que a família ainda se está a adequar aos novos papéis e às novas rotinas com o RN, como também é um período em que a puérpera vivencia diversos desconfortos.

Para a obtenção da competência “4.2.1”, “4.2.2” e “4.2.3” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563), concretizei o acolhimento da puérpera e do RN na sua unidade, realizando a colheita de dados dos antecedentes pessoais e da história obstétrica, primei por uma prática de enfermagem proactiva e holística, tendo em conta que cada mulher é um ser individual e de características únicas. Como estratégia de implementação e instituição do diagnóstico precoce para prevenir complicações no processo de saúde da mulher, aproveitei os momentos da observação geral e desta forma avalei os sinais vitais, a coloração da pele e mucosas, a existência de desconfortos, avaliação do equilíbrio psíquico e emocional, a observação e palpação da mama, a avaliação da involução uterina, a avaliação dos lóquios, a avaliação do períneo, a conjugalidade e a sexualidade.

Assim, ao realizar a observação da mulher e atendendo as necessidades de cada uma, adequiei o processo educativo na promoção da sua saúde (Northrup, 2009). O processo educativo, teve como propósito capacitar a mulher para ser detentora de conhecimento sobre os cuidados de higiene perineal, das características normais da involução dos lóquios, bem como dos sinais e sintoma de alerta para recorrer ao serviço de urgência (Lowdermilk & Perry, 2008; WHO, 2018). Considerei também importante no processo de educação de prevenção de complicações para a saúde da mulher, habilitá-la para os exercícios de recuperação e fortalecimento do pavimento pélvico, a reintrodução do exercício físico e da necessidade de períodos de repouso e de sono no intervalo entre as mamadas (DGS, 2015). No que diz respeito à conjugalidade e ao retorno da sexualidade, cada mulher no decorrer do internamento foi instruída e esclarecida acerca do retomar da atividade sexual e dos vários métodos anticoncepcionais, promovendo o respeito ao direito da tomada de decisão informada de cada mulher, dando-lhe oportunidade de escolha quanto ao método contraceptivo a eleger (DGS, 2015) e corroborando a *ECMP* “4.f” da ICM (2019).

Na avaliação e monitorização da mulher, foram cumpridas as recomendações da OMS no cuidado pós-natal (WHO, 2016). Permitindo-me identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera, e assim conceber, planear, implementar e avaliar

“intervenções com a finalidade de potencializar a saúde da mulher no pós-parto”. Sempre que ocorreram complicações do pós-parto que iam além da minha competência, foram devidamente reportadas e referenciadas, indo ao encontro da competência “4.2.4” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563).

A vigilância e promoção da saúde do RN, é um processo que se inicia no momento da admissão do RN no SO, até à sua saída. No decorrer do internamento é realizada a observação, monitorização e exame objetivo do RN, tal como promovido o alojamento conjunto e a promoção do aleitamento materno exclusivo. Para realizar a observação e monitorização geral do RN, recorri a distintos momentos de interação para sua concretização, tais como, na admissão, na adaptação à mama, na prestação de cuidados de higiene ou no decorrer da mudança da fralda. Com esta observação e monitorização do RN avaliei a sua autorregulação, a vitalidade e a transição dos estádios de sono e vigília. Ao longo do internamento instruí a puérpera e o CS, quando presente nas videochamadas, dos seus papéis fundamentais na regulação comportamental, emocional e fisiológica do RN (WHO, 2016). Ao concretizar o exame objetivo, o exame físico e o exame neurológico do RN, despistei malformações, avaliei a sua adaptação à vida extra uterina e identifiquei situações suscetíveis de comprometer o bem-estar do RN. As situações identificadas que foram além das minhas competências, articulei-as com a equipa multidisciplinar de pediatria, indo ao encontro da competência “4.2.4” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563) e as *ECMP* “4.b” e a “4.e” da ICM (2019).

Ao longo do EC, tive ainda a oportunidade de realizar diversas técnicas ao RN, como as colheitas de sangue, testes de diagnóstico precoce, gasimetrias arteriais e a aspiração de secreções, assim adquiri a competência “4.3.10” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13564). Também a IMC refere que cuidar do RN é parte integrante da conduta do EEESMO, assim, este deve desenvolver competências e habilidades em todas as áreas que dizem respeito ao RN (ICM, 2017).

Ao aplicar a observação participante no decorrer do ensino clínico no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal, constatei que os cuidados de enfermagem instituídos são baseados no *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* e têm como principal premissa a promoção do neurodesenvolvimento, a avaliação e controlo da dor e do stress, bem como a implementação de medidas de conforto, cuidados estes que vão ao encontro das

unidade de competência “3.1”, “3.2” e “3.3” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019). Relativa à minha observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem RN e à família, permitiu-me ter uma perspetiva vasta e inclusiva dos cuidados de enfermagem instituídos aos Recém-Nascido Pré-Termo, ao RN de termo em estado crítico e ao RN que requeiram de cuidados diferenciados e especializados. Neste percurso de aquisição de competências e aptidões desenvolvidos ao longo deste contexto, houve o enriquecimento dos meus conhecimentos quanto aos cuidados no que concerne o RN Pré-Termo e ao RN de termo com necessidade de cuidados diferenciados e especializados. Desta forma, pude desenvolver competências de EEESMO, quanto à unidade de competência de providenciar cuidados “nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal” e aprimorar as competências e habilidades no que concerne na promoção da saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal (Regulamento n.º 391/2019).

No CP desenvolvi a minha capacidade de conceber, planejar, implementar e avaliar quanto às medidas de suporte emocional e psicológico da puérpera e do seu CS, às intervenções na recuperação no período do pós-parto, às estratégias de auxílio e de correção no processo do aleitamento materno, às intervenções no cuidado da mulher nas complicações associadas ao pós-parto, com patologia associada e/ou concomitantes, às intervenções de apoio à puérpera e ao CS nos casos de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN e nos casos em que ocorreu a morte fetal/neonatal foi dado apoio não só á puérpera, mas também ao CS no período de luto, competências previstas na unidade de competências “4.1” e “4.3” do Regulamento n.º 391 (2019)

Nas situações em que foram identificadas complicações do pós-parto, no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante ao pós-parto, bem como no tratamento do RN com problemas de saúde foram devidamente identificados e referenciados, cooperando com outros profissionais de saúde, indo ao encontro da competência “4.3” do Regulamento n.º 391 (2019).

Ainda que a ausência do CS se fizesse sentir no internamento, tentei colmatar a sua ausência incentivando a mulher a realizar videochamadas, dando oportunidade de ambos estarem presentes na realização e validação dos ensinamentos, proporcionando

momentos para o esclarecimento de dúvidas e reforçando sempre as habilidades observadas entre a tríade.

A *WHO* (WHO, 2015), defende que a alta da mulher só deverá ser considerada, quando as perdas hemáticas são escassas, quanto ao RN, deve de estar bem adaptado à mama, bem como, não devem de existir sinais de infecção ou outros sinais de doença quer na mãe, quer no recém-nascido.

Segundo a OE (2015), o EEESMO tem um papel fundamental na promoção e otimização do processo de maternidade, garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem, potenciando os recursos “comunitários disponíveis e necessários” (p.26).

No CP, tive a oportunidade de promover e potenciar o processo de educação de forma gradual, sempre adaptado às necessidades de cada mulher e do seu RN, com o objetivo de capacitar a mulher e a família para a alta. Contribuindo para a “capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, é fundamental que a transmissão de cuidados, ocorra de forma eficiente e precisa, proporcionando a continuidade de cuidados (Figueiredo, 2012, p.69). Em conformidade com a Norma n.º 001/2017 da DGS (2017), evidencia-se que, em algum momento da prestação de cuidados, em que haja a transferência da responsabilidade de cuidados e de informação entre os prestadores de cuidados, tem como propósito dar continuidade e segurança dos mesmos. Contribuindo para a “capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012, p.69).

Pude ainda cuidar da mulher durante o período do pós-parto, com o intuito de potenciar a saúde da mulher e do seu RN, apoiando e promovendo o processo de transição e adaptação à parentalidade no CCSP. Dado que realizei o EC numa UCC, tive de improvisar e aproveitar todas as oportunidades disponíveis para realizar a monitorização e vigilância do período pós-natal. Nos atendimentos no cantinho de amamentação, primei por um cuidado individualizado e atendendo às necessidades da mãe, do RN e da sua família, assim pude conceber, planear e avaliar a implementação de estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, previstas na competência “4.1.4” do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13563).

Com o objetivo de potenciar cada atendimento, além de conceber, planejar, implementar e avaliar as estratégias instituídas quanto à amamentação, vi neste momento uma oportunidade para realizar uma prática de enfermagem proactiva e holística. Assim, sempre que considere oportuno realizei a observação obstétrica da puérpera, monitorizando a evolução do seu estado de saúde, considerando os dias do pós-parto, possibilitando-me a diagnosticar e prevenir precocemente complicações que pudessem interferir no processo de recuperação da puérpera, competência prevista no Regulamento n.º 391 (2019).

Concomitantemente, realizei o exame objetivo do RN, aproveitando momentos como a monitorização do peso, para realizar a observação e análise do RN, tal como já foi descrito anteriormente. Esta estratégia permitiu-me avaliar o RN, bem como capacitar a mãe e a família para o seu auto cuidado, sobre o seu crescimento e desenvolvimento e de quais os sinais e sintomas de alarme do RN para recorrer aos Cuidados de Saúde Primários e/ou ao Serviço de Urgência, tal como enunciado no Regulamento n.º 391 (2019) nas competências, “4.1.2”, “4.2.1” e “4.3.6”.

Este cuidado holístico e personalizado, foi também uma oportunidade para potenciar o processo de saúde de cada mulher e a vivência de um pós-parto positivo.

3.4. Auxiliar a mulher e o homem na adaptação ao seu novo papel parental, promover o processo de transição e adaptação do casal em contexto pandémico

Atendendo ao contexto pandémico, causado pela SARS-CoV-2, dispus de uma atitude inovadora, tendo em conta as restrições instituídas pela DGS, que ao longo do EC foram sendo aliviadas.

O EEESMO presta cuidados a mulheres e homens, que estão a vivenciar uma das suas maiores transições de desenvolvimento. Estas transições, impõem que os pais adquiram novos conhecimentos para modificar comportamentos e modificar a definição do “*self*” em determinado contexto (Meleis, 1997). Logo, o EEESMO deverá facilitar todo este processo de aprendizagem, capacitando os pais para a aquisição de novas competências, não descurando as modificações e as necessidades inerentes à transição para a paternidade.

Em janeiro de 2021, quando inicie o EC no CCGRMF, as visitas estavam interditas, devido a mais uma fase de mitigação da COVID-19, privando a grávida de

ter junto a si o CS e a impossibilitar que este participa-se ativamente em todo o processo de saúde/doença da grávida (CHUA. 2021a). Em consequência, levou-me a incentivar a grávida a realiza vídeo-chamada para o seu CS, permitindo-o participar, embora, de forma indireta, nas vivências do seu dia-a-dia, no desenvolvimento do filho de ambos e assim, partilharem sentimentos, medos, inseguranças, como também de o manter informado sobre o processo de saúde/doença da grávida e do feto.

Como EEESMO, compete-me além de prestar cuidados à mulher grávida, incluir e integrar o CS nos cuidados. Assim, incentivei a mulher a partilhar as suas vivências através de vídeo-chamada e sempre que foi oportuno intervim, com o intuito de incentivar o apoio, de atenuar a separação e a saudade e de suporte familiar. Avaliei o conhecimento da grávida/casal sobre a parentalidade, incentivei a grávida/casal a expressar os seus medos, expetativas e incertezas do seu futuro papel como mãe/pai, promovi momentos de clarificação de dúvidas e ainda incentivei o CS a presenciar por vídeo-chamada a avaliação da frequência cardíaca fetal, promovendo a auscultação do batimento cardíaco fetal.

No CP, incentivei a mulher a realizar vídeo-chamada, partilhar vídeos e/ou fotografias, partilhando os seus sentimentos e as vivências decorrentes do internamento, como também, atenuar a separação e a saudade. Mostrei-me sempre disponível para participar na vídeo-chamada, quer na realização de sessões de educação para a saúde ou no esclarecimento singular, permitindo ao pai, aos irmãos mais velhos ou de outros familiares significativos, um esclarecimento informado, participarem e vivenciarem pequenos momentos do dia-a-dia da díade.

Nos CCSP, as consultas da vigilância da gravidez e as consultas do Pós-Parto decorriam em pleno e seguiam as indicações da DGS (2015). Contudo, CPNP mantinha a indicação para ser ministrado através da plataforma *Zoom*, devido à COVID-19, o que possibilitou a que muitos pais pudessem participar, além das grávidas promovendo uma parentalidade responsável.

EM maio, quando iniciei o CBPN, o CS só podia entrar na sala de parto, no período expulsivo, em concordância com a Orientação N.º 018/2020 (DGS, 2020d), contudo, a partir de julho a DGS atualiza novamente a Orientação N.º 018/2020 (DGS, 2020e), onde prevê a permanência do CS, junto da parturiente durante todo o TP, mediante um teste negativo à SARS-CoV-2, esta medida foi sem dúvida bastante positiva para as famílias. O CS elegido predominantemente pela parturiente foi o pai.

Com a vantagem de ter os pais presentes no TP, foi exequível proporcionar a vivência do parto numa experiência positiva não só para a mãe, mas também para o pai.

Ao longo de todo o EC, mostrei-me sempre disponível para incentivar e integrar o pai numa participação ativa na vigilância da gravidez, no acompanhamento do TP e no Pós-parto, mesmo com todos os contratemplos causados pela COVID-19, para que estes não se sentissem negligenciado ou verem-se como espectador (Steen *et al.*, 2012). Assim sendo, as intervenções que implementei como EEESMO, tiveram uma ação interventiva continua ao longo do processo de transição para a parentalidade, além do mais, proporcionaram o desenvolvimento do conhecimento e a integração dos pais, promovendo respostas saudáveis às transições e originaram a sensação de bem-estar, por meio do desenvolvimento de cuidados de enfermagem coerentes com as experiências únicas dos pais (Meleis *et al.*, 2000)

3.5. Promover a participação do pai na transição para a paternidade em contexto pandémico

Atendendo ao contexto pandémico e a todos os constrangimentos que daí advieram, o pai foi privado de acompanhar a mulher na vigilância da gravidez, ao longo do TP e ainda no Pós-Parto. Consequentemente, como EEESMO desempenhei um papel fundamental em implementar estratégias para transpor os constrangimentos impostos pela DGS (2020d), com o intuito de fomentar a participação ativa do pai e colmatar a sua ausência. Para tal, incentivei a mulher a realizar videochamadas, enviar fotografias e vídeos, como também, incentivei a comunicação entre o casal. Estas estratégias possibilitaram que houvesse uma amenização da saudade e da separação entre ambos, como também permitiu uma partilha frequentes de sentimentos vivenciados, indo ao encontro de Steen *et al.*(2012).

Ao instituir estas pequenas intervenções no dia-a-dia em pleno contexto pandémico, possibilitou ao pai estar presente na realização e validação do processo educativo, promovendo o esclarecimento de dúvidas, o reforço das habilidades paternas, tal como, possibilitou estar presente mesmo que por vídeo-chamada, na realização de ecografias e na avaliação da frequência cardíaca fetal, permitindo a auscultação do batimento cardíaco fetal e a visualização dos movimentos fetais.

Tive ainda o privilégio de participar na elaboração de uma norma interna do SO, sobre a visita programada do CS no internamento.

No contexto de CCSP, incentivei a participação dos pais no decurso das diversas sessões do CPNP, o que promoveu o desenvolvimento da confiança e das competências referentes ao seu novo papel enquanto pai, corroborando com o propósito dos CPNP (DGS, 2015).

A ICM e a OE atribuem ao EEESMO a competência de “conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar os programas de preparação completa para o parto e parentalidades responsável” (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13562), apoiando e esclarecendo o pai no que diz respeito aos sinais e sintomas de alarme no decurso da gravidez, a importância do seu papel ao longo do TP e no período do puerpério, melhorando a sua compreensão acerca dos vários temas abordados ao longo do CPNP, fazendo-os sentirem-se mais preparados e menos ansiosos (Pereira, 2016; Pousa, 2012; DGS, 2015).

No decurso do EC, foram ocorrendo alívios nas restrições implementadas pela DGS quanto à presença do CS na sala de partos. Com a vantagem de ter os pais presentes no TP, possibilitou uma participação ativa no TP, minimizando o sentimento de exclusão e proporcionou a vivência do parto numa experiência positiva não só para a mãe, mas também para o pai.

Ao integrar o pai no processo de amamentação no cantinho de amamentação no CCSP, empoderei o homem para apoiar a mulher nas suas dificuldades, indo ao encontro de Abbass-Dick *et al.* (2019) e Rempel e Rempel (2011), estes autores demonstram que os companheiros são a principal fonte de apoio para a mulher e cooperam nas tomadas de decisão referente à amamentação. A maioria dos homens quer estar envolvido no processo de amamentação e dar apoio à mulher, porém, sentem-se vulneráveis com os desafios que a amamentação por vezes acarreta e não sabem como podem auxiliar a mulher nas dificuldades encontradas (Sherriff *et al.*, 2009; Sherriff, *et al.*, 2013). Quando as mulheres têm este apoio, sentem-se encorajadas, estão mais predispostas a amamentar, os níveis de confiança aumentam e sentem-se mais capazes e competentes no que concerne à amamentação (Hauck *et al.*, 2007; Swanson & Power, 2005; Mannion *et al.*, 2013). Portanto, é fundamental que o pai esteja esclarecido quanto aos benefícios da amamentação e aplique estratégia de encorajamento e de suporte à mulher, indo ao encontro de Cavalcanti e Holanda (2019) e de Brown e Davies (2014).

Consequentemente, o EEESMO tem um papel fundamente na promoção e proteção do sucesso do aleitamento materno, corroborando com o Regulamento n.º 391 (2019).

3.6. Cuidar da mulher integrada na família e na comunidade na vivência de processos de saúde e/ou doença ginecológica.

Os cuidados da mulher integrada na família e na comunidade na vivência de processos de saúde e/ou doença ocorreram no CG, CCSP e no CBPN. Dada a complexidade da saúde reprodutiva da mulher, Hayter (2009) refere que os cuidados devem de ser prestados por enfermeiros qualificados, experientes, peritos e aptos em capacitar a mulher sobre o funcionamento do seu corpo, para o seu autocuidado e incentivar a monitorização do seu sistema reprodutor e a sua saúde no seu geral.

No CG, tive a oportunidade de prestar cuidados individualizados e especializados a mulheres com diagnósticos diversos, tais como o prolapso dos órgãos pélvicos, a doença inflamatória pélvica, o útero miomatoso, a gravidez ectópica com rutura da trompa, a patologia maligna da mama, como o carcinoma mamário invasivo e carcinoma *in situ* da mama.

Este contexto foi de um enorme enriquecimento no desenvolvimento da minha competência em cuidar da “mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (Regulamento n.º 391, 2019, p. 13564), na medida em que prestei cuidados de enfermagem diferenciados a cada mulher esclarecendo as suas dúvidas e receios, empoderei cada uma no seu processo de saúde/doença considerando cada patologia, elucidei as mulheres que necessitaram de realizar algum tipo de procedimento cirúrgico quanto aos ensinamentos dos cuidados no pré e no pós-cirúrgico, tal como das possíveis complicações e dos cuidados a concretizar para um processo de recuperação mais célere. No pós-cirúrgico imediato executei uma vigilância assídua, devido aos riscos associados ao pós-cirúrgico, a pertinência da instituição das medidas de alívio da dor as não farmacológicas e as farmacológicas e colaborei com outros profissionais, sempre que ocorreram situações que iam além da minha área de atuação, competências previstas no Regulamento n.º 391 (2019).

Na consulta externa de Enfermagem de Uroginecologia, avaliei a mulher através do exame físico e ginecológico, concebi e planei intervenções de enfermagem

especializadas e individualizadas para cada mulher, considerando as disfunções genito-urinárias de cada uma, e assim defini uma estratégia de promoção para a saúde, considerando o diagnóstico, com o objetivo de prevenir complicações associadas as afeções do aparelho geniturinário. Consequentemente, estabeleci uma planificação de cuidados individualizados, adequados às necessidades e às escolhas individuais de cada mulher.

No CCSP nas consultas de enfermagem pude realizar educação para a saúde, abordando temas como os estilos de vida saudáveis e comportamentos de risco, os métodos contraceptivos a fim de prevenir doenças e infeções sexualmente transmissíveis, instrui e incentivei a mulher a realizar a palpação da mama, com o objetivo de antecipar contextos patológicos, pude ainda executar a avaliação física e ginecológica (observação dos genitais externos e internos) e participei na realização de colpocitologias para o rastreio do colo do útero e na pesquisa do Papilomavírus Humano.

O CBPN foi o contexto mais enriquecedor, foi onde tive contacto com uma maior extensão de experiência do foro geniturinário, possibilitando-me a vivenciar experiências de carater de urgência e/ou emergência ginecológica, tais como a hemorragia uterina, a doença inflamatória pélvica, a endometriose, a leucorreia, a lesão genital, a bartolinite, a mastite, a infeção do trato urinário, entre outras.

Estes contextos possibilitaram-me desenvolver as minhas habilidades e capacidades no contexto de situações de emergência, identificar atempadamente situações de caracter emergente e solicitar a colaboração de outros profissionais sempre que ocorressem situações que fossem além da minha área de atuação, desenvolvi também a minha comunicação com a mulher adaptando a abordagem a cada ser individual e às suas necessidades, estabelecendo uma ligação emocional e assim promovi também apoio emocional. Já Caetano *et al.* (2016), aludem que por meio da comunicação e esclarecimento através da descrição do procedimento, promove-se o conforto e, por conseguinte, a redução medo e da ansiedade.

Estes contextos contribuíram para o meu processo educativo e na aquisição das competências “6.1”, “6.2” e “6.3” previstas no Regulamento n.º 391 (2019).

Em anexo III, apresento a lista das experiências mínimas.

4. LIMITAÇÕES AO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

No ano letivo de 2017/2018, integrei o 9º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, porém no início do segundo semestre tive de interromper a frequência das aulas e por conseguinte do EC, uma vez que me encontrava grávida de trinta semanas e iniciei um quadro de ameaça de parto pré-termo.

Regressei no ano letivo 2019/2020 ao 11º CMESMO, após um ano e meio dedicado à minha filha. O regresso ao meu processo educativo, não foi nada fácil, a compatibilização da minha vida profissional, com a minha vida pessoal ainda para mais com um bebé, exigiu que conseguisse gerir os meus sentimentos dada a necessidade de me ausentar por alguns dias, a necessidade de adaptação, porém a resiliência em querer concluir a Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia “falou mais alto”.

No final do ano de 2019, começou-se a ouvir falar de um vírus “do outro lado do Mundo”, mas que rapidamente chegou ao pé de nós e mudou completamente o nosso quotidiano. No dia 11 de março, em consequência dos níveis alarmantes de propagação e de gravidade causada pelo vírus SARS-CoV-2, Tedros Adhanom declarou que a COVID-19 é considerada uma pandemia. Com a necessidade de prevenir e controlar a transmissão do vírus SARS-CoV-2, a DGS implementou medidas extraordinárias de carácter extraordinário nas unidades hospitalares, originando além da restrição total de visitas, originou a suspensão dos EC. Algumas unidades hospitalares abriram a exceção para os próprios funcionários, esta medida pretendia minimizar a circulação dos profissionais entre as unidades hospitalares, a fim de minimizar as cadeias de transmissão.

A implementação das medidas de prevenção e de controlo para minimizar o risco de transmissão da infeção implicaram a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tais como a utilização de óculos/viseiras, máscaras, toucas, batas e luvas. Medidas que apesar de minimizar o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2, tornaram-se numa barreira no contacto visual e no desenvolvimento e estabelecimento da relação de empatia.

No decurso do EC os EPI que mais utilizei foi a máscara, o que impedia muitas vezes o reconhecimento imediato e a visualização das expressões, bem como o

distanciamento e a utilização de luvas, o que impedia o toque terapêutico e/ou o toque sem a utilização das luvas. Estas medidas, criaram um certo distanciamento entre os profissionais de saúde, as mulheres e os respetivos CS, levando os profissionais de saúde a estabelecer estratégias de adaptação à nova realidade e a capacidade de inovar a fim de ultrapassar estas barreiras.

Tive ainda alguma dificuldade em encontrar estudos sobre a temática, considerado a atualidade da mesma, razão que me levou a retirar o contexto pandémico na pesquisa da SR.

É importante refletir sobre as limitações que encontrei, visto que numa perspetiva futura para a elaboração, o planeamento e a implementação de um novo projeto de aprendizagem é essencial que consiga antecipar as limitações e estar capacitada para as ultrapassar.

Sumariamente, apesar das dificuldades e limitações que encontrei ao longo deste meu percurso educativo e formativo, apesar de prolongado, foi bastante positivo não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem assenta o seu conhecimento específico tendo como alicerce a fundamentação científica, como também, através da conjugação de diversas áreas do saber, tais como a moral, a ética e os textos legislativos que regulamentam a profissão (OE, 2015c).

Para Germano Couto a “Deontologia Profissional de Enfermagem”, é um instrumento ímpar, é uma referência não só para as instituições de saúde, como fora delas, é uma forma dos enfermeiros sentirem o reforço da Enfermagem, como também das suas responsabilidades éticas-deontológicas para com o cidadão ou para com outros profissionais de saúde (OE, 2015a).

O artigo 74.º - Disposição Geral da “Deontologia Profissional de Enfermagem”, refere que a deontologia profissional além de incluir um conjunto de deveres referentes ao exercício profissional da enfermagem enunciados no Código Deontológico, compreende um conjunto de direitos, fundamentados por um lado na dignidade profissional do enfermeiro, e por outro na ambicionada excelência do exercício, a fim de garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade (OE, 2015a).

Segundo Fortin (2009), em qualquer investigação estão implícitas as questões morais e éticas, assim sendo, um estudo de investigação acarreta a responsabilidade pessoal e profissional de garantir a solidez do mesmo.

As apreensões éticas que surgem da investigação, estão relacionadas principalmente com a proteção dos direitos dos participantes, como também, com o reconhecimento claro da dignidade como valor central do indivíduo (Polit *et al.*, 2004; Fortin, 2009).

Conforme Grade (2000), citado por Martins (2008) alude que independentemente da natureza do processo de investigação, devem de ser considerados os princípios universais da ética, nomeadamente a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

De acordo com Fortin (2009), identifica os seguintes direitos fundamentais dos participantes: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela justiça e equidade, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida íntima e pela confidencialidade, a ponderação entre as vantagens e os inconvenientes, a limitação dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Estes princípios foram delineadores e essenciais ao longo do meu percurso de aquisição de competências técnico-científicas, indo ao encontro do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) onde consta que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015a).

Assim, como enfermeira a frequentar o CMESMO, ao longo dos vários contextos do EC no exercício da enfermagem, bem como na implementação do projeto de investigação, procurei salvaguardar os direitos das mulheres, dos seus RN e das suas respetivas famílias, tal como procurei salvaguardar os pais envolvidos em todas as fases do processo de investigação.

Neste sentido, solicitei a autorização à Comissão de Ética para a Saúde, ao Conselho de Administração, à Diretora e à Enfermeira Gestora do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário onde apliquei o meu estudo e após o consentimento da Bárbara Figueiredo para aplicar a Escala de Bonding, versão portuguesa alargada da *Mother-to-Infant Bonding Scale* (Taylor *et al.* 2005), versão Portuguesa alargada de Figueiredo *et al.* (2005), somente a partir desta data iniciei o processo de recolha de dados através do IRD e com o devido consentimento individual de cada participante.

No decurso do EC primei por exercer uma prática de enfermagem onde demonstrei uma tomada de decisão regendo-me pelos princípios, valores e normas deontológicas, proporcionei cuidados que garantissem o respeito dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, alcançando a competência “A1” do RCCEE (Regulamento n.º 140, 2019), tal como a competência “1.f” do IMC.

Tal como Queirós (2015) relata, é por intermédio da experiência e da formação que se desenvolve conhecimento, capacidades e habilidades, integrados em padrões morais e legais, característicos de uma prática competente. Independentemente da diversidade e dos distintos contextos em que é instituída, todos os enfermeiros devem de seguir a mesma linha orientadora, uma prática de cuidados de enfermagem de excelência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente RE representa o culminar do percurso de aprendizagem e do processo formativo desenvolvido ao longo dos últimos cinco anos, para a obtenção do título de EEESMO e do grau de Mestre.

Este relatório além de descrever a aquisição e o desenvolvimento das competências teórico-práticas inerentes ao enfermeiro especialista, às especificidades intrínsecas ao cuidado do EEESMO e do grau de Mestre desenvolvidas nos múltiplos contextos, evidencia também o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Benner *et al.* (2009), sustentam que o desenvolvimento do enfermeiro iniciado a perito, deve-se à aquisição progressiva de competências, em articulação com o aprofundamento do conhecimento teórico e prático em enfermagem.

Brower e Nemec (2017), evidência como a prática baseada na evidência, advém da articulação entre a última e a melhor evidência científica com a experiência individual do profissional e a sua perícia, com a preferência do cliente, considerando as suas expectativas, valores e preocupações.

Assim, como futura EEESMO, pretendo desempenhar uma prática baseada na última e melhor evidência científica disponível, adequando os meus cuidados à predileção de cada cliente, requisito inerente à excelência do cuidar e um método indissociável de uma prática de enfermagem avançada.

Ao longo do meu percurso formativo de desenvolvimento e de aquisição de competências, desenvolvi uma prática baseada na evidência com a mobilização do conhecimento científico para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica regendo-me pelos princípios, valores e normas deontológicas, e ainda dispus de uma prática reflexiva, alicerces fundamentais para uma prática de enfermagem de excelência.

Os diversos contextos do EC, possibilitaram-me prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, ao RN e à família, em situação de saúde e/ou doença no âmbito da transição para a parentalidade, projetando a promoção da saúde e bem-estar da mulher, do RN e da família.

Aproveitei as distintas oportunidades que os diferenciados contextos me proporcionaram, para demonstrar os meus conhecimentos e compreensão

aprofundada dos problemas relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à mulher, ao RN e à família, no decurso da gravidez, dos diferentes estádios do trabalho de parto, no pós-parto e período neonatal, com o intuito de contribuir para a diminuição das morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, projetando a promoção da saúde e bem-estar da mulher, do RN e da família.

Mediante a descrição e a apreciação das atividades desenvolvidas e implementadas ao longo do EC, considero que sou detentora de conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível em que, sustentados nos conhecimentos adquiridos na licenciatura, estes foram desenvolvidos, aprofundados e sedimentados ao longo do meu percurso de aprendizagem e do meu processo formativo, com o propósito de adquirir as competências esperadas enquanto EEESMO e Mestre.

O contexto pandémico causado pelo SARS-CoV-2, originaram bastantes constrangimentos e mudanças nos cuidados de saúde a nível Mundial. Acarretando a implementação de medidas excecionais de prevenção e controlo implementadas pela DGS com o intuito de minimizar o risco de transmissão da infeção, contudo impossibilitou o pai de vivenciar e participar nos primeiros momentos de vida do seu RN.

O que me motivou a desenvolver novas competências e a colocar em prática o meu Projeto de Estágio, denominado “Contributos do Enfermeiro Obstetra na Experiência da Transição para a Paternidade em Contexto Pandémico”, concebido na Unidade Curricular de Opção II. Projeto este que foi uma linha norteadora do percurso a desenvolver ao longo dos distintos contextos do EC, para a aquisição e desenvolvimento das competências teórico-práticas.

A temática escolhida revelou-se um grande desafio, dado que o contexto pandémico causado pelo Sars-Cov-2, indubitavelmente é um tema pouco estudado e por conseguinte, a disponibilidade da evidência científica é limitada.

Assim sendo, através da SR procurei mapear a evidência científica existente sobre a transição para a paternidade em contexto pandémico, proporcionando-me aprofundar os meus conhecimentos acerca da transição para a paternidade neste contexto excepcional.

Seguiu-se a implementação do IRD, com o objetivo de desenvolver um estudo de investigação aos progenitores masculinos que vivenciaram a transição para a paternidade no contexto pandémico.

Da apreciação dos resultados obtidos da Escala de *Bonding*, versão portuguesa alargada da *Mother-to-Infant Bonding Scale* (Taylor *et al.*, 2005), de Figueiredo *et al.* (2005), constatei que a ausência do pai no período do pós-parto não condicionou negativamente o envolvimento emocional do pai para com o seu RN.

A análise de conteúdo segundo Bardin (2020), proporcionou-me apurar que a restrição da visita do pai no decurso do internamento no período do pós-parto, medida instituída em resposta à epidemia por SARS-CoV-2, foi vista pelos pais como um obstáculo à promoção de um ambiente facilitador à transição para a paternidade.

Evidenciei ainda que o EEESMO ao incentivar a presença e participação paterna no pós-parto e o pós-parto imediato, conduziu à promoção de um ambiente facilitador à transição para a paternidade.

Como resultado dos dados alcançados, é imperativo afirmar que traduzem a importância da presença do Pai no período do pós-parto, de como o EEESMO tem um papel promotor na otimização da experiência positiva na transição para a paternidade no período do puerpério e inclusive tem um papel fundamental na promoção do envolvimento do Pai no exercício da paternidade cuidadora.

Desperto os profissionais de saúde para uma mudança no comportamento e para a importância da inclusão e promoção do envolvimento do Pai no exercício da paternidade cuidadora, atendendo que o afastamento do Pai no período do pós-parto, interfere de forma negativa no processo de transição para a paternidade.

Teria muito orgulho que o meu projeto fosse impulsionador para novos e inovadores estudos de investigação, na promoção e desenvolvimento de procedimentos que promovam a presença e o envolvimento do Pai no período do pós-parto, com o propósito de o acolher e valorizar as suas expectativas, potenciando uma transição positiva para a paternidade, independentemente do contexto.

Termino este meu percurso académico com o maior apreço por todos aqueles que se cruzaram comigo e contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, termino uma EEESMO com competências teórico-práticas desenvolvidas, aprofundadas e sedimentadas ao longo do meu percurso formativo.

O término do presente trabalho, representa o culminar de um longo percurso de aprendizagem, com alguns percalços, com dúvidas e com medos, porém chego ao fim e o sentimento é de realização e da concretização de um sonho, fruto de muito trabalho e dedicação no meu investimento pessoal e profissional.

Em suma, considero que alcancei todos os objetivos a que me propus com êxito, alcançando as competências esperadas enquanto EEESMO e Mestre. Alicerces sólidos para dar continuidade ao meu percurso evolutivo de proficiência, fundamentado numa permanente consolidação das competências relacionais, éticas, profissionais e pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbass-Dick, J., Brown, H., Jackson, K., Rempel, L., & Dennis, C. (2019). Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery*. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.001
- Adhanom, T. (2020, Março - 11). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Alden, K. R. (2016). Newborn Nutrition and Feeding. In: Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K. & Alden, K. R. *Maternity & Women's Health Care* (11th ed.) (p.601-632). St Louis: Elsevier.
- Almeida, B., Silva, B., Ribeiro, J. & Oliveira, A. M. (2014). Percepção dos enfermeiros das unidades de maternidade e pediatria acerca do cuidado paterno. *Revista Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 4 (4), 792-802. <https://doi.org/10.5902/2179769213589>
- Aromataris E. & Munn Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Balancho, L. S. (2003). *Ser pai, Hoje*. Editorial Presença.
- Bardin, L. (2020) – *Análise de conteúdo*. Coimbra, Edições 70.
- Bayle, F. (2005) – *A Parentalidade*. In LEAL, Isabel – *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Séclo. ISBN 972-754-235-2.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgment & ethics* (2nd edition). Oxford: Springer Publishing Company.
- Brito, L. & Correia, M. (2020). COVID-19: Recomendações para grávidas, puérperas, mães, pais, casais. (1ª edição) Ordem dos Psicólogos. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_gravidez_completo.pdf
- Brower, E. J. & Nemeck, R. (2017). Origins of Evidence-Based Practice and What it Means for Nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 14-18. 10.1016/j.profnurs.2016.05.009.

- Brown, A., & Davies, R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition*, Volume 10 (Número 4), 510-526. doi: 10.1111/mcn.12129
- Caetano, J., Menezes, P., Silva, S. & Lima, M. (2016). A equipe obstétrica e a parturiente: a problemática da comunicação. *Temas em Saúde, Volume 16* (Número 2), 283-300. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16216.pdf>
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra. Quarteto Editora
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade, compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas In: LEAL, Isabel – *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa - Fim de Século. ISBN 972-754-235-2. 225-255.
- Cavalcanti, T. & Holanda, V. (2019). Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sobre a saúde da mulher. *Enfermagem em Foco, Número 10* (Volume 1), 93-98. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1446>
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2021a). Circular Normativa N.º 01/2021 de 07/01/2021. Covid-19 – Plano de contingência. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2021b). Circular Normativa N.º 31 de 06/04/2021. Procedimentos para retoma das visitas presenciais de monitorização no âmbito dos estudos observacionais. Faro: Centro Hospitalar Universitário do Algarve
- Chapman, V. & Charles, C. (2018) *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. (4th Edition). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Charles, C. (2018). Labour and normal birth. In: Chapman, V. & Charles, C.. *The Midwife's Labour and Birth Handbook* (4th ed.) 1-48. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Couto, C., & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 16 (3), p. 552-563. Acedido em 20/09/2021, disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=c40f3cd1-c054-44b9-a449-4a7ec9ec92d2%40sessionmgr4008>

- Cowan, D.; Norman, I. & Coopamah, V. (2005) Competence in nursing practice: a controversial concept: A focused review of literature. *Nurse Education Today*. Volume 25 (Número 5), 355-362.
- Davis, J., Luchters, S. & Holmes, W. (2012) *Men and maternal and newborn health: benefits, harms, challenges and potential strategies for engaging men*. Compass: Women's and Children's Health Knowledge Hub. https://www.burnet.edu.au/system/publication/file/5865/2012_Briefing_Paper_-_Men_and_maternal_and_newborn_health.pdf
- Decreto-Lei n.º 89/2009 do Diário da República n.º 70 (2009) Série I de 2009-04-09. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/89/2009/p/cons/20200413/pt/html>
- Direção Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2009-34548075>
- Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2020a). *Iniciativa mobilizadora da paternidade envolvida e cuidadora – IMPEC*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2020b) *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2020c). *Orientação n.º 038/2020 de 17/12/2020. COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2020d). *Orientação n.º 018/2020 de 30/03/2020. COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2020e). *Orientação n.º 018/2020 de 05/06/2020. COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2020g). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de recuperação pós-parto CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Figueiredo, B. (2013). Mães e Pais envolvimento emocional com o bebé. *Psiquilibrios* Edições
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2009). *Mother-to-Infant Emotional Involvement at Birth. Matern Child Health J* Número 13, 539–549. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0312-x>
- Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A. & Pais, A. (2005). *Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. Acta Pediátrica Portuguesa*, Número 36 (2/3), 121-131
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação.
- Gomez, Rita (2005) O pai: paternidade em transição In *Psicologia da gravidez e Parentalidade*. Fim de Seculo
- Graça, L. M. (2017) *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Hauck Y., Hall W. & Jones C. (2007). Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. *Journal of Advanced Nursing*, Volume (57), 306– 317. [10.1111/j.1365-2648.2006.04136.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04136.x)
- Hayter, M. (2009). The structure of contraceptive education and instruction within nurse led family planning clinics: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2656-2667. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x)
- International Confederation of Midwives (2017). *Position Statement. Appropriate use of Intervention in Childbirth*. The Netherlands: ICM. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-appropriate-intervention.pdf.pdf>
- International Confederation of Midwives (2019) Essential competencies for midwifery practice. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>
- Joanna Briggs Institute (2021). *The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687404/About+this+Manual>

- Kowlessar, O., Fox, J.R. & Wittkowski, A. (2015) The pregnant male: a metasynthesis of first- time fathers' experiences of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Volume 33, n.º 2, pp. 106-127. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2014.970153?needAccess=true>
- Lei n.º 110/2019 (2019). Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09, 94 - 101
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual do Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2009). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão crítica* n.º 18, Capítulo 2, p. 247-254. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-797220050002000137632>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª edição), Camarate: Lusodidacta
- Mannion C., Hobbs A., McDonald S. & Tough S. (2013) Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, Volume 8. 4. 10.1186/1746-4358-8-4
- Marôco, J., Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, Volume 4 (Número 1), 65-90. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Martins, A., & Silva, L. (2018). Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Revista Brasileira de Enfermagem REBE*, (Número 71), 725-31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>
- Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar enfermagem*, 12 (2) 62-66.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred Nursing and Health Care – Theory and Practice*. Oxford: Wiley Publishing.

- Meleis, A (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situations Specifics Theories in Nursing Research and Practicice*. Springer Publications Company, Nova Iorque.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3.^a Edição Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, Número 23 (1), 18- 21.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2020). Direitos da grávida/parturiente/puérpera. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20109/pronuncia-mceesmo_09-2020_direitos-da-grávida-parturiente-e-puérpera.pdf
- Nascimento, A., Marcelino, P., Vieira, R. & Lemos A. (2019) A importância do acompanhamento paterno no pós-parto e o exercício da paternidade. *Revista online de pesquisa Cuidado é Fundamental, Volume 11*, 475-480. <http://dx.doi>.
- National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Menopause: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
- Néné, M. & Sequeira, C. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1.^a Edição. Lidel.
- Nogueira, J. R. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência, Série III*, (Número 8), 57-66. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Northrup, C. (2009) - *Corpo de Mulher. Sabedoria de Mulher*. Volume II. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Oliveira, L.; Queirós, P. & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *Journal of developmental and educational psychology*. Volume 1 (Número 2) 143-158.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Conselho de Enfermagem – Modelo de desenvolvimento profissional: documental de operacionalização de

- competências e programas formativos. Progressividade e etapas. Caderno Temático 4. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade – Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Livro de bolso – *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde (2011). Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde.
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. *et al.* (2021) PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *theBMJ* (372) <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pereira, D. (2016). *Parto na água: um contributo para o parto natural*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal).
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem (5ª ed.).
- Pousa, O. (2012). *Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal).
- Quadro Nacional de Qualificações do Ensino Superior (2011). Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior.

https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf

- Queirós, P. (2015). O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva. *Investigación y Educación en Enfermería*. Volume 33 (número 1), 83-91.
- Ramos, M. & Canavarro, M. (2007) Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto (*) *Análise Psicológica*. Volume 3 (XXV), 399-413
- Ramos, M., Araújo, A., Oliveira, C., Monteiro, S. & Canavarro, M. (2005). A adaptação paterna na transição para a parentalidade, *IberPsicología*.
- Rato, P. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise psicológica*, Volume 3 (XVI), 405-413.
- Reberte, L. & Hoga, L. (2010). A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. *Ciencia y Enfermeria*, n.º 16 (1), 105-114. <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441804012.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de Maio de (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2ª série (n.º 85 de 03-05- 2019), 13560 – 13565. <https://dre.pt/application/file/a/122216819>.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*, Número 27, 115–121.
- Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), p.671-682.
- Royal College of Midwives (2014). *High Quality Midwifery Care*. London: Royal College of Midwives. <https://www.rcm.org.uk/media/2354/high-quality-midwifery-care.pdf>.

- Royal College of Midwives (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. London: Royal College of Midwives. <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>.
- Santos, C., Pimenta, C., Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-am Enfermagem*, Volume 15 (Número 3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In: A. I. Meleis.(Coord), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories*, 38 - 51. New York: Springer Publishing Company.
- Sherriff, N., Hall, V., & Panton, C. (2013). Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Midwifery*, Volume 30 (Número 6), 667–677. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.014
- Sherriff, N., Hall, V., & Pickin, M. (2009) Fathers' perspectives on breastfeeding: Ideas for intervention. *British Journal of Midwifery*, Volume 17 (Número 4), 223–227.
- Shorey, S., Ang, L., Goh, E. C. L. & Lopez V. (2019). Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study. *Midwifery*, Volume 70, 7-14. 10.1016/j.midw.2018.12.003.
- Shorey, S.; Ang, L & Goh, E. C. L. (2018) Lived experiences of Asian fathers during the early postpartum period: Insights from qualitative inquiry. *Midwifery*, Volume 60, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.009>
- Singh, D., Lample, M. & Earnest, J. (2014) The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibibi, Uganda. *Reproductive Health*, volume 11. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-68>
- Sitras, V., Benth, J. & Eberhard-Gran, M. (2017). Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. Ganesh Dangal, National Academy of Medical Sciences. NEPAL. 12 (10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186564>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre MENOPAUSA*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2012) Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care.

Midwifery. Volume 28, n.º 4, pp. 422-431.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026661381100088X?via%3Dihub>

Swanson V. & Power K. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 50, 72– 282.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03390.x>

Taylor. A, Atkins, R., Kumar, R., Adams, D. & Glover, V. (2005). *A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood*. *Arch Womens Ment Health*, Volume 8 (1), 45-51. doi: 10.1007/s00737-005-0074-z

Wall, K., Aboim, S. & Cunha, V. (2010) *A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades*. Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11147/1/ICS_KWall_SAboim_VCunha_Vida_LEN.pdf

World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1

World Health Organization (2007) – *Fatherhood and Health outcomes in Europe: a summary report*. Copenhagen. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108571/E91129.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2020, Janeiro 21). *Novel Coronavirus (2019-ncov): situation report – 1*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

World Health Organization (2020b, Março 3). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 43*. <https://www.who.int/docs/default->

source/coronaviruse/situation-reports/20200303-sitrep-43-covid-19.pdf?sfvrsn=76e425ed_2

World Health Organization (2021, Maio 13). Coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>

Xue, W. L. , Shorey, S., Wang, W., He, H. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery, Volume* 62, 135-145. 10.1016/j.midw.2018.04.013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1:
TERMOS DE PESQUISA

Tabela 10: Termos de Pesquisa

	Linguagem Indexada			
	Linguagem Natural	Base de Dados		
		<i>CINAHL Complete</i>	<i>Academic Search Complete</i>	<i>MEDLINE Complete</i>
(P)opulação: Pai	Father	Father Father-Child relations	Father Father- Child relation	Fathers Father- Child relation
(C)onceito: Transição para a paternidade	Paternal	Paternity Paternalism Paternal role	Paternity Father transition Paternal behavior Paternal attitudes Fatherhood Paternal role	Paternal attitudes Paternal Behavior Fatherhood Parental-Child relations Transition to fatherhood
(C)ontexto: Pós-parto	Postpartum	Postpartum Puerperium Postnatal Period Postnatal Care	Puerperium Postnatal care	Postpartum Period Postnatal Period Postnatal Care Puerperium

APÊNDICE 2:
ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA ACADEMIC SEARCH COMPLETE

ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA ACADEMIC SEARCH COMPLETE



Tuesday, March 08, 2022 7:25:28 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S8	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	27
S7	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	29
S6	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	38
S5	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	76
S4	covid-19 OR covid OR SARS Cov 2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	183,719
S3	puerperium OR postnatal care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	19,688
S2	Paternity OR Father transition OR Paternal behavior OR Paternal attitudes OR Fatherhood OR paternal role	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	37,708
S1	father OR FATHER-CHILD RELATION	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	130,077

APÊNDICE 3:
ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA MEDLINE COMPLETE

ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA MEDLINE COMPLETE



Friday, March 11, 2022 10:12:48 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S8	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20160101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	32
S7	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	76
S6	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	114
S5	(COVID-19 OR SARS-Cov-2 OR coronavírus) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	0
S4	COVID-19 OR SARS-Cov-2 OR coronavírus	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	247,342
S3	Paternal attitudes OR Paternal Behavior OR Fatherhood OR Parental- Child Relations OR Transition to fatherhood	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,226
S2	Postpartum Period OR Postnatal Period OR Postnatal Care OR puerperium	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	72,907
S1	fathers OR Father- Child relation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	50,552

APÊNDICE 4:
ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA CINAHL COMPLETE

ESTRATÉGIA DE PESQUISA NA CINAHL COMPLETE



A pesquisar: **CINAHL Complete** | [Escolha as Bases de Dados](#)

S1 AND S2 AND S3 Selecione um Campo (opcional) ▼ **Pesquisar**

AND ▼ Selecione um Campo (opcional) ▼ [Limpar](#) ?

AND ▼ Selecione um Campo (opcional) ▼ (+) (-)

ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE
LISBOA

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#) ▼

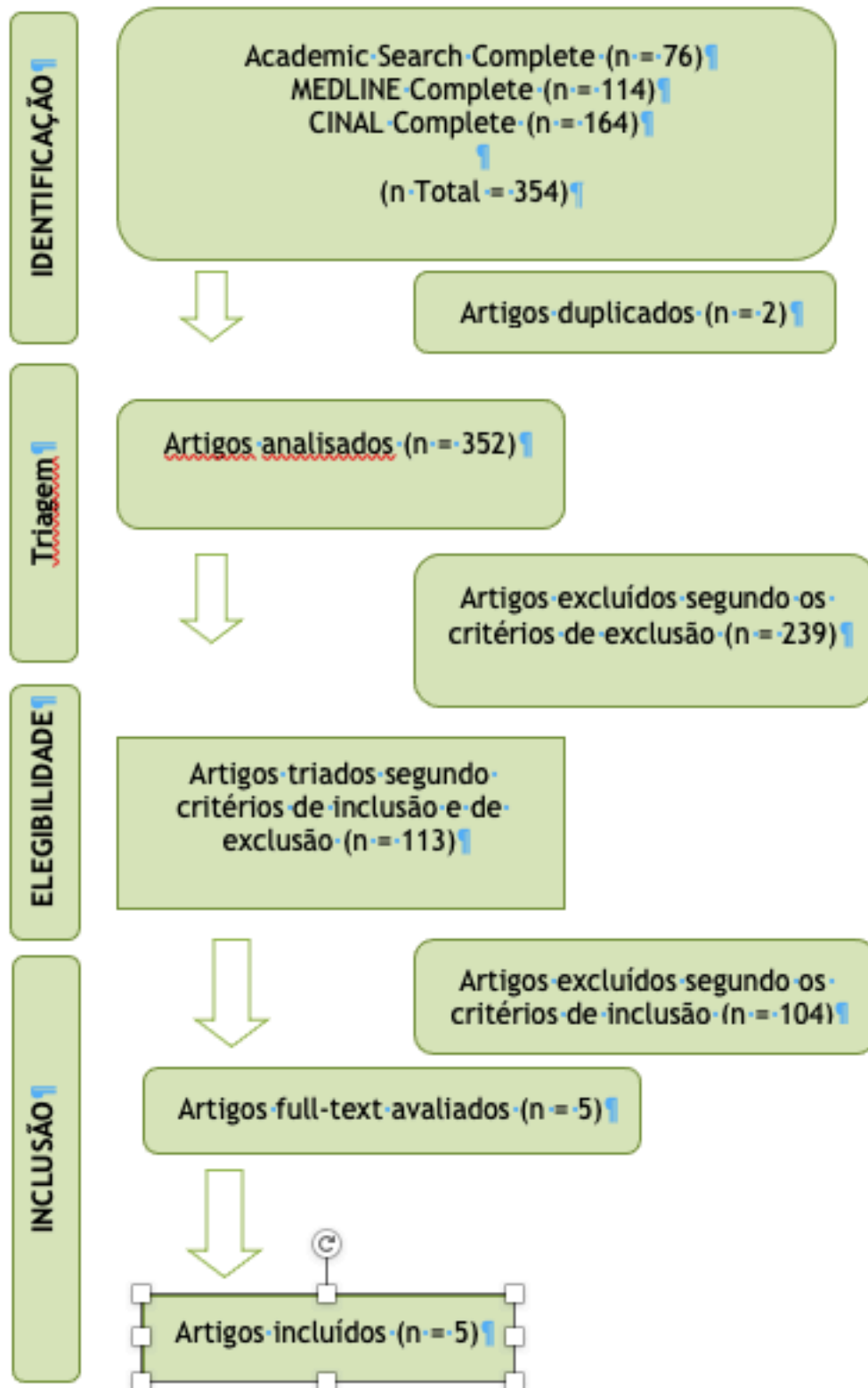
Histórico de Pesquisas/Alertas

[Imprimir Histórico de Pesquisas](#) [Obter Pesquisas](#) [Obter os Alertas](#) [Guardar Pesquisas / Alertas](#)

<input type="checkbox"/> Selecionar / Desmarcar todos <input type="button" value="Pesquisar com AND"/> <input type="button" value="Pesquisar com OR"/> <input type="button" value="Eliminar Pesquisas"/> <input type="button" value="Atualizar Resultados de Pesquisa"/>			
N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
<input type="checkbox"/> S8	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20160101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (54) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S7	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (102) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S6	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (164) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S5	(COVID-19 OR corona virus OR SARS Cov 2) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (0) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S4	COVID-19 OR corona virus OR SARS Cov 2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (85,800) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S3	post natal period OR post natal care OR postpartum OR puerperium	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (38,029) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S2	paternity OR paternalism OR paternal role	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (27,411) Ver Detalhes Editar
<input type="checkbox"/> S1	father OR father-child relation	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (21,757) Ver Detalhes Editar

APÊNDICE 5:
PRISMA FLOW DIAGRAMA DA SCOPING REVIEW

PRISMA FLOW DIAGRAMA DA SCOPING REVIEW



APÊNDICE 6:
ANÁLISE DOS ARTIGOS

AUTOR (ES)

Shefaly Shorey, Lina Ang, Esther C. L. Goh e Violeta Lopez

ANO DE PUBLICAÇÃO

2019

TÍTULO DO ARTIGO

Paternal involvement of Singaporean fathers within six months postpartum: A follow-up qualitative study

PAÍS DE ORIGEM

Singapura

QUESTÃO / OBJETIVOS

Este estudo visa compreender o envolvimento paterno no período pós-parto de seis meses para identificar os desafios e as necessidades dos pais de Singapura.

POPULAÇÃO DO ESTUDO E DIMENSÃO DA AMOSTRA

Cinquenta homens que foram pais

METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas utilizando um guia de entrevistas aos seis meses pós-parto com os pais.

As gravações das entrevistas foram transcritas e analisadas utilizando uma análise temática.

RESULTADOS / *OUTCOMES*

Deste estudo ressaltam quatro grandes temas, a compreensão do envolvimento dos pais seis meses após o parto, os desafios do envolvimento paterno, o impacto na relação conjugal e as necessidades dos pais.

Os pais inquiridos estavam determinados a serem motivados de forma diferente durante este período de tempo em comparação com uma semana pós-parto, mas os obstáculos aos compromissos de trabalho e a presença de apoio limitaram o envolvimento paterno.

A relação conjugal tensa e as necessidades sexuais vieram à tona neste estudo.

Um pai relatou estar em risco de depressão.

As práticas de co-participação foram sendo reduzidas contra a insatisfação conjugal. Além disso, as necessidades informativas dos pais diferiam entre uma semana e seis meses pós-parto.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES / ACHADOS

Este estudo de acompanhamento revelou que as preocupações e necessidades dos pais continuam a surgir de acordo com o crescimento e as necessidades dos seus bebés em diferentes períodos pós-parto. A assistência necessária sob a forma de acompanhamento a longo prazo e recursos educativos em linha pode ser dinâmica no apoio às necessidades emergentes dos pais.

Esta investigação é o primeiro estudo qualitativo longitudinal que procura compreender o envolvimento paterno e os desafios e necessidades dos pais no prazo de seis meses pós-parto. Os desafios e necessidades paternas foram determinados a evoluir dentro dos primeiros seis meses pós-parto. Os compromissos de trabalho e a presença de apoio em casa persistiram como os principais obstáculos ao envolvimento paterno nos seis meses pós-parto. Este estudo destacou as várias necessidades de apoio dos pais aos seis meses pós-parto. A principal questão que emergiu aos seis meses pós-parto foram as necessidades sexuais dos pais, no entanto, verificou-se que um pai também estava em risco de depressão, o que levou à necessidade de serviços de aconselhamento para os pais. Foram enfatizadas recomendações para futuras pesquisas sobre o envolvimento paterno precoce e a necessidade de desenvolvimento de recursos educativos em linha credíveis por profissionais de saúde.

AUTOR (ES)

Shefaly Shorey, Lina Ang e Esther C. L. Goh

ANO DE PUBLICAÇÃO

2018

TÍTULO DO ARTIGO

Lived experiences of Asian fathers during the early postpartum period: Insights from qualitative inquiry.

PAÍS DE ORIGEM

Singapura

QUESTÃO / OBJETIVOS

Este estudo visa compreender as expectativas, necessidades e experiências dos pais nos cuidados infantis durante o período inicial do pós-parto em Singapura.

POPULAÇÃO DO ESTUDO E DIMENSÃO DA AMOSTRA

Cinquenta homens que foram pais

METODOLOGIA

Método qualitativo de um estudo longitudinal de método misto.

RESULTADOS / *OUTCOMES*

Da análise temática utilizada para apreciação dos dados das entrevistas, emergiram quatro temas principais: o sistema de apoio dos pais, o envolvimento paterno nos cuidados infantis, os desafios da paternidade e as recomendações dos pais.

Este estudo verificou que o período pós-parto é um período stressante e desafiador, tanto para os pais inexperientes como para os experientes. Por exemplo, o choro incessante dos bebés e o cansaço extremo motivado pela falta de sono, são

experiência aterradoras para os pais de primeiras vez. Já os pais experientes têm dificuldades na assimilação de crianças mais velhas com o recém-nascido.

Os pais apesar de desejarem estar mais envolvidos nos cuidados do seu filho e de demonstrarem essa intenção, foram impedidos de muitas maneiras, tais como a guarda materna, compromissos de trabalho e falta de capacidades para os cuidados infantis.

A mãe por vezes impede o envolvimento paterno principalmente por duas razões, primeiramente as crianças que são amamentadas, inevitavelmente passam mais tempo com a mãe, impedindo desta forma o envolvimento paterno. A segunda, as mães que impedem o envolvimento do pai intencionalmente nos cuidados ao bebê, fazem-no porque acreditam que estes não tem habilidades ou não são competentes nos cuidados. De maneira que ,o envolvimento do pai nos cuidados ao bebê estava sempre relacionado com os cuidados indiretos, como as tarefas domésticas ou as compras de supermercado.

O contexto familiar de Singapura, não espera que os homens participem nos cuidados ao bebê e a maioria dos cuidados é feita pela mulher ou pela família extensa.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES / ACHADOS

Este estudo proporcionou uma visão das experiências vividas da paternidade durante o período pós-natal precoce num contexto asiático, como suplemento da literatura existente centrada no Ocidente.

Os pais precisam de estar envolvidos nas atividades de cuidados infantis e maternais no período pós-parto. A ajuda necessária dos profissionais de saúde e decisores políticos é necessária para que os pais possam assimilar à paternidade.

As primeiras semanas do período pós-parto foram consideradas um período de angústia para a maioria dos pais e tanto os pais principiantes como os experientes têm os seus próprios fatores de stress únicos.

Os pais desejavam ser um pai envolvido, mas enfrentaram muitos desafios.

Este estudo revelou a necessidade de implementar o apoio educacional necessário para os pais no período inicial do pós-parto.

AUTOR (ES)

Adriana Oliveira do Nascimento, Paula Helena Rosa Marcelino, Roseane da Silva Vieira e Adriana Lemos Nascimento

ANO DE PUBLICAÇÃO

2019

TÍTULO DO ARTIGO

A importância do acompanhamento paterno no pós-parto e o exercício da paternidade

PAÍS DE ORIGEM

Brasil

QUESTÃO / OBJETIVOS

Analisar a participação do homem no acompanhamento do pós-parto e a ligação com o exercício da paternidade.

Discutir o contributo paterno no cuidado da criança no decurso do puerpério.

POPULAÇÃO DO ESTUDO E DIMENSÃO DA AMOSTRA

Foram tidos em conta e incluídos como “pais” as figuras masculinas que são uma referência de cuidado e afeto para a mãe e criança, nomeadamente padrastos, namorados das mães, conjugue e/ou companheiro, num total de 39 indivíduos.

METODOLOGIA

Método qualitativo

RESULTADOS / *OUTCOMES*

Os pais estão mais participativos, o que leva a crer que o exercício da paternidade está a desligar-se dos modelos tradicionais de masculinidade que ainda perduram nos dias de hoje.

Todos os participantes referem ter auxiliado nos cuidados com a criança de forma direta ou indireta. Ao alocar as escolhas dos participantes em duas subcategorias “cuidados diretos relacionado ao bebê” e os “cuidados indiretos relacionado ao bebê”, possibilitou constatar que a média de pais que realizavam cuidados diretos aos bebês era de 34,7 (88,9%), enquanto a média de pais que realizavam cuidados indiretos era de 31 (79,4%). Estes dados mostram que a maioria dos entrevistados participou ativamente nos cuidados ao seu bebê, constatando-se assim uma mudança da percepção do homem acerca do exercício da paternidade e de conseguirem por em prática os cuidados ao seu filho.

Os pais ao colaboram no processo de amamentação, demonstram que entendem a importância da amamentação e estão aptos na articulação dos conhecimentos sobre as vantagens nutricionais e psicológicas do aleitamento materno, contribuindo para o vínculo mãe-filho e para o sentimento de realização materna por parte das progenitoras.

O banho foi o cuidado direto em que os pais se sentiram menos envolvidos, possivelmente por se sentirem inseguros neste cuidado ou de serem incapazes de concretizar corretamente dado o receio de magoar a criança.

Outra possível explicação para uma maior participação do pai no cuidado, pode estar associado a um maior número de mulheres inseridas no mercado de trabalho, levando a que os homens tenham começado a partilhar os trabalhos domésticos e a criação das crianças.

Os participantes deste estudo entendem que para ser bom pai, devem de estarem presentes, cuidarem da criança, dar atenção e carinho, serem participativos e darem educação. Visto que é através do contato com os filhos que os pais estabelecem uma relação de afetividade, cuidado, entre outros, logo, é importante incentivar os homens a exercer a paternidade.

É também destacada a questão da presença física e a participação do pai nas atividades, além de educar quanto ao que está certo ou errado, procuram também ser um exemplo para os filhos. A fim de se afastarem do modelo distante e pouco afetivo que receberam dos seus pais, atualmente procuram participar mais nos cuidados.

Perante os dados encontrados, os homens estão mais participativos seja nas atividades mais complexas, seja nas atividades associadas ao papel de género da mulher e ainda nas atividades simples como ir levar à escola.

Pouco são os homens que optam ou tem disponibilidade para cuidar da criança no dia-a-dia, porém independentemente de exercerem o cuidado com os filhos, concretizarem também atividades domésticas. Todavia, estes continuam a ser pouco valorizados e menosprezados por atitudes que a sociedade vê como sendo da responsabilidade da mulher, o que contribuí para a insegurança dos homens, levando-os a sentir que as atividades desenvolvidas não foram tidas em consideração.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES / ACHADOS

Há uma certa progressão na participação do pai nos cuidados ao filho.

Apesar do progresso na inclusão dos pais nos cuidados, que não se cingem aos cuidados diretos ao filho, mas também nas lides domésticas, dando suporte às mulheres, possibilitando uma maior interação com o bebé.

Distintamente ao papel idealizado pela sociedade para o pai, os homens alvo do estudo veem mostrar que o cuidado não é só a provisão material de recursos domiciliare e pessoais, mas também é importante a participação na vida do filho, dando-lhes atenção e carinho, orientando, estar presente nos momentos que eles necessitem, indo além da educação para a vida.

Visto que é através deste contato com os filhos que se cria uma relação de afetividade, cuidado, respeito e autonomia, contribuindo para a diminuição da desigualdade de género.

É de uma grande relevância os homens serem incentivados a exercer a paternidade, contribuindo para a desigualdade de género.

AUTOR (ES)

Thais Rafaela Lira Cavalcanti e Viviane Rolim de Holanda

ANO DE PUBLICAÇÃO

2019

TÍTULO DO ARTIGO

Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sobre a saúde da mulher

PAÍS DE ORIGEM

Brasil

QUESTÃO / OBJETIVOS

Descobrir evidência científica quanto à participação paterna no processo de gestação, parto, nascimento e puerpério, correlacionando-os com os seus efeitos para a saúde da mulher.

A questão norteadora foi: Quais os efeitos da participação do pai/parceiro no ciclo gravídico-puerperal sobre a promoção da saúde da mulher?

POPULAÇÃO DO ESTUDO E DIMENSÃO DA AMOSTRA

Foram selecionados 9 artigos e agrupados em três momentos do ciclo gravídico-puerperal onde houve intervenção paterna com vistas a melhor qualidade no apoio e acompanhamento da mulher.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL

RESULTADOS / OUTCOMES

Após a concretização da revisão integrativa nas bases de dados realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL, obtiveram-se 255 artigos. Posteriormente com a pré-seleção, identificara-se 11 artigos e mediante leitura dos artigos na íntegra foram selecionados 9 estudos.

A participação do homem possibilita no período gestacional:

Suporte emocional durante a gravidez e nos primeiros meses de vida do bebê;

Participação em práticas educativas realizadas durante o pré-natal;

Presença durante as consultas de acompanhamento pré-natal;

Convivência do homem no pré-natal.

Com a participação do homem no período gestacional:

Proporciona uma fonte de apoio emocional para a mulher, uma maior proximidade do casal, contribuiu para que a mulher amplie os seus espaços sociais e estimula a participação paterna;

Reforça a rede de apoio à mulher;

Melhora a adesão das gestantes nas consultas de pré-natal, levando-a a compreender melhor os processos fisiológicos e patológicos da gravidez;

Orienta o homem a ter mais atitude em situações de emergência;

Proporciona sentimentos de segurança, confiança e credibilidade para as gestantes, contribuiu para incentivar a prática de aleitamento materno e a reconhece dos sinais do trabalho de parto.

Já no TP e parto, a participação do homem, possibilita :

Apoio emocional e conforto físico.

Ajuda a mulher a sentir-se mais calma, tranquila e segura, melhorando o atendimento para a parceira e recém-nascido, facilitando a evolução do trabalho de parto, diminuição do tempo de trabalho de parto, a necessidade do uso de medicamentos e analgesia, como também partos operatórios e depressão neonatal.

No que diz respeito à participação do homem no pós-parto, estes colaboram nos cuidados pós-operatórios, compartilham os cuidados com o bebê e as atividades domésticas, proporcionando tranquilidade e conforto às mães no período de amamentação.

As puérperas sentem-se seguras, felizes, cuidadas, acolhidas e apoiadas, prevenindo o desgaste da mulher e favorecendo o desenvolvimento do vínculo familiar.

Sentimento de alívio e satisfação expressados pela mulher, contribuiu para a produção e ejeção láctea, promove o apoio e incentivo à amamentação exclusiva e ainda a colaboração na resolução de complicações pós-natal com a mama materna.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES / ACHADOS

O envolvimento do pai ou do convivente significativo desde o início da gravidez, possibilita desenvolver atitudes participativas perante as particularidades que englobam a gravidez, o parto e o período do puerpério, evidenciando que a decisão do acompanhamento deverá ser sempre sempre de mutuo acordo pelo casal.

A participação do pai ao longo do ciclo gravídico-puerperal carrega um efeito positivo na promoção da saúde da mulher, sendo uma fonte de apoio emocional, no estabelecimento da prática no aleitamento materno, na evolução do TP e na recuperação puerperal.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem reconhecer a importância do companheiro, incentivar a sua participação e criar estratégias educacionais para a inserção e a participação ativa do homem em todo o ciclo gravídico-puerperal, a fim de possibilitar benefícios à parceria, ao filho e a ao próprio homem.

AUTOR (ES)

Weilin Lynn Xue, Shefaly Shorey, Wenru Wang e Hong-Gu He

ANO DE PUBLICAÇÃO

2018

TÍTULO DO ARTIGO

Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review

PAÍS DE ORIGEM

Singapura

QUESTÃO / OBJETIVOS

Proporcionar uma perspectiva geral da literatura existente sobre os atuais níveis de envolvimento paterno durante a gravidez e o parto, bem como dos fatores que influenciam este envolvimento.

POPULAÇÃO DO ESTUDO E DIMENSÃO DA AMOSTRA

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar o envolvimento dos pais na gravidez e no parto.

A pesquisa sistemática foi concretizada nas seguintes bases de dados, PubMed, CINAHL, PsycINFO, Web of Science, e Scopus. As palavras-chave e termos de indexados utilizados na pesquisa incluíam 'pais', 'paternos', 'homens', 'marido', 'envolvimento', 'compromisso', 'participação', 'gravidez', 'parto', 'parto', 'parto', 'parto', 'pré-natal', 'pré-natal', e 'perinatal', foram utilizados consistentemente em todas as bases de dados, individualmente ou em várias combinações.

Para a estratégia de inclusão, foram tidos em atenção artigos que fossem publicados no idioma inglês no período de 2005 a 2015, específicos para o envolvimento dos pais e artigos de pesquisa ou revisões. Devido à escassez de literatura sobre o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto, a pesquisa incluiu o envolvimento dos pais durante a transição para a parentalidade, que é definida como o período até um ano pós-parto. Já na estratégia de exclusão, atendeu-se aos seguintes critérios pais com menos de 21 anos de idade, pais cujos recém-nascidos eram prematuros ou diagnosticados com anomalias congênitas e os pais cujas mulheres tiveram complicações pré-natais ou intraparto.

Foram ainda adicionados artigos extraídos das referências bibliográficas dos artigos identificados.

Os estudos foram avaliados utilizando as listas de verificação da atendendo a avaliação criteriosa do JBI.

RESULTADOS / *OUTCOMES*

Após a revisão integrativa da literatura obtiveram um total de 2317 artigos.

Com a implementação da estratégia de pesquisa com os critérios de inclusão e de exclusão e, os artigos duplicados obtiveram-se 146 artigos que foram submetidos a uma revisão integral do texto completo.

Os artigos selecionados foram avaliados por dois revisores independentes usando o Critical Appraisal Checklists do JBI (Joanna Briggs Institute, 2014). Os dois revisores também decidiram antecipadamente que os artigos que atendessem a 60% ou mais dos critérios nas listas de verificação de avaliação crítica do JBI seriam incluídos. 31 dos artigos atenderam à proporção predeterminada de 60% dos critérios nas listas de verificação de avaliação crítica do JBI e todos os critérios de seleção. Esses artigos foram então recuperados e incluídos na revisão. Um total de 17 estudos quantitativos, 9 estudos qualitativos e 5 revisões sistemáticas/da literatura foram incluídos nesta revisão de literatura.

Dos principais resultados obtidos da revisão integrativa da literatura ressaltam o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto, bem como os fatores que influenciam o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto.

Após a análise da literatura existente sobre o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto e, identificou os fatores que o influenciam. Dos estudos que exploraram o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto, há um consenso geral em que os pais expectantes desejavam ser parceiros ativamente envolvidos. Esta opinião comprovada pelos benefícios e significado do envolvimento paterno durante a gravidez e o parto, que foram discutidos por vários estudos (Alio *et al.*, 2013, Fenwick *et al.*, 2012, Hildingsson e Sjöling, 2011, Mullany, 2006, Redshaw e Henderson, 2013, Steen *et al.*, 2012, Yargawa e Leonardi-Bee, 2015).

No decorrer da gravidez e durante o parto os pais têm papéis marginais comparativamente com o da mulher, excluí-los involuntariamente não é benéfico e dificulta o seu envolvimento. Assim, envolver os pais durante a gravidez e o parto pode ter resultados positivos para a saúde do pai, da mulher e do bebé (Plantin *et al.*, 2011). Portanto é necessário identificar os fatores influenciadores que melhorem o envolvimento dos pais.

Nesta revisão integrativa da literatura, surgiram cinco fatores para influenciar o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto, são eles os níveis de apoio informativo, as atitudes dos pais em relação ao envolvimento, as relações conjugais, as relações dos pais com os seus próprios pais e os fatores socioeconómicos.

Foi também com esta revisão integrativa da literatura que se identificaram lacunas, dado que as conclusões inconclusivas das relações dos pais com os seus próprios pais, as suas atitudes relativamente ao seu envolvimento e, fatores sociodemográficos (idade, o nível de educação e o estatuto profissional) como fatores que influenciam o envolvimento paterno. Como por exemplo, os estudos limitados sobre a influência das relações dos pais com os seus pais no seu envolvimento paterno não tinham uma orientação clara sobre se a sua relação influenciaria negativamente ou positivamente o seu envolvimento.

A maioria dos estudos na revisão bibliográfica foram realizados em países com etnias predominantemente homogêneas.

Os instrumentos aplicados nos estudos que exploraram o envolvimento do pai no pré-natal não foram apropriados, uma vez que os instrumentos não foram mencionados para serem validados ou não eram suficientemente abrangentes.

Logo, os instrumentos devem de ser aperfeiçoados para medir objetivamente a quantidade de apoio recebido, bem como para avaliar o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto, a fim de melhorar a avaliação nestas áreas.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES / ACHADOS

Esta revisão integrativa da literatura vem comprovar que existe uma carência na literatura que se centre no reforço do envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto. Poucos estudos tentaram avaliar os níveis de envolvimento dos pais em associação com os seus fatores de influência. Os instrumentos utilizados pelos estudos para medir o envolvimento paterno não captaram de forma abrangente o fenómeno real do envolvimento dos pais.

Embora os pais desejassem estar ativamente envolvidos nos períodos pré-natal e intra-parto, citaram várias barreiras que impediram o seu envolvimento. Estas barreiras foram examinadas como parte dos fatores que influenciaram os seus níveis de envolvimento, incluindo os níveis de apoio informativo, atitudes em relação ao envolvimento, qualidades da relação conjugal, relações com os seus próprios pais, e fatores sociodemográficos.

Estudos prospetivos que analisem os fatores que influenciam o envolvimento dos pais com maior profundidade ajudarão a informar as intervenções para aumentar o seu envolvimento durante a gravidez e o parto. Os efeitos das intervenções podem ser avaliados com base num maior envolvimento paterno, satisfação materna e resultados de saúde relevantes. A investigação futura pode também concentrar-se no desenvolvimento de uma ferramenta mais robusta para medir o envolvimento dos pais.

APÊNDICE 7:
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA EXPERIÊNCIA DA TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE EM CONTEXTO PANDÉMICO

Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO E AUTORIZADO

Ao realizar este questionário, dá o consentimento em participar no estudo realizado pela Enfermeira Catarina Alexandra Fernandes Guiomar, aluna do 11º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, subordinado ao tema "Contributos do enfermeiro obstetra na experiência da transição para a paternidade em contexto pandémico".

Compreende que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, com os objetivos de:

Identificar as estratégias que promovam a transição à paternidade;

Avaliar a importância do enfermeiro obstetra na promoção da transição à paternidade.

Estou informado sobre os objetivos do estudo, e:

Responderei às perguntas no período do pós-parto;

As minhas respostas não serão reveladas a ninguém;

Nenhuma informação deste estudo jamais me identificará de forma alguma;

Participe ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não irá interferir nos cuidados prestados no hospital;

Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação;

Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelos contactos:

Catarina Guiomar – Tlm: 963265650, e-mail: catarinaacosta@campus.esel.pt.

Responderei livremente às questões e fui informado que esta participação é totalmente voluntária.

Data *

Dia, mês, ano



PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

Descrição (opcional)

Idade *

Texto de resposta curta

Escolaridade *

- Ensino Primário
- Segundo Ciclo
- Ensino secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Vinculo Laboral *

- Empregado
- Desempregado

Profissão *

Texto de resposta curta

Estatuto Civil *

- Solteiro
- União de facto
- Casado
- Divorciado

Duração do relacionamento com a mãe do bebé *

Texto de resposta curta

PARTE II- CARACTERIZAÇÃO do Pós-Parto

Descrição (opcional)

A gravidez foi planeada? *

- Sim
- Não

Acompanhou a grávida nas consultas de vigilância da gravidez? *

- Sim
- Não

...

Acompanhou a grávida nos preparativos para o nascimento do bebé (quarto, roupas e outros acessórios)? *

- Sim
- Não

Frequentou aulas de preparação para o parto? *

- Sim
- Não

Leu ou procurou obter informação sobre o bebé em desenvolvimento? *

- Sim
- Não

É o seu primeiro filho? *

- Sim
- Não

Se respondeu "Não" quantos filhos tem?

Texto de resposta curta

.....

Indique o número de horas que esteve na sala de partos (aproximadamente) *

- Menos de 30 minutos
- Cerca de 1 hora
- Cerca de 2 horas

Após o parto foi-lhe oferecida a oportunidade de cortar o cordão umbilical do seu bebé? *

- Sim
- Não

Cortou o cordão umbilical? *

- Sim
- Não

Pretendia cortar o cordão umbilical? *

- Sim
- Não

Após o parto foi-lhe oferecida a oportunidade de ajudar a cuidar do seu bebé? *

- Sim
- Não

Ajudou a cuidar do seu bebé? *

- Sim
- Não

Pretendia ajudar a cuidar do seu bebé? *

- Sim
- Não

...

Pegou no seu bebê ao colo? *

- Sim
- Não

Fez contato pele a pele com o seu bebê? *

- Sim
- Não

Recebeu informação sobre os cuidados a serem prestados ao seu bebê? *

- Sim
- Não

Acha que passou tempo suficiente com o seu bebê para estabelecer uma relação com o seu bebê? *

- Sim
- Não

Considera que foi prejudicial não poder visitar o bebê no internamento? *

- Sim
- Não

Gostava de ter passado mais tempo com o seu bebê no internamento? *

- Sim
- Não

O Enfermeiro Obstetra incentivou a sua presença e participação pós-parto? *

- Sim
- Não

O Enfermeiro Obstetra incentivou a sua presença e participação pós-parto? *

- Sim
- Não

Se respondeu SIM, como considera que o fez? *

Texto de resposta longa

Se respondeu NÃO, porque pensa que não o fez? *

Texto de resposta longa

O Enfermeiro Obstetra incentivou a sua presença e participação pós-parto (internamento)?

- Sim
- Não

Se respondeu SIM, como considera que o fez?

Texto de resposta longa

Se respondeu NÃO, porque pensa que não o fez?

Texto de resposta longa

Quais as expectativas em relação ao seu desempenho enquanto pai neste período de internamento? *

Texto de resposta longa

PARTE III - QUESTIONÁRIO DE BONDING

Descrição (opcional)

...

Sem título

Escala de Bonding para avaliar o envolvimento emocional do pai com o bebé de Figueiredo et al. (2005) e Figueiredo et al. (2009), sendo esta a versão portuguesa alargada do *Mother-Baby Bonding Questionnaire* de Taylor et al. (2005).

Apresento alguns adjectivos que podem descrever o modo como se sente neste momento em relação ao seu bebé.

Assinale, com uma X, até que ponto as palavras seguintes se adequam ao modo como se sente neste momento.

Para efeitos de avaliação, queira, por favor, considerar a seguinte escala: 0 - Nada, 1 - Um pouco, 2 - Bastante, 3 - Muito

Afetuosos

	0	1	2	3	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

Desiludido *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neutro, sem sentimentos *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Possessivo *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ressentido *

0	1	2	3
---	---	---	---

Desgostoso *

0

1

2

3

Protetor *

0

1

2

3

Alegre *

0

1

2

3

Agressivo *

0

1

2

3

Receoso *

0

1

2

3

Zangado *

0

1

2

3

Protetor *

0

1

2

3

Alegre *

0

1

2

3

...

Agressivo *

0

1

2

3

Receoso *

0

1

2

3

Zangado *

0

1

2

3

Triste *

0

1

2

3

APÊNDICE 8:

Tabela 11: Caracterização da amostra do estudo

<i>N</i>	106
<i>Média</i>	34,20
<i>Mediana</i>	34
<i>Erro desvio</i>	6,300
<i>Intervalo</i>	28
<i>Mínimo</i>	22
<i>Máximo</i>	50

Tabela 12: Habilitações Literárias

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Ensino primário</i>	4	3,8
<i>Segundo ciclo</i>	4	3,8
<i>Ensino secundário</i>	70	66
<i>Bacharel</i>	10	9,4
<i>Licenciatura</i>	14	13,2
<i>Mestrado</i>	3	2,8
<i>Doutoramento</i>	1	0,9
<i>Total</i>	106	100

Tabela 13: Vínculo laboral

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Desempregado</i>	7	6,6
<i>Empregado</i>	99	93,4
<i>Total</i>	106	100

Tabela 14: Tipo de relação com a puérpera

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Casado</i>	32	30,3
<i>Divorciado</i>	4	2,8
<i>Solteiro</i>	70	32,1
<i>União de facto</i>	10	34,9
<i>Total</i>	106	100

Tabela 15: Duração do relacionamento com a mãe do bebe

Anos	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
0	7	6,6
1	6	5,7
2	11	10,4
3	7	6,6
4	8	7,5
5	15	14,2
6	8	7,5
7	7	6,6
8	3	2,8
9	3	2,8
10	8	7,5
11	2	1,9
12	2	1,9
13	2	1,9
14	4	3,8
15	6	5,7
16	1	0,9
17	3	2,8
18	1	1
19	1	1
20	1	1
Total	106	100

Tabela 16: Planejamento da gravidez

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	77	72,6
<i>Não</i>	29	27,4
<i>Total</i>	106	100

Tabela 17: Participação dos pais nas consultas de vigilância da gravidez

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	65	61,3
<i>Não</i>	41	38,7
<i>Total</i>	106	100

Tabela 18: Participação dos pais nos preparativos para o nascimento do bebê

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	97	91,5
<i>Não</i>	9	8,5
<i>Total</i>	106	100

Tabela 19: Participação do pai no CPNP

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	24	22,6
<i>Não</i>	82	77,4
<i>Total</i>	106	100

Tabela 20: Aquisição de informação sobre o bebê em desenvolvimento

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	94	88,7
<i>Não</i>	12	11,3
<i>Total</i>	106	100

Tabela 21: Experiência em Paternidade

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	55	51,9
<i>Não</i>	51	48,1
<i>Total</i>	106	100

Tabela 22: Número total de filhos

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
2	17	33,3
3	26	51
4	7	13,8
5	1	1,9
<i>Total</i>	51	100

Tabela 23: Oportunidade dada ao pai para cortar o cordão umbilical pelo EEESMO

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	51	48,1
<i>Não</i>	55	51,9
<i>Total</i>	106	100

Tabela 24: Distribuição dos pais que cortaram o cordão umbilical

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	36	34
<i>Não</i>	70	66
<i>Total</i>	106	100

Tabela 25: Pretensão paterna de cortar o cordão umbilical

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	61	57,5
<i>Não</i>	45	42,5
<i>Total</i>	106	100

Tabela 26: Possibilidade de cuidar do RN

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	71	67
<i>Não</i>	29	27,4
<i>Não responderam</i>	6	5,6
<i>Total</i>	106	100

Tabela 27: Caracterização dos pais que ajudaram a cuidar do seu RN

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	77	72,6
<i>Não</i>	29	27,4
<i>Total</i>	106	100

Tabela 28: Distribuição dos pais que pretendiam cuidar do seu RN

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	104	98,1
<i>Não</i>	2	1,9
<i>Total</i>	106	100

Tabela 29: Distribuição dos pais que pegaram no seu RN ao colo

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	90	84,9
<i>Não</i>	16	15,1
<i>Total</i>	106	100

Tabela 30: Distribuição dos pais que fizeram contato pele a pele com o seu RN

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	64	60,4
<i>Não</i>	42	39,6
<i>Total</i>	106	100

Tabela 31: Distribuição dos pais que receberam informação sobre os cuidados a serem prestados ao RN

	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
<i>Sim</i>	68	64,2
<i>Não</i>	38	35,8
<i>Total</i>	106	100

APÊNDICE 9:

**PERCEÇÃO PATERNA DE COMO FOI CONCRETIZADO O INCENTIVO DO
EEESMO PARA A PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PÓS-PARTO**

Tabela 32: Percepção paterna de como foi concretizado o incentivo do EEESMO para a presença e participação do pai no pós-parto

<i>IRD</i>	<i>Resposta</i>
Q6	Insistiu que eu corta-se o cordão umbilical
Q9	Pediu-me que estivesse com a minha mulher e que lhe desse carinho para facilitar todo o processo
Q10	Ao permitir a visita e dar explicações sobre a interação a três
Q13	Porque a minha presença ajudou-a a ter o bebé mais rápido
Q16	Fez de uma forma motivacional
Q24	Incentivou a minha participação no apoio à amamentação
Q27	Estive presente após o parto até à transferência para o internamento
Q30	Acompanhou e explicou todo o processo do pós-parto
Q34	Questionou se pretendia cortar o cordão umbilical, se me sentia bem para continuar,...
Q36	fez de uma forma motivacional
Q43	Conversou comigo e manteve-me junto à mãe e incentivou-me a vestir a bebé
Q44	acompanhou e explicou todo o processo do pós-parto
Q50	no apoio à amamentação, incentivou a minha participação
Q53	Dentro do tempo permitido incentivou a ajudar a mãe a alimentar-se e a vestir a bebé
Q66	dentro da medida do possível, pois o tempo de visita foi reduzido pelo covid-19
Q69	Encorajando a interagir com o bebé na zona recobro
Q70	A enfermeira obstetra deixou me participar no período expulsivo do meu filho, não tenho palavras para agradecer.
Q71	Pediram para que ficasse perto da mãe do bebé
Q78	assisti ao parto e estive na sala de recobro com a mãe e a bebé até serem transferidas
Q83	Conversou com migo e mantive-me junto a mãe e ao bebe durante duas horas no recobro.
Q84	A enfermeira obstetra deixou-me participar no período expulsivo do meu filho, não tenho palavras para agradecer
Q91	Perguntou e comunicou sempre comigo sobre qualquer dúvida que tinha
Q97	Foi me orientado nos cuidados a ter
Q98	Deixou cuidar, pegar e incentivou a minha participação de uma forma super profissional, atenciosa e "know-how" acima da média

APÊNDICE 10:
**PERCEÇÃO PATERNA DAS RAZÕES QUE LEVARAM O EEESMO A NÃO
INCENTIVAR A PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PÓS-PARTO**

Tabela 33: Percepção paterna do porquê de não ter sido incentivado pelo EEESMO à presença e participação do Pai no Pós-Parto

<i>IRD</i>	<i>Resposta</i>
Q1	Por medidas de segurança em tempo de pandemia
Q7	Contexto pandémico
Q12	Devido à pandemia
Q15	Não estive presente na sala de parto
Q25	Regras restritivas, causadas pela saras-Cov 2
Q28	Devido à pandemia
Q32	Devido aos tempos em que estamos em relação à pandemia
Q35	Devido à pandemia
Q37	Devido à pandemia
Q38	Devido às restrições do covid-19
Q42	Momento atual em que vivemos (COVID-19)
Q46	Por causa da pandemia do covid
Q55	Convid-19
Q59	Devido ao covid não pude ficar mais tempo
Q62	Pq não podia estar no hospital
Q68	Foi somente uma visita rápida de 30 minutos
Q78	Por motivos de estarmos a passar por uma pandemia
Q82	Porque não podia devido à pandemia covid-19
Q83	Covid-19
Q89	Covid-19
Q92	Pelas medidas de segurança relativamente ao covid-19, falta aproximação
Q98	Não cheguei a conhecer devido as medidas de segurança de prevenção ao covid-19
Q100	Pelo covid-19
Q103	Sempre a mesma desculpa sobre o covid, mas para assistir ao parto fui obrigado a fazer o teste PCR que apresentou negativo, logo poderia ter passado mais tempo com a bebé e a mãe. Uma visita de 30 min não dá para fazer absolutamente nada
Q106	Não houve mais tempo para estar com a mãe e com o bebé.

APÊNDICE 11:

**PERCEÇÃO PATERNA DAS RAZÕES QUE LEVARAM O EEESMO A
INCENTIVAR A PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PÓS-PARTO
(INTERNAMENTO)**

Tabela 34: Percepção paterna de como foi concretizado o incentivo do EEESMO para a presença e participação do pai no pós-parto (Internamento)

<i>IRD</i>	<i>Resposta</i>
Q1	Muito Bom
Q7	de uma forma super profissional, atenciosa e "know-how" acima da média
Q12	na interação com o bebé e ajudando na pega da mama
Q15	foi bom passar um pouco de tempo
Q25	Através de palavras
Q28	Perguntou e comunicou sempre comigo sobre qualquer dúvida que tinha

APÊNDICE 12:
PERCEÇÃO PATERNA DAS RAZÕES QUE LEVARAM O EEESMO A NÃO
INCENTIVAR A PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PÓS-PARTO
(INTERNAMENTO)

Tabela 35: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento)

<i>IRD</i>	<i>Resposta</i>
Q2	Covid
Q7	Porque era o momento da mãe e depois fui obrigado a sair após a transferência para o internamento
Q13	Devido à pandemia
Q15	Devido aos tempos em que estamos em relação à pandemia
Q25	Falta de tempo com a mãe e com o bebê
Q26	Mais uma vez, devido à pandemia
Q32	Porque Não me disse o que fazer para ajudar
Q34	Por motivos de estarmos a passar por uma pandemia
Q35	Visitas não são permitidas
Q40	Porque não podia devido à pandemia covid-19
Q42	Covid-19
Q43	Não pude estar no internamento
Q45	Não incentivou porque não foi preciso
Q51	As visitas são de apenas 30 minutos
Q52	As visitas estarem interditas, pela pandemia
Q55	Devido à pandemia, não é possível a participação
Q68	Por causa do covid-19
Q74	Covid-19
Q78	Não foi possível devido à pandemia
Q82	Devido ao covid-29
Q89	Devido às normas de segurança em tempo de pandemia
Q92	Restrições de permanência
Q97	Por causa das restrições da covid-19
Q100	Não são permitidas visitas
Q103	Devido à pandemia
Q106	Devido à pandemia não me foi permitido estar no internamento

APÊNDICE 13:
EXPETATIVAS DO DESEMPENHO ENQUANTO PAI NO PERÍODO DO PÓS-
PARTO (INTERNAMENTO)

Tabela 36: Expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto (internamento)

<i>IRD</i>	<i>Resposta</i>
Q1	Esperava ser mais participativo e receber formação como sempre foi feito. Passei ao lado de todo o processo nas questões e etapas no hospital.
Q2	Apoiar a mãe
Q5	Apesar de ter conhecimento das restrições e de saber o que me esperava, a situação não deixou de ser frustrante porque me senti completamente inútil. Dois dias sem poder ver nem ajudar a minha companheira com as suas necessidades e as da bebé.
Q6	esperava poder ter passado mais tempo com o bebé
Q7	podia ter estado mais presente
Q8	acompanhar todo o processo desde a entrada em trabalho de parto até ao nascimento, o que aconteceu
Q9	correu tudo bem de acordo com as expectativas
Q10	penso que vou ter um bom pai presente e atencioso
Q11	Não pude fazer nada, não houve direito a visita, inadmissível
Q15	com prazer de ver a minha filha e de ter ajudado a mãe no momento do parto
Q16	ansioso para estar a pé da criança
Q17	são imensas, ainda tenho muito para aprender
Q18	nao tinha grande expectativas devido ao covid
Q20	as expectativas são boas
Q21	esperava poder visitar mais vezes
Q22	serei um pai presente como fui com a Rebeca, cumpri com a minha responsabilidade como pai dando prioridade as mesmas
Q25	poder levá-lo com saúde e saudável para casa
Q27	desejava ajudar a mãe neste período no pós-parto
Q29	pouco tempo nas visitas, limita a aproximação entre o pai e o bebé
Q30	sempre com expectativas muito boas
Q31	poder passar mais tempo com o bebé, para que a mãe possa ter algum tempo de descanso e poder ausentar-se tranquilamente para poder fazer a sua higiene mais tranquila
Q32	não tive participação nenhuma
Q33	gostaria de estar presente de modo a participar nas primeiras atividades com o bebé (banho, a muda da fralda,...), apoiar a mãe no pós-parto
Q34	é expectável que o pai possa receber toda a informação possível e poder participar ativamente neste fase nova que se inicia, não foi possível devido à situação do covid-19

Q36	as melhores expectativas
Q37	organizar a chegada em casa do bebé e da mãe
Q38	o pai é fundamental para dar apoio à mãe
Q39	cuidar da minha primeira filha em casa
Q40	devido à pandemia, o meu desempenho foi praticamente nulo, pois apenas trouxe roupas no dia a seguir e ficaram na recepção
Q41	o meu desempenho foi bastante fraco pela ausência presencial no local de internamento
Q43	dar apoio à mãe via telefónica
Q44	nao foram muito boas, pois queria um tempo a mais com a minha esposa e o meu filho
Q46	eu gostava muito de estar cá no internamento para acompanhar a minha esposa e o meu lindo filho
Q47	penso que devido à situação de covid é compreensível as políticas internas apertadas
Q50	Não tive participação pelo covid-19
Q51	expectativas normais face ao contexto atual de pandemia
Q52	Gostaria de ter estado presente fisicamente para dar apoio à mãe e poder estar e cuidar do bebé
Q53	poder visitar e acompanhar o bebé e mãe durante o internamento
Q55	ser mais presente, para poder usufruir mais tempo com o bebé nas primeiras horas de vida
Q69	nao pude estar no internamento, mas a minha presença era essencial para ajudar a mãe com o bebé, quer ajuda física e emocional
Q 70	expectativas baixas devido as restrições nesta situação de pandemia
Q71	Muito ausente, acho desumano
Q77	O meu desempenho foi sempre o melhor possível, mas gostaria de poder ter ficado mais tempo com a minha filha e esposa
Q80	Muito boas mesmo condicionadas em relação ao covid
Q83	Nao foi possível ter desempenho em 30min de visita
Q84	Muito boas mesmo condicionadas em relação ao covid
Q85	Só posso esperar e preparar a casa. De resto estou privado de tudo, 1.o banho, 1.a mudança da fralda... tudo
Q86	Isento que o desempenho não foi o melhor, porque não me foi permitido
Q88	O que foi possível ajudar e estar presente foi muito bom
Q89	Eu gostaria de participar nos cuidados da minha filha e não pude participar devido à nova restrição de visitas
Q92	Tinha a expectativa em ajudar, colaborar e aprender, nada disso foi possível
Q93	Pelas restrições de visitas causadas pelo covid-19 não tive no internamento

Q96	Gostaria de ter passado as primeiras horas de vida com a minha filha, e ter acompanhado a minha mulher, ajudando-a cuidar da nossa filha visto que foi cesariana e quem desenvolveu esse rolo foram os enfermeiros
Q96	Essa questão nem foi colocada devido ao covid.
Q97	A presença prolongada de modo a ajudar e apoiar a mãe neste momento crucial e complicado que é o pós-parto. Igualmente super importante estar com a bebé neste primeiros dias de vida.
Q100	Um pai deve de estar presente no desenvolvimento de todos os filhos, sendo numa primeira fase ajudar a mãe e o máximo possível. O dar banho ao recém-nascido e era importante para mim enquanto pai
Q103	Criar ligação com o filho bem como acompanhar, mimar e apoiar a mãe que também precisa de amor
Q104	Passado três dias do nascimento do meu filho tive cerca de 1h30min com ele, não consigo perceber o porquê, se estou vacinado e tenho teste de covid negativo. Ainda não o conheço, nem ele a mim. Nos outros filhos dei-lhes banho, ajudei nos cuidados e ajudei a minha mulher e agora nada.
Q106	Poder acompanhar os primeiros cuidados ao bebé, e apoiar a mãe.

APÊNDICE 14:
ANÁLISE DE CONTEÚDO

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para concretizar a análise do conteúdo resultante das perguntas abertas (Pergunta 20, 21 e 22 do IRD), optei por concretizar uma análise de conteúdo segundo Bardin (2020), possibilitando identificar categorias e subcategorias decorrentes dos parecer dos pais.

A análise de conteúdo segundo Bardin (2020), compreende três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Para tal, realizei uma leitura flutuante e síntese das respostas dos pais para concretizar a Pré-análise. Seguindo-se a exploração do material, com o propósito de codificar os dados e agrega-los em categorias, usando a teoria das transições de Meleis (2010). Por fim, para realizar o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foi feita por meio de inferência.

É importante referir que concretizei o tratamento de dados sem nunca descuidar os princípios éticos e deontológicos, com o objetivo de garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Após a análise e extração dos dados, citei excertos das respostas dos pais às questões, as mais relevantes encontram-se citadas nas unidades de registo, as que considerei significativas e ilustrativas das subcategorias que surgiram, estão codificadas, como por exemplo “resposta do pai” Q1, com o intuito de manter a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, nas tabelas infra.

Nas questões **“O enfermeiro obstetra incentivou a sua presença e participação pós-parto? Se respondeu sim, como considera que o fez?”** e na **“O enfermeiro obstetra incentivou a sua presença e participação pós-parto (Internamento)? Se respondeu sim, como considera que o fez?”**, procurou perceber de que modo o EEESMO com as suas intervenções preventivas ou terapêuticas fez a suplementação do papel, prevenindo ou evitando a insuficiência do papel paterno (Meleis, 2010) (Quadro 1).

Quadro 1: Percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto e no Pós-parto no Internamento

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Promoção de um ambiente facilitador à transição	Incentivar a presença e participação do pai	<p>Insistiu que eu cortasse o cordão umbilical (Q6)</p> <p>Fez de uma forma motivacional (Q16)</p> <p>Incentivou a minha participação no apoio à amamentação (Q24)</p> <p>Estive presente após o parto até à transferência para o internamento (Q27)</p> <p>Questionou se pretendia cortar o cordão umbilical, se me sentia bem para continuar (...) fez de uma forma motivacional (Q34)</p> <p>A enfermeira obstetra deixou me participar no período expulsivo do meu filho, não tenho palavras para agradecer.(Q84)</p> <p>Encorajando a interagir com o bebé na zona recobro (Q69)</p> <p>Dentro do tempo permitido incentivou a ajudar a mãe a alimentar-se e a vestir a bebé dentro da medida do possível, pois o tempo de visita foi reduzido pelo covid-19 (53)</p>
	Valorizar o papel paterno	<p>Pedi-me que estivesse com a minha mulher e que lhe desse carinho para facilitar todo o processo (Q9)</p> <p>Ao permitir a visita e dar explicações sobre a interação a três (Q10)</p> <p>Porque a minha presença ajudou-a a ter o bebé mais rápido (Q13)</p> <p>Conversou comigo e manteve-me junto à mãe e incentivou-me a vestir a bebé, acompanhou e explicou todo o processo do pós-parto, no apoio à amamentação, incentivou a minha participação (Q43)</p>
	Agir/atitude profissional	<p>Perguntou e comunicou sempre comigo sobre qualquer dúvida que tinha (Q91)</p> <p>Acompanhou e explicou todo o processo do pós-parto (Q44)</p> <p>Deixou cuidar, pegar e incentivou a minha participação de uma forma super profissional, atenciosa e "know-how" acima da média (Q50)</p> <p>Através de Palavras (Q25)</p> <p>Na interação com o bebé e ajudando na pega da mama (Q7)</p>

Nas questões “O Enfermeiro Obstetra incentivou a sua presença e participação Pós-Parto e no Pós-Parto no Internamento? Se respondeu NÃO, porque pensa que não o fez?”, tencionava perceber os obstáculos à promoção de um ambiente facilitador à transição da paternidade (Meleis, 2010) (Tabela 2).

Quadro 2: Síntese da Estrutura da Análise de conteúdo à percepção paterna das razões que levaram o EEESMO a não incentivar a presença e participação do Pai no Pós-Parto (Internamento)

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Obstáculos à Promoção de um ambiente facilitador à transição	Restrições sanitárias pela Situação pandémica	Por medidas de segurança em tempo de pandemia (Q1) Contexto Pandémico (Q7) Devido à pandemia (Q37) Regras restritivas, causadas pela SARS-CoV-2 (Q25) Devido aos tempos em que estamos em relação à pandemia (Q32) Porque não podia devido à pandemia covid-19 (Q 78) Devido ao covid não pude ficar mais tempo (Q59)
	Tempo insuficiente	Uma visita de 30 min não dá para fazer absolutamente (Q103) Não houve mais tempo para estar com a mãe e com o bebé. (Q106) Foi somente uma visita rápida de 30 minutos (Q68)
	A Situação pandémica como desculpa	Sempre a mesma desculpa sobre o covid, mas para assistir ao parto fui obrigado a fazer o teste PCR que apresentou negativo, logo poderia ter passado mais tempo com a bebé e a mãe (Q103)
	Perder o nascimento do filho	Não estive presente na sala de parto (Q15) Não cheguei a conhecer devido as medidas de segurança de prevenção ao covid-19 (Q98)
	Interdição das visitas	Porque era o momento da mãe e depois fui obrigado a sair após a transferência para o internamento (Q7) Falta de tempo com a mãe e com o bebé (Q25) Visitas não são permitidas (Q35) Não pude estar no internamento (Q43) Devido à pandemia, não é possível a participação (Q55) Devido às normas de segurança em tempo de pandemia (Q89) Restrições de permanência (Q92) Não são permitidas visitas (Q100)

A questão “**Quais as expectativas em relação ao seu desempenho enquanto pai neste período de internamento?**”, pretendia reconhecer as expectativas que os pais tinham no cumprimento do seu papel de pai no decurso do internamento no Pós-parto.

As expectativas paternas traduzem a antecipação do papel do pai na sua assunção desse mesmo papel, as condições em que a transição ocorre, nomeadamente o ambiente facilitador ou dificultador. Se o desempenho do papel for dificultado, pode surgir a insuficiência do papel caracterizado por sentimentos e comportamentos associados com a perceção de desadequação das expectativas no desempenho do papel (Meleis, 2010) Tabela (3).

Quadro 3: Expetativas do desempenho enquanto pai no período do pós-parto (internamento)

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Expetativas paternas	Ambiente facilitador: Estar presente e ajudar	Acompanhar todo o processo desde a entrada em trabalho de parto até ao nascimento, o que aconteceu (Q8) Com prazer de ver a minha filha e de ter ajudado a mãe no momento do parto (Q15) Muito boas mesmo condicionadas em relação ao covid (Q80)
	Ambiente dificultador: restrições Covid	Esperava ser mais participativo e receber formação como sempre foi feito. Passei ao lado de todo o processo nas questões e etapas no hospital. (Q1) Esperava poder ter passado mais tempo com o bebé (Q6) Não pude fazer nada, não houve direito a visita, inadmissível (Q11) Esperava poder visitar mais vezes (Q21) Devido à pandemia, o meu desempenho foi praticamente nulo, pois apenas trouxe roupas no dia a seguir e ficaram na recepção (Q40) O meu desempenho foi bastante fraco pela ausência presencial No local de internamento (41) Penso que devido à situação de covid é compreensível as políticas internas apertadas (Q47) Não foi possível ter desempenho em 30min de visita (Q83) Só posso esperar e preparar a casa. De resto estou privado de tudo, 1.o banho, 1.a mudança da fralda... tudo (Q85)

		Isento que o desempenho não foi o melhor, porque não me foi permitido (Q86)
	<p>Sentimentos: Frustração Aceitação (pela situação Pandémica)</p>	<p>Apesar de ter conhecimento das restrições e de saber o que me esperava, a situação não deixou de ser frustrante porque me senti completamente inútil. Dois dias sem poder ver nem ajudar a minha companheira com as suas necessidades e as da bebé. (Q5)</p> <p>Não tinha grande expectativas devido ao covid (Q18)</p> <p>Não tive participação nenhuma (Q32)</p> <p>É expectável que o pai possa receber toda a informação possível e poder participar ativamente neste fase nova que se inicia, não foi possível devido à situação do covid-19 (Q34)</p> <p>Tinha a expectativa em ajudar, colaborar e aprender, nada disso foi possível (Q92)</p> <p>Passado três dias do nascimento do meu filho tive cerca de 1h30min com ele, não consigo perceber o porquê, se estou vacinado e tenho teste de covid negativo. Ainda não o conheço, nem ele a mim. Nos outros filhos dei-lhes banho, ajudei nos cuidados e ajudei a minha mulher e agora nada. (Q104)</p>
	<p>Comportamentos : Cuidar do bebé Cuidar da mãe</p>	<p>Gostaria de estar presente de modo a participar nas primeiras atividades com o bebé (banho, a muda da fralda,...), apoiar a mãe no pós-parto (Q33)</p> <p>O pai é fundamental para dar apoio à mãe (Q38)</p> <p>Dar apoio à mãe via telefónica (Q43)</p> <p>Gostaria de ter estado presente fisicamente para dar apoio à mãe e poder estar e cuidar do bebé (Q52)</p> <p>Gostaria de ter passado as primeiras horas de vida com a minha filha, e ter acompanhado a minha mulher, ajudando-a cuidar da nossa filha visto que foi cesariana e quem desenvolveu esse rolo foram os enfermeiros (Q96)</p> <p>A presença prolongada de modo a ajudar e apoiar a mãe neste momento crucial e complicado que é o pós-parto. Igualmente super importante estar com a bebé neste primeiros dias de vida.(Q97)</p> <p>Poder acompanhar os primeiros cuidados ao bebé, e apoiar a mãe (Q106)</p>
	<p>Criar laços com o filho</p>	<p>Poder visitar e acompanhar o bebé e mãe durante o internamento (Q53)</p>

		<p>Ser mais presente, para poder usufruir mais tempo com o bebê nas primeiras horas de vida (Q55)</p> <p>Um pai deve de estar presente no desenvolvimento de todos os filhos, sendo numa primeira fase ajudar a mãe e o máximo possível. O dar banho ao recém-nascido e era importante para mim enquanto pai (Q100)</p> <p>Criar ligação com o filho bem como acompanhar, mimar e apoiar a mãe que também precisa de amor (Q103)</p>
--	--	--

APÊNDICE 15:
ESTATÍSTICAS DE CONFIABILIDADE

Estatísticas de confiabilidade Total da Escala

Cronbach's Alpha	N of Items
0,637	12

Estatísticas de confiabilidade “*Bonding Positivo*”

Cronbach's Alpha	N of Items
0,650	3

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Afetuoso	5,54	1,108	0,345	0,119	0,747
Alegre	5,35	1,277	0,550	0,386	0,474
Protetor	5,47	1,071	0,535	0,390	0,446

Estatísticas de confiabilidade “*Bonding Negativo*”

Cronbach's Alpha	N of Items
0,876	6

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Desiludido	9,89	7,682	0,519	0,697	0,573
Ressentido	9,79	7,176	0,552	0,632	0,556
Desgostoso	9,91	7,572	0,633	0,860	0,558
Agressivo	9,99	9,267	0,148	0,269	0,635
Zangado	9,99	8,314	0,619	0,729	0,587
Triste	9,97	7,933	0,613	0,860	0,573

Estatísticas de confiabilidade “*Bonding Not Clear*”

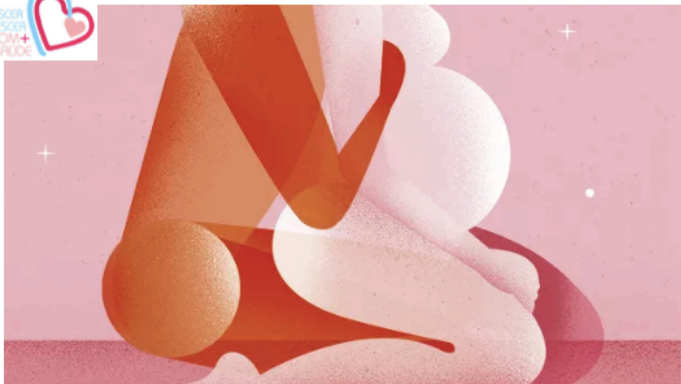
Cronbach's Alpha	N of Items
0,017	3

The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Estatísticas de confiabilidade “*Bonding Not Clear*”

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Total Correlation	Item-Squared Correlation	Multiple Squared Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Neutro, sem sentimentos	9,97	9,571	-0,052	0,179		0,652
Possessivo	9,58	8,132	0,133	0,110		0,665
Receoso	9,40	8,642	0,083	0,047		0,664

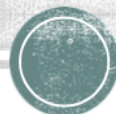
APÊNDICE 16:
SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



Sexualidade do Casal na Gravidez e Pós-parto

Formadora: EEEESMO Catarina Guiomar

Sob a orientação do EEESMO Filipe Viegas
e da Docente Anabela Ferreira



Objetivos

- Compreender eventuais alterações do comportamento/resposta sexual durante a gravidez;
- Mitos e crenças;
- Perspetiva masculina da mulher grávida;
- Recursos assistenciais no aconselhamento sexual.
- Esclarecer sobre o início da atividade sexual no pós-parto;
- Esclarecer sobre métodos contraceptivos e critérios de elegibilidade durante o aleitamento materno;

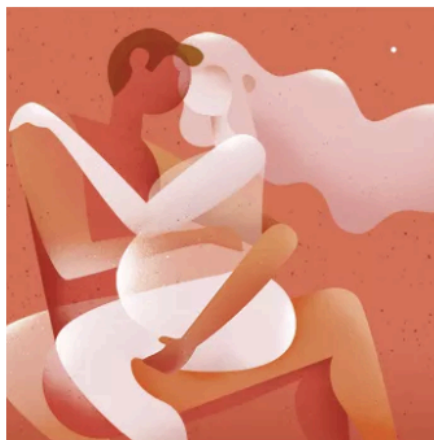


A sexualidade na gravidez

O QUE É A SEXUALIDADE?

É "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental!"

(OMS, 1992)



Sexualidade na gravidez

- Desde o início da gravidez, a mulher sofre várias **modificações e alterações fisiológicas e psicológicas**, que podem ou não afetar a mulher;
- A sexualidade durante a gravidez **é muitas vezes afetada**;
- Fatores culturais e educacionais podem ter também uma influência importante na vivência da atividade sexual neste período.

• (Martins, S., Gouveia, R., Correia, S., Nascimento, C., Rocha, E., Figueira, J., Sandes, A. R., Valente, S., Silva, L. J., 2007)



Sexualidade na Gravidez



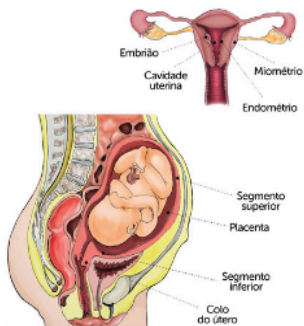
Sexualidade na Gravidez



Mitos

- O sexo na gravidez pode prejudicar o bebé?
- Existem vantagens em manter relações sexuais durante a gravidez?
- Pode-se ter relações sexuais durante a gravidez?

O sexo na gravidez pode prejudicar o bebê?



Quando não devo de manter relações sexuais?

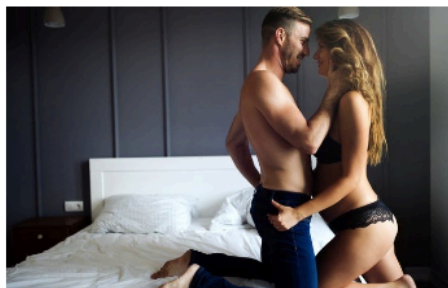
- Perda de sangue;
- Perda de líquido amniótico;
- Contrações;
- Incompetência cérvico-ístmica;
- Placenta prévia;
- Descolamento da placenta;
- Dor ou desconforto;
- Indicação médica.



DGS (2015)

Existem vantagens em manter relações sexuais durante a gravidez?

- Queima calorias;
- Melhora a qualidade do sono;
- Melhora o orgasmo;
- Melhora a autoestima;
- Deixa-a feliz;
- Acelera a dilatação;
- Reduz a dor;

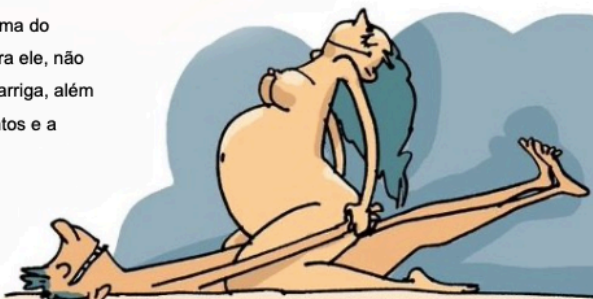


Posições Sexuais Confortáveis na Gravidez

Posições Sexuais Confortáveis na Gravidez

Sentada

A grávida ao ficar em cima do companheiro e de frente para ele, não sofre nenhuma pressão na barriga, além de controlar os movimentos e a penetração.



Posições Sexuais Confortáveis na Gravidez

Pai e Mãe adaptado

O homem fica em cima da grávida, mas com o tronco mais elevado, assim não há uma sobrecarga de peso em cima da barriga da grávida.

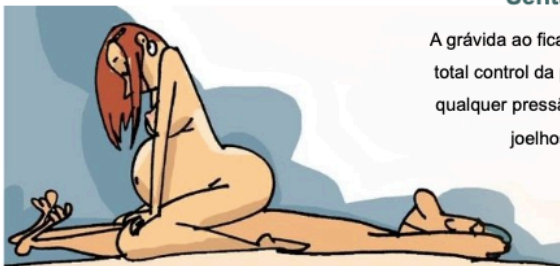
No final da gravidez podem utilizar almofadas sob as nádegas para elevar a pelve e conseguirem assim uma posição confortável.



Posições Sexuais Confortáveis na Gravidez

Sentada de costas

A grávida ao ficar em cima do companheiro tem total control da penetração, além de não sofrer qualquer pressão na barriga e poder apoiar os joelhos para maior conforto.



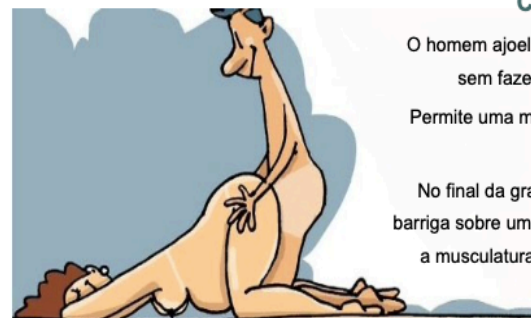
Posições Sexuais Confortáveis na Gravidez

Cachorrinho

O homem ajoelhado, penetra a mulher por trás, sem fazer pressão sobre a barriga.

Permite uma maior liberdade de movimentos à grávida.

No final da gravidez, a grávida pode apoiar a barriga sobre uma almofada, não sobrecarregando a musculatura lombar e dando-lhe um maior equilíbrio.



Posições Sexuais Confortáveis na Gravidez

Conchinha

A grávida fica lateralizada e de costas para o homem, que também está deitado de lado, encaixando o seu corpo no da mulher e penetra-a por trás.

Esta posição pode ser praticada até ao final da gravidez, já que o peso da barriga não afeta a coluna.

Para maior conforto no final da gravidez, a mulher pode apoiar a barriga sobre uma almofada.



Determinismos do Parto

- A **Prostaglandina** é uma enzima.
- A sua ativação é estimulada por diferentes circunstâncias (queimaduras, fenómenos de trombose).
- O papel das prostaglandinas no trabalho de parto pode ser evidenciado por vários fatores:
 - Os níveis das prostaglandinas no plasma materno e no líquido amniótico aumentam no trabalho de parto;
 - Os estímulos que comprovadamente aumentam a libertação de prostaglandinas são: a **manipulação do colo**, o **descolamento do polo inferior do ovo** e a **ruptura de membranas**, aumentam ou iniciam a contratilidade uterina;
 - As prostaglandinas induzem ao trabalho de parto.

(Graça, 2017)



Determinismos do Parto

Os mecanismos que desencadeiam o trabalho de parto ainda não estão bem identificados.

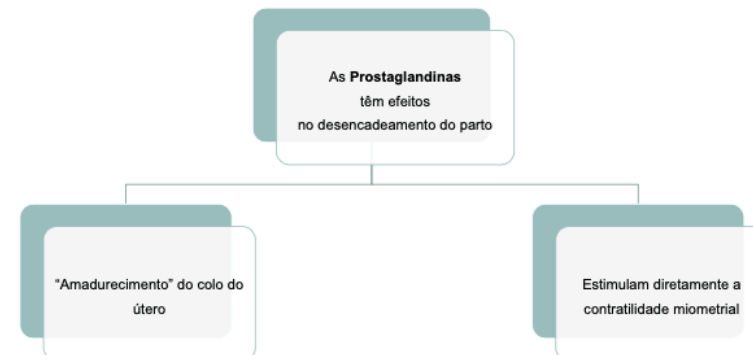
Mas os principais agentes que provocam as contrações são as Prostaglandinas.

Mas afinal o que são as **Prostaglandinas** ?

(Graça, 2017)



Determinismos do Parto



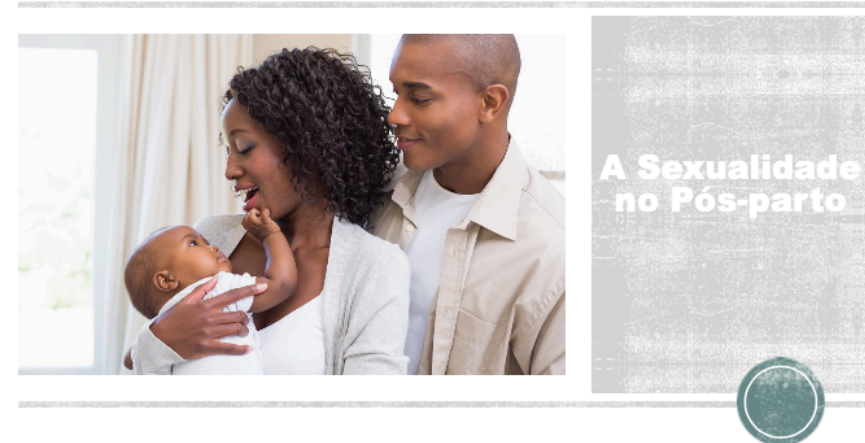
(Graça, 2017)



Determinismos do Parto

- Para Benvold (1987) a **relação sexual** é um **método não médico na tentativa de indução do parto**.
- A estimulação física do segmento uterino inferior ou liberação endógena de ocitocina como resultado do orgasmo pela ação direta das prostaglandinas do esperma, estimulem o início do trabalho de parto (Benvold, 1987).
- O **esperma humano contém uma grande concentração de prostaglandinas** (Benvold 1987).
- Segundo Tan (2006), existe uma ligação entre a relação sexual e o início do trabalho de parto, **minimizando a necessidade de indução às 41 semanas de gestação**.

(Graça, 2017)



Concluindo...

- Esclarecer dúvidas sempre com um profissional de saúde, em especial com o **EESMO**;
- Ter relações sexuais durante a gravidez **não prejudica a gravidez**;
- A **comunicação** entre o casal é fundamental;
- **Expressar e partilhar** as suas necessidades sexuais e pessoais ao companheiro;
- **Verbalizarem** quais as **mudanças** que estão a vivenciar ao nível da sua sexualidade, quer com o/a parceiro/a, quer com os profissionais de saúde que os acompanham ao longo deste período.
- A sexualidade/relação sexual não se cinge à penetração, o casal não deve esquecer os **afetos...** as **carícias...** os **elogios...**;
- No final da gravidez, a **relação sexual** pode estimular o **"amolecimento" do colo** e **estimular a contratilidade uterina, desencadeando o início do trabalho de parto**.



Consulta de Revisão do Puerpério

- Deverá ocorrer entre a **4ª** e a **6ª semana** do pós-parto.
- Será realizada uma avaliação global da mulher, tendo em conta os diferentes aspetos e funcionalidades do **pavimento pélvico** – urogenital, fecal e sexual.
- E serão abordados temas como a **sexualidade** e a **contraceção**.



(DGS, 2015)



A sexualidade no Pós-parto

Promover e Potenciar o conhecimento da mulher sobre a sexualidade no período do pós-parto.

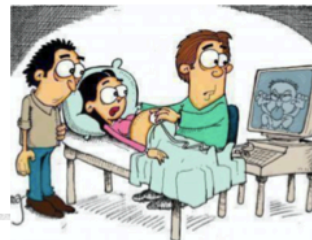
EESMO tem um papel fundamental

A sexualidade tem uma grande importância na **vida afetiva e sexual da mulher e do casal.**

(DGS, 2015)

Caso se sintam preparados para retomar a atividade sexual antes da consulta da revisão do puerpério, deverão utilizar como **método contraceptivo o preservativo**, a fim de prevenir uma **nova gravidez.**

(DGS, 2015)



E se quiser iniciar a atividade sexual antes da consulta da revisão do puerpério?

Quando posso voltar a ter relações sexuais?

• O retorno da atividade sexual é recomendado após a realização da consulta da revisão do puerpério e com o consentimento de ambos.

• Ambos devem de se sentir preparados para retomar a atividade sexual, a partilha dos medos, dos receios entre ambos continua a ser muito importante!



(DGS, 2015)

A libido da mulher modifica-se, porquê?

É normal as mudanças na libido da Mulher

As mulheres que amamentam exclusivamente ou que utilizem a contraceção com progestativo.

Podem ter uma diminuição da lubrificação e um aumento transitório da atrofia vaginal

Condição esta que pode ser melhorada com a utilização de lubrificantes à base de água ou creme

(DGS, 2015)

O interesse da mulher quanto à sexualidade modifica-se, porquê?

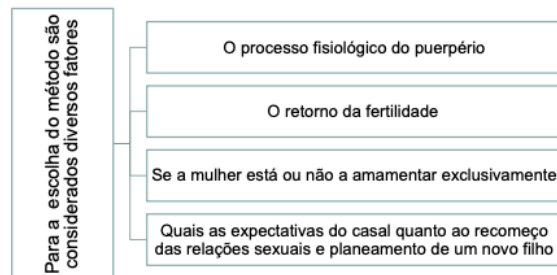


Há alguns homens que após a paternidade, partilham com as mulheres deste stress emocional e psíquico – influencia o desejo e a disponibilidade sexual

(DGS, 2015)

Métodos contraceptivos

- A utilização de contraceção deve ser discutida durante a vigilância da gravidez e reforçada na consulta do puerpério.



(DGS, 2015)

A puérpera pode utilizar qualquer método contraceptivo?

- Caso a mulher esteja a amamentar, deverá optar por um contraceptivo progestativo, ao invés de contraceptivo hormonal combinado.

- Mas Porquê??



(DGS, 2015)



Métodos Contraceptivos Compatíveis com a Amamentação

Métodos não hormonais



- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Preservativo
- Naturais

Métodos Progestativos



- Pílula progestativa
- Sistema intrauterino (SIU)
- Implante

(DGS, 2015)



Métodos Naturais

▪ O que é?

- Abstinência periódica resultado do autocontrolo dos níveis de fertilidade do ciclo menstrual da mulher.

▪ Quais são os métodos?

- Método do calendário
- Método da temperatura basal
- Método do muco cervical

(APF, 2021)



Dispositivo Intrauterino



▪ O que é?

- É um dispositivo, em forma de "T", que é introduzido na cavidade uterina.

- O DIU contém cobre, razão pela qual se desencadeia uma resposta inflamatória que impede a entrada dos espermatozoides no útero e altera o endométrio, impedindo a fixação do ovo.



(APF, 2021)



E a amamentação exclusiva é um método contraceptivo?

- É um método contraceptivo temporário, fundamentado no efeito natural da amamentação sobre a fertilidade, garantido pelos picos de prolactina → que inibe a ovulação.

- Este método para ser eficaz, é necessário:

- A mulher deve manter a amenorreia;
- A amamentação deve de ser exclusiva;
- Mamadas diurnas e noturnas, com intervalos inferiores a 6 horas;
- A criança deverá ter menos de 6 meses de idade.

(DGS, 2015)



Implante

• O que é?

- É um método contraceptivo hormonal de longa duração – 3 anos.
- Não contém estrogénios, sendo composto apenas por um progestativo.

• Como atua?

- Há a libertação gradual e contínua de progesterona.
- Inibe a ovulação;
- Torna o muco cervical mais espesso, dificultando a entrada dos espermatozoides no útero



(APF, 2021)

Planeamento Familiar

- É assegurado a todos.
- Através das consultas, todos os indivíduos têm o direito à **informação**, a **conhecimentos** e a meios que lhes permitam **tomar decisões livres e responsáveis**.
- Os Centros de Saúde devem garantir consultas de PF e dispor de equipas multiprofissionais para o esclarecimento de dúvidas e questões no domínio da Saúde Sexual e Reprodutiva.
- É fundamental que existam profissionais devidamente habilitados para o aconselhamento.
- As consultas de PF e os diversos métodos contraceptivos **são gratuitos**.
- Nos termos da Lei nº 120/99, de 11 de Agosto, os jovens podem aceder a qualquer consulta de PF, ainda que o façam em Centro de Saúde ou Serviços Hospitalares que não sejam da área da sua residência.

(AFP, 2021)

Pílula Progestativa

- Contém apenas a Pílula de progestativo.
- 28 dias 21
- É um comprimido que é ingerido todos os dias. Cada comprimido contém progestativo sintético, semelhante àquele que é produzido naturalmente.
- 28 dias 21
- 28 dias 21



(APF, 2021)



Obrigada
pela
vossa
atenção!!



Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de medicina geral e familiar. *Sexualidade na Gravidez*. Acessado a 25/03/2021. Disponível em: <https://apmgp.pt/wp-content/uploads/2023/06/Falvo-Sexualidade-na-Gravidez-GESEX.pdf>
- Borewit E, Ostfeld C, Sorensen K, Rappasara M, Erenth P. (1987) Concentration of progesterone in seminal fluid of fertile men. In *International Journal of Andrology*. Vol. (n.º 10) (pp. 463-468). Consultado a 04/04/2021 em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2688.1987.tb00223.x>
- Direção Geral de Saúde (2016). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e a parentalidade. Orientações. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Grays, L. M. (2017) *Medicina Materno Fetal*. (9ª ed.) Lisboa: Lidel.
- Martins, S., Gouveia, R., Correia, S., Nascimento, C., Rocha, E., Figueira, J., Mendes, A. R., Valente, S., Silva, L. J. (2007) Sexualidade na gravidez: influência no bebê? Mito, mitos, atitudes e informações das mães. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*. Vol. (n.º 20).
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório mundial da saúde - saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Quintão, A., Cordeiro, P., Cunha, V., Antunes, P., Marques, F. J., & Barros, F. (2011). Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. In *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*. Vol. (n.º 27), (pp. 434-443). Acessado a 25/03/2021. Disponível em: <https://www.apmgp.pt/publicacoes/apmgp/revista/view/10386>
- Rocha, M.G.F., Vales, J.L.B., Nascimento, E.O.C., & Chiem, J.C. (2014). Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. In *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Vol. 19 (n.º 7) (pp.209-218). Acessado a 25/03/2021. Disponível em: <https://periodicos.uab.br/index.php/rbcs/article/view/10750/13688>
- Bala, C.F., Kara, D.H., Molise, J.G., Sempoc, E.C., Rodriguez, M.M.L., & Padilla, J.M.H. (2018). Sexualidade durante todos os fases da gravidez: experiências de gestantes. *Acta Paul Enferm*. Vol. 31 (n.º 7), (pp. 955-972)
- Tan P. C., Anli A., Azmi N., Nourhan M. N., (2009) Effect of colus at term on length of gestation, induction of labour, and mode of delivery. In *Obstetrics & Gynaecology*. 100(7):134-41. Consultado a 04/04/2021 em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18910007/>

Referências de Imagens

- <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/noticia/2016/12/sexo-na-gravidez-e-no-pos-parto-tudo-o-que-precisa-saber.html>
- <https://www.vix.com.pt/maes-e-bebes/571819/relacoes-sexuais-na-gravidez-o-que-voce-deve-levar-em-consideracao-antes-da-pratica>
- <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/noticia/2016/12/sexo-na-gravidez-e-no-pos-parto-tudo-o-que-precisa-saber.html>
- <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/noticia/2021/03/10-sinais-de-alerta-na-gravidez>
- <http://conteudo.etc.com.br/portal/projetos/2014/gravidez/>
- https://br.freepik.com/vetores-premium/mulher-gravida-prata-com-natureza-e-folhas_5580657
- <https://br.pinterest.com/pin/335307134736166006/>
- <https://fr.pinterest.com/pin/581175526888411545/>
- <https://br.pinterest.com/pin/276971445818420678/?send=true>
- <https://www.mamaeplugada.com.br/40-cartoons-muito-bem-humorados-sobre-realidades-comuns-a-muitas-maes-16619/#jp-carousel-16621>
- <https://delas.lg.com.br/amoresexo/2019-09-22/pode-fazer-sexo-na-gravidez-veja-cuidados-e-dicas-para-sentir-prazer.html>
- <https://cegonhar.com.br/2020/01/12/sexo-na-gravidez/>
- <https://br.pinterest.com/decoliveira1995/palestra-gestante/>
- <http://www.bloggraodegente.com.br/gravidez/vida-sexual-no-pos-parto/>

Referências de Imagens

- <https://protreina.com.br/category/blog/>
- <https://renataribeiro.site.med.br/index.asp?PageName=tipos-de-parto-e-vida-sexual-ha-diferencas->
- <https://asnossasvoltas.blogs.sapo.pt/ecografias-na-gravidez-140442>
- <https://clinicasaute.com.br/novidades/diu-de-cobre-hormonal-ou-prata-qual-escolher>
- <https://artriterumatoide.blog.br/implante-contraceptivo-pode-ser-disponibilizado-pelo-sus/>
- <https://paranashop.com.br/2019/12/15-mitos-e-verdades-sobre-o-anticoncepcional>
- <https://drathaisaalbanesi.com.br/diu-de-cobre-o-unico-metodo-anticoncepcional-que-faz-bem-a-sua-saude/>
- <https://clinicasaute.com.br/novidades/diu-de-cobre-hormonal-ou-prata-qual-escolher>
- <https://artriterumatoide.blog.br/implante-contraceptivo-pode-ser-disponibilizado-pelo-sus/>
- [https://www.news-medical.net/health/Advantages-and-Disadvantages-of-the-Contraceptive-Implant-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Advantages-and-Disadvantages-of-the-Contraceptive-Implant-(Portuguese).aspx)
- <https://paranashop.com.br/2019/12/15-mitos-e-verdades-sobre-o-anticoncepcional/>
- <https://dicasdadoutora.com.br/2018/06/07/sexo-no-pos-parto/>

ANEXOS

ANEXO I:

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA MOTHER-TO-INFANT
BONDING SCALE (TAYLOR *ET AL.* 2005), VERSÃO PORTUGUESA ALARGADA DE
FIGUEIREDO *ET AL.* (2005)**



Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo <bbfi@psi.uminho.pt>
para mim ▾



Bom dia, Catarina Costa

Muito agradeço o seu interesse pelo nosso trabalho no âmbito da parentalidade.

Poderá aceder à versão portuguesa do Mother-Baby Bonding Questionnaire e à sua cotação, bem como a todos estudos realizados com este questionário, no livro que publicamos *Mães e Pais*, ao qual pode aceder a partir do seguinte link:

<https://www.psiquilibrios.pt/produto/maes-e-pais/>



Mães e Pais | Loja online | Psiquilíbrios

www.psiquilibrios.pt

As relações únicas que se estabelecem entre os pais e o bebé constituem o tema deste livro, tornando-o de interesse primordial para profissionais de saúde, estudantes, educadores e pais. Foca particularmente o envolvimento emocional de mães e pais com o ser único que é o...

Cumprimentos,

Bárbara

Barbara Figueiredo
Professora

ANEXO II:
PARECERES PARA A APLICAÇÃO DO ESTUDO

Informação

Número 071/2021

Data 11/05/2021

Serviço Remetente

Despacho superior:

Núcleo de Formação Investigação em Enfermagem – Centro
Formação, Investigação e Conhecimento - [Redacted]

Approved,

Destinatário

Exmo. Conselho de Administração [Redacted]

11.05.2021
Presidente do C.
Universitário [Redacted]

Assunto: Pedido de apreciação para realização do estudo “*Contributos do Enfermeiro Obstetra na experiência da transição para a paternidade em contexto pandémico*”

Trata-se de um Trabalho académico de investigação conferente do grau de Mestre no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Investigadora Principal: Catarina Alexandra Fernandes Guiomar Costa (Mestranda);

Orientadora da Instituição de Ensino: Maria Anabela dos Santos (Professora Doutora-ESEL).

Tipo de Estudo: Observacional Prospetivo; Projeto de intervenção profissional.

Recolha de Dados: 1. O projeto de intervenção tem como população-alvo pais no período de puerpério em meio hospitalar, 2. Pretende-se utilizar ferramentas como a videochamada (vídeo ou fotografia) em momentos específicos de ensinamentos como o banho, a mudança de fralda, os cuidados ao coto umbilical, ou outros que a puérpera sinta a necessidade de partilhar com o pai, que não está presente no serviço; agendar uma visita com a mãe e o pai no período do puerpério, tomando todas as medidas de prevenção de IACS, possibilitando assim que o pai tenha contacto com o seu filho recém-nascido antes do momento da alta; 3. Questionário relativo aos contributos do Enfermeiro Obstetra na experiência da transição para a paternidade em contexto pandémico (caracterização Sociodemográfica e Questionário de *Bonding*) 4. Filme do ensino da alta segura, realizado no Cantinho da Amamentação, para partilha no sítio da instituição; 5. Sessão formativa à equipa de Enfermagem sobre a transição para a paternidade e medidas interventivas.

Local: Serviço Obstetrícia [Redacted]

Calendário: De Abril até Novembro de 2021, fora do período de Ensino Clínico (visto já o ter realizado) para conclusão do relatório.

Objetivos do Estudo: Identificar as estratégias que promovam a transição à paternidade; Avaliar a importância do Enfermeiro Obstetra na promoção da transição à paternidade; Promover a transição para a paternidade em contexto pandémico; desenvolver intervenções que promovam a participação do pai na transição à paternidade em contexto pandémico, bem como adquirir competências técnico-científicas especializadas, para intervir como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) na promoção da transição à paternidade condicionada pela pandemia.

Mais se informa que o projeto tem a concordância da **Diretora do Serviço de Obstetrícia**, Dr.^a Ana Paula Silva e da **Enfermeira Gestora**, Enfermeira Ana Vitória Dias. e o **parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde** de 06-05-2021.

O processo encontra-se instruído com os seguintes documentos:

- 1) Parecer da Comissão de Ética para a Saúde;
- 2) Pedido de parecer a Comissão de Ética
- 3) Pedido de autorização para o Conselho de Administração;
- 4) Pedido de autorização para a Comissão de Ética para a Saúde;
- 5) Termos de responsabilidade (de Investigador/Aluno/Orientadora);
- 6) Termos de autorização local (Diretora de Serviço/Enfermeira Gestora);
- 7) Curriculum Vitae da Investigadora Principal/Aluna;
- 8) Comprovativo de matrícula;
- 9) Folha de rosto do estudo de investigação;
- 10) Proposta do estudo/Projeto;
- 11) Consentimento informado;
- 12) Inquéritos/Questionários;
- 13) Contactos com a Investigadora.

Pede deferimento

Emanuel Mourão (74038)

Emanuel Mourão

Enfermeiro Especialista em ESIP., MSc.
CFIC-NFIE

ANEXO III:
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>79</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>122</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>58</u> |
| • Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i> | <u>0</u> |
| • Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i> | <u>0</u> |
| • Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i> | <u>14</u> |
| • Episiotomia/ <i>Episiotomy</i> | <u>12</u> |
| • Episiiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i> | <u>12</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>25</u> |
| • Trabalho de parto/ <i>Labor</i> | <u>9</u> |
| • Puerpério/ <i>Puerperium</i> | <u>7</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100) | <u>102</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100) | <u>102</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>12</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i> | <u>17</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* 0
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 0
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 15

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 5
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, Outubro 2021

Estudante/*Student*

Catarina Guiomar

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M.^a Anabela Ferreira da Silva

M.^a Anabela Ferreira da Silva

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	4.12.2020 9 14.12.2020	3	75	CHUA - Faro Serviço de Ginecologia	
Puerpério	22.2.2021 9 12.3.2021	3	75	CHUA - Faro Serviço de Puerpério	
Cuidados de Saúde Primários	15.3.2021 9 30.04.2021	6	150	Centro de Saúde de Albufeira: Unidade de cuidados à comunidade Albufeira	
Medicina Materno-Fetal	8.01.2021 9 19.2.2021	6	150	CHUA - Faro Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica	
Neonatologia	05.07.2021 9 12.07.2021	1	25	CHUA - Faro Serviço de Medicina Intensiva Perinatal e Neonatal	
Bloco de Partos	12.05.2021 9 11.11.2021	23	475	CHUA - Faro Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica	

Lisboa, Outubro, 2021

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

M.^{ca} Anabela Ferreira dos Santos

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M.^{ca} Anabela Ferreira dos Santos