



# Curso de Mestrado em Enfermagem

## Saúde Materna e Obstetrícia

**A participação ativa do pai como estratégia para a  
humanização do parto**

**M<sup>a</sup> LURDES MARTINS**

**2012**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# Curso de Mestrado em Enfermagem

## Saúde Materna e Obstetrícia

**A participação ativa do pai como estratégia para a  
humanização do parto**

**M<sup>a</sup> DE LURDES MARTINS**

**PROFESSORA M<sup>a</sup> JOÃO DELGADO**

**2012**



*“ Como princípio temos que impor, ao nosso comportamento e não  
ao dos outros, a nossa vontade para cuidar e amar ”*

*Jean Watson*

## **AGRADECIMENTOS:**

Acima de tudo, a minha gratidão e apreciação bem sincera, respeito, admiração e agradecimentos à Sra. Prof. M<sup>a</sup> João Delgado, a docente orientadora quer deste relatório quer do ECR, que me indicou o caminho e encorajou a percorrê-lo.

A minha especial gratidão vai para os meus filhos Miguel e Ana, pela sua compreensão e amor incondicional.

À minha sogra, M<sup>a</sup> Helena pelo apoio hoje e sempre.

À minha amiga Ana Margarida por ter partilhado comigo de forma tão generosa grande parte das angústias que envolveram este trabalho.

À minha mestra, EESMO Joaquina Almas, que me ensinou que o segredo do vencedor não está em ser infalível, mas sim nunca desistir de ser melhor.

Aos casais por me terem deixado participar de um momento maravilhoso das suas vidas.

A todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para a consecução deste trabalho, o meu:

Muito Obrigada!

## RESUMO

---

O direito da mulher ter um acompanhante durante o trabalho de parto é reconhecido legalmente em Portugal pelo decreto-lei nº 14/85 de 6 de Julho e incentivado pela OMS (1996). Quando este papel é desempenhado pelo pai, há um ganho, não só para a mulher, mas também para o recém-nascido e para o pai, implicando uma reformulação do seu papel, de modo a tornar-se um elemento ativo e participante em todo o processo, como uma estratégia para a humanização do parto. O EESMO tem obrigações morais e profissionais para com o casal a quem presta cuidados e deve criar condições para a vivência positiva do parto, na qual inclua esta prática, pois este é um dos acontecimentos mais importantes na vida do mesmo. Assim, será apresentado o trabalho desenvolvido na aquisição/desenvolvimento de competências na área de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, que permitam fundamentar cientificamente a promoção da participação ativa do pai durante o trabalho de parto, enquanto estratégia para a humanização do parto, através da realização de uma revisão sistematizada da literatura (RSL). Paralelamente, foi feita observação dos contextos de cuidados e práticas da equipa multidisciplinar e interação com o público-alvo, durante o desenvolvimento das atividades descritas. De acordo com a RSL, o EESMO está apto para cuidar o casal durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo que o cuidado deve dirigir-se à tríade, logo inclui o pai. É sua responsabilidade incentivar a sua presença, mostrar-lhe o que pode fazer, orientá-lo e reconhecer o potencial paterno. É mediador entre o casal e entre este e a equipa de saúde. Este processo deve iniciar-se na gestação e, acima de tudo, respeitar os limites e vontade de cada pai/casal, a interação e valores conjugais. Esta prática diminui a solidão feminina, aumenta o conforto físico e emocional, minimiza o stress do casal e dá maior segurança. Aumenta a responsabilidade paterna e a vinculação entre a tríade. A maioria dos pais considera que os cuidados de enfermagem recebidos são muito bons e a sua presença tem reflexos positivos nos mesmos.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, pai, participação ativa, trabalho de parto.

## ABSTRACT

---

Women's right to have a companion during labor is legally recognized in Portugal by Decree-Law nº 14/85 of 6 July and encouraged by WHO (1996). When this role is played by the father, there is a gain, not only for women but also for the baby and the father and involves recasting its role in order to become a member and active participant throughout the process, a strategy for the humanization of childbirth. Obstetric nurse have moral and professional obligations towards the couple to who provides care and should create conditions for a positive experience, which includes this practice because childbirth is one of the most important events in their life. Thus, the work will be presented through the acquisition/development of skills in the area of nursing and midwifery in maternal health, enabling scientific basis to promote the active participation of the father during labor as a strategy for humanization of childbirth, by conducting a systematic literature review (SLR). In addition, it was made the observation of care settings and practices of the multidisciplinary team and interaction with the audience, during the development of the activities described. According to the SLR, the obstetric nurse is able to care for the couple during pregnancy and childbirth, and care must address the triad and it is his responsibility to encourage their presence, show them what they can do, guide them and recognize the father's potential. It's a mediator between the couple and between them and the healthcare team. This process should begin during pregnancy and, above all, must respect the limits and willingness of each parent/couple, marital interaction and values. This practice reduces female loneliness; increases physical and emotional comfort minimizes the couple's stress and gives greater security. It also Increases ~~to~~ parental responsibility and the bonding reported between the triad. Most parents reported nursing care as very good and their participation as positive impact on them.

**Key-words:** Obstetric and Maternal Health Nurse, parent, active participation, labor

**ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA EM ESTUDO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>17</b>
<b>3 QUADRO DE REFERÊNCIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4 FINALIDADE E OBJECTIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1 Opções metodológicas .....</b>	<b>24</b>
<b>6 RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA. 26</b>	
<b>6.1 Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na promoção da participação ativa do pai no TP .....</b>	<b>26</b>
<b>7 QUESTÕES ÉTICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>8 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS ONDE SE DESENVOLVERAM AS COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>
<b>8.1 Caracterização do Serviço de Obstetrícia .....</b>	<b>34</b>
<b>8.2 Caracterização da UCSPQL – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados da Quinta da Lomba .....</b>	<b>34</b>
<b>9 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E RESULTADOS OBTIDOS.....</b>	<b>34</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE I- Quadros síntese dos objetivos e atividades do projeto</b>	
<b>APÊNDICE II - Tabela Síntese dos Sujeitos de Estudo</b>	
<b>APÊNDICE III- Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais</b>	
<b>APÊNDICE IV- Folheto informativo dirigido aos pais</b>	
<b>APÊNDICE V- Poster</b>	

**APÊNDICE VI - Norma: "Promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto"**

**APÊNDICE VII - Diários de Aprendizagem**

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

**CHBM** – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

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

**CPPN** – Curso de Preparação para Nascimento

**CTG** – Cardiotocograma

**EC** – Ensino Clínico

**ECR** – Estágio com Relatório

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

**ESEL** – Escola Superior Enfermagem Lisboa

**FCF** – Frequência Cardíaca Fetal

**IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RM** – Rotura das Membranas

**RN** – Recém-nascido

**RSL** – Revisão Sistematizada da Literatura

**TP** – Trabalho de Parto

**UCSPQL** – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados da Quinta da Lomba

## INTRODUÇÃO

Este documento foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e consistiu num compêndio que reúne todo o trabalho desenvolvido, desde a construção de um projeto, ao percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos. A finalidade deste relatório é realizar uma análise reflexiva sobre os objetivos delineados e as atividades realizadas para o seu cumprimento, e que nos permitiram adquirir/desenvolver, quer competências técnicas, científicas e relacionais na área de cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstetrícia, de forma a promover a participação ativa do pai durante o trabalho de parto, como estratégia para a humanização do parto, quer competências técnicas, científicas e relacionais na área de cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstetrícia preconizadas pela OE (2010), para o cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, de modo a cumprir as Diretivas da União Europeia (Diretiva n.º 80/155/CEE e Diretiva 2005/36/CE). Trata-se portanto de uma descrição/reflexão acerca das atividades desenvolvidas, tendo em conta os objetivos delineados e a problemática escolhida para o desenvolvimento de uma competência adicional às competências específicas do EESMO preconizadas pela OE (2010), cujo tema escolhido foi **a participação ativa do pai, enquanto estratégia para a humanização do parto.**

As razões que determinaram a escolha deste tema foram diversas. Por um lado a curiosidade e interesse pessoal sobre o tema, por outro, durante a nossa prática no bloco de partos, pudemos constatar que os pais parecem pouco à vontade para participar espontaneamente, muitas vezes recusam quando são convidados a fazê-lo e quando questionados revelam poucas expectativas.

No âmbito desta temática foi realizada uma RSL cuja questão de investigação que constituiu o ponto de partida foi: **“Qual a intervenção do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto?”**. O objeto de estudo: a intervenção do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto.

Este relatório será apresentado com a seguinte estrutura: far-se-á, no primeiro capítulo, o enquadramento da problemática em estudo, com o objetivo de contextualizar o tema e tecer as primeiras considerações sobre o objeto de estudo. De

seguida, no capítulo dois serão abordadas as competências do EESMO e a sua integração no trabalho atual. No terceiro capítulo é dado a conhecer o quadro de referência que orientou a realização deste relatório, e serviu como uma base filosófica significativa para desenvolvermos a nossa prática clínica: modelo teórico de Jean Watson. De seguida, no capítulo quatro serão apresentados a finalidade e objetivos. No capítulo cinco é feita a descrição da metodologia utilizada e do percurso realizado até alcançar os resultados da RSL, que são apresentados no capítulo seis. No capítulo sete serão tecidos alguns comentários em relação às questões éticas e no capítulo oito será feita a caracterização dos contextos onde se desenvolveram as competências. No capítulo nove serão descritas as atividades realizadas, os seus resultados e de que forma se relacionam com os achados da RSL. Por fim, no capítulo dez serão apresentadas as considerações finais face ao trabalho realizado e, no capítulo onze, serão descritas as referências bibliográficas utilizadas neste documento.

## **1 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA EM ESTUDO**

A importância da presença do acompanhante no parto é, na atualidade, amplamente reconhecida entre as comunidades científicas da saúde, mais concretamente nas áreas da obstetrícia e da psicologia da saúde, advindo daí vantagens para a saúde do casal e do bebé (Romeira, 2007).

A assistência ao parto passou por muitas transformações ao longo dos anos (Kitzinger, 1996). Antigamente a mulher paria no ambiente familiar, no qual ela dava à luz rodeada de pessoas, da sua própria mãe, que funcionava como conselheira e suporte de apoio, ao processo de maternidade (Parreira, 2007). No entanto devido ao elevado índice de mortalidade materno-infantil – de salientar a causa por infeção puérperal –, e com o evoluir da medicina, houve necessidade de intervir nesta área (Martins et al, 2006), sendo que Portugal integra o grupo dos países que mais evoluíram nesta área, a nível mundial (Ministério da Saúde, 2006).

A mulher passou a ser submetida às rotinas hospitalares, foi separada da família e do seu ambiente, o que provocou sentimentos de incerteza, insegurança e medo acerca do processo de nascimento (Martins et al, 2006). O parto passou a fazer parte dos afazeres de técnicos, especialistas, profissionais de saúde e das instituições hospitalares, rodeado de tecnologia (Parreira, 2007). De um conceito de gravidez, parto

e nascimento enquanto eventos naturais, fisiológicos e significativos para a mulher, passou a encarar-se estes processos como patológicos (Rattner, 1998). O contributo que a família prestava no nascimento deixa de ser considerado, tido como se nunca tivesse existido, chegando, por vezes, a ser considerado um obstáculo aos cuidados dos profissionais (Abdullah, 1995, citado por Parreira, 2007). Muitas mulheres, em meados do séc.XX e até há relativamente pouco tempo atrás, eram deixadas nas maternidades, entregues a si próprias e aos cuidados de equipas médicas e de enfermagem, num ambiente que lhes era completamente desconhecido e por vezes hostil, no decorrer de todo o trabalho de parto (Romeira, 2007).

Tem havido uma reflexão mundial sobre esta temática e são diversos os esforços no sentido de devolver a humanização ao processo de nascimento, nomeadamente através do acompanhamento por parte de uma pessoa significativa da grávida, frequentemente o companheiro e pai do bebé.

A Organização Mundial de Saúde elaborou em 1996 um “*Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal*”, que serviu de referência ao Ministério da Saúde de diversos países, como uma proposta de assistência ao parto baseada na evidência científica, de forma a assegurar uma maternidade segura. Nele constam as recomendações que visam humanizar o atendimento durante o TP. As dez práticas utilizadas com vista à humanização do parto – e que devem ser encorajadas – recomendam, entre outros, o “respeito pela escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto” (OMS, 1996:70). O documento tenta estabelecer, também, algumas normas de boas práticas para a conduta do TP sem complicações. Para além de estabelecer uma definição de “parto normal” e identificar as práticas mais comuns neste processo, define ainda como tarefa do EESMO, entre outras: “dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto” (OMS, 1996:10). Esta medida é corroborada pela ICM (2002:12) que recomenda durante o TP e parto a presença de um familiar.

O direito a ter um acompanhante durante este processo já foi reconhecido legalmente no nosso país pelo decreto-lei nº 14/85 de 6 de Julho. Este direito da mulher/ família implica no entanto deveres para o acompanhante, e uma reformulação do seu papel, de modo a tornar-se um elemento ativo e participante em todo este processo.

LONGO, ANDRAUS e BARBOSA (2010:387) salientam que “o parto é um processo natural que envolve fatores biológicos, psicológicos e socioculturais” e o casal deve ser o protagonista neste processo, fazendo escolhas conscientes, nomeadamente quanto à questão do acompanhamento (Romeira, 2009). Quando uma criança nasce, as rotinas são bruscamente alteradas. Este acontecimento é representado pela “construção do ninho” (TARNOWSKY, SANCHES E ELSEN, 2005:106) e caracterizado pela atividade de cuidados do bebé. Tal como referem os autores, “o nascimento é uma fase do ciclo vital da família que merece atenção especial dos profissionais de saúde” (Ibidem). É um momento único (Pestvenidze e Bohrer, 2007:171 e Li et al, 2009:289), como a expressão da primeira vitória do ser humano (Jardim, 2009:96). Segundo PERDOMINI (2010:62), “na iminência do parto, aproxima-se (...) o momento pelo qual o pai aguardou aproximadamente quarenta semanas (...) até então (...) percebido através da sua mão na barriga da mulher”.

Lowdermilk e Perry (2008:346) consideram a existência de quatro estádios de TP. O primeiro vai desde o diagnóstico até à dilatação completa do colo do útero e é mais longo que o segundo e o terceiro em conjunto. O segundo estágio, vai desde a dilatação completa até ao nascimento do feto e o terceiro corresponde ao intervalo entre a expulsão do feto e a dequitação completa. O quarto estágio tem duração de duas horas, corresponde ao período de recuperação imediato à dequitação.

A participação paterna no parto humanizado traz benefícios à mulher, ao recém-nascido, ao pai e, no geral, a toda a família (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:387 e Motta e Crepaldi, 2005:106) e contribui para um trabalho de parto e pós-parto mais seguros, com conseqüente melhoria dos indicadores de saúde da mulher e recém-nascido (Hotimsky e Alvarenga, 2002:470).

Partindo da compreensão “de que o parto é um fenómeno de intensidade emocional e física” (MOTTA E CREPALDI, 2005:106), conclui-se que “vivenciar ansiedades próprias do trabalho de parto e possíveis sensações de angústia, torna-se mais difícil, quando a mulher não está acompanhada de um parente ou do seu companheiro” (Ibidem).

A participação paterna aumenta o grau de satisfação do casal (Carvalho, 2003:390). Longo, Andraus e Barbosa (2010:388), Hotimsky e Alvarenga (2002:470), Pestvenidze e Bohrer (2007:172), Li et al (2009:289) e Romeira (2009) referem que reduz a sensação de dor na mulher, o que leva a uma menor necessidade de analgesia. Longo,

Andraus e Barbosa (2010:388), Hotimsky e Alvarenga (2002:470) referem que outro dos benefícios é a redução do uso de ocitócicos e Hotimsky e Alvarenga (2002:470), Pestvenidze e Bohrer (2007:170) e Ip (2000:269) afirmam que reduz o tempo do trabalho de parto. Outros dos benefícios são a diminuição da taxa de cesarianas (Hotimsky e Alvarenga, 2002:470; Pestvenidze e Bohrer, 2007:170 e Kitanara, Rossi e Grezziotin, 2009), a redução do trauma perineal, da probabilidade de dificuldades no processo de parentalidade (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:388) e de interrupção precoce da amamentação (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:388 e Kitanara, Rossi e Grezziotin, 2009). A diminuição dos casos de hospitalização prolongada dos recém-nascidos é apontada por Hotimsky e Alvarenga (2002:470), o aumento da sensação de conforto, confiança e segurança é salientado por Motta e Crepaldi (2005:116), Perdomini (2010:41), Kitanara, Rossi e Grezziotin (2009) e Hoga e Pinto (2007:77) e a diminuição da necessidade de cuidados de emergência para o recém-nascido, por Pestvenidze e Bohrer (2007:171).

O facto de o pai participar permite-lhe estar informado acerca do que se passa exatamente, assim como observar os procedimentos técnicos realizados (Motta e Crepaldi, 2005:57). Outros autores referem outras vantagens para o pai, como o potencial de desenvolvimento da sua identidade paterna de forma mais precoce possível (Plantin, Olukoya e Ny, 2011:89). A importância da sua participação ativa “no nascimento de seus filhos, não se justifica apenas pelo seu contributo fundamental no acompanhamento e apoio à mãe, mas também, pelo facto de este ser um momento fulcral para a sua vivência enquanto pai” (CARVALHO ET AL, 2010:112). HOTIMSKY E ALVARENGA (2002:474) consideram os benefícios a longo prazo e dizem que a sua inserção “é considerada uma medida preventiva em relação à violência doméstica contra crianças, o abandono familiar e/ou a delinquência juvenil”, pois, desde cedo, é facilitada a emergência do *pai cuidador*.

A participação do pai afeta e reforça as relações familiares, permite um contacto precoce com a criança e está associada com uma melhor vinculação entre pai, mãe e recém-nascido (Carvalho, 2003:390; Pestvenidze e Bohrer, 2007:172; Kao et al, 2004:191; Li et al, 2009:289; Perdomini, 2010:56; Romeira, 2009; Kitanara, Rossi e Grezziotin, 2009 e Hoga e Pinto, 2007:77), o que leva a um “gradativo envolvimento dos homens nos cuidados com as crianças” (CARVALHO, 2003:390). A proximidade do pai durante o nascimento do filho cria uma experiência positiva e possibilita a união do

casal (Perdomini, 2010:41). Este evento “possui diversos significados tanto para o homem quanto para a mulher” (PERDOMINI, 2010:25) e a partilha desta experiência fortalecerá a sua relação. Proporciona mudanças de conceitos e valores acerca da vida e da relação conjugal. Segundo dados da autora, muitos homens sentiram-se surpreendidos com a capacidade das companheiras viverem a dor, atribuindo-lhes qualidades como persistência, força, perseverança, que até então não valorizavam (Jardim, 2009:48).

Os benefícios da participação do pai durante o parto são conhecidos, não só para as situações de parto eutócico, como nos últimos anos têm sido reconhecidas as suas vantagens no parto por cesariana, pela possibilidade do contacto pele-a-pele entre pai e filho e diminuição do risco de hipotermia neonatal (Gutman e Tabak, 2011:1). Para além disso, “gera (...) sentimentos positivos e emoção na equipa, fortalecendo as ações rotineiras de humanização na instituição” (KITANARA, ROSSI E GREZZIOTIN, 2009). A atenção permanente do pai permite um cuidado mais abrangente e a rápida deteção de problemas e sua resolução, da mesma forma que leva a mudanças na equipa de saúde, tornando-a mais afetuosa (Hoga e Pinto, 2007:77).

Podemos concluir que a presença do pai produz “reflexos positivos em várias esferas da assistência ao nascimento e parto” (HOGA e PINTO, 2007:80) e promove uma atitude mais positiva em relação a gravidezes futuras (Li et al, 2009:289), assim como leva a um menor índice de depressão pós-parto (Kitanara, Rossi e Grezziotin, 2009). Participar no nascimento do filho é algo sem comparação (Jardim, 2009:94). JARDIM (2009:105) também mostra uma perspetiva positiva, referindo que “os profissionais percebem que, com a inserção dos acompanhantes, houve diminuição da solidão das mulheres, maior conforto físico e emocional, minimização do stress dos companheiros, proporcionando mais segurança e menos questionamento” da equipa de saúde. Ao ser bem acolhido, o pai sente-se satisfeito e isso fá-lo elogiar os profissionais, com carinho e gratidão.

O pai pode participar de diferentes formas, de acordo com as expectativas, necessidades, desejos e cultura, suas e da mulher (Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005:1318). Como refere RODRIGUES ET AL (2011), “o ideal é que incentive o trabalho de parto ajudando (...) em todas as etapas”, proporcionando “apoio físico, conforto, carinho, confiança e acima de tudo apoio psicológico” (Ibidem).

Uma das importantes ações a realizar é no alívio e monitorização da dor (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389; Kainz, Eliasson e Post, 2010:626 e Perdomini, 2010:29).

O apoio emocional prestado pelo pai é de grande importância (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389), assim como o contacto visual (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389), o contacto físico, através do estabelecimento do toque (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389; Motta e Crepaldi, 2005:106; Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005:1318; Rodrigues et al, 2011; Kainz, Eliasson e Post, 2010:622; Perdomini, 2010:29; Bruggemann, Osis e Parpinelli, 2007:8 e Jardim, 2009:78), informar continuamente a mulher acerca dos procedimentos (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389), elogiá-la (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389 e Motta e Crepaldi, 2005:106), incentivá-la e encorajá-la durante o período expulsivo (Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005:1318 e Espírito Santo, 2000:112) e em atividades como a deambulação (Motta e Crepaldi, 2005:106; Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005:1318; Perdomini, 2010:29 e Bruggemann, Osis e Parpinelli, 2007:8), na mudança de posicionamento (Motta e Crepaldi, 2005:106; Rodrigues et al, 2011; Perdomini, 2010:29 e Bruggemann, Osis e Parpinelli, 2007:8) e no descanso entre as contrações (Jardim, 2009:18). A literatura mostra, ainda, que o pai pode participar de forma efetiva através da realização de massagens à mulher (Motta e Crepaldi, 2005:106; Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005:1318; Rodrigues et al, 2011; Kainz, Eliasson e Post, 2010:626 e Jardim, 2009:78), ajudando na respiração (Motta e Crepaldi, 2005:106; Rodrigues et al, 2011; Kainz, Eliasson e Post, 2010:626; Perdomini, 2010: 29 e Jardim, 2009:18) e na realização dos cuidados, como a higiene, alimentação, eliminação (Perdomini, 2010:44), ingestão de líquidos (Kainz, Eliasson e Post, 2010:626) e no banho (Jardim, 2009:18). Pode responsabilizar-se por medidas de conforto, como enxugar a testa e abanar o rosto da mulher (Kainz, Eliasson e Post, 2010:626), tapá-la, dar beijos. O pai pode e deve ser um advogado da mulher (no fundo, do casal), garantindo que as suas necessidades são satisfeitas, assim como o seu intérprete, assegurando que a comunicação entre o casal e a equipa de saúde é mantida eficazmente (Kainz, Eliasson e Post, 2010:627 e Angelova e Temkina, 2010:23).

No que toca ao recém-nascido, o pai pode ser o responsável pelo corte do cordão umbilical (Hotimsky e Alvarenga, 2002:468 e Jardim, 2009:18), por dar o primeiro banho ao filho (Hotimsky e Alvarenga, 2002:468) e, assim que possível, pegar nele (Rodrigues et al, 2011). Durante o nascimento do filho, o pai deve interagir com a

mulher (Jardim, 20009:18). No estudo de Kainz, Eliasson e Post (2010:626) concluiu-se que a assistência e apoio, e não só a presença, do pai do bebê fizeram com que ele se tornasse a pessoa mais importante para a mãe. As mães referiram que foi possível descobrir facetas dos companheiros até então desconhecidas e, à medida que tomavam consciência da ajuda que davam, os pais faziam-no cada vez mais.

Os benefícios trazidos com a presença do pai na sala de partos não se traduzem só em vantagens para o pai e para a mãe, mas para os dois, como casal e para a tríade mãe-pai-filho, que se está a formar. Compartilhar o momento do parto contribui para uma maior aproximação do casal, fortalecendo a relação de intimidade existente entre ambos, ajudando a evitar o desmembramento familiar, que muitas vezes ocorre nesta etapa da vida do casal. Estar presente no parto é uma forma de os homens se sentirem incluídos no processo da gravidez, constituindo uma oportunidade única de se inserirem na assistência ao parto.

Idealmente, a mulher e o seu companheiro deveriam estar informados sobre o parto, sobre as formas de lidar com o desconforto e estar em harmonia com as pessoas que irão estar presentes, durante o seu trabalho de parto e parto.

O que observamos na nossa prática profissional, é que os pais não se encontram preparados para participar ativamente durante o trabalho de parto e referem que não recebem informação e orientação adequada por parte dos profissionais nesse sentido, mesmo aqueles que acompanham as suas mulheres às consultas de vigilância pré-natal.

Quanto à realidade da sala de partos do CHBM, estão a ser dinamizadas diferentes atividades que promovem a presença e participação do pai, embora ainda exista um longo caminho a percorrer. Por esta razão, pretendemos, com este trabalho, adquirir/desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, no sentido da humanização dos cuidados e da aplicação de técnicas educativas e pedagógicas, de sensibilização e ajuste de comportamentos que permitam preparar o casal para o parto e para a parentalidade e assistir a evolução do trabalho de parto, tornando o pai num participante ativo desse processo, como estratégia de humanização do parto, de forma a obter contributos reais para a melhoria da prestação de cuidados de saúde em geral, e de enfermagem em particular, nas instituições onde realizamos os estágios.

Os EESMO têm o papel de educadores, para que o pai se torne mais um aliado na assistência humanizada e qualificada dirigida à família. Nesse sentido, saber como

o pai pode integrar ativamente a ‘cena do trabalho de parto’ é fundamental para que possa contribuir para a humanização do parto.

O nascimento é simultaneamente um facto fisiológico e social e se os enfermeiros adotarem uma perspectiva construtivista, da natureza/cultura – ou seja, se encararem estes eventos como naturais e cuja vivência deverá ser feita à luz da cultura e valores de cada família –, ao desenvolverem as suas práticas podem redimensionar o parto e o nascimento na sua simbologia original. Desta forma, os seus cuidados constituem uma ajuda efetiva ao casal e é nesta perspectiva que se encontra a verdadeira arte que deixa para trás o tecnicismo puro e revela uma prática de cuidar através de um verdadeiro artífice de cuidados, únicos e culturalmente congruentes (Parreira, 2007).

## **2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Segundo ALARCÃO (2001:53), “a competência é, hoje em dia, entendida de uma forma holística, pragmática e interativa. Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias”. Assim, o enfermeiro deve “ser capaz de mobilizar, no momento oportuno, um conjunto de conhecimentos e um conjunto de capacidades adequadas a um determinado desempenho exigido por uma determinada situação concreta. A esta mobilização subjaz a presença de atitudes e valores pessoais e profissionais” (Ibidem).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia tem obrigações morais e profissionais para com a mulher/casal a quem presta cuidados. Considera-se que os cuidados de enfermagem em obstetrícia existem para o bem das mulheres e das suas famílias. Este bem é protegido pela prática, de acordo com a filosofia do American College Nursery Midwives (ACNM).

Os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia têm o privilégio e a oportunidade única de afetar as famílias através do seu trabalho, reconhecendo a unidade familiar como foco do seu atendimento.

Tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, objetiva-se desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família, bem como prestar cuidados de enfermagem especializados à

---

mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto (OE, 2010) de modo a que o pai se torne um participante ativo desse processo, mobilizando as seguintes alíneas

- H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação para o parto e parentalidade responsável.
- H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.
- H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.
- H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.

Além das competências acima referidas é também objetivo, durante o ECR, desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando as condições de saúde da parturiente e RN na sua adaptação à vida extrauterina, dando resposta, também, à directiva comunitária. Para tal, serão mobilizadas as seguintes alíneas:

- H3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.
- H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.
- H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
- H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
- H3.2.1. Identifica e monitoriza o trabalho de parto.
- H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão além da sua área de atuação.
- H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão além da sua área de atuação.
- H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.

- H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.
- H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, de apresentação pélvica.
- H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.
- H3.2.8. Assegura a reanimação do recém-nascido em situação de emergência.
- H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.
- H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.
- H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitantemente com a gravidez durante o trabalho de parto.
- H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.
- H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- H3.3.5. Cooperar com os outros profissionais no tratamento de complicações de gravidez e do parto.
- H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

Tendo em conta as alíneas referidas, pode concluir-se que o EESMO é um profissional altamente qualificado para atender as mulheres neste ciclo de vida, proporcionando à grávida e acompanhante todas as condições que assegurem vivências psicológicas/afetivas e físicas positivas e condições técnicas nas quais o pai participa ativamente. É fundamental que o EESMO oriente esta participação, para que ele possa contribuir efetivamente para a humanização do parto.

Os cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia assumem uma grande importância, sendo fundamental desenvolver habilidades e competências, não apenas ao nível do saber-fazer, mas principalmente ao nível do saber-ser e saber-estar,

promovendo a humanização, globalidade e personalização dos cuidados, num ambiente relacional eficaz. O parto é um dos acontecimentos mais importantes na vida da mulher/casal e, para que seja assistido numa perspetiva humanista, deve incluir o pai.

A atuação dos EESMO no parto deve transmitir segurança e contribuir para a participação da mulher e família no TP. De contrário, pode suscitar sentimentos de impotência, medo e desespero que dificultam essa participação e adaptação à parentalidade (Tereso, 2005).

### 3 QUADRO DE REFERÊNCIA

Como quadro de referência que orientou a realização deste relatório e a nossa prática clínica, optou-se pelo modelo de cuidar transpessoal de Jean Watson, uma vez que “o desafio atual da enfermagem é romper com os velhos laços da preocupação com os procedimentos, com os factos *per si*, definições rígidas, racionalismo severo, operacionismo, manipulação variável, e assim sucessivamente” (WATSON, 2002b:9).

Neste modelo, “o homem é uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada compreendida e assistida” (WATSON, 2002b:29). A **pessoa** é vista como um “um ser-no-mundo” (WATSON, 2002b:84), que possui três esferas do ser – mente, corpo e alma – influenciadas pelo conceito do *eu*. A mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso à alma. Não é apenas um ser físico, mas também um ser integrante da natureza, um ser espiritual.

A **relação transpessoal de cuidar** “implica uma elevada consideração e respeito pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo” (WATSON, 2002b:111). Depende, entre outros fatores, “da capacidade do enfermeiro compreender e corretamente detetar sentimentos e a condição íntima do outro” (WATSON, 2002b:112), pelo que “o enfermeiro tem de ser capaz de expressar a condição e/ou ocupar-se dessa condição através de diversos processos, tais como movimento, gestos, olhares, atos, procedimentos, informação, toque, som, palavras, cor, forma e outros meios científicos, estéticos e humanos semelhantes” (Ibidem). Esta relação prende-se “com um crescimento pessoal, maturidade e desenvolvimento do *ser enfermeiro*, uma sensibilidade do próprio e dos outros e um sistema de valores humanos” (Ibidem).

A **enfermagem** é uma “ciência humana e uma arte” (WATSON, 2002b:9) e tem o compromisso de cuidar a pessoa na sua totalidade (WATSON, 2002b:30); a vida humana “é um bem a ser estimado – um processo de admiração e respeito” (WATSON, 2002b:35). A autora refere que o “método deve ser tal, que a humanidade da relação entre dois seres não seja diminuída” (WATSON, 2002b:20), pois a “enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” (WATSON, 2002b:52).

O sistema de valores de Watson (2002) destaca a ajuda dada pela enfermeira a todo o indivíduo na obtenção de maior conhecimento próprio, preparação para o autocuidado e autocontrolo, independentemente da sua situação de saúde. Neste contexto, é colocado um elevado valor no relacionamento enfermeiro/indivíduo, em que a enfermeira é vista como “coparticipante no processo de cuidar para preservar a humanidade do outro” (WATSON, 2002b:66). As transações dão-se num encontro de intersubjetividade, em que a enfermeira e o doente reconhecem no outro a sua própria humanidade.

O **Cuidar** é visto como o ideal moral da Enfermagem, consiste em tentativas transpessoais de humano para humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência. A autora refere que “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (WATSON, 2002b:65). Para si, o cuidador “tem como características o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los” (WATSON, 2002b:64).

No que diz respeito à arte do cuidar, a autora refere que o enfermeiro faz arte quando experimenta ou percebe os sentimentos do outro e é capaz de os detetar, de os sentir e conseqüentemente de os expressar de modo a que a outra pessoa seja capaz de os reconhecer e de libertar esses sentimentos (Watson, 2002b). Para esta teórica, “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (WATSON, 2002b:52).

A criação de uma relação de ajuda-confiança entre enfermeiro e doente é crucial para o cuidar transpessoal. Uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto de sentimentos positivos como negativos. Envolve coerência, empatia, calor humano e uma comunicação eficaz. A coerência implica ser verdadeiro, honesto, genuíno e autêntico. A empatia é a capacidade de experimentar e compreender as perspetivas e sentimentos das outras pessoas. O calor humano é demonstrado por um tom de voz moderado, uma postura aberta, descontraída e coerente com o discurso.

As razões que nos levaram a optar por esta teoria de enfermagem prendem-se com o facto de nos identificamos com os valores, conceitos e pressupostos que descreve, de forma muito particular, “porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade” (WATSON, 2002b:55).

Este modelo serve, como a própria autora refere, “como uma ajuda para a enfermagem e para os enfermeiros desenvolverem uma base filosófica significativa para a prática de cada um, para a nossa ciência e para avaliar aquilo que defendemos cientificamente, socialmente e moralmente” (WATSON, 2002b:92). Mostra uma perspetiva para os cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstetrícia e serviu de base para o tipo de interação que estabelecemos com a parturiente e o seu companheiro, no processo de trabalho de parto, promovendo a participação ativa deste, como estratégia para a humanização do parto.

Ao utilizar este modelo como referência pretendemos, tal como valorizado pela autora, “manter um elevado nível de enfermagem e promover o bem-estar das pessoas que recebem cuidados de enfermagem e das que os prestam”. (WATSON, 2002b:4).

#### **4 FINALIDADE E OBJECTIVOS**

A finalidade do projecto desenvolvido durante o ECR foi adquirir/desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que nos permitam prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de forma a promover a participação ativa do pai durante o trabalho de parto, e ainda cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

##### **Objetivos gerais:**

##### **1. Promover a participação ativa do pai no trabalho de parto.**

**2. Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.**

Para atingir os objetivos a que nos propusemos (ver Apêndice I) e adquirir/desenvolver as competências especializadas mencionadas, conceberam-se, planejaram-se e implementaram-se atividades no decurso do Ensino Clínico III (Cuidados de Saúde Primários), no Ensino Clínico IV (Medicina Materno Fetal) e no Estágio com Relatório.

Estes objetivos, foram traçados de acordo com o preconizado no Plano de Estudos do 2ºCMESMO, e as competências definidas pela OE (2010), para o EESMO.

## **5 METODOLOGIA**

Para dar resposta à questão colocada inicialmente, realizou-se uma Revisão Sistematizada da Literatura. Esta metodologia consiste numa “síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica; a pergunta pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas, frequentemente, envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste” (GALVÃO ET AL, 2004:550). Segundo Galvão et al (2004:550), são princípios deste método de investigação, a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a quantificação do efeito dos tratamentos através de técnicas estatísticas (metanálise), caso se aplique à estratégia utilizada.

A Revisão Sistematizada da Literatura tem vantagens, uma vez que promove a atualização dos profissionais de saúde, sintetiza um amplo corpo de conhecimentos, ajuda a explicar as diferenças entre estudos com a mesma questão e identifica os efeitos das diferentes intervenções da prática, assim como as áreas que necessitam de futuras pesquisas (adaptado de Galvão et al, 2004:550). Por outro lado, o mesmo autor (2004: 555) realça que é um método de investigação que consome muito tempo ao investigador, envolvendo grande trabalho intelectual e criando a necessidade de, pelo menos, dois profissionais avaliarem os estudos, de modo a garantir a qualidade da

revisão. Este é um dos obstáculos encontrados, uma vez que o presente trabalho foi desenvolvido por uma pessoa apenas.

O processo de enfermagem é um método sistemático, organizado e individualizado com foco na resposta às necessidades humanas, o que implica uma prática baseada na evidência científica, não só na recolha de dados, mas também no julgamento clínico. Esta prática pode ser vista como conscienciosa e criteriosa, com base em teorias, pesquisas, ensaios, longe da intuição e senso comum. Combina a experiência com a pesquisa, que dá provas para as tomadas de decisão (Galvão, Sawada e Rossi, 2002:692).

### 5.1 Opções metodológicas

Em concordância com os dados apresentados pelo autor (Galvão et al, 2004), procuramos seguir a metodologia apresentada, começando por definir o objeto de estudo: **a intervenção do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto**. Este facilitou a construção da questão de investigação que se segue: **Qual a intervenção do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto?”**.

Partindo desta questão, foram definidos os descritores (por PICO – População, Intervenção, Comparação e Resultados) utilizados posteriormente na pesquisa. Eles serviram de critérios de inclusão, uma vez que asseguraram o foco dos estudos na problemática delineada. Assim, temos como (P) população em estudo, o *enfermeiro de saúde materna e obstetrícia*. As (I) intervenções em causa dizem respeito às *intervenções do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto* e o (O) resultado a observar será *a participação ativa do pai no trabalho de parto*. Para cada um destes itens, foram definidos os descritores que serviram de opção de pesquisa, como poderemos ver de seguida:

**P** (população): enfermagem; enfermagem obstétrica; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; nursing; obstetric nursing; obstetric care; midwife, midwifery.

**I** (intervenção): intervenção do EESMO, promoção da saúde, nursing interventions, health promotion

○ (resultados): participação ativa; pai; homem; trabalho de parto; parto; nascimento; active participation; father; parent; male; man; significant person; role; labour; birth; delivery room.

A escolha de expressões em inglês pretendeu ser uma estratégia facilitadora de pesquisa. Esta foi feita, privilegiando as bases de dados eletrónicas da Ebsco Host (MEDLINE, CINHAI, COCHARANE, HEALTH TECHNOLOGY ASSESSEMENTS, MEDICLATINA PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION), Nursing Reference Center e SCIELO. Em cada uma destas bases, a pesquisa foi feita através do método booleano, com agrupamento das expressões de cada categoria com o indicador [OR] e, de seguida, do cruzamento entre categorias com o indicador [AND], como os seguintes exemplo mostram:

S1: enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia [OR] cuidados enfermagem

(...)

S5: pai [OR] homem

(...)

S13: participação ativa [OR] trabalho de parto [OR] parto

(...)

S1 [AND] S5 [AND] S13

Definimos como **critérios de inclusão**, a existência de documento com texto completo e gratuito, língua inglesa, portuguesa ou espanhola, temática relacionada com o objeto de estudo, cronologia de 1/1/2000 a 12/10/2011. Foram, também, definidos **critérios de exclusão**: repetição de artigos, apreciação de título, do resumo ou do texto (excluindo os que não apresentavam concordância com o tema), indisponibilidade do artigo e barreira linguística.

O objectivo foi realizar uma pesquisa sumativa e não limitativa, o que será possível observar pelo elevado número de estudos, que decorreu entre 1 de Junho e 29 de Novembro de 2011. Assim, no que se refere à pesquisa com os descritores referentes à *População* em estudo, obtiveram-se 198.524 artigos. Na pesquisa referente aos descritores da *Intervenção* e *Objetivos*, obtiveram-se, respetivamente 4.661.500 e 8.886.011 estudos.

De seguida, fez-se uma pesquisa limitativa, através do cruzamento entre categorias com o indicador [AND], na qual se obteve o conjunto de estudos

incluíam/juntavam os descritores definidos a População [AND] a Intervenção [AND] os Resultados. Esta segunda parte permitiu-nos limitar os textos, obtendo apenas os que respondem à questão PICO e que asseguram a correlação com o tema em estudo. Obtiveram-se 192 artigos.

A este conjunto, aplicaram-se os critérios de exclusão supracitados. Foram eliminados 90 artigos repetidos, resultando 102 estudos. De seguida foi feita a apreciação por título, que nos levou à obtenção de 61 estudos, depois por resumo, resultando um total de 50 estudos para análise. Foram excluídos, ainda, os textos anteriores ao ano 2000, os que não estavam disponíveis em texto completo ou gratuitamente, ou que representavam uma barreira linguística, pelo que o número foi reduzido para 40, e, quando houve dúvidas, foi feita a leitura do texto integral, avaliando a sua correlação com a problemática abordada e a resposta à questão colocada. Obtiveram-se, no final 8 estudos relacionados com a questão PICO, estes encontram-se sintetizados no Apêndice II.

Para além das bases de dados eletrónicas, foram consultados periódicos de enfermagem (maioritariamente em formato eletrónico), onde se obtiveram 16 artigos, outro material bibliográfico publicado (obras literárias de enfermagem e outras ciências da saúde em formato de papel) e não publicado (monografias e teses), de onde resultaram 4 estudos, e referências listadas nos estudos pesquisados, com resultado de 2 estudos. No total obtiveram-se 38 sujeitos de estudo.

A leitura e análise dos artigos decorreram entre 8 de Outubro e 29 de Novembro de 2011.

## **6 RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA**

### **6.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na promoção da participação ativa do pai no TP**

O cuidado humano na “situação de parto desperta as mais variadas reações de ansiedade na parturiente” (CECCATO E VAN DER SAND, 2001), pelo que a equipa de enfermagem precisa de estar preparada para lidar com isso. Entre os profissionais aptos para assistir a mulher no ciclo gravídico-puerperal está o EESMO (Merighi e Merighi, 2003:2) e segundo estes autores, a diminuição da taxa de cesarianas e do índice de morbimortalidade materna e perinatal dependem da reorganização dos

---

cuidados obstétricos, de maneira a que eles possam realizar os partos normais. Jardim (2009:17) destaca que estes profissionais contribuem para os cuidados humanizados durante o trabalho de parto e, conseqüentemente, para a melhoria da sua qualidade e dos indicadores de saúde.

O enfermeiro de saúde materna e obstetrícia afeta as famílias através do seu trabalho e tem “competência técnica e relacional para assistir a gravidez de baixo risco, preparar para a parentalidade, assistir a evolução do trabalho de parto, executar o parto eutócico (...), [cuidar] no pós-parto, aconselhar em matéria de planeamento familiar e preconcepção, o que os torna profissionais altamente qualificados” (CARVALHO ET AL, 2010:114). A mesma autora, afirma que “a prática de enfermagem exige (...) uma constante adaptação às modificações da sociedade. As grávidas e seus companheiros são cada vez mais exigentes em relação aos cuidados que lhes são realizados durante o trabalho de parto (...) “nas nossas intervenções (...) é imperativo direcionarmos-nos para a tríade, dando particular relevância ao pai que é uma figura muitas vezes esquecida neste processo” (CARVALHO ET AL, 2010:115).

CARVALHO ET AL (2010:120) concluíram que os pais tinham uma opinião positiva dos enfermeiros que lhes prestaram cuidados, pelo que podemos dizer que “os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada” e “ao envolverem os pais nos cuidados, estão também a contribuir para um melhor ajustamento paterno” (Ibidem).

O envolvimento do pai na preparação para a gravidez e nascimento é feito nas sociedades ocidentais pelos enfermeiros que prestam cuidados nesta área, desde início dos anos de 1970 (Kainz, Eliasson e Post, 2010:622).

A OMS tem liderado a tendência mundial de resgatar a assistência e cuidado humanizados no parto, elaborando medidas e estratégias que constam da *Assistência ao Parto Normal: um guia prático* (Bonadio et al, 2002, citando OMS). A contínua “incorporação da tecnologia” ” (BONADIO ET AL, 2002) e o aumento do número de cesarianas tiveram “um impacto negativo sobre as oportunidades de capacitação e atuação das enfermeiras obstétricas no parto” (Ibidem). Hoje em dia observa-se uma “reabilitação da atuação dos profissionais não-médicos (...) na assistência ao parto” (Ibidem), apesar de, por vezes, haver um trabalho desintegrado com o da equipa médica, pois como é referido no artigo, “apesar dos saberes serem peculiares, o médico e a enfermeira obstétrica, assistem de formas diferentes e complementares. Um dos fatores que facilitam o respeito mútuo, autonomia e colaboração entre a equipa

é a competência técnica da enfermeira obstétrica, pois “a conquista de espaço (...) depende, sobretudo, da oportunidade (...) em demonstrar seu conhecimento técnico e, conseqüentemente, afirmar seu papel dentro da equipa” (Ibidem).

Ip (2000:265) afirma que a maioria das instituições de saúde reconhece a importância dos cuidados centrados na família, permitindo e encorajando a presença e participação dos pais nas aulas de preparação para o nascimento e no trabalho de parto, mas Perdomini (2010:28) e Hoga e Pinto (2007:75) consideram que algumas não estão preparadas para receber o pai nesses momentos, não têm condições físicas para o acolher e mantém, ainda, algum preconceito em relação à sua presença. Neste trabalho de investigação, os pais “foram frequentemente estimulados pela equipa de enfermagem a participar” ativamente (PERDOMINI, 2010:67) e referiram que houve uma diferença significativa entre o atendimento médico e de enfermagem.

As enfermeiras especialistas são as cuidadoras primárias nos partos sem complicações, mas, devido ao baixo número de enfermeiros, elas nem sempre conseguem estar presentes durante todo o tempo (IP, 2000:267).

No geral, os profissionais de saúde começam a valorizar a importância da participação do pai no período gravídico-puerperal, seja por iniciativa própria ou através de sessões de treino que estimulam essa prática.

No estudo de Espírito Santo (2000), houve o consenso entre médicos e enfermeiros de que o pai pode entrar na sala de parto. Tanto os pais que haviam participado como os que não o tinham feito, consideraram muito bons os cuidados recebidos e neste contexto, a enfermeira pode intervir a favor do pai ou não. Hoga e Pinto (2007:76) concluíram que a presença paterna neste evento teve reflexos positivos nos cuidados prestados e os profissionais avaliaram-na positivamente. No entanto, alguns pais relataram indisponibilidade e incompreensão por parte dos profissionais, o que pode ter influência negativa na experiência de nascimento.

É essencial “pensar na formação dos profissionais” (PERDOMINI, 2010:76), da mesma forma que “é necessário (...) procurar uma nova postura (...) diante desse pai, vendo-o como participante (...) e esclarecendo-o em relação a dúvidas, expectativas e medos frente ao parto (...) é importante entender que ele quer participar, mas muitas vezes não sabe como. Fica, assim, na responsabilidade do profissional, convidá-lo a estar presente nas consultas de pré-natal, orientá-los sobre os seus direitos e

proporcionar-lhe, nos momentos que antecedem ao parto, um ambiente agradável, tranquilo, com informações que efetivamente entenda” (PERDOMINI, 2010:76).

Outros dos fatores que se deve ter em conta na prestação de cuidados no parto humanizado são as representações dos enfermeiros. Angelova e Temkina (2010) concluíram que eles vêem o papel paterno de cinco formas diferentes: o *pai controlador*, que observa o que a equipa de saúde está a fazer, o *pai experiente*, que auxilia a equipa, é competente e bem preparado, quase apto para fazer o parto sozinho, o *pai companheiro*, bem preparado, que estabelece e mantém contacto com a esposa, trabalhando em equipa com ela, o *pai observador passivo*, que apenas está presente, e o *pai participante incompetente*, que não está preparado para o parto e a sua presença torna-se um incómodo para a mulher e profissionais de saúde. Carvalho (2003:393) também se apercebeu que existem diferentes olhares sobre este evento, sendo que alguns dos enfermeiros que entrevistou revelaram preconceito em relação à classe social do pai e acreditavam que os homens mais pobres eram mais descontrolados e alienados da situação. É comum que os pais se comportem como defensores dos direitos das mulheres, pelo que “é necessária a sensibilização e capacitação das equipas obstétricas e reformulação dos currículos universitários para o trabalho com as famílias” (CARVALHO, 2003:394). BRUGGEMAN, PARPINELLI E OSIS (2005:1317) referem, igualmente, que alguns enfermeiros têm “receio e ideias pré-concebidas negativas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento”, enquanto no estudo de Bruggemann et al (2007) se concluiu que a perceção dos profissionais era positiva, apesar da pouca experiência. Alguns, inicialmente, tinham medo que os pais se tornassem violentos ou questionassem a sua conduta profissional, o que acabou por ser superado, já que a assistência não sofreu alterações pela sua presença. Passaram a considerar esta prática positiva para o casal e para a equipa, com melhoria na compreensão das suas necessidades. Quando os enfermeiros vivem a emoção do pai-participante, é resgatado o sentido do nascimento enquanto um acontecimento de felicidade e vida, que se repercute nos cuidados à mulher.

Gutman e Tabak (2011) afirmam que as EESMO dão mais suporte e incentivo à participação dos pais nos partos por cesariana do que os médicos, o que está positivamente relacionado com as suas atitudes, normas e intenções.

Segundo Espírito Santo (2000), o enfermeiro considera que é mais importante o pai ficar perto da mulher e ajudá-la a fazer força do que assistir à expulsão do bebé. A

interação conjugal e desejo da mulher são fatores a ter em conta na opinião da enfermeira, que considera que esta participação fará com que o homem amadureça. Para ela, o desejo do pai participar inicia-se quando o casal decide ter um filho e o seu interesse é mostrado ajudando a mulher e verbalizando vontade de ficar junto dela. Considera que o desejo depende das vivências de cada pai e que, quando já participou num parto anteriormente, é mais difícil proibi-lo de o fazer depois, lamentando a frequência com que isso acontece. Este profissional considera que, “mesmo quando o pai não recebeu orientações durante a gestação, ele tem a oportunidade de se preparar emocionalmente para participar no parto durante as horas de acompanhamento do trabalho de parto” (ESPIRITO SANTO, 2000:99).

O ESSMO tem um papel relevante na proposta e manutenção de projetos de inserção do pai na assistência ao parto, na preparação do mesmo para desempenhar um papel ativo e enquanto facilitador da compreensão das necessidades do casal. Resumindo, “os profissionais de saúde têm um papel crucial em matéria de educação para a saúde” (ROMEIRA, 2009), sendo que a “enfermeira é mediadora entre a gestante, seus acompanhantes, os profissionais que participam no atendimento e a instituição hospitalar, além de ser responsável por detetar necessidades de cuidados” (LONGO, ANDRAUS E BARBOSA, 2010:389). Estes autores não deixam de referir que o EESMO necessita de reconhecer o potencial do pai e estar sensível às suas necessidades e preocupações, de forma a diminuir a sua ansiedade (Medina e Shetty, 2007:69).

Segundo HOTIMSKY E ALVARENGA (2002:474), cabe ao EESMO “exigir a presença do cônjuge e pai da criança (presume-se que se trata da mesma pessoa) na cena do parto”. Outros autores estão de acordo, afirmando que devem estar atentos, e perceber que apoio a parturiente está a receber, para a orientar e incentivar uma maior participação do pai, “respeitando os seus limites” (MOTTA E CREPALDI, 2005:115). Assim, consegue esclarecer dúvidas e dar “informação sobre o trabalho de parto e orientação sobre as atividades que podem ajudar a parturiente” (MOTTA E CREPALDI, 2005:116). Ainda assim, ressalvam que o cuidado emocional não deve ser delegado ao pai, pois ele não é o responsável pelos cuidados à parturiente, mas sim a equipa de saúde. A enfermeira deve “oferecer orientação (...) informá-los sobre o desenvolvimento do parto e os procedimentos médicos (...) estar disponível física e emocionalmente para ambos” (Ibidem). Perdomini (2010:15) e Espírito Santo (2000:21)

estão de acordo com CARVALHO ET AL (2010:114), referindo que, desta forma, “vai conseguir estimular a formação do vínculo entre eles”.

Devemos ter em atenção, ainda, ao referido por LONGO, ANDRAUS E BARBOSA (2010:389), já que, se esta prática for condicionada à decisão profissional e institucional, passa a revelar uma “relação de poder sobre o parto e o corpo da mulher”.

Kao et al (2004:193), Perdomini (2010) e Angelova e Temkina (2010:16) afirmam que o enfermeiro especialista pode avaliar as necessidades dos novos pais, guiá-los nas técnicas que podem realizar e no acompanhamento do parto, assegurando-lhes conhecimento, potenciando as suas capacidades e energia e diminuindo o stress.

Tendo em conta que a presença e participação do pai são imprescindíveis, todos os profissionais da equipa de saúde devem estar preparados para o receber e proporcionar um ambiente acolhedor e favorável, percebendo-o como interveniente no processo e tendo em conta que ele reivindica os seus direitos, dependendo das suas atitudes (Perdomini, 2010:55). Isto marca os cuidados humanizados, já que os pais percebem que não são tratados como mais um número ou cliente que paga, o que faz a diferença, valoriza a instituição e os profissionais (Jardim, 2009:104). À medida que “o pai vai encontrando o seu lugar junto à mulher e o filho (...) ele passa a se perceber como um dos atores principais do evento, necessário para que tudo aconteça da melhor maneira possível. E é neste momento que a enfermeira tem a oportunidade de prepará-lo para participar do parto” (ESPIRITO SANTO, 2000:99). A preparação para o parto é de grande importância e bastante mencionada na literatura. CARVALHO (2003:396) mostra a necessidade de “apoio para os pais lidarem com o medo (...) ainda durante a gestação” e há referência que “traria maior compreensão do processo de parto, e conseqüentemente maior segurança” (Ibidem), apesar de que não deve ser condição para a sua participação. Kakaire, Kaye e Osinde (2011:6) concordam, referindo que aumenta o seu envolvimento e participação no trabalho de parto. Angelova e Temkina (2010:17) descobriram que as enfermeiras especialistas consideram que os pais que não fizeram preparação para o parto poderão causar alguns constrangimentos.

Durante as sessões com o casal, o EESMO pode utilizar recursos como filmes sobre o processo gestacional e desenvolvimento fetal e simular práticas, como massagens de relaxamento. Assim, o pai treinará e adquirirá competências de

cuidados que lhe permita estar mais apto e perto da mulher e filho (Kitanara, Rossi e Grezziotin, 2009).

Pestvenidze e Bohrer (2007) descrevem que, na Geórgia, existem as *Parents' Schools* (Escolas para Pais), com sessões semanais para os pais e encorajam as mulheres a acompanhá-los. Estas aulas são muito importantes, pois aumentam a responsabilidade paterna, mostram aos pais o quão valioso é o seu apoio durante o trabalho de parto e como o podem prestar de forma mais efetiva. Como referem os autores, é muito importante que o pai saiba como agir e o que esperar e, com o estabelecimento destas aulas, têm demonstrado um aumento do interesse em participar neste processo.

Os programas de educação para o parto e nascimento baseados na teoria da autoeficácia reduzem a ansiedade paterna. Permitem adquirir competências e conhecimento que vão ajudar os pais a desempenhar o seu papel durante o trabalho de parto e nascimento (Li et al, 2009:294).

Todos os profissionais que interagem e cuidam do casal e outros familiares devem ser preparados e treinados. É de lembrar que “o enfermeiro (...) pelo contacto mais frequente e direto com a gestante, tem uma responsabilidade indiscutível e prioritária como facilitador” (KITANARA, ROSSI E GRESSIOTIN, 2009). Enquanto estiver consciente que “o trabalho de parto e o nascimento são eventos que envolvem a sexualidade, intimidade e exposição corporal da mulher” deve disponibilizar ao pai, momentos para conversas entre o casal, (Ibidem) “pois estas questões são culturais e apresentam diversas interpretações” (Ibidem).

## 7 QUESTÕES ÉTICAS

A Ética segundo FORTIN (2003:114) é “um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Em Portugal foi constituído o Código Deontológico de Enfermagem (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), que se baseia em princípios éticos, aplicáveis aos cuidados de saúde e fundamentais para a prática de enfermagem. Os princípios Éticos do relacionamento humano englobam, a autonomia, o respeito pela dignidade, a beneficência, a veracidade, a

fidelidade, a justiça e o consentimento informado. Tendo em conta estes princípios procuramos fundamentar a nossa prática em torno de um bem-fazer, de um bem-estar e de um bem ser, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, dando cumprimento às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, publicadas no Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Artigo 5.º (DR, 2011:8649. A ICM (2002:2) nos seus conceitos chave inclui o “respeito pela dignidade humana e pelas Mulheres como pessoas com todos os direitos humanos”. É importante referir que todos os dados descritos ao longo do trabalho foram colhidos com veracidade ao longo dos momentos de interação com os casais, com o seu conhecimento e consentimento, sem que tenha sido exercida pressão para que os pais participassem no trabalho de parto.

WATSON (2002b:52) refere que “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”, pelo que a ética e os princípios éticos terão de estar sempre presentes em todos os cuidados prestados, com um objetivo: respeitar a integridade (holística) de cada ser humano.

## **8 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS ONDE SE DESENVOLVERAM AS COMPETÊNCIAS**

O EC II, o EC IV e o ECR decorreram no Serviço de Obstetrícia (serviço de internamento de grávidas e puérperas e Unidade de Bloco de Partos), do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

O Centro Hospitalar Barreiro-Montijo tem como **visão** ser uma instituição de excelência para a comunidade e uma referência nacional.

A sua **missão** é assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Defende como valores institucionais o profissionalismo, o humanismo, a inovação, o rigor, a eficiência e a responsabilidade (CHBM, 2011).

### **8.1. Caracterização do Serviço de Obstetrícia**

O Serviço de Obstetrícia tem a **visão** de ser uma referência a nível distrital, em termos de satisfação das utentes/famílias, bem como dos profissionais de saúde. A sua **missão** passa por assegurar cuidados de saúde diferenciados à mulher/recém-nascido e à sua família, educando, promovendo, prevenindo, tratando e reabilitando, garantindo a qualidade e equidade numa perspetiva de excelência e melhoria contínua dos cuidados que são prestados, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, 2011).

### **8.2. Caracterização da UCSPQL – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados da Quinta da Lomba**

A UCSP da Quinta da Lomba faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal III – Arco Ribeirinho, inserida na ARS Lisboa e Vale do Tejo. Esta Unidade tem como **missão**, “garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica” e rege-se pelos seguintes princípios: “garantia de acessibilidade, globalidade de cuidados, continuidade de cuidados e qualidade” (Decreto-Lei nº28/2008).

## **9 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E RESULTADOS OBTIDOS**

Este capítulo pretende explanar de modo reflexivo as atividades desenvolvidas, no decurso do Ensino Clínico III (Cuidados de Saúde Primários), no Ensino Clínico IV (Medicina Materno Fetal) e no ECR.

### **Objetivo 1.1:**

Através da revisão sistematizada da literatura, na qual se incluiu a pesquisa em bases de dados eletrónicas da Ebsco Host, podemos identificar os benefícios da participação ativa do pai no trabalho de parto, que se encontram descritos no capítulo 1 – Enquadramento do problema em estudo, e identificar as intervenções do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto, descritos no capítulo 6.

Não podemos deixar de referir o quão importante foi termos aprendido a utilizar como instrumento metodológico de pesquisa a RSL, pois é através desta que contextualizamos o nosso trabalho dentro da área de pesquisa em questão, permitindo aos EESMO basear a sua prática na evidência científica.

Identificar os benefícios da participação ativa do pai no trabalho de parto permitiu-nos fundamentar a importância da sua participação durante a gestação e durante os vários estádios do TP, e permitiu-nos a mobilização ativa da evidência científica na nossa prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos.

Contudo é de salientar que a inexperiência fez com que esta fase do trabalho nos levasse a encontrar um número bastante elevado de artigos, a acrescentar aos que foram encontrado em outras bases de dados, que não eletrónicas – estratégia que permite alargar os resultados do trabalho. Este fator dificultou o trabalho e prolongou-o pela necessidade de ler artigos, alguns, veio-se a concluir, que nada respondiam à nossa questão. Depois surgiu a dificuldade de organizar a informação obtida, pois embora fosse na maioria de interesse para o tema e objeto de estudo, apenas uma parte respondia à nossa questão, dificuldades que foram ultrapassadas com o apoio da orientadora. Outro dos obstáculos relaciona-se com o facto de a maior parte da investigação ser relativa a outros contextos/países. A maior parte dos estudos são de origem brasileira, o que revela o investimento que tem sido feito nesse país em termos de investigação em enfermagem na área de saúde da mulher e obstetrícia. Poucos artigos foram encontrados, de acordo com os nossos descritores e estratégias, com origem em Portugal, o que, apesar de não ser responsabilidade do autor deste trabalho, condicionou a análise dos resultados e obrigou a fazer uma reflexão da sua adequação à nossa realidade.

### **Objetivo 1.2:**

Durante o ECII, no Serviço de Obstetrícia do CHBM, tivemos a oportunidade de frequentar o Curso de Reciclagem de Preparação para o Nascimento, pelo Método Psicoprofilático, dirigido aos EESMO, que permitiu o desenvolvimento competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da preparação para o parto e parentalidade responsável, dando cumprimento à Unidade de competência H2.1.7., da OE (2010), e às competências essenciais da Parteiras preconizadas pela ICM (2002:11) que incluem “providenciar orientação e preparação básica para o trabalho de parto, parto e parentalidade”.

Esta oportunidade foi uma mais-valia, pois permitiu consolidar conhecimentos apreendidos no CMESMO, tais como técnicas de relaxamento, relaxamento focalizado,

controle respiratório, técnicas de estimulação cutânea – massagem, para a redução do desconforto e controle da dor durante o trabalho de parto.

No EC IV, também foi possível frequentar e colaborar nas aulas do CPPN, pois a nossa orientadora deste EC era responsável por ministrar estas aulas.

Durante as sessões do CPPN, as mulheres foram informadas sobre a importância da participação do pai durante o TP, os seus benefícios para a tríade e a forma como poderiam participar, procurando motivá-las a transmitir estes conteúdos aos companheiros. Estes, muitas das vezes não estavam presentes por obstáculos relacionados com o espaço físico. Durante o CPPN há uma sessão dirigida aos pais, na qual tivemos oportunidade de apresentar uma sessão de educação para a saúde (ver Apêndice III) dirigida ao casal, com o objetivo de abordar a importância da participação ativa do pai durante o TP e informar sobre as ações que este pode realizar na sala de partos e cujos temas foram: *Trabalho de Parto: o que é o TP, fisiologia do TP, benefícios da participação do pai no TP e de que forma o pai pode participar ativamente.*

Foi também elaborado um folheto informativo, dirigido ao casal (ver Apêndice IV) que os informa sobre a importância e os benefícios da sua participação durante o TP, bem como as ações que pode realizar sob orientação do EESMO. Este folheto foi entregue no final da sessão.

No ECIII, que decorreu na UCSPQL, houve a oportunidade de informar o casal – ou a grávida, quando esta não se fazia acompanhar pelo companheiro/pai do bebé nas consultas de vigilância pré-natal - acerca destes temas e foi entregue o folheto informativo mencionado anteriormente. Durante este EC também foi possível participar/colaborar no CPPN, durante o qual as participantes foram sensibilizadas para as temáticas mencionadas, procurando também motivá-las a transmitir a informação aos companheiros. Uma vez que o número de utentes que frequentava esse curso era reduzido, e existiam condições físicas para a presença dos pais, estes puderam participar nas aulas. Na realidade, participaram dois que acompanhavam as suas esposas no segundo mês do curso. Treinaram a forma de ajudar as esposas nas técnicas de relaxamento e controle respiratório, tal como preconizado por Motta e Crepaldi (2005:106), Rodrigues et al (2011), Kainz, Eliasson e Post (2010:626), Perdomini (2010:29) e Jardim (2009:18), de ajudar as esposas na alternância de posicionamentos durante o TP, como apresentado nos estudos de Motta e Crepaldi

(2005:106), Rodrigues et al (2011), Perdomini (2010:29) e Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007:8), de ajudar na deambulação, como referido por Motta e Crepaldi (2005:106), Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007:8), Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005:1318) e Perdomini (2010:29), na utilização da bola de Pilates e a realizar massagens, o que está de acordo com Motta e Crepaldi (2005:106), Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005:1318), Rodrigues et al (2011), Kainz, Eliasson e Post (2010:626) e Jardim (2009:18).

Tal como mencionado por Kitanara, Rossi e Grezziotin, 2009, é desta forma que o pai treina e adquire competências parentais e de cuidados que lhe permitem estar mais apto e perto da mulher e filho, de forma ativa.

Neste curso, à semelhança do CPPN do CHBM, existe uma sessão dirigida aos pais, realizada no ginásio onde decorre o curso. Enquanto estudantes, participamos em duas destas sessões, nas quais apresentamos a sessão de educação para a saúde dirigida ao casal e entregamos o folheto informativo sobre as ações que o pai pode realizar durante o trabalho de parto. Este CCPPN utiliza uma metodologia em que o relacionamento formador/formando tem um carácter informal e de proximidade com o casal, o que nos permitiu, com a colaboração da enfermeira orientadora do local de estágio, interagir com os casais demonstrando na prática como poderiam ajudar as esposas a relaxar, exemplificando as várias posições que poderiam adotar durante o TP e como poderiam utilizar a bola de Pilates, com a ajuda do companheiro, e como estes poderiam realizar as massagens de conforto, a contrapressão na região lombar, entre outras já mencionadas. Estas aulas mais informais foram mais gratificantes para nós e, cremos que também para os casais, já que se mostraram mais entusiasmados e participativos, pois a informação teórica a par do treino prático de competências, facilita a comunicação entre o EESMO e o casal, permite o esclarecimento de dúvidas e cessar medos, receios e ansiedades.

A preparação dos pais para participarem ativamente no TP deve começar desde a conceção ou quando esta é planeada, ou o mais precocemente possível no período pré-natal.

A possibilidade de participar nos CPPN, quer no CHBM, quer na UCSPQL, bem como das consultas de vigilância pré-natal, permitiu iniciar esta preparação, de modo a que os casais pudessem desenvolver progressivamente competências para participar ativamente no TP. Tal como referem algumas autoras, “a participação do pai é vista

como um facto inato, mas precisa de ser apreendido, estimulado e preparado para o papel que é seu, mas que culturalmente foi desvalorizado” (KITANARA, ROSSI E GREZZIOTIN, 2009), o que remete para a ideia de que a paternidade implica o desenvolvimento de competências (Ibidem). Qualquer pai “tem, em princípio, condições para assistir ao parto” (ESPIRITO SANTO, 2000:75) e, geralmente, aqueles que participam na vigilância pré-natal pedem para o fazer. Quando o pai compreende o processo, sente-se à vontade para participar e, por isso mesmo, deve ser preparado para saber o que pode fazer.

Pestvenidze e Bohrer (2007:179) perceberam que os novos pais atribuíram a sua decisão de participar ativamente no TP às aulas de educação para o parto.

Vários autores demonstram a importância das aulas de preparação para o nascimento, como alavanca impulsionadora desta prática e, enquanto alunos da especialidade houve a oportunidade de observar as quão facilitadoras são.

Após consentimento do coordenador do Serviço de Obstetrícia do CHBM, elaborou-se um poster (ver Apêndice V), sobre os benefícios e forma de participação do pai durante o trabalho de parto. Este foi colocado na sala onde decorre o CPPN e em cada uma das boxes do bloco de partos, de forma a difundir a informação junto dos casais e incentivar os pais a participar no TP.

Foi também realizada uma norma (Apêndice VI) sobre a promoção da participação ativa do pai durante trabalho de parto, na qual constam as atividades de enfermagem que devem ser implementadas no Bloco de Partos do CHBM, de modo a que se uniformizem práticas e se estimule esta participação. Esta encontra-se, até à data, em fase de apreciação pelo coordenador.

Adquirir as competências acima referidas capacitou-nos para planear e implementar cuidados de enfermagem especializados de modo a proporcionar ao casal a informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, esclarecendo erros, eliminando mitos, e orientando-os na sua função de pais, bem como ensinar algumas habilidades físicas para o casal colaborar de forma ativa no nascimento do seu filho.

### **Objetivos 2.1 e 2.2:**

Considerou-se pertinente a análise conjunta das atividades que visam dar resposta a estes dois objetivos, uma vez que não podemos falar em admissão sem falar em acolhimento.

DIOCHON (1994:3) diz que acolher significa “receber favoravelmente alguém através de palavras, ideias e sentimentos, facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar, aceitar o outro”. Aquando do início do TP a parturiente entra no hospital através do serviço de admissão, na maior parte das vezes, ansiosa, com medo e aterrorizada pelos relatos de experiências negativas de amigas e familiares. Por este motivo, a presença do enfermeiro faz-se necessária desde logo.

O acolhimento iniciado no momento da admissão é de importância vital para o bom relacionamento enfermeira/parturiente/família e, tal como refere WATSON (2002b:66), “é colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo”. A enfermeira, ao interagir com a parturiente, poderá iniciar uma relação transpessoal, que depende da “capacidade do enfermeiro compreender e corretamente detetar sentimentos e a condição íntima do outro” (WATSON, 2002b:112), estabelecendo uma verdadeira relação de ajuda/confiança, que só é possível quando o Enfermeiro estabelece empatia com o utente. Deste modo, o acolhimento constitui um cuidado de enfermagem que engloba uma vertente relacional muito intensa e tem como finalidade facilitar a adaptação do utente e dos seus familiares ao meio hospitalar, diminuindo o carácter negativo da hospitalização. Para tal há que conhecer o alvo dos cuidados e aceitá-lo tal como ele é, tendo em conta os seus hábitos, valores e crenças – o seu espaço de vida.

WATSON (2002b:111) refere que “uma relação transpessoal de cuidar, conota uma forma especial da relação de cuidar - uma união com outra pessoa - elevada consideração pelo todo da pessoa, e pelo seu estar-no-mundo”. Tendo como referencial teórico o modelo de cuidar desta autora, foi feito o acolhimento do casal mostrando disponibilidade e delicadeza, sensibilidade e elevada consideração e respeito.

Começamos por realizar uma avaliação através de uma entrevista e através da avaliação física, bem como os resultados laboratoriais e dos testes de diagnóstico realizados para determinar a condição de saúde da mulher e do feto e o estágio do TP.

O processo de admissão habitualmente não permite a presença do pai, devido ao reduzido espaço físico. Contudo, a colheita de dados foi realizada na boxe do bloco de partos, de forma a assegurar a presença e participação do pai, sempre que este era o acompanhante da mulher.

Foram ambos recebidos e tratados pelo nome (após os questionar sobre qual o nome por que gostariam de ser tratados) e apresentados aos profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e auxiliares.

Foi feito o acolhimento de 36 grávidas. Destas, apenas 4 apresentaram plano de parto, pelo que se procedeu à sua revisão com a utente. Foram identificados os problemas, definidos os objetivos e estabelecidas prioridades para as intervenções de enfermagem, cujos resultados foram avaliados e registados. O casal foi informado sobre os recursos humanos e físicos do serviço e da unidade, este tipo de informação reduz os níveis de ansiedade. É na admissão ao serviço que se dá o primeiro contacto, pelo que um dos elementos importantes a considerar na relação com o outro, além da observação, é a escuta, que implica centrar-se no outro. A mulher/companheiro foram encorajados a verbalizar os seus medos e sentimentos e a expor as suas ideias.

Através desta parceria nos cuidados é possível diminuir a intensidade da resposta emocional, partilhar as suas preocupações e reconhecer as características de cada casal, a forma como idealizaram viver o nascimento do filho e as suas motivações. Isto está de acordo com o quadro de referência, já que WATSON (2002b:119) refere que “o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do outro, é capaz de os detetar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente e de libertar os sentimentos que tem ansiado expressar”. De acordo com a mesma autora “o cuidar requer conhecimento e compreensão das necessidades individuais, saber como dar resposta às necessidades dos outros; conhecimento das suas forças e limitações, o significado da situação para ele, conhecimento de como confortar, oferecer compaixão e conforto” (WATSON, 2002b:129). O casal foi questionado acerca do que esperava do parto, dando oportunidade para colocação de questões, o que permitiu conceber, planear e implementar intervenções de cuidar em conjunto com o casal de acordo com as suas necessidades individuais.

Sempre que os casais se fizeram acompanhar pelo seu plano de parto, este foi discutido e negociado de modo a que se pudesse adaptar os desejos expostos no plano de nascimento com a evolução do processo. O casal foi informando que todas as expectativas e planos de nascimento estão sujeitos à situação clínica, pelo que poderiam ocorrer alterações decorrentes da evolução do TP.

Foram, ainda, informados que poderiam questionar a equipa de saúde acerca dos cuidados, evolução do TP e estado de saúde do feto, em qualquer altura do processo e sobre os cuidados prestados, dando espaço para a emissão dos seus valores/opiniões/vontade. Assim como EESMO comprometemo-nos a “apoiar a mulher/família nas suas escolhas informadas garantindo contextos e experiências seguras” (ICM, 2002:4).

Os primeiros contactos com o serviço são determinantes para reforçar ou modificar a imagem do internamento. Sabemos que a eficácia da enfermagem depende do modo de funcionamento dos serviços, e os cidadãos são particularmente sensíveis a esta realidade, por isso é importante que a receção das grávidas/casal seja tida em consideração para respondermos de forma positiva às suas expectativas. Não podemos esquecer que, enquanto profissionais de saúde, lidamos com as pessoas em situações de crise no ciclo de vida familiar e, para as acolher e cuidar precisamos olhar para a pessoa no seu todo. Procuramos estabelecer com a grávida uma relação de confiança que lhe permitisse a exposição de dúvidas e manifestação dos seus receios, o que contribuiu para a identificação dos diagnósticos de enfermagem em cada situação e para o enriquecimento da colheita de dados que não constassem da folha de admissão, nomeadamente os que estão relacionados com o grau de ansiedade em relação ao momento, por vezes relacionado com vivências anteriores. Assim, procuramos agir de forma a colmatar as necessidades individuais de cada grávida/casal, estabelecendo uma relação de ajuda respeitando os princípios básicos (congruência, empatia e escuta) para um acolhimento personalizado, contribuindo assim para uma vivência gratificante para a grávida/casal e também para a equipa de saúde. O constatar da satisfação da grávida/casal, fortaleceu a nossa realização profissional, e constituiu para nós um incentivo para prosseguir nesta dedicação à pessoa numa fase crítica do seu ciclo de vida que é o momento do nascimento de um filho, envolto de receios e medos inerentes a todo o processo do nascimento.

### **Objetivo 2.3:**

Foi feita a vigilância de trabalho de parto durante o **1º estágio** a 92 mulheres. Todas elas tiveram a presença de um acompanhante durante o TP, sendo que na maioria o acompanhante escolhido foi o pai do bebé, o que vem corroborar dados de Hotimsky e Alvarenga (2002:471) e Perdomini (2010:14), lembrando que a presença do homem durante o trabalho de parto é importante no processo de se tornar pai (Olin e Faxelid,

2003:153). Outras mulheres (7, de etnia cigana) preferiram ser acompanhadas pela sogra ou mãe, por questões culturais. Em situações como esta, em que as mulheres optaram pela presença de outros elementos da família que não o pai do bebé, a atitude adotada foi de estimular a sua participação ativa no TP, da mesma forma que seria feito com o pai, sendo que foram obtidos resultados semelhantes, ou seja estes familiares mostraram-se disponíveis para ajudar as mulheres a manterem-se relaxadas através do controle respiratório, massagens de conforto, apoio emocional, com palavras de encorajamento e demonstração de afeto através do toque.

Nos quatro casais que se fizeram acompanhar por um plano de parto, atuamos de acordo com o plano de parto estabelecido, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, dando cumprimento à unidade de competência H3.1.1. (OE, 2010). As opções mais comuns foram a presença de acompanhante durante o TP, ter privacidade, pouca luminosidade, poder mudar de posição durante o TP, deambular, tomar banho, ingerir líquidos, realização de episiotomia apenas se estritamente necessário, corte do cordão umbilical por um dos elementos e aleitamento na primeira hora de vida.

Envolvemos a mulher/família em todas as tomadas de decisão, dando a oportunidade e a liberdade para participarem em pleno no TP.

Foi avaliada a frequência de CPPN pela mulher/companheiro. Das 92 mulheres, 38 frequentaram CPPN. Foram inquiridas acerca dos métodos utilizados para controlo da dor e mostraram saber a importância do relaxamento e como realizar o controlo respiratório. Houve o cuidado de validar as expectativas do casal relativamente à participação do pai no trabalho de parto. As expectativas mais comuns eram prover apoio emocional, para que elas se sentissem confiantes e seguras e assistir ao nascimento dos filhos.

Apenas um pai recusou participar ativamente durante o TP, verbalizando que tinha tempo para ajudar a mulher “em casa quando o bebé nascer” (sic), o que relembra o facto de que não podemos dicotomizar esta questão em atitude/postura/participação paterna tradicional versus moderna e a necessidade de conhecermos previamente a vontade e valores dos pais de quem cuidados. Assim, validou-se com os pais que desejaram participar, o papel que tencionavam desempenhar e a sua preparação. A grande maioria pensou que poderia prover apenas apoio emocional, encorajando as mulheres com palavras de conforto.

Apesar de 38 mulheres terem frequentado um CPPN, nenhum dos maridos tinha participado no curso, por questões de ordem laboral. A grande maioria das mulheres também não tinha partilhado com os companheiros o que tinham aprendido nas aulas.

Tal como preconizado por ESPIRITO SANTO (2000:99), foi feita a preparação emocional dos pais, transmitindo-lhes os conhecimentos fundamentais para a vivência positiva da experiência de TP.

Os casais foram informados sobre a importância e os benefícios da participação do pai durante o TP. Após validar os seus conhecimentos foi feita uma negociação sobre as atividades que poderia e pretendia realizar, com base na sua motivação e vontade. Foi entregue o folheto, sobre a participação ativa do pai no TP mencionado anteriormente neste relatório. e esclarecidas as dúvidas, pois, como referido por Medina e Shetty, 2007:69, o EESMO necessita de reconhecer o potencial do pai e estar sensível às suas necessidades e preocupações, de forma a diminuir a sua ansiedade. Assim, os pais foram encorajados para se envolverem nos cuidados à mulher, enquanto se sentissem confortáveis para o fazer, foram estimulados e encorajados a prestar apoio emocional de forma a proporcionar suporte e aumentar a probabilidade de resposta às medidas de conforto, foram incentivados e apoiados para interpretar as necessidades e os desejos da mulher, transmitindo-os aos elementos da equipa de saúde. Houve maior facilidade na prestação de apoio emocional, através de palavras de encorajamento, do toque, na manifestação de carinho entre o casal, que frequentemente se beijava e abraçava, em ajudar no controle respiratório, na mudança de posição e na realização de massagens de conforto.

Às mulheres/companheiros que não frequentaram o CPPN foram dadas as instruções sobre técnicas de relaxamento e controlo da dor, nomeadamente controle respiratório. O casal foi informado acerca da importância de técnicas, como a mudança frequente de posição e o pai foi estimulado a ajudar a companheira a fazê-lo.

Autores como Longo, Andraus e Barbosa (2010:389), Kainz, Eliasson e Post (2010:626) e Perdomini (2010:29) mostram que um dos aspetos em que o pai pode participar é no alívio e monitorização da dor. Assim, durante a orientação ao casal sobre as técnicas não-farmacológicas para diminuir a dor e a ansiedade, foi dada a oportunidade às mulheres que tinham frequentado o CPPN para fazerem a mobilização de conhecimentos relacionados com a respiração adequada ao processo de TP. O pai pode participar de forma efetiva ajudando na respiração, pelo que foi feito, também,

ensino ao companheiro para cooperar e incentivar no mesmo e realizar massagens – principalmente nas mulheres que referiam dor mais intensa na região lombar. Estas últimas mostraram preferência por massagens com movimentos circulares, na região lombar, em detrimento da contrapressão, referindo maior alívio no desconforto. Foi-lhes oferecida a aplicação de frio ou calor na região lombar, ao que preferiram a aplicação de calor húmido. Um dos pais realizou massagens nas costas e apenas um realizou massagens nos pés, o que vem ao encontro dos achados referidos no capítulos dos resultados, quando referem que o pai pode participar de forma efetiva através da realização de massagens à mulher. O toque – segurar a mão, acariciar o corpo, abraçar e beijar –, para além do controlo respiratório, foi a medida mais usada pelo companheiro, sendo esta técnica entendida pelo casais como uma manifestação de afeto, mais do que uma técnica não-farmacológica de alívio da dor, o que vem corroborar dados de Longo, Andraus e Barbosa (2010:389), Motta e Crepaldi (2005:106), Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005:1318), Rodrigues et al (2011), Kainz, Eliasson e Post (2010:622), Jardim (2009:78), Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007:8) e Perdomini (2010:29) e vem lembrar a importância do apoio emocional prestado pelo pai (Longo, Andraus e Barbosa, 2010:389).

Durante o EC em BP, os companheiros foram estimulados a ajudar as esposas a mudar de posição, bem como a deambular, quando estávamos perante situações clínicas em que tal era possível e havia desejo da mulher para que tal acontecesse. Esta experiência permitiu distrair a mulher dos desconfortos do TP, aumentar o controlo da mãe e constituíram um momento de interação próxima com o seu companheiro à medida que este a foi ajudando a caminhar. Nas situações em que o feto se encontrava em posição occípito-posterior, o marido colaborou na colocação da mulher na posição de cócoras durante as contrações, pois esta posição aumenta o diâmetro pélvico, permitindo a rotação da cabeça fetal para uma posição mais anterior. Também colaborou na colocação da mulher na posição de joelhos, com as mãos e os joelhos apoiados na cama, durante as contrações para facilitar a rotação do occipital do feto, de uma posição posterior para anterior.

Com alguns casais, foi possível utilizar a bola de Pilates. Estes pais ajudaram as mulheres a manterem-se sentadas na bola, permanecendo sentados por detrás delas, ao mesmo tempo que lhes realizavam massagens de conforto na região lombar.

Outra das intervenções realizadas junto dos pais, foi incentivá-los a apoiar a mulher a repousar entre as contrações, como estratégia para minimizar a fadiga.

Nenhum dos casais revelou ter aprendido outras técnicas nos CPPN como por exemplo, o toque terapêutico, aromaterapia, musicoterapia, entre outros.

Foi dada informação de forma contínua e constante, à parturiente e ao pai, acerca da progressão do TP e procedimentos realizados, no sentido de aliviar a ansiedade sentida por ambos. Utilizou-se, para isso, linguagem clara, precisa e objetiva, ao nível da compreensão da mulher/companheiro, de modo a poder ser compreendida e mobilizada. Evitou-se o uso de termos técnicos e, quando necessário, foram seguidos sempre de um esclarecimento, para que pudessem, de seguida, tomar decisões certas/informadas.

Os ESMO devem estar atentos e perceber que apoio a parturiente está a receber, para a orientar e incentivar uma maior participação do pai, dentro dos seus limites (Motta e Crepaldi, 2005:115). A mulher/companheiro foram elogiados continuamente dando a reconhecer os esforços da mulher, bem como do seu companheiro durante o TP, mostrando o quanto a sua presença foi benéfica. Um dos aspetos que facilitou o acolhimento e cuidados ao casal, foi a construção de uma relação sincera, com dedicação de ambas as partes, cuidado com afeto e respeito pelas vivências, experiências e opções do casal, tendo por base a orientação para a realização de técnicas que permitiram diminuir o desconforto, a angústia, o sofrimento e a dor. Pode afirmar-se que houve, da nossa parte, a promoção da presença e participação ativa do pai, o que permitiu manter uma inter-relação enfermeira-mulher-pai. Ainda dentro do âmbito da comunicação entre o ESMO e o pai/casal, procurou-se adequar o tom de voz e a proximidade através do toque terapêutico, de modo a transmitir afeto e respeito, sem violar os limites do outro.

Outros dos fatores a que foi dada atenção durante a prestação de cuidados relacionavam-se com o ambiente, um “ambiente de cura” (WATSON:2002a:252), através do controle do ruído e luzes desnecessárias, reduzindo os fatores de desconcentração e stress.

Apesar do pai ter sido estimulado a participar ativamente durante o TP, esta participação não teve como objetivo substituir os cuidados de enfermagem. Durante todo o processo, o casal pode contar com a ajuda, orientação e apoio da equipa de enfermagem, sempre que preciso, para que se sentissem seguros.

Ao longo do processo, o pai foi alertado para as mudanças no comportamento e aspeto físico da mulher, incentivando-o a expor as suas dúvidas e preocupações de forma a facilitar aceitação face a estas mudanças, como por exemplo, face a respostas 'irritadas' à sua ajuda.

Prestaram-se cuidados de higiene perineal à mulher sempre que necessário procurando motivar os pais a participar nestes cuidados, pois, tal como referem Perdomini, 2010:44, Kainz, Eliasson e Post, 2010:626 e Jardim, 2009:18, o pai pode participar de forma efetiva através da realização dos cuidados diários. No entanto a maioria dos homens sentiu-se pouco à vontade para fazê-lo. A grande maioria dos homens executou medidas de conforto como enxugar a testa e abanar o rosto da mulher.

Foram também prestados cuidados no sentido de promoção do conforto e bem-estar do companheiro, dando cumprimento à unidade de competência H3.1.3. (OE, 2010), por exemplo, oferecendo ao pai cobertores para dormir numa cadeira ao lado da cama, incentivando-o a descansar e a se alimentar. Um dos pais preferiu utilizar a bola de Pilates para descansar, em substituição da cadeira, verbalizando que era mais confortável.

Concomitantemente às intervenções específicas, que visaram a promoção da participação ativa do pai no TP, foi feita a monitorização do TP, a monitorização do bem-estar fetal (foi efetuado através da monitorização cardiocográfica externa e interna) a deteção precoce dos desvios da normalidade e sua resolução – mantendo a comunicação com a equipa médica, e garantindo um ambiente seguro durante o TP e parto, dando cumprimento à unidade de competência H3.1. e H3.2. (OE, 2010).

A capacidade de avaliar o bem-estar fetal, bem como avaliar as características (frequência, amplitude e intensidade) e eficácia das contrações uterinas, através do CTG, foi sendo desenvolvida gradualmente e houve necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos nesta área, principalmente no que diz respeito à deteção dos desvios da normalidade e sua resolução. Durante este EC efetuamos 3 monitorizações internas.

Sentimos alguma dificuldade em identificar as variedades, especialmente quando estas se encontravam posteriores. Tivemos 4 apresentações posteriores, 3 destas acabaram por resultar em parto distócico, 2 por ventosa e 1 por fórceps. Foi efetuada a técnica de amniotomia a 13 mulheres, para estimular a progressão do TP.

Colaboramos com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, dando cumprimento à Unidade de competência H3.1.6. (OE, 2010). Nesta instituição existe a possibilidade de todas as mulheres, que reúnam as condições (quer clínicas, quer de trabalho de parto) e o desejem, e após consentimento informado do casal (no qual consta informação quanto à eficácia e segurança da técnica), de forma a reduzir a ansiedade, promover a autoestima e o sentido de controlo sobre o processo de TP, usufruírem da administração de anestesia epidural, pelo que a nossa colaboração foi no sentido do posicionamento da grávida, disponibilização do carro de apoio, preparação da terapêutica, avaliação dos sinais vitais, colocação de soroterapia adequada, avaliação da retenção urinária e informação do casal em relação aos efeitos colaterais dos fármacos. Efetuamos a manutenção da analgesia através da administração de medicação, de acordo com os protocolos de serviço e indicação do médico anestesista.

Tivemos a oportunidade de realizar a condução do parto, com perfusão de ocitocina, nos casos em que o TP estava a progredir lentamente, tais como falha na dilatação cervical e/ou falha na progressão da descida fetal, o que revelou necessidade de aprofundamento dos conhecimentos teóricos, nesta área.

Também prestámos cuidados a utentes com patologia associada/ou concomitante com a gravidez durante o TP, como: HTA crónica e HTA induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, diabetes tipo II e diabetes gestacional, oligoâmnios e hidrâmnios, dentro do âmbito da competência H3.3. (OE, 2010)

Preparamos a mulher/companheiro para o **2º estágio do TP**. O casal foi informado, também, sobre o que devia esperar durante este estágio do TP, deixando o pai confortável para abandonar a sala e se recompor, caso acontecesse alguma coisa inesperada. Os pais foram instruídos e treinados, quando mostraram desejo de o fazer, para ajudar a companheira durante os esforços expulsivos, o que foi observado com algum sucesso, ajudando-as a erguerem-se e apoiando-as na região das omoplatas, o que vem ao encontro dos achados de Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005:1318 e Espírito Santo, 2000:112. Houve alguns pais que, por opção, não estiveram presentes durante o período expulsivo. A maioria dos que não quiseram estar presentes durante este estágio, verbalizaram não conseguir ver sangue e terem medo de se descontrolarem e até desmaiarem.

No 2º estágio do TP, as reações fisiológicas da mulher e do feto e as reações emocionais da mulher e do seu companheiro foram vigiadas, de forma a assegurar o bem-estar da tríade, ao mesmo tempo que se forneceu informação sobre o parto.

Foi executado o parto de apresentação cefálica (realizaram-se 42 partos), procurando o desenvolvimento da Unidade de competência H3.2.6., (OE, 2010), procedendo à observação da sua evolução, coroação, elasticidade perineal, proteção do períneo, controlo da cabeça fetal, pesquisa de circulares cervicais e sua laqueação, expressão das mucosidades das vias aéreas superiores e apoio do corpo fetal. Foi assegurada a avaliação imediata do RN (como o Índice de APGAR), enquanto era assegurado o contacto precoce pele-a-pele, no âmbito da consecução da Unidade de competência H3.2.7. (OE, 2010).

No que toca ao recém-nascido, o pai pode ser o responsável pelo corte do cordão umbilical (Hotimsky e Alvarenga, 2002:468 e Jardim, 2009:18). Quando são convidados a cortar o cordão, ficam impressionados e emocionam-se (Espírito Santo, 2000:53), pois é algo que valorizam muito (Jardim, 2009:63), apesar do medo, por não saber como fazer (Espírito Santo, 2000:53). Na realidade, a maioria dos pais que participou neste estágio cortou o cordão do bebé, sob a orientação do EESMO, sendo que esta vontade havia sido anteriormente identificada aquando da admissão do casal ou no decorrer do TP. Estes dados realçam a importância de saber desde início até que ponto os pais estão envolvidos e motivados para participar.

Por último, ainda neste estágio, foi promovido um ambiente seguro, o contato precoce pele-a-pele, enquanto meio facilitador da vinculação, e a relação precoce da tríade, procurando o desenvolvimento da Unidade de competência H3.1.1 (OE, 2010), felicitando o casal pelo acontecimento e elogiando o seu desempenho.

No **3º Estádio** do TP, o casal foi orientado acerca do que era esperado acontecer, de forma a incentivar a participação ativa dos dois. Foi feita observação dos sinais de descolamento da placenta e ensino à mãe para realizar esforços expulsivos quando ocorressem os sinais de que tal iria ocorrer. Também neste procedimento houve um grande desenvolvimento no que respeita à autonomia. Procedeu-se a todas as dequitações dos partos, maioritariamente pelo mecanismo de *Schultz*, embora também tenha havido oportunidade de verificar a dequitação pelo mecanismo de *Duncan*.

Para além da condução natural deste estágio, foi também efetuada a condução ativa, dando cumprimento à competência IV definida pela ICM (2002:12), incluindo administração de oxitocina e tração controlada do cordão, tendo sempre o cuidado de prevenir a inversão uterina, pois implica risco de vida. Foi inspecionada a integridade da placenta e das membranas, estimada a perda sanguínea e inspecionada a vagina e o colo uterino para despistar lacerações. Foi efetuada a confirmação da presença do globo de segurança de Pinard e expressão uterina.

Durante o **4º estágio** estimulou-se a presença da tríade na sala de TP, sempre que possível, para dar continuidade à participação do pai. De acordo com CARVALHO ET AL (2010:115), “nas nossas intervenções (...) é imperativo direcionarmos-nos para a tríade, dando particular relevância ao pai que é uma figura muitas vezes esquecida neste processo” (CARVALHO ET AL, 2010:115).

Houve grande preocupação em promover a amamentação na 1ª hora de vida (de acordo com norma do serviço baseada na Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés) e incentivar o pai a participar na mesma, procurando o desenvolvimento da Unidade de competência H3.1.5. (OE, 2010). O casal foi encorajado a expressar as suas dúvidas e preocupações, sendo que ainda está muito presente a crença de que a amamentação é uma prática da mulher. Ainda assim, os pais encontraram forma de participar, durante o 4º estágio de TP através da sua presença junto da companheira e filho, ajudando a manter o bebé desperto durante a mamada e na posição correta. Foi comum mostrarem-se preocupados acerca da quantidade e eficácia do leite e inseguros quanto à posição em que devem pegar no filho.

O casal foi questionado quanto à satisfação e impressões relacionadas com a experiência de TP. Na maioria, os pais que participaram no trabalho de parto ficaram muito agradecidos pelo atendimento que receberam e felicitaram a equipa de enfermagem pelo esforço e dedicação recebidos. Em geral, referiram que tinham vivido uma experiência positiva. Houve um pai que disse que “algo mágico aconteceu na minha vida” (sic). Houve alguns pais que, apesar de terem participado ativamente no TP e considerarem ter sido uma experiência positiva, sentiram-se desapontados por não poderem assistir ao nascimento do seu filho, como pretendiam, já que o parto tinha sido distócico e, nestas situações, não lhes é permitido assistir à extração do bebé. Enquanto aguardavam notícias sobre o nascimento do filho, a maioria sentiu medo e ansiedade por não saber o que se estava a passar. No entanto, logo após a extração e

observação do RN pelo pediatra, e após a autorização deste, o pai pode participar deste momento.

No puerpério imediato foi feita vigilância do bem-estar materno e do recém-nascido, bem como de sinais e sintomas de risco de complicações. Verificaram-se e avaliaram-se as características do globo de segurança de Pinard e a quantidade e características dos lóquios. Procedeu-se à avaliação do períneo, realizando os cuidados perineais - que incluíram aplicação de gelo protegido. Vigiam-se as puérperas a quem anteriormente havia sido feito o parto, seguido do registo na folha de enfermagem, incluindo as intervenções realizadas.

Em termos numéricos, prestaram-se cuidados a **58** puérperas, incluindo aquelas a que se realizou o parto. Foram prestados cuidados de enfermagem a **58** recém-nascidos, durante este estágio.

Em relação à aquisição/desenvolvimento das competências anteriormente referidas queremos acrescentar, que apesar de apenas termos efetuado 42 partos eutócicos, há a referir que após o vigésimo parto que efetuamos, sentimo-nos dotados de uma independência que nos permitiu um melhor desenvolvimento das ações subsequentes. Apesar de por vezes sentirmo-nos frágeis e com alguma impotência em desenvolver muito dos procedimentos sozinhos, por vezes como que por magia, sentimo-nos inundados por uma força interior que tudo nos ajudou a vencer.

Creemos que a vontade de querermos ser uns bons enfermeiros nesta área, assim como sermos uma melhor pessoa no meu dia-a-dia conseguiram fazer vencer o cansaço e a angústia que paralelamente também por vezes nos assolaram.

Cedermos marcas de disponibilidade, atenção, respeito, boa disposição e consideração e trazermos em troca, saberes, experiências, disponibilidade e mais um pouco, é bastante gratificante.

#### **Objetivo 2.4:**

Para a consecução deste objetivo foram realizadas 21 episiotomias e as respetivas episiorrafias. Em 13 mulheres foi necessário efetuar anestesia local (quando não tinham realizado analgesia epidural ou porque a repicagem do cateter epidural já tinha ultrapassado as duas horas). Foi efetuada a episiorrafia de lacerações do grau I (5 mulheres) e grau II (1 mulher), com uma destreza que aumentou gradualmente, dando cumprimento à Unidade de competência H3.3.4. (OE,2010). É pertinente referir que

este procedimento, de início considerado complexo, foi aperfeiçoado e a competência com que foi realizado foi aumentando.

**Objetivo 2.5:**

Face ao estabelecimento deste objetivo, foi feita a avaliação da necessidade de parto instrumental dando cumprimento às competências H3.2.2. e H3.2.3 (OE,2010). Quando necessárias, estas situações relacionaram-se, nomeadamente, com a existência de distocias na progressão, hipertónias uterinas, bradicardias fetais. Quando validada esta necessidade pela enfermeira orientadora do local de estágio e pelo Obstetra de serviço, a ação foi realizada tendo em conta a manutenção do bem-estar materno-fetal, na preparação e apoio psicológico da grávida e seu acompanhante, na prestação de cuidados durante o parto distócico, na prestação de cuidados ao recém-nascido, assim como no acompanhamento e prestação de cuidados em situação de cesariana. Foi possível colaborar em 8 partos distócicos, 5 partos por ventosa, 3 partos por fórceps e 11 cesarianas.

**Objetivo 2.6:**

Segundo LOWDERMILK (2008:831), “chama-se indução de TP ao processo químico ou mecânico de desencadear as contrações uterinas, antes de estas iniciarem espontaneamente, com o objetivo de provocar o nascimento”.

No CHBM, o processo de indução de TP é indicado, quando a grávida atinge uma idade gestacional de 41 semanas e quando a indução do parto antes do termo é benéfica tanto para a mãe como para o feto. Desta forma, a nossa intervenção consistiu na explicação do procedimento e resultados esperados à mulher/família, na avaliação da mãe e filho antes e durante o tratamento, na deteção precoce dos efeitos colaterais que traziam risco para o bem-estar materno-fetal, na comunicação com a equipa médica acerca destes aspetos e na correção de alterações detetadas, e elaboração de registos claros. Esta atividade permitiu dar cumprimento às competências H3.1.2,H3.2.2 e H3.2.3 (OE,2010)

**Objetivo 2.7:**

O serviço em causa conta com admissões de urgência ginecológica, pelo que foi pertinente a formulação deste objetivo. Face ao mesmo, a nossa intervenção consistiu na avaliação inicial, informação e orientação à mulher/família, em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama. Os diagnósticos mais frequentes foram menorragias e metrorragias, infeções vulvovaginais, endocervicites e cervicites, fístulas

vaginais e bartolinites. Foi possível cooperar com a equipa médica no diagnóstico e cuidado nas afeções do aparelho genito-urinário e identificação de riscos ou complicações para a mulher associados à patologia diagnosticada. A mulher/família foi informada e orientada sobre os tratamentos disponíveis, preparada física e psicologicamente. Foi-lhe administrando a terapêutica prescrita, mantendo sempre a preocupação de reforçar comportamentos de saúde positivos, já presentes. Durante o processo, houve sempre a preocupação de capacitar a mulher para tomar decisões informadas sobre os seus cuidados de saúde.

Por último, participou-se na realização de biópsias aspirativas e foi-nos permitido cuidar de utentes submetidas a pequena cirurgia, como curetagens uterinas (terapêuticas e de diagnóstico). Este objetivo permitiu dar cumprimento à Unidade de competência H6.3 (OE, 2010)

Tivemos oportunidade de realizar o acompanhamento de uma utente em situação de aborto retido, dando cumprimento à Unidade de competência H2.3.8. (OE, 2010).

Segundo WATSON (2002b:150) “ a experiência humana de uma perda significativa, afeta o estar de uma pessoa no mundo (...) A mente/emoções, são afetadas pelo sentido de culpa, desgosto e dor.”

Durante o acompanhamento desta situação estimulamos a mulher/casal a relatar a sua dor e outros sentimentos face à situação vivenciada (tristeza, sofrimento, perda e dor), ajudando-os a elaborar esta situação de perda, abraçando, segurando e partilhando a dor. O que vai ao encontro do recomendado por WATSON (2002b:150) na perda e no cuidar, quando afirma que “ o enfermeiro, através do cuidar transpessoal e das transações do cuidar, pode entrar no relacionamento intensamente pessoal - subjetivo com a pessoa desgostosa - pessoa para pessoa - abraçando, segurando, partilhado a dor.”

Procuramos estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, uma vez que esta abre caminhos para melhorar o cuidado de enfermagem no sentido de norteá-lo de forma a contemplar o contexto terapêutico desta assistência.

Passar por esta situação, também foi para nós um momento de dor, pois temos dificuldade em lidar emocionalmente com a perda e a morte, no entanto ao vivenciar esta experiência, experimentamos também os nossos próprios sentimentos, e permitiu-nos viver os sentimentos e perceções, aceitando-os como parte da mudança, do desenvolvimento e como meio de sermos mais humanos.

No decurso deste EC, não tivemos oportunidade de prestar cuidados especializados em situações IVG.

De acordo com o preconizado no Plano de Estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foram ainda realizados ao longo do Ensino Clínico, dois diários de aprendizagem (Apêndice VII).

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente documento é um compêndio do trabalho desenvolvido durante os dois últimos anos de formação e relata as atividades e competências desenvolvidas durante o ECR, as situações vividas e as reflexões sobre o desenvolvimento de competências em paralelo ao processo de investigação realizado, enquanto base de fundamentação teórica/científica para todo o percurso.

A Revisão Sistemática da Literatura é uma metodologia de grande importância no sumário dos achados literários em relação a uma questão específica que nos interessa pela importância de que os cuidados de enfermagem se baseiem na evidência científica. Neste trabalho procurámos fazer a pesquisa de forma abrangente, utilizando descritores que assegurassem o maior número de estudos em resposta à nossa necessidade, em diferentes línguas. O tema escolhido para o desenvolvimento de uma competência adicional às competências específicas do EESMO preconizadas pela OE (2010), foi a participação ativa do pai como estratégia para a humanização do parto, após a tomada de consciência que, apesar da legislação existente, muitos dos pais com quem contactamos ao longo da nossa experiência de cuidados nesta área, ainda demonstra alguma dificuldade em se integrar no processo de gestação e trabalho de parto, apesar de alguns dos EESMO continuarem também a mostrar dificuldade em os incluir. Assim, e tomando como partida a importância do EESMO nos cuidados durante o processo gravídico-puerperal, formulou-se a seguinte questão de investigação: **“Qual a intervenção do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto?”**.

O EESMO tem obrigações morais e profissionais para com a mulher/casal a quem presta cuidados e tem o privilégio e a oportunidade única de afetar as famílias através do seu trabalho. Tomando como foco dos cuidados a unidade familiar, deve criar condições para a vivência psicológica/afetiva e física positiva, na qual o pai participe ativamente, pois o parto é um dos acontecimentos mais importantes na vida

---

Maria de Lurdes Rodrigues Martins

da mulher/casal e, para que seja assistido numa perspectiva humanista, deve incluir o pai.

Não esquecendo os pressupostos de Watson, de que o homem tem valor que deve ser apreciado, respeitado, compreendido e assistido, composto por três esferas: mente, corpo e alma, o enfermeiro tem responsabilidade de cuidar o 'eu' em todas elas, preservando a sua humanidade. É nesta proteção, aumento e preservação da humanidade do ser que a autora define o cuidar, uma arte que envolve e deteta os sentimentos do outro. Este 'outro', neste contexto específico é o pai, com necessidade de cuidado numa fase de transição importante na sua vida (pessoal e familiar): transição para a parentalidade.

Os papéis de género sofreram alterações na sua conceção individual, familiar, social, o que obrigou à chegada de um 'novo pai', com novo poder masculino em áreas antes esquecidas, com novas exigências e, conseqüentemente, novas necessidades de aprendizagem. Estes desafios exigem dos enfermeiros uma nova sensibilidade e competência para reconhecer as necessidades de cuidados que 'habitam' não só na mulher, mas também no homem. Ter um filho é um momento único e a assistência ao parto tem passado por muitas mudanças. Os esforços para recuperar a assistência humanizada do processo de trabalho de parto, gradativamente perdida com o evoluir técnico e instrumental da medicina, têm levado a reflexões sobre as medidas necessárias e a importância de incluir o pai neste evento. Contudo, a literatura existente mantém ainda a consideração de que esta prática deve estar condicionada à vontade e decisão maternas, assim como realça, muitas das vezes, que esta prática traz vantagens, valorizando as que dizem respeito à mãe. Continua, então, a pensar-se na inclusão do pai na cena de parto, como uma estratégia de humanizar a vivência para a mãe. E onde fica o pai, os seus sentimentos, as suas necessidades de cuidado e aprendizagem? Aquilo que quisemos deixar claro ao longo do trabalho, e realçámos dos sujeitos de estudo, é que esta prática deve ser valorizada, entre outros, pelas vantagens que traz para o pai e para a díade pai-filho.

Ao EESMO cabe o papel de informar, de educar, sem pressionar, sem julgar. Pôr em causa um pai que não quer participar no parto, por que não está de acordo com os seus valores, é uma forma de os afastar dos contextos de cuidados. O que importa realmente é conhecer os casais ao nosso cuidado, investigar o que os pais, aqui alvo da nossa investigação, pensam sobre isso e, quando estão dispostos/disponíveis para

participar, lembrarmo-nos que podem, ainda assim, não saber como o fazer. Isto mostra-nos que este tema deve ser discutido, não apenas no tempo-espço do bloco de partos, mas, e tal como tem vindo a ser mencionado ao longo dos capítulos, deve ser uma questão foco dos cuidados de enfermagem em outros contextos anteriores ao momento do nascimento, como as consultas de saúde materna na comunidade, planeamento familiar e PPN, onde é permitido aos pais que se preparem, que saibam até que ponto estão interessados e motivados para participar (seja por eles, pelo bebé ou pela mulher) e assegura que tenham condições, conhecimentos, habilidade para participar ativamente e fazer desse momento uma experiência positiva. Também não podemos deixar passar em claro o facto de que a maioria das ações do pai é dirigida ao bem-estar da mulher, o que não deve ser visto como uma crítica ou algo redutor à participação do pai. É ela, de facto, que está a parir, quem tem as dores, que vive, não só psicologicamente, mas muito fisicamente, este processo de nascimento. Acima de tudo, e mais do que procurar o que é a 'participação-do-pai' e a 'participação-da-mãe', há que enfatizar a participação do casal, como uma unidade que trabalha em equipa para receber um novo elemento da família.

A preparação para esta prática deve começar desde cedo com os EESMO que estão na comunidade ou hospital, durante o período pré-natal, para que os EESMO que estão no bloco de partos possam continuar esse trabalho. Apesar de ter sido constatado num dos estudos que todos os pais têm a possibilidade de se preparar, mesmo não tendo vivido todo este processo prévio, a realidade mostrou que esta é a forma mais consistente de o fazer.

Em suma, é essencial que nos capacitemos para trabalhar com estas questões, de forma a valorizar a profissão de enfermagem e nos tornarmos uma referência nesta área de cuidados.

Ao terminar este relatório, esperamos ter transmitido com clareza as atividades de maior relevo, desenvolvidas durante ECR, bem como a respetiva análise crítica, possibilitando assim a interpretação das mesmas.

A aquisição e desenvolvimento de competências nas três dimensões do saber: o saber, o saber-fazer e o saber-ser, permitem ao EESMO participar na construção e manutenção de uma sociedade saudável. Sentimos que no início do ECR, a sede de querer conciliar as três dimensões do saber, conduziu-nos a alguma precipitação, inibidora de uma correta aprendizagem, porém a reflexão sobre as práticas, apelou à

concentração e à calma, conduzindo-nos assim, à mudança de comportamentos e atitudes que se foi traduzindo gradualmente em tranquilidade, mais segurança, mais confiança e autonomia, pois como afirma ALARCÃO (2001:57) “ refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade conceptualizadora lhe atribui significado”.

A reflexão e a interação que a construção deste relatório envolveu, num diálogo permanente do seu autor consigo próprio e com os outros, foram fatores de promoção da sua aprendizagem e do desenvolvimento de competências. Esta reflexão implicou ter consciência daquilo que se pensou, sobre o que se fez, e envolveu simultaneamente, a procura de soluções lógicas e racionais para os problemas, tendo por base a evidência científica obtida através da RSL.

Podemos considerar que este foi um trabalho com sucesso, em que temos a agradecer, também, a ajuda de toda a equipa com quem se trabalhou nos EC, da orientadora e aos casais. Foi um caminho que terminou num patamar diferente, mais elevado, do que aquele em que começou. Não só em relação aos conhecimentos teóricos, mas essencialmente no que diz respeito à disposição emocional, disponibilidade e autonomia para o fazer.

## 11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, Isabel – Formação reflexiva. In: **Revista Referência**. s.l. Nº 6 (2001). Pp. 56-59.

AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES: <http://www.midwife.org/Our-Philosophy-of-Care>. Acedido a 25 de Julho de 2011.

ANGELOVA, Evgeniia; TEMKINA, Anna – The Father Who Participates in Childbirth. [em linha]. In: **Anthropology and Archeology Of Eurasia**. Vol. 49, nº 2 (2010). Pp. 9-43.[Acedido a 11 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=162&hid=10&sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114>. ISSN 1061-1959.

BONADIO, Isabel C. [et al] – Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. [em linha]. In: **Anais do Simposium Brasileiro da Comunidade de Enfermagem**. Nº 8 (2002). [Acedido a 9 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a043.pdf>

BRUGGEMANN, Odaléa M.; PARPINELLI, Mary A.; OSIS, Maria J. D. – Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. [em linha]. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 21, nº 5. (2005). Pp. 1316-1327. [Acedido a 9 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>. ISSN 0102-311X.

BRUGGEMANN, Odaléa [et al] – Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. [em linha]. In: **Revista e Saúde Pública**. Vol. 41, nº1. (2007). Pp. 1-9. [Acedido a 10 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>. ISSN 0034-8910.

BRUGGEMANN, Odaléa; [et al] – Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado. [em linha]. In: **Revista Tempus Actas**. Vol. 4, nº 4 (2010). Pp. 155-159. [Acedido a 18 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/843/806>. ISSN 1982-8829.

CARVALHO, Júlia et al (2010) - O Pai: Vivências Impares no Processo de Nascimento dos seus Filhos. In: **EMOÇÕES EM SAÚDE**, Fátima, 2010 – Emoções em Saúde – Contributos. [s.l.] ISBN: 978-989-96617-1-4 [em linha]. Acedido a 9 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf#page=112>

CARVALHO, Maria Luiza M. (2003) – Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. [em linha]. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 19, suplemento 2 (2003). Pp. 389-398. [Acedido a 9 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>. ISSN 0102-311X.

CECCATO, Sílvia R.; VAN DER SAND, Isabel C. P. – O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. [em linha]. In: **Revista Eletrónica de Enfermagem**. Vol. 3, nº 1 (2001). [Acedido a 8 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. ISSN 1518-1944

**CHBM, EPE: Visão, missão e valores**. Disponível em: [http://www.chbm.min-saude.pt/O+Centro+Hospitalar/MissaoValores/?sm=1\\_1](http://www.chbm.min-saude.pt/O+Centro+Hospitalar/MissaoValores/?sm=1_1) [Acedido a 15 de Junho de 2012]

DECRETO-LEI nº 14/85. DR: I Série, nº 153, 85-07-06. P.1874

DIOCHON, Danielle (1994) - **L'accueil du malade à l'hôpital**. Madrid (16) Abr/Mai/Jun, (mimeografia).

DIRETIVA 80/155/CEE do Conselho, de 21 de Janeiro de 1980, Jornal Oficial nº L 033 de 11/02/1980 p. 0008 – 0012. [Acedido a 11 de Outubro de 2012]. Disponível em:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0155:PT:HTML>

DIRECTIVA 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005 Jornal Oficial nº L 255 de 30.9.2005, p. 22— 142. [Acedido a 11 de Outubro de 2012]. Disponível em:

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005L0036:20110324:PT:PDF>

ESPIRITO SANTO, Lilian C. do (2000) – **O desejado e o vivido pelo pai durante o processo de parto e nascimento de seu bebê**. Porto Alegre. Universidade Federal do rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Tese de Mestrado.

FORTIN, Marie Fabienne (2003) – **O processo de Investigação: Da concepção à realização**. 3ª ed. Loures. Lusociência, ISBN: 972-8383-10-X;

GALVÃO, Cristina Maria [et al] – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem [em linha]. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 12, nº3 (2004). Pp. 549-556. [Acedido a 22 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acedido em 2011/10/22. ISSN 0104-1169.

GRAÇA, Luís Mendes et al (2010) – **Medicina Materno Fetal**. 4ª Edição: Lisboa. Lidel. ISBN: 978-972-757-654-8

GUTMAN, Yaira; TABAK, Nili – The intention of delivery room staff to encourage the presence of husbands/partners at cesarean section. [em linha]. In: **Nursing Research and Practice**. Vol. de 2011. Pp. 1-5. Acedido a 12 de Outubro de 2011. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cddb%40sessionmgr114&vid=389&hid=7>.

HOGA, Luiza A. K.; PINTO, Cleusa M. S. – Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências profissionais. [em linha]. In: **Revista de Investigação e Educação em Enfermagem**. Vol. 25, nº 1. (2007). Pp.74-81. [Acedido a 10 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105216848008.pdf>.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105216848008.pdf>. ISSN 0120-5307

HOTIMSKY, Sónia N.; ALVARENGA, Augusta T. de – A definição do acompanhante no parto. Uma questão ideológica? [em linha]. In: **Estudos Feministas**. Vol. 10, nº 2 (2002). Pp: 461-481. [Acedido a 9 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>. ISSN 0104-026X.

INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM) (2002). **Competencies**. [Acedido em 11 de Novembro de 2011]. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>.

IP, Wan Y. – Relationship between partner's support during labour and maternal outcomes. [em linha]. In: **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 9, nº 2. (2000). Pp. 265-272. [Acedido a 28 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=422&hid=122&sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114>. ISSN 0962-1067.

JARDIM, Danúbia B. (2009) – **Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho**. [em linha]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Tese de Pós-Graduação. [Acedido a 10 de Outubro de 2011]. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-83FK8N/1/dan\\_bia\\_mariane\\_barbosa\\_jardim.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-83FK8N/1/dan_bia_mariane_barbosa_jardim.pdf)

KAINZ, Gisela [et al] - The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. [em linha] In: **Health Care for Women International**. Vol. 31, nº 7. (2010). Pp. 621-635. [Acedido a 11 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=162&hid=10&sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114>. ISSN 1096-4665.

KAKAIRE, Othman [et al] – Male involvement in birth preparedness and complication readiness for emergency obstetric referrals in rural Uganda. [em linha]. In: **Reproductive Health**. Vol. 8, nº 12 (2011). Pp. 1-7. [Acedido a 11 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=162&hid=10&sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114>. ISBN 1742-4755

KAO, Bi-Chin [et al] – A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. [em linha]. In: **Journal of Nursing Research**. Vol.12, nº3 (2004). Pp. 191-201. [Acedido a 12 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=123&sid=44f9ac4e-baf1-4406-bd4a-619cb7889ac9%40sessionmgr110>.

KITANARA, Regina H. [et al] – **Participação do pai na gestação, parto e nascimento: uma questão de cidadania**. [Acedido a 11 de Outubro de 2011].

Disponível em: [www.abenfors.org.br/site](http://www.abenfors.org.br/site)

KITZINGER, Sheila (1996) – **Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade**. 2ª edição. Lisboa: Editorial Presença. ISSN 972-23-2045-9

LI, Hsin-Tzu [et al] – A Birth Education Program for Expectant Fathers in Taiwan: effects on their anxiety. [em linha]. In: **BIRTH**. Vol. 36, nº 4 (2009). Pp. 289-296. [Acedido a 11 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=162&hid=10&sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114>.

LONGO, Cristiane S. M. [et al] – Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipa de saúde. [em linha]. In: **Revista Eletrónica de Enfermagem**. Vol. 12, nº 12 (2010). Pp. 386-391. [Acedido a 8 de Outubro de 2011].

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf>.

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

MARTINS, Andreia [et al] (2006) – A vivência do pai na sala de partos: perspetiva do acompanhante. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. Lisboa. ISSN 1646-3625. Nº 7 (2006) Pp. 43-4.

MEDINA, Anais R.; SHETTY, Ashalatha – Paternal experiences of pregnancy and labour. [em linha]. In: **British Journal of Midwifery**. Vol. 15, nº 2. (2007). Pp. 66-74. [Acedido a 28 de Junho de 2011]. Disponível em:

[f-tp://124.42.15.59/ck/2011-04/165/050/430/505/Paternal%20experiences%20of%20pregnancy%20and%20labour.%20\(covers%20story\).pdf](http://124.42.15.59/ck/2011-04/165/050/430/505/Paternal%20experiences%20of%20pregnancy%20and%20labour.%20(covers%20story).pdf). ISSN

MERIGHI, Carla; MERIGHI, Miriam A. B. – A actuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte. ISSN 1415-2762. Vol. 7, nº 1 (2003). Pp. 2-8.

Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. (2006) – **Organização Perinatal Nacional de Saúde Materna e Neonatal**. [em linha] Lisboa: MS. [Acedido a 11 de Novembro de 2011]. Disponível em:

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>

MOTTA, Cibele Cunha Lima e CREPALDI, Maria Aparecida, (2005) - **O pai no Parto e o Apoio Emocional: a perspectiva da parturiente**. Ribeirão Preto. Paidéia Cadernos de psicologia e Educação, vol.15, nº30, pp. 105-118. ISSN 0103-863X.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>. Acedido em 2011/05/14.

OLIN, Rose-May; FAXELID, Elisabeth – Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. [em linha]. In: **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. Vol 17, nº2 (2003). Pp. 153-159. [Acedido a 12 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114&vid=389&hid=7>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. 2010. Lisboa: Conselho Directivo de Enfermagem, Portugal

Organização Mundial de Saúde (1996) – **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: WHO. [em linha]. Acedido a 10 de Outubro de 2011. Disponível em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf).

PARREIRA, Maria Vitória (2007) – Maternidade: da natureza à cultura; parto e sua complexidade sociocultural. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. Lisboa. ISSN 1646-3625. Nº 8 (2007). Pp.19-23

PERDOMINI, Fernanda R. I. (2010) – **A participação do pai com acompanhante da mulher no processo de nascimento**. Porto Alegre. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado. [em linha]. [Acedido a 28 de Junho de 2011. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000752725&loc=2010&l=01d5f3188c52e62e>.

PÉREZ, M.; SORIANO, A.; PLAZA, J. (1998)– Vivencias del padre durante el embarazo. **Revista ROL de Enfermería**. S.I. Nº 243. (1998). Pp. 18-19.

PESTVENIDZE, E.; BOHRER, M. - Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia. [em linha]. In: **Global Public Health**. Vol. 2, nº2 (2007). Pp. 169-183. [Acedido a 12 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114&vid=384&hid=110>. ISSN 1744-1706

PLANTIN, Lars; OLUKOYA, Adepeju; NY, Pernilla – Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: a Scope Study Literature Review. [em linha]. In: **Fathering**. Vol. 9, nº 1. (2011). Pp. 87-102. [Acedido a 11 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=162&hid=10&sid=8d3f4bda-b344-4489-94e4-b961f604cdbc%40sessionmgr114>. ISSN 1537-6680

RATTNER, D. (1998) - **Humanizando o nascimento e o parto: o workshop**. São Paulo: Senac São Paulo. ISBN: 8573594330

RODRIGUES, Clarisse [et al] – Construção do inventário de envolvimento do pai na gravidez e do inventário do envolvimento do pai no trabalho de parto. [em linha]. In: **Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras**. Nº 11 (2011). [Acedido a 9 de Outubro de 2011]. Disponível em:

<https://docs.google.com/a/campus.esel.pt/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnxyZXZpc3RhYXBib3xneDo0YjU0MjMzZmMzhhZDZm>. ISSN 2182-3006

ROMEIRA, Olga D. (2007) - O Pai no Parto e a Educação para a Saúde. Disponível em:

[http://www.forumenfermagem.org/index.php?view=article&catid=157&id=3014%3Ao-pai-no-parto-e-a-educacao-para-a-saude&format=pdf&option=com\\_content](http://www.forumenfermagem.org/index.php?view=article&catid=157&id=3014%3Ao-pai-no-parto-e-a-educacao-para-a-saude&format=pdf&option=com_content). Acedido a 28 de Junho de 2011.

TARNOWSKY, Karina [et al] – A Participação Paterna no Processo de Humanização do nascimento: Uma Questão a Ser Repensada. [em linha]. In: **Texto Contexto Enfermagem**. Vol. 14, nº esporádico (2005). Pp. 102-108. [Acedido a 9 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a12v14nspe.pdf>. ISSN 0104-0707

WATSON, Jean (2002a) - **Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-37-1

WATSON, Jean (2002b) – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

## APÊNDICES

**APÊNDICE I**  
**QUADROS SÍNTESE DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES DO**  
**PROJETO**

<b>OBJETIVO GERAL 1: Promover a participação ativa do pai no trabalho de parto</b>	
<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES A DESENVOLVER</b>
<b>1.1. Identificar as intervenções do EESMO na promoção da participação ativa do pai no trabalho de parto e identificar os benefícios da participação ativa do pai no trabalho de parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquisição e aprofundamento de conhecimentos sobre o tema, através de uma revisão sistematizada da literatura.</li> </ul>
<b>1.2. Planear e implementar cuidados de enfermagem especializados que promovam a participação do pai no trabalho de parto.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de sessões de educação para a saúde dirigidas ao casal, com o objetivo de abordar a importância da participação ativa do pai durante o TP e informar sobre as ações que ele pode realizar na sala de partos (CPPN no ECIII – UCSPQL e no ECIV - CHBM);</li> <li>• Elaboração de um guia de orientação dirigido ao casal - a entregar nas aulas do CPPN do CHBM e da UCSPQL e na admissão no Bloco de Partos - que informe sobre as ações a realizar durante o trabalho de parto (ECIII, ECIV e ECR);</li> <li>• Elaboração de um poster sobre os benefícios e forma de participação do pai durante o trabalho de parto;</li> <li>• Solicitação da autorização ao conselho de Administração do CHBM, e ao enfermeiro coordenador do Bloco de Partos, para colocar o poster na sala onde se realiza o CPPN e nos quartos onde decorre o trabalho de parto, no bloco de partos do CHBM; (ECR);</li> <li>• Realização da norma sobre a participação ativa do pai durante trabalho de parto (ECR);</li> <li>• Realização das intervenções de enfermagem no bloco de partos de partos do CHBM, segundo a norma sobre a participação ativa do pai durante trabalho de parto (ECR);</li> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem especializados que promovam a participação ativa do pai durante o TP (ECR).</li> </ul>

<b>OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família.</b>	
<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES A DESENVOLVER</b>
<b>2.1. Desenvolver competências relacionais no acolhimento da mulher/companheiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento da mulher e do seu companheiro, apresentação aos profissionais que estarão envolvidos nos cuidados;</li> <li>• Inclusão do companheiro (se a mulher desejar), no processo de admissão e avaliação;</li> <li>• Manifestação de uma atitude empática, de respeito e uma postura adequada;</li> <li>• Promoção de um ambiente acolhedor e de confiança, e estabelecimento de uma relação aberta com a mulher/companheiro, através da comunicação terapêutica;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajamento da mulher para que seja capaz de verbalizar os seus medos, de forma a diminuir a intensidade da resposta emocional, e partilhar as suas preocupações com a equipa de saúde, com o objetivo de promover a parceria nos cuidados;</li> <li>• Disponibilidade para ouvir os sentimentos e preocupações da mulher/companheiro para avaliar qualquer má interpretação ou desinformação que possa induzir ansiedade;</li> <li>• Questionamento do casal acerca do que esperam do parto, dando oportunidade para colocação de questões sobre o que os preocupa;</li> <li>• Colheita de informação sobre o estado emocional e psicológico da mulher/companheiro, através da observação e da entrevista;</li> <li>• Registo das experiências anteriores de TP, caso existam, e a sua perceção acerca das mesmas;</li> <li>• Revisão dos perigos potenciais fornecendo informação factual que permita corrigir qualquer má interpretação ou má informação;</li> <li>• Informação à mulher/companheiro sobre os cuidados prestados, dando abertura para a emissão dos seus pareceres /opiniões.</li> </ul>
<p><b>2.2.Desenvolver competências relativas ao processo de admissão e acolhimento da grávida em contexto de urgência obstétrica.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colheita de dados relativos ao estado da mulher, incluindo os sinais e sintomas indicadores de falso ou verdadeiro TP;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas que a mulher/companheiro possam ter, inerentes à sua situação de saúde;</li> <li>• Colheita de dados sobre o motivo pelo qual recorreu ao hospital, história obstétrica e da gravidez atual (determinação e confirmação da idade gestacional e data provável do parto; intercorrências desta gravidez ou de outras, fatores de risco materno-fetais e número de consultas pré natais), antecedentes pessoais, alergias, consulta do boletim de saúde da grávida/análises/outros exames complementares, pertinentes para a avaliação;</li> <li>• Determinação do consumo de álcool, drogas ou tabaco pela mulher, antes ou durante a gravidez;</li> <li>• Informação à mulher/companheiro sobre procedimentos a efetuar;</li> <li>• Prestação de cuidados enfermagem especializados pré-natais às grávidas que recorrem à urgência obstétrica por problemas de saúde;</li> <li>• Identificação de riscos ou complicações para a mãe e para o feto, associados à patologia diagnosticada;</li> <li>• Explicitação dos cuidados inerentes à patologia, à mulher/companheiro;</li> <li>• Ensino à mulher/companheiro acerca da autoavaliação de sinais clínicos associados à patologia diagnosticada;</li> <li>• Orientação para o autocuidado após a alta;</li> <li>• Identificação e monitorização do trabalho de abortamento;</li> <li>• Conceção, planeamento, implementação e</li> </ul>

	<p>avaliação de intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceção, planeamento, implementação e avaliação de medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em situação de abortamento;</li> <li>• Avaliação de sinais vitais;</li> <li>• Avaliação da estática fetal através de manobras de Leopold;</li> <li>• Monitorização do bem-estar fetal através da realização de CTG, interpretação das modificações, da variabilidade da FCF e da dinâmica uterina;</li> <li>• Detecção precoce dos desvios da normalidade, informando o médico sempre que necessário;</li> <li>• Avaliação da cervicometria, (apagamento do colo, estado das membranas, dilatação, apresentação fetal, posição);</li> <li>• Punção de veia periférica, se indicado, administração de soroterapia, se prescrita e verificação de restante terapêutica;</li> <li>• Revisão do plano de parto, se a mulher o tiver elaborado;</li> <li>• Realização de exame físico e obstétrico;</li> <li>• Orientação do casal para a sala de TP (caso a mulher fique internada); explicação sobre a organização do espaço físico e normas do serviço (localização do bar, casa de banho, sala de espera, horário de visita);</li> <li>• Informação ao casal sobre o funcionamento da unidade, como a utilização da campainha de chamada, do telemóvel, regulação da luz do quarto e das diferentes posições da cama;</li> <li>• Confirmação junto do casal que está entregue a prestadores de cuidados competentes e que podem colocar questões relacionadas com os cuidados, sobre a sua situação, bem como do feto, em qualquer altura do TP;</li> <li>• Elaboração de registos claros e concisos facilmente interpretáveis;</li> <li>• Clarificação de dúvidas através da enfermeira orientadora, que tenham surgido nas avaliações anteriores</li> </ul>
<p><b>2.3.Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, relacionadas com 4 estádios do trabalho de parto.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica;</li> </ul> <p><b>No 1º Estádio do trabalho de Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização do plano de parto (se a mulher o tiver) na prestação de cuidados individualizados à mulher durante o TP;</li> <li>• Informação ao casal sobre procedimentos que irei efetuar;</li> <li>• Realização de manobras de Leopold para identificar a apresentação fetal, posição e grau de encravamento da bacia;</li> <li>• Monitorização do bem-estar fetal através da realização de CTG, interpretação das modificações, da variabilidade da FCF e da dinâmica uterina;</li> <li>• Detecção de desvios da normalidade, dando</li> </ul>

	<p>conhecimento ao médico;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação da cervicometria, (apagamento do colo, estado das membranas, dilatação, apresentação fetal, posição);</li><li>• Avaliação dos sinais vitais;</li><li>• Punção de veia periférica, se indicado, administrar soroterapia, se prescrita, e verificação da restante terapêutica;</li><li>• Elaboração de registos claros e concisos, facilmente interpretáveis;</li><li>• Avaliação da frequência do CPPN pela mulher/companheiro, dos conhecimentos sobre o TP e do nível de ansiedade atual, de forma a planear estratégias de apoio;</li><li>• Validação das expectativas do casal relativamente à participação do pai no trabalho de parto. Respeito pela decisão tomada, dando-lhes liberdade para tal;</li><li>• Conhecimento do papel que o companheiro tenciona desempenhar e da sua preparação para tal, através da observação e questionamento;</li><li>• Informação ao casal sobre a importância e os benefícios da participação do pai durante o trabalho de parto;</li><li>• Negociação com o pai sobre as atividades que vai realizar, com base na sua motivação e vontade;</li><li>• Encorajamento do pai para que se envolva nos cuidados à mulher, enquanto se sentir confortável para o fazer;</li><li>• Avaliação da necessidade de uma revisão dos métodos que aprenderam nas aulas do CPPN;</li><li>• Orientação do casal durante os estádios do TP e ajuda para que usem e modifiquem técnicas de conforto apropriadas para cada fase, garantindo maior eficácia da técnica empregue;</li><li>• Estimulação e encorajamento do pai para que preste apoio emocional no TP e seja uma fonte de coragem para a companheira, de forma a proporcionar suporte e aumentar a probabilidade de resposta às medidas de conforto;</li><li>• Apoiar o casal, cuidar da mulher em parceria com o companheiro, se for vontade do casal;</li><li>• Permissão de que a mulher tenha liberdade para participar em pleno no seu TP;</li><li>• Inclusão da mulher/companheiro na tomada de decisão relacionada com a prestação de cuidados;</li><li>• Explicação à mulher/companheiro de que os profissionais de saúde que a irão acompanhar não estão à espera que ela se comporte de nenhuma forma especial;</li><li>• Encorajamento e transmissão de confiança para que a mulher confie nas suas capacidades inatas para o parto; apoio e proteção nos seus esforços para atingir este objetivo;</li><li>• Adoção de um comportamento sensível às necessidades do companheiro;</li><li>• Apoio e ajuda ao companheiro, identificando as suas necessidades e expectativas e ajudando-o a</li></ul>
--	---

	<p>alcançá-las;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino à mulher/companheiro sobre técnicas de respiração (se não fizeram CPPN);</li> <li>• Encorajamento e ajuda nas mudanças frequentes de posição e nas posições de sentada com cabeceira elevada;</li> <li>• Orientação ou revisão sobre as técnicas não-farmacológicas disponíveis para diminuir a dor e a ansiedade durante o TP, para favorecer a probabilidade de sucesso no uso das técnicas. Por exemplo, o pai pode ajudar:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- No uso de técnicas de relaxamento;</li> <li>- No controlo respiratório;</li> <li>- No toque (segurar a mão, acariciar o corpo ou abraçá-la);</li> <li>- Através de massagens de conforto (massagem da cabeça, costas e pés pode ser muito eficaz na redução da tensão e no aumento do conforto);</li> <li>- Na pressão na região sagrada (ensino ao pai para que exerça pressão contra a região sagrada sobre o occipital do feto numa variedade posterior);</li> <li>- Pode aplicar calor e frio (por exemplo, com compressas quentes na região lombar ou com um pano frio ou gelo);</li> </ul> </li> <li>• Estimulação, ensino, instrução e treino do pai para que ajude a mulher:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- A alternar as posições e a utilizar almofadas para reduzir a rigidez, promover a circulação e o conforto;</li> <li>- Na deambulação – esta constitui um momento de interação próxima com a sua companheira,</li> <li>- A utilizar a bola de Pilates;</li> </ul> </li> <li>• Utilização de outras técnicas que a mulher/companheiro possam ter aprendido nas aulas do CPPN (p. ex. toque terapêutico, aromaterapia, música) para promover um maior conjunto de estratégias de coping;</li> <li>• Estimulação do pai para que encoraje a mulher a repousar entre as contrações e minimizar a fadiga;</li> <li>• Preparação do pai para as mudanças no comportamento e no aspeto físico da mulher;</li> <li>• Incentivo do pai para que interprete as necessidades e os desejos da mulher, transmitindo-os aos elementos da equipa de saúde;</li> <li>• Informação constante à parturiente e ao pai acerca da progressão do TP e procedimentos realizados, para aliviar a ansiedade;</li> <li>• Apoio ao casal, se necessário, no emprego de medidas farmacológicas para aliviar a dor, explicação da eficácia e da segurança das mesmas, para reduzir a ansiedade, promoção da autoestima e do sentido de controlo sobre o TP;</li> <li>• Estabelecimento de uma relação de confiança e demonstração de disponibilidade;</li> <li>• Prestação de apoio emocional e feedback positivo à mulher/companheiro para aumentar os mecanismos de coping;</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elogio à mulher/companheiro;</li><li>• Reconhecimento dos esforços da mulher, bem como os do seu companheiro, durante o TP;</li><li>• Escolha adequada do tom de voz e adequação da proximidade através do toque, permitindo transmitir interesse e carinho;</li><li>• Preservação da intimidade do casal;</li><li>• Prestação de apoio continuamente;</li><li>• Avaliação do estado emocional do companheiro, mostrando-lhe o quanto a sua presença foi benéfica, reforço contínuo deste aspeto ao longo do TP, através do apoio e encorajamento em relação ao seu papel;</li><li>• Sugestão adequada de que o pai não se esqueça de se alimentar;</li><li>• Substituição do pai no cuidado à mulher, conforme necessário, e preservação do seu bem-estar (por exemplo, oferecendo-lhe cobertores para dormir numa cadeira ao lado da cama);</li><li>• Reconhecimento do stress vivido por cada companheiro durante o TP e identificação das respostas normais;</li><li>• Modificação ou eliminação dos estímulos desagradáveis, tais como ruídos e luzes desnecessárias;</li><li>• Incentivo para que o companheiro aceite as dificuldades da mulher em seguir as suas recomendações e a resposta 'irritada' à sua ajuda;</li><li>• Implementação de medidas de higiene e conforto da preferência da mulher, enfatizando os cuidados de higiene oral e perineal;</li><li>• Implementação de medidas de conforto para o companheiro;</li><li>• Encorajamento da mulher para que seja capaz de solicitar determinadas práticas de cuidar, importantes para si;</li><li>• Redução dos fatores de desconcentração;</li><li>• Encorajamento e estimulação do esvaziamento da bexiga de 2/2 h;</li><li>• Promoção da hidratação;</li><li>• Avaliação e vigilância da progressão do TP (avaliação, permeabilidade, apagamento, dilatação, posição, dados sobre o feto e anexos);</li><li>• Detecção precoce de situações de risco fetal e informar o médico;</li><li>• Condução do parto (com perfusão de ocitocina):<ul style="list-style-type: none"><li># Explicação da técnica, a sua justificação e reações a esperar;</li><li># Posicionamento da mulher em decúbito lateral ou com cabeceira elevada;</li><li># Avaliação do estado da unidade materno-fetal;</li><li># Preparação da solução e administração de acordo com a prescrição, através de bomba infusora;</li><li># Avaliação da tensão arterial, pulso a respiração a cada 30 a 60 m;</li><li># Verificação do padrão de contrações e da</li></ul></li></ul>
--	--

	<p>tonicidade uterina em repouso a cada 15 m. e sempre que a dose é aumentada;</p> <p># Avaliação do balanço hídrico;</p> <p># Realização do toque vaginal, se indicado;</p> <p># Vigilância do aparecimento de náuseas, vômitos, cefaleias e hipotensão;</p> <p># Avaliação da situação fetal através de monitorização eletrónica fetal; avaliação do traçado a cada 15 m. e sempre que a dose é aumentada;</p> <p># Observação da reação emocional da mulher e do companheiro;</p> <p># Detecção de desvios da normalidade, informando o médico;</p> <p># Notificação de situações de hiperestimulação uterina, padrões de FCF não tranquilizadores, suspeita de ruptura uterina, resposta uterina inadequada a 20 mUI/m;</p> <p># Em situação de emergência, suspensão da ocitocina segundo o protocolo hospitalar: posicionamento da mulher em decúbito lateral, aumento do débito d infusão IV principal (soro de manutenção) para 200 ml/hora (a não ser que esteja contraindicado na utente), administração de oxigénio por máscara (8 a 10 L/m), ou segundo protocolo ou prescrição;</p> <p># Registo do tipo, quantidade, hora início, aumentos da dose, dose de manutenção e suspensão da medicação, no processo da utente e na tira de registo da monitorização, reações da mãe e feto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação de sinais do 2º estágio (dilatação completa, necessidade de fazer esforços expulsivos, abaulamento do períneo, início da visualização da cabeça fetal);</li> <li>• Preparação da mulher/companheiro para o nascimento;</li> <li>• Validação com casal da vontade de cortar o cordão umbilical e quem o fará;</li> <li>• Elaboração de registos claros na folha de registos de enfermagem.</li> </ul> <p><b>No 2º Estádio do trabalho de Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção da vigilância do bem-estar fetal através do CTG, interpretação das modificações, da variabilidade da FCF e da dinâmica uterina;</li> <li>• Detecção de desvios da normalidade, informando o médico;</li> <li>• Avaliação dos sinais vitais;</li> <li>• Monitorização constante dos acontecimentos do 2º estágio do TP, incluindo as reações fisiológicas da mulher e do feto e as reações emocionais da mulher e do seu companheiro, para assegurar o bem-estar tríade;</li> <li>• Elaboração de registos claros e concisos facilmente interpretáveis;</li> <li>• Informação ao casal sobre o que deve esperar neste estágio de TP (o pai será exposto a imagens e odores que pode nunca ter experimentado),</li> </ul>
--	---

	<p>fazendo-o sentir-se confortável em abandonar a sala para se recompor, caso aconteça alguma coisa que o surpreenda;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Encorajamento do companheiro para que faça pequenas pausas, se alimente e ingira líquidos, dado que o processo de apoio pode ser física e emocionalmente cansativo;</li><li>• Encorajamento do companheiro para que esteja presente na altura do nascimento do seu filho, se isso estiver de acordo com as suas crenças e expectativas culturais e pessoais;</li><li>• Promoção de oportunidades iguais para a mulher e para o pai na iniciação do processo de vinculação com o bebé;</li><li>• Transmissão de “feedback” contínuo para a mulher e o seu companheiro, de forma a reduzir a ansiedade;</li><li>• Promover medidas de conforto, minimizando as distrações, para reduzir o desconforto e facilitar a concentração no processo de nascimento;</li><li>• Encorajamento da mulher para que mude de posição e ajude nos movimentos de descida do feto;</li><li>• Encorajamento da mulher para que preste atenção ao seu corpo, conforme progride o 2º estágio do TP;</li><li>• Indicação ao pai acerca do local onde deve permanecer e onde pode e não pode tocar durante o parto;</li><li>• Instrução e treino do pai para ajudar a companheira durante os esforços expulsivos. O companheiro pode ajudá-la a erguer-se, apoiando-a na região das omoplatas. Incentivá-lo a manter o apoio com palavras de encorajamento;</li><li>• Preparação do material de parto;</li><li>• Confirmação de que a mulher faz algumas inspirações profundas antes e depois de cada contração para melhorar as trocas gasosas e o aporte de oxigénio ao feto;</li><li>• Encorajamento da mulher para que faça esforços expulsivos, espontaneamente, quando sente necessidade durante a contração, para ajudar a descida e rotação do feto;</li><li>• Encorajamento para que expire, sustendo a respiração por períodos curtos durante os esforços expulsivos;</li><li>• Estimulação da mulher para que inspire profundamente e relaxe entre as contrações para diminuir a fadiga e aumentar a eficácia dos esforços expulsivos;</li><li>• Explicação sobre a importância de “soprar a contração” para o nascimento lento da cabeça;</li><li>• Solicitação à mulher para soprar quando se inicia o coroamento, para controlar o nascimento da cabeça;</li><li>• Orientação da mulher para que relaxe a boca, garganta e pescoço, promovendo o relaxamento do pavimento pélvico;</li></ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da existência de perdas hemáticas e mecónio;</li> <li>• Execução da técnica do parto: observação da evolução do parto, coroação, elasticidade perineal, proteção do períneo, controlo da cabeça fetal, pesquisa de circulares e sua laqueação, expressão das mucosidades nas vias aéreas superiores, apoio do corpo fetal, anotação da hora do nascimento, identificação do sexo do bebé;</li> <li>• Permissão, caso seja possível e caso a mãe queira, para que venha buscar o seu bebé;</li> <li>• Promoção da relação da tríade logo após o nascimento;</li> <li>• Permissão para que o pai corte o cordão, se for essa a sua vontade, fornecendo-lhe uma tesoura e dando-lhe instruções para cortar o cordão 2,5 cm acima do clampe;</li> <li>• Colocação do RN sobre o abdómen da mãe para facilitar a vinculação precoce;</li> <li>• Realização de uma avaliação breve do RN enquanto a mãe segura o bebé ao colo (verificação da permeabilidade das vias aéreas e a determinação do índice de Apgar, prevenção do stress provocado pelo frio, secando o RN e cobrindo-o com um pano aquecido)</li> <li>• Felicitação da mulher/companheiro, pela colaboração;</li> <li>• Manutenção do contacto com os pais pelo toque, apoio verbal, informações sobre a razão dos cuidados e pela partilha da alegria dos pais pelo nascimento do seu filho;</li> <li>• Promoção da amamentação na 1ª hora de vida (de acordo com norma do serviço), se for esse o desejo do casal e incentivar o pai a participar na amamentação;</li> <li>• Promoção de um ambiente adequado para tornar esta vivência numa experiência satisfatória para os pais;</li> </ul> <p><b>No 3º Estádio do trabalho de Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação ao casal do que é esperado no 3º estágio do TP, para atrair a sua cooperação;</li> <li>• Manutenção da mulher na mesma posição, para facilitar a expulsão da placenta;</li> <li>• Promoção de um ambiente silencioso, relaxante, que permita o contacto da pele da mãe com a pele do bebé para estimular a libertação endógena de ocitocina;</li> <li>• Observação de sinais de descolamento da placenta;</li> <li>• Ensino à mãe para fazer esforço expulsivo quando ocorrem os sinais de separação da placenta;</li> <li>• Observação da saída da placenta e verificação da sua integridade;</li> <li>• Avaliação e quantificação das perdas hemáticas;</li> <li>• Confirmação da presença do globo de segurança de Pinard;</li> <li>• Realização da expressão uterina;</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação manual e visual da vagina e períneo, reconstrução do períneo através de episiorrafia/perineorrafia, se necessário, observação de lacerações a nível do colo, canal vaginal e clítoris;</li> <li>• Administração de medicação ocitócica, para prevenção da hemorragia;</li> <li>• Avaliação do estado de consciência e sinais vitais da puérpera;</li> <li>• Encorajamento do casal para que expressem as suas dúvidas e preocupações;</li> <li>• Avaliação da relação da tríade.</li> </ul> <p><b>No 4º Estádio do trabalho de Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permissão para a presença da tríade na sala de TP, sempre que possível, de forma ao pai poder estar presente durante o puerpério imediato, facilitar o processo de transição para a parentalidade;</li> <li>• Avaliação precoce de sinais e sintomas de complicações do puerpério (Exemplo: involução uterina hemorragias, hemorragias imediatas);</li> <li>• Observação de fatores que possam comprometer a adaptação à vida extrauterina;</li> <li>• Prestação de cuidados ao RN de forma a assegurar uma adaptação plena à vida extrauterina;</li> <li>• Promoção de medidas de higiene e conforto;</li> <li>• Avaliação do globo de segurança de Pinard;</li> <li>• Realização de expressão uterina, avaliação e quantificação das perdas sanguíneas;</li> <li>• Avaliação do períneo;</li> <li>• Avaliação do estado de consciência;</li> <li>• Vigilância da eliminação vesical (quando necessário fazer esvaziamento vesical);</li> <li>• Realização de registos claros na folha de registos, Determinação da satisfação da mulher/companheiro e das suas impressões relacionadas com esta experiência de TP</li> </ul>
<p><b>2.4.Desenvolver competências relativas à correta reconstrução do períneo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavagem e desinfecção do períneo;</li> <li>• Inspeção cuidadosa de todo o períneo e zona a suturar;</li> <li>• Exploração por toque rectal, de possíveis lacerações do esfíncter ou mucosa rectal;</li> <li>• Esclarecimento à puérpera do procedimento a utilizar;</li> <li>• Preparação de todo o material a utilizar;</li> <li>• Utilização da técnica asséptica;</li> <li>• Administração de analgesia local, se necessário;</li> <li>• Laqueação de vasos com sangramento ativo antes de iniciar sutura (caso se justifique);</li> <li>• Sutura do primeiro plano mucosa vaginal       <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cm acima do vértice da incisão</li> <li>• Sutura contínua</li> <li>• Terminar junto anel himenial;</li> </ul> </li> <li>• Sutura dos segundos planos (de acordo com as fibras musculares que foram seccionadas),</li> </ul>

	<p>geralmente com duas suturas sobreposta;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sutura do terceiro plano: os bordos cutâneos;</li> <li>• Esclarecimento à utente sobre higiene perineal e cuidados a ter com a sutura;</li> <li>• Aplicação de gelo, se necessário;</li> <li>• Administração de analgésicos sistémicos, caso seja necessário.</li> </ul>
<b>2.5.Participar em partos distócicos (fórceps, ventosa ou cesariana)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da necessidade de parto instrumental;</li> <li>• Avaliação do bem-estar materno-fetal;</li> <li>• Colaboração no nascimento por ventosa ou fórceps;</li> <li>• Acompanhamento da utente ao bloco operatório, no caso de cesariana;</li> <li>• Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido;</li> <li>• Transferência da puérpera para a unidade de puerpério imediato.</li> </ul>
<b>2.6.Desenvolver competências relacionadas com indução de TP através do método de amadurecimento cervical com prostaglandinas E<sub>1</sub> (PGE<sub>1</sub>)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação do procedimento à mulher/família. Confirmação de que foi obtido o consentimento informado de acordo com política institucional;</li> <li>• Avaliação da unidade materno-fetal antes de cada inserção e durante o tratamento, com a periodicidade prevista no protocolo da instituição.</li> <li>• Avaliação dos sinais vitais e do estado de saúde da mulher, do padrão da FCF e do estado da gravidez, incluindo indicações para o amadurecimento cervical ou indução do parto, sinais de TP ou de parto eminente e índice de Bishop.;</li> <li>• Confirmação de que a mulher urina antes do procedimento;</li> <li>• Ajuda à mulher para que se mantenha em decúbito semi-dorsal ou lateral durante 30 a 40 min depois da inserção do fármaco;</li> <li>• Documentação de todos os achados e procedimentos da administração;</li> <li>• Iniciação da administração de ocitocina para indução do TP, 4 ou mais horas, depois da administração da última dose de prostaglandinas, segundo o protocolo da instituição, se o colo amadureceu, mas o TP não começou;</li> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem especializados inerentes à administração de ocitocina.</li> </ul>
<b>2.7.Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher com doença génito-urinária que recorra à urgência obstétrica/ginecológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperação com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho génito-urinário;</li> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem especializados às mulheres que recorrem à urgência obstétrica/ginecológica por problemas de saúde;</li> <li>• Identificação de riscos ou complicações para a mulher, associados à patologia diagnosticada;</li> <li>• Informação e orientação à mulher sobre os tratamentos de afeções do aparelho génito-urinário;</li> <li>• Conceção, planeamento, implementação e</li> </ul>

	avaliação das medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher com afeções do aparelho génito-urinário.
--	--

## **APÊNDICE II**

### **TABELA SÍNTESE DOS SUJEITOS DE ESTUDO**

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
Gutman e Tabak, <i>The intention of delivery room staff to encourage the presence of husbands /partners at cesarean sections</i> , 2011, Nursing Research and Practice	Investigar as atitudes dos médicos e enfermeiros no bloco operatório e sala de partos em relação à presença do marido durante a realização de cesariana e a sua associação com a disponibilidade dos mesmos para promover esta mudança organizacional.	Ginecologistas, anestesistas, enfermeiras parteiras (midwives) e enfermeiras de bloco operatório do Hospital em estudo, em Tel Aviv.	Realização de um questionário que permitiu detetar a associação entre cinco variáveis (sociodemográficas, atitudes dos profissionais de saúde para admitir o marido na cesariana, controlo comportamental percebido na admissão do marido na cesariana, comportamento intencional na admissão do marido na cesariana e as normas sociais percebidas no seu ambiente)	<p><u>Pág.3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Há uma relação positiva entre as atitudes dos profissionais de saúde para permitir a participação do pai e o seu controlo comportamental percebido, da mesma forma que este último aspeto está positivamente relacionado com as normas subjetivas de cada profissional, à exceção das enfermeiras especialistas.</li> <li>- As ESMO's dão mais suporte e incentivo à participação dos pais nas cesarianas do que os médicos e o seu controlo comportamental percebido é superior ao dos médicos.</li> </ul> <p><u>Pág.4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Há uma relação positiva entre as atitudes dos profissionais e o seu comportamento intencional, ou seja as suas atitudes, normas e intenções estão positivamente relacionadas com a admissão do marido na cesariana.</li> </ul>
Pestvenidze e Bohrer, <i>Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Géorgia</i> , 2007, Global Public Health	Conhecer a participação do pai na gravidez e parto na República da Geórgia; conhecer os efeitos do programa da Healthy Women na Geórgia, que inclui sessões de educação e preparação para pais através da Parents' School (Escola de Pais).	659 Casais.	<p>Pesquisa quantitativa com colheita de dados através do preenchimento de fichas pelos profissionais de saúde acerca da frequência das sessões Parents' School e sobre o parto.</p> <p>O seu preenchimento foi feito após o parto (eutócico ou distócico) em três maternidades, de Janeiro a Abril de 2006.</p>	<p><u>Pág.179:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A participação dos pais no trabalho de parto e parto aumentou ao longo dos meses em estudo, passando de 0% para 45-50%. No final de Abril, mais de 40% dos partos foi assistido pelos pais. Destes, 88% participou nas sessões da Parents' School.</li> <li>- A maioria dos pais referiu uma grande satisfação e prazer por estar presente. Alguns consideraram a experiência stressante, ainda que agradável e impressionante.</li> <li>- Os novos pais atribuíram a sua decisão de assistir e participar no parto às aulas de educação para o parto.</li> <li>- Um dos resultados mais significantes do envolvimento paterno foi o estabelecimento de contacto pele-a-pele com o filho, nas cesarianas, diminuindo o risco de hipotermia neonatal</li> </ul> <p><u>Pág.180:</u></p>

				- A OMS reconheceu este fenómeno, desenvolvendo o conceito “warm chain” (cadeias de calor), do qual é parte essencial o contacto pele-a-pele e inclusão activa do pai.
Kao [et al], <i>A comparative study of expectant parents' childbirth expectations</i> , 2004, Journal of Nursing Research	Compreender as expectativas dos novos pais em relação ao nascimento no terceiro trimestre de gravidez; comparar as diferenças entre as expectativas dos novos pais; estudar os fatores que influenciam as expectativas dos novos pais em relação ao nascimento.	200 Casais grávidos que planearam ter o filho num hospital central de Taiwan.	Realização de um questionário que foca as características demográficas básicas do casal e as expectativas em relação ao nascimento.	<p><u>Pág.195:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A idade média das mães era de 30.12 e dos pais de 32.53 anos.</li> <li>- 56% Dos pais teve aulas de preparação para o nascimento.</li> <li>- 73% Das mães e 76% dos pais anteciparam a presença destes últimos durante o trabalho de parto.</li> <li>- 92% Das mães e 94% dos pais esperavam ter um parto normal, eutócico.</li> <li>- O estado socioeconómico e as expectativas dos pais relacionam-se positivamente.</li> </ul> <p><u>Pág. 197:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais que receberam preparação para o parto tiveram expectativas em relação ao nascimento mais elevadas do que aqueles que não fizeram preparação.</li> </ul> <p><u>Pág.198:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As três principais razões para que os pais participassem no trabalho de parto foram: para que a mulher e bebé ficassem em maior segurança e saúde, para que o trabalho de parto fosse mais rápido e menos desconfortável, para que alguém oferecesse coragem e apoio à parturiente.</li> <li>- Os aspetos que mais queriam evitar eram a dor - que diminui a mobilidade da parturiente - e que a mulher entre em pânico e não saiba o que fazer.</li> </ul>
Li [et al], <i>A Birth Education Program for Expectant Fathers in Taiwan: effects on their anxiety</i> , 2009, BIRTH	Determinar os efeitos de um programa de preparação para o parto e nascimento nos homens que assistem ao mesmo;	45 Homens no grupo experimental e 42 no grupo de controlo (total de 87).	Estudo de controlo randomizado, entre Setembro e Dezembro de 2007, num hospital central de Taiwan.  Formação de dois grupos: um experimental, com pais	<p><u>Pág. 293:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não houve diferença significativa entre os dois grupos no que concerne à idade, nível de formação, fontes de informação sobre nascimento, planeamento da gravidez e expectativas em relação ao nascimento.</li> <li>- Não houve diferença significativa entre os dois grupos no que se refere ao traço de ansiedade às 34 e 36 semanas de gestação.</li> </ul>

	<p>compreender se as perspetivas dos casais de Taiwan têm potencial para contribuir para a investigação acerca do suporte durante o parto e para guiar os enfermeiros no apoio durante o programa educacional sobre o nascimento.</p>		<p>que participaram no “<i>Birth Educational Programa for Expectant Fathers Who Plan to Accompany Their Partners Trough Labor and Birth</i>”<sup>1</sup>, e outro de controlo, que não participou.</p> <p>O grupo experimental fez visitas ao bloco de partos e foi-lhes entregue material escrito e em CD com informação para trabalharem em casa.</p> <p>Ao grupo de controlo foi entregue um papel com dicas para os pais que irão acompanhar as suas companheiras durante o trabalho de parto e nascimento, relacionadas com o apoio psicológico, encorajamento, massagem, higiene e conforto à puérpera e técnicas de respiração.</p> <p>O referido programa tinha como objetivos dar informação sobre o trabalho de parto e parto, discutir as preocupações dos pais que iriam estar presentes nesses momentos e mostrar como</p>	<p>- Houve uma diminuição da ansiedade nos pais que participaram no estudo, sobretudo, no grupo experimental. <u>Pág. 294:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As companheiras foram a maior fonte de informação sobre nascimento, seguidas dos amigos, colegas e a Internet. As sessões formais de educação para o nascimento foram as que tiveram score menores.</li> <li>- Os programas de educação para o parto e nascimento baseados na teoria da autoeficácia reduzem a ansiedade paterna. Permitem adquirir competências e conhecimento que os vão ajudar a desempenhar o seu papel durante o trabalho de parto e nascimento.</li> </ul>
--	---	--	---	--

<sup>1</sup> Programa Educacional sobre o Nascimento para Pais que Planeiam Acompanhar as suas Companheiras Durante o Parto e Nascimento”

			<p>cada um dos pais pode dar apoio e suporte à companheira em situações de dor e relaxamento.</p> <p>Foram colhidos dados demográficos, relacionados com o processo gravídico-puerperal e sobre as expectativas dos pais.</p> <p>Foi medida a ansiedade dos pais através da State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI)</p> <p>Duas horas após o parto, os pais de cada grupo relembrou os sentimentos sobre a experiência vivida e preencheram o STAI, informação recolhida pelos enfermeiros.</p>	
<p>Kakaire, Kaye e Osine, <i>Male involvement in birth preparedness and complication readiness for emergency obstetric referrals in rural Uganda</i>, 2011, Reproductive Health</p>	<p>Ter acesso a fatores associados à preparação para o nascimento e capacidade de ação face a complicações, assim como ao nível de participação masculina no plano de nascimento e nos cuidados de saúde</p>	<p>140 mulheres</p>	<p>Estudo transversal numa maternidade regional de Kabale (Uganda), entre Julho e Outubro de 2010.</p> <p>Aplicação de um questionário que aborda, entre outros, aspetos sociodemográficos, médicos e de preparação para o parto, foca o papel do marido e o seu envolvimento no plano de parto.</p>	<p><u>Pág.3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As razões mais comuns para as mulheres terem sido referenciadas como emergência obstétrica foram: trabalho de parto prolongado ou com obstrução (63%), hemorragia (16%) sofrimento fetal (15%) e cesariana anterior (15%).</li> <li>- 60% Das mulheres foi acompanhada pelo marido nas consultas pré-natais e 65% e estava acompanhada pelo marido no bloco de partos.</li> </ul> <p><u>Pág. 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os maridos que acompanharam as esposas durante as consultas pré-natais tiveram um papel maioritariamente de acompanhamento (60%) e cuidado dos filhos anteriores em casa (58%).</li> <li>- Os maridos que estavam com as esposas no bloco de</li> </ul>

	e procura de serviços de emergência obstétrica numa zona rural do Uganda.			partos, para além do acompanhamento (96%), providenciavam transporte ou davam dinheiro para o mesmo (65%), compravam as roupas para o bebé (62%) e arranjavam outra pessoa para tomar conta da casa enquanto a mãe estava ausente (58%). - Os fatores com maior relação positiva com a realização de um plano de parto são: idade do marido acima dos 25 anos, educação do marido com nível secundário concluído (ou superior) e quando o marido tem um trabalho/ocupação formal. - A paridade, idade e nível de educação do marido, existência de complicações durante a gravidez e antecipação da forma de parto estão associados com a realização de um plano de parto.
Kainz, Eliasson e Post, <i>The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study</i> , 2010, Health Care for Women International	Descrever as experiências das mães em relação à presença do pai do bebé durante o nascimento.	67 Mães pela primeira vez.	Estudo hermenêutico desenvolvido entre 1999 e 2003 em três maternidades no sudoeste da Suécia.  As mães foram recrutadas pelas enfermeiras parteiras e entrevistadas um mês após o parto, nas respetivas casas.	<u>Pág. 626:</u> - Várias mães descreveram que o companheiro esteve presente durante todo o tempo, ajudando com os cuidados diários, como ingestão de líquidos, esfregando-lhe as costas, enxugando-lhe a testa, ajudando a abanar o rosto, monitorizando a dor, o seu alívio e curvas do CTG, contabilizando o intervalo entre as contrações e ajudando-a a respirar de forma eficaz. - A assistência e apoio, e não só a presença, do pai do bebé fizeram com que ele se tornasse a pessoa mais importante para a mãe, dando-lhe segurança, calma e confiança. Tornou-o a pessoa em quem a mãe delegava a responsabilidade e controlo. Permitiu que a mãe se sentisse incluída nos cuidados e não sozinha e abandonada. As mães referiram que foi possível descobrir facetas dos companheiros até então desconhecidas e, à medida que tomavam consciência da ajuda que davam, os pais ajudavam cada vez mais. - Várias mães referiram que os pais foram forçados a defender a sua presença e papel, quando a enfermeira especialista não lhes 'dava ouvidos', tendo a certeza que a comunicação entre eles se manteria. <u>Pág. 627:</u> - O pai foi, várias vezes, um intérprete entre o casal e os

				<p>enfermeiros, tornando a informação clara e acessível.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi frequente que o pai agisse como advogado, dando conhecimento dos desejos da mulher e assegurando-se de que eram realizados, uma vez que haviam planeado estes momentos juntos.</li> <li>- Muitas das mães referiram que foi graças à insistência, cuidado e atenção do pai que a enfermeira proporcionou o adequado alívio da dor.</li> </ul> <p><u>Pág. 628:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muitas das mães referiram que foi graças ao encorajamento por parte dos pais que conseguiram prosseguir com o trabalho de parto de forma eficaz, mesmo quando isso lhes pareceu algo muito difícil. Os pais deram-lhes a energia e coragem, dizendo-lhes como elas eram capazes e que não podiam desistir.</li> <li>- Várias foram as mães que consideraram o trabalho de parto como um trabalho de equipa, entre o casal. Foi um processo vivido tão intensamente que bastava a mãe olhar para o pai para que este soubesse o que ela precisava.</li> </ul> <p><u>Pág. 629:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A presença do pai fez com que a mãe sentisse que tinham feito algo de muito bom juntos, algo no qual tinha muito orgulho. O casal que está unido no nascimento do filho passa a conhecer-se melhor.</li> <li>- O homem e a mulher tornam-se pai e mãe quando o recém-nascido é colocado no peito materno e, na presença dos dois, este processo pode ser partilhado e iniciado precocemente. Esta partilha é motivo de grande alegria, orgulho e bem-estar para a mãe.</li> </ul> <p><u>Pág. 630:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O facto de o casal ter passado por este acontecimento junto, como uma equipa, é algo que vão recordar para o resto da vida.</li> </ul>
<p>Angelova e Temkina, <i>The Father Who Participates in</i></p>	<p>Analisar a diferença entre dois modelos de participação dos</p>	<p>6 Homens, 6 mulheres e 2 enfermeiras especialistas</p>	<p>Estudo desenvolvido em 2005, em S. Petersburgo.</p> <p>Colheita de dados através de</p>	<p><u>Pág. 12:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante o período soviético não havia condições institucionais que permitissem que o homem fizesse parte e se preparasse para a gravidez e parto.</li> </ul>

<p><i>Childbirth, 2010, Anthropology and Archaeology Of Eurasia</i></p>	<p>pais no nascimento dos filhos: modelo de participação consciente e modelo de participação situacional.</p>		<p>entrevistas semiestruturadas e acesso aos documentos da maternidade em causa e sítios na Internet.</p>	<p>- As aulas de preparação, dadas por ginecologistas e enfermeiras especialistas, existiam apenas em clínicas destinadas a mulheres. Até 1990 os pais não tinham acesso a essas aulas e a sua presença no parto não era regulada.</p> <p><u>Pág. 13:</u></p> <p>- Quando o homem tinha permissão de permanecer no nascimento do filho, era-lhe exigida uma sala de parto individual que tinha que ser paga e este tipo de nascimento passou a ser chamado de nascimento em contrato.</p> <p><u>Pág. 14:</u></p> <p>- Era esperado que os homens que participassem no trabalho de parto tivessem treino pré-natal apropriado em aulas de grupo com as mulheres, onde poderiam aprender o que era esperado antes e depois do parto e o seu papel durante o mesmo. No entanto, os locais que tinham esses cursos cobravam preços acima do que a maioria dos casais podia pagar.</p> <p><u>Pág. 15:</u></p> <p>- É necessário criar condições para que o pai possa participar no parto, tendo em conta o seu papel paterno natural e o seu desejo.</p> <p><u>Pág. 16:</u></p> <p>- É preciso determinar o papel do homem na sala de parto, sendo que ele necessita de apoio físico e nutricional. Ele deve ser ensinado, as suas ações devem ser supervisionadas e ajudado nos cuidados prestados.</p> <p><u>Pág. 17:</u></p> <p>- As enfermeiras especialistas consideram que os pais que não fizeram preparação para o parto apenas poderão causar problemas.</p> <p>- Os cidadãos russos têm pouca confiança nas instituições de saúde reprodutiva, devido às experiências durante o período soviético.</p> <p><u>Pág. 18:</u></p> <p>- No contexto institucional obstétrico pode ser distinguido um sistema de interação entre duas subculturas: os profissionais de saúde e as clientes femininas, sendo que os primeiros têm, frequentemente, manifestações de poder</p>
---	---	--	---	---

				<p>através de técnicas que despersonalizam a mulher e lhes dá o monopólio do sistema de cuidados obstétricos.</p> <p><u>Pág. 20:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A falta de confiança poderá dever-se, também, às experiências negativas e estereótipos negativos relacionados com a gravidez e parto.</li> <li>- Desde 1990, o governo tem vindo a perder o monopólio nestes processos, principalmente devido à comercialização de cuidados médicos.</li> </ul> <p><u>Pág. 21:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os homens expressaram insatisfação em relação à forma como a gravidez era encarada e cuidada nas clínicas destinadas às mulheres.</li> <li>- A experiência do modelo soviético é descrita como punitiva e traumática, ainda que, por vezes, continue a ser reproduzida após esse período.</li> </ul> <p><u>Pág. 22:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os entrevistados referiram algumas estratégias para assegurar a qualidade de cuidados prestados, como o pagamento dos cuidados no parto, a presença do pai durante o nascimento, utilização de contactos pessoais e frequência de sessões de preparação para o parto.</li> </ul> <p><u>Pág. 23:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A presença do pai assegurou à mulher um intermediário entre ela e os profissionais de saúde, como uma testemunha.</li> </ul> <p><u>Pág. 24:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O marido tentou manter a esposa a salvo do controlo médico e as mulheres assumiram que na ausência do marido tudo teria sido diferente. Independentemente do nível de participação, a sua presença assegurou que não era mal tratada.</li> <li>- A utilização dos contactos pessoais formalizou-se, essencialmente, no estabelecimento de uma relação precoce com um enfermeiro especialista, que lhes desse segurança.</li> </ul> <p><u>Pág. 25:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais mostraram diferentes graus de participação</li> </ul>
--	--	--	--	---

				<p>durante a gravidez e planeamento do nascimento, o que levou a diferentes comportamentos paternos durante o mesmo.</p> <p><u>Pág. 27:</u> <b>Modelo I: participação ativa e consciente do pai (como se o próprio estivesse a parir)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Foi estabelecida uma relação de confiança e desenvolveram-se estratégias conscientes no processo de transição para a parentalidade, com negociações de ambas as partes.</li><li>- Durante a gravidez o pai foi ativamente envolvido, frequentou cursos de preparação, esteve interessado em aprender o que iria acontecer e informou-se acerca da gravidez e nascimento. Preparou-se com muita antecedência.</li></ul> <p><u>Pág. 28:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inicialmente os pais achavam que este não era um assunto de homens, mas depois de se informarem mudaram de opinião.</li></ul> <p><u>Pág. 29:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Os pais ficaram cada vez mais emotivos no que toca a este tema e as mulheres apreciaram muito o seu apoio e presença durante o trabalho de parto.</li></ul> <p><u>Pág. 30:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A empatia e parceria entre o casal foram muito importantes para o desenvolvimento da relação entre eles, enquanto pais.</li><li>- Os pais enfatizaram as vivências emocionais pelas quais tinham passado durante o trabalho de parto e participaram ativamente através do contacto corporal com o filho, que consideraram muito importante.</li></ul> <p><u>Pág. 31:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Os pais enfatizaram a sua abordagem consciente sem a presença de deveres por género.</li><li>- Nestas famílias, os pais têm as mesmas responsabilidades que a mãe, à exceção da amamentação.</li><li>- Estes casais geralmente guardam diários acerca dos sentimentos e experiências vividas.</li></ul>
--	--	--	--	--

				<p>- A participação ativa do pai no trabalho de parto e gravidez pode ser descrita como um projeto de género consciente orientado para as relações igualitárias e para a superação do desequilíbrio das práticas parentais.</p> <p><u>Pág. 32:</u>  <b>Modelo II: Participação situacional (o pai apenas está presente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Há uma decisão espontânea dos futuros pais estarem presentes no trabalho de parto, embora tenham uma presença passiva, pois não estão preparados e consideram-se cognitiva, prática e emocionalmente incompetentes.</li> <li>- A sua presença costuma ser percebida pela mulher e profissionais de saúde como irrelevante.</li> <li>- A participação na gravidez foi, também, passiva.</li> <li>- A gestão da organização e emoções está apenas nas mãos da mulher, pois os pais não tentam dar qualquer ajuda, estão alienados e distantes do que está a acontecer.</li> </ul> <p><u>Pág. 33:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A participação dos pais no nascimento parte de uma decisão espontânea e não preparada. Quando a decisão é tomada atempadamente, parte da mulher, sem desejo expresso por parte do pai.</li> <li>- Os papéis de género são polarizados e as motivações dos pais para participar são diferentes do 1º modelo.</li> </ul> <p><u>Pág. 34:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante o parto os pais não se sentem preparados nem competentes, não percebem o que se está a passar nem o que devem fazer.</li> <li>- A sua participação baseia-se na observação dos acontecimentos ou em tentativas desajeitadas de ajudar a esposa.</li> <li>- Após o parto, estes pais geralmente não conseguem lembrar o que aconteceu com detalhes e a sua versão dos acontecimentos é muito reduzida.</li> </ul> <p><u>Pág. 35:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao contrário do 1º modelo, não há trabalho de equipa, cada um faz a sua parte: a mulher gere todos os acontecimentos e o homem faz o que ela diz. Para eles, a</li> </ul>
--	--	--	--	--

				<p>experiência conjunta de parto não tem grande significado nem grande impacto na vida familiar ou na futura prestação de cuidados paternos ao filho.</p> <p><u>Pág. 36:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neste modelo, o papel do pai é reduzido a um papel de suporte financeiro.</li> </ul> <p><u>Pág. 37:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A educação que darão ao filho está de acordo com o modelo tradicional de parentalidade: o pai raramente está em casa devido aos compromissos laborais e o seu envolvimento com o filho resume-se a momentos de entretenimento.</li> <li>- Este modelo insere-se na divisão tradicional dos papéis, direitos e responsabilidades de género.</li> <li>- Os profissionais de saúde vêem o papel paterno das seguintes formas: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Pai controlador”: tem como principal papel observar o que a equipa de saúde está a fazer.</li> <li>“Pai experiente que pode auxiliar o ginecologista”: competente e bem preparado, quase apto para fazer o parto sozinho.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Pág. 38:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>“Pai companheiro”: bem preparado, que estabelece e mantém contacto com a esposa, trabalhando em equipa com ela.</li> <li>“Pai observador passivo”: apenas está presente.</li> <li>“Pai participante incompetente”: não está preparado para o parto e a sua presença torna-se um incómodo para a mulher e profissionais de saúde.</li> </ul> <p><u>Pág. 39:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que há de comum entre estes dois modelos é a asserção de que o parto familiar é um conceito moderno que tem sido cada vez mais bem aceite e o facto de continuar a existir falta de confiança nos profissionais de saúde obstétrica.</li> </ul> <p><u>Pág. 40:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A prática da participação do pai no trabalho de parto tem diferentes significados sociais. O 1º modelo mostra-nos que</li> </ul>
--	--	--	--	---

				esta nova prática envolve uma transformação dos papéis de género para que a parentalidade seja reinventada. Assim, os papéis paternos e maternos já não são polarizados e rígidos.
Ip, <i>Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes</i> , 2000, Journal of Clinical Nursing	Identificar o apoio dado pelos pais durante o trabalho de parto; investigar a relação entre o apoio dos pais e os resultados maternos.	45 Mulheres.	<p>Estudo com desenho correlacional, retrospectivo.</p> <p>Recrutamento feito nas aulas de preparação pré-natal num hospital público de Hong Kong, o primeiro que permitiu a presença dos pais durante o trabalho de parto.</p> <p>Colheita de dados através de questionário que incluía medidas do estado de ansiedade e dor durante o trabalho de parto, resultados fisiológicos do parto, participação do pai, frequência de aulas pré-natais e dados demográficos.</p>	<p><u>Pag.267:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 90.5% Das mulheres e 73.3% dos companheiros frequentaram todas as aulas. 14.3% Dos companheiros não frequentou nenhuma aula.</li> <li>- O pai era 'convidado' a sair quando era necessário executar algum procedimento como o toque vaginal à mulher ou a outra parturiente na sala.</li> <li>- As enfermeiras especialistas são as cuidadoras primárias nos partos sem complicações, mas, devido ao baixo número de enfermeiros, elas nem sempre conseguem estar presentes durante o tempo todo.</li> </ul> <p><u>Pág. 268:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 77.8% Das mulheres avaliou o suporte psicológico recebido como 'grande', superior ao suporte prático.</li> </ul> <p><u>Pág. 269:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não houve uma associação significativa entre o suporte físico e psicológico e os resultados maternos em termos de dor, ansiedade, dose de analgésicos utilizados e duração do trabalho de parto.</li> <li>- 88.9% Dos pais estive presente no primeiro estágio do trabalho de parto e 75.6% durante o segundo.</li> <li>- No primeiro estágio não houve nenhum pai que estivesse presente durante a totalidade do tempo e a duração da presença do pai durante o mesmo está relacionado com o suporte físico prestado, mas não com o psicológico.</li> <li>- A duração da presença paterna durante o segundo estágio está positivamente relacionada com o suporte psicológico.</li> </ul>

**APÊNDICE III**  
**SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIRIGIDA AOS PAIS**

**APÊNDICE IV**  
**FOLHETO INFORMATIVO DIRIGIDO AOS PAIS**

**APÊNDICE V**  
**POSTER**

**APÊNDICE VI**  
**NORMA PARA A PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO ATIVA DO PAI**  
**NO TP**

**APÊNDICE VII**  
**DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM**