



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

**O pai que vivencia o parto como evento traumático-
Intervenções do Enfermeiro Obstetra**

Ana Carina Andrade Severo Picão Lobo



**Lisboa
2020**



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

**O pai que vivencia o parto como evento traumático-
Intervenções do Enfermeiro Obstetra**

Ana Carina Andrade Severo Picão Lobo



**Orientador: Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra
Coorientador: Irene Maria Trindade Soares**



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Nenhum «nós» deveria ser considerado como garantido quando se trata de
olhar para o sofrimento dos outros.”

Susan Sontag

Dedico este trabalho a todos os que partilharam esta longa caminhada comigo. Em especial à minha família, por sempre me motivarem a ir mais longe.

LISTA DE SIGLAS

ABCF- Auscultação dos Batimentos Cardio-fetais

ACOG- American College of obstetrician and gynecologists

CPPN- Cursos de Preparação para o Nascimento

CTG- Cardiotocograma

DGS- Direção Geral de Saúde

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FAME- Federación de Asociaciones de Matronas de España

OMS- Organização Mundial de Saúde

RCIU- Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RN- Recém-nascido

TP- Trabalho de Parto

WHO- World Health Organization

Resumo

O presente relatório visa espelhar o percurso de desenvolvimento de competências, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, através da descrição, análise, avaliação e reflexão do processo formativo.

A escolha do tema **“O pai que vivencia o parto como evento traumático-Intervenções do Enfermeiro Obstetra”**, nasceu da motivação de ver trabalhada a visão do pai relativamente ao parto e de contribuir para uma experiência de trabalho de parto em que o pai não é considerado espectador mas antes objeto de cuidado de enfermagem.

Foi realizada uma revisão *scoping* da literatura, mapeando a evidência científica existente. A evidência relata a presença de *stress* e perturbações emocionais relacionadas com as experiências de parto, podendo estas ter impacto na saúde dos indivíduos.

Os artigos analisados concluem que o cuidado e presença do enfermeiro obstetra/ parteira é associado a um maior sentimento de segurança e confiança, quando fornecida informação pertinente e que permita aos pais sentirem-se incluídos e compreenderem o que está a acontecer durante o trabalho de parto e parto.

No modelo de sistemas de Neuman, adotado neste trabalho, o sistema cliente é constantemente influenciado pelo ambiente. Os *stressores* presentes na sala de parto devem ser detetados e avaliados pelo EEESMO com o objetivo de manter a harmonia das partes do sistema, tornado a experiência mais rica, o parto mais humanizado e em última instância evitando a doença.

O enfermeiro obstetra potencia uma parentalidade saudável, trazendo as mães, assim como os pais para o centro dos cuidados.

Palavras-chave: pais, experiência de parto, perturbação de *stress*.

Abstract

This report aims to mirror the path of skills development, to obtain a master's degree in Maternal Health and Obstetrics Nursing, through the description, analysis, evaluation and reflection of the training process.

The choice of the theme **“The father who experiences childbirth as a traumatic event - Interventions by the Obstetric Nurse”**, was born from the motivation to see the father's vision regarding childbirth worked and to contribute to a labor experience in which the father is not considered a spectator but rather the object of nursing care.

A scoping literature review was carried out, mapping the existing evidence. The evidence reports the presence of stress and emotional disturbances related to childbirth experiences, which may have an impact on the health of the individuals.

The analyzed articles conclude that the care and presence of the obstetric nurse/midwife is associated with a greater sense of security and confidence, when is provided relevant information that allows parents to feel included and understand what is happening during labor and childbirth.

In the Neuman systems model, adopted in this work, the client system is constantly influenced by the environment. The stressors present in the delivery room must be detected and evaluated by EEESMO with the aim of maintaining a harmony of the parts of the system, making the experience richer, the delivery more humanized and ultimately avoiding an illness.

The obstetrical nurse promotes healthy parenting, bringing mothers as well as fathers to the care center.

Palavras-Chave: fathers, birth experience, stress disorder .

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. Revisão da Literatura	16
1.1 O paradigma holístico e o Modelo de Sistemas de Neuman	16
1.2 <i>Stress</i> e eventos traumáticos.....	19
1.3 Os pais na sala de partos	21
CAPÍTULO II. PROCESSO METODOLÓGICO.....	24
1. Metodologia da revisão <i>Scoping</i> da literatura	24
1.1 Resultados da revisão <i>Scoping</i>	26
2. Metodologia de desenvolvimento de competências.....	30
CAPÍTULO III- RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	35
1. Competências desenvolvidas em contexto de urgência Obstétrica e Ginecológica	36
2. Competências desenvolvidas no âmbito do bloco de partos	38
3. Contribuição para uma parentalidade saudável	45
3.1 Como o EEESMO pode reduzir o <i>stress</i> do pai- Reflexões de estágio	47
4. Competências desenvolvidas para obtenção de grau de mestre.....	52
CAPÍTULO V- REFLEXÃO FINAL.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
Anexos	
Anexo I- Modelo de Sistemas de Betty Newman	
Anexo II- “Fathers questionnaire” (Visher, Heun, Steetskamp, Hasenburg & Scala, 2020)	
Anexo III- Síntese de Registo de Atividades Práticas.....	
Apêndices.....	
Apêndice I- Grelhas de extração de resultados da revisão <i>Scoping</i>	
Apêndice I- Poster apresentado no 9º ENCONTRO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL.....	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de pesquisa	26
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no 10º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na ESEL, desenvolvi o presente trabalho que reflete o percurso efetuado ao longo do estágio e que será posteriormente sujeito a apreciação e discussão pública com o objetivo de obtenção de grau de mestre.

A atribuição do grau de mestre pressupõe a aquisição de competências específicas e a apreciação e discussão do Relatório de Estágio. Como tal, e com intenção de obtenção deste grau académico é imprescindível a inclusão, no percurso de aprendizagem, de objetivos preconizados para esta categoria. São estes:

- “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 1. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 2. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto Lei 74/2006).

Pretendo com este relatório descrever de forma objetiva o trabalho desenvolvido, analisando e avaliando criticamente os resultados e competências concebidos. Segundo Moraes “É por meio da linguagem que colocamos em movimento nossos pensamentos e a partir disso aprendemos” (2010, p.136). Defini como objetivo geral para este relatório: Desenvolver conhecimento, capacidade de compreensão e reflexão sobre a prática de cuidados. E como objetivos específicos:

- aprofundar conhecimentos;
- integrar o conhecimento adquirido na experiência clínica;
- descrever as conclusões;
- refletir sobre a implicação das conclusões na prática de cuidados e sua aplicação futura.

A Unidade Curricular Estágio com Relatório decorreu em vários contextos clínicos: Ginecologia, Puerpério, Neonatologia, Cuidados de Saúde Primários, Medicina Materno-fetal e Bloco de Partos. O presente trabalho descreve o percurso de aprendizagem do estágio de Bloco de Partos. Nos restantes contextos realizei anteriormente os relatórios correspondentes, já entregues e avaliados de acordo com o plano de estudos, pelo que falarei deles de forma mais sucinta.

O contexto de Bloco de Partos foi realizado num hospital da margem sul, no Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, com início a 2 de Março e termino a 18 de Outubro de 2020, contando com a interrupção referente à pandemia por SARS CoV-2.

No anexo VI, do guia orientador do Estágio com Relatório em contexto de Bloco de Partos, lê-se a seguinte finalidade: “Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/ RN/ família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal” (p. 39). No presente trabalho é descrito o meu percurso para atingir esta finalidade assim como os objetivos por mim propostos.

Delineei como objetivo geral para o Estágio com Relatório: Desenvolver competências de EEESMO que permitam a prestação de cuidados

especializados de qualidade e culturalmente sensíveis, à mulher inserida na família e comunidade durante o processo reprodutivo, no âmbito da promoção da saúde e bem-estar do casal/ recém-nascido e da prevenção de complicações. E como objetivos específicos:

- Desenvolver competências para cuidar da mulher inserida na família/comunidade que recorre ao serviço de Urgência Ginecológica, realizando a promoção da sua saúde e diagnosticando e prevenindo complicações na área da saúde sexual e reprodutiva;
- Desenvolver competências para promover a saúde e o bem-estar materno-fetal, diagnosticar e prevenir precocemente complicações para a saúde da mulher/família que recorre ao serviço de Urgência Obstétrica, no período pré-natal e em situações de abortamento;
- Desenvolver competências para promover a saúde, potenciar o bem-estar e diagnosticar e prevenir precocemente complicações para a saúde da mulher/ família e do recém-nascido durante os quatro estádios do trabalho de parto e puerpério;
- Desenvolver competências para prestar cuidados especializados ao recém-nascido, otimizando a sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticando e prevenindo complicações para a sua saúde;
- Desenvolver uma prática reflexiva e análise crítica, baseada na evidência científica e na investigação, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da prestação de cuidados centrados na mulher inserida na família/ comunidade;
- Desenvolver competências de EEESMO que promovam a redução do *stress* do pai que vivencia o parto como evento traumático, contribuindo para a parentalidade saudável.

O enfermeiro especialista “Suporta a prática clínica na evidência científica” (Regulamento nº140/2019), assim durante o estágio desenvolvi objetivos e atividades relacionados com o tema “**O pai que vivencia o parto como evento traumático- Intervenções do Enfermeiro Obstetra**”; de forma a interpretar e divulgar o conhecimento proveniente da prática baseada na evidência científica e dinamizar a incorporação do conhecimento adquirido nos cuidados prestados.

A escolha do tema foi realizada em março/ abril do ano de 2019 e foi resultado da minha ideia de que deveria ser trabalhada a visão do pai relativamente ao parto, pois é pouco valorizada nas salas de parto. E também da minha motivação em contribuir para uma experiência de trabalho de parto em que o pai não é considerado um observador mas antes como alvo de cuidados, o que poderá tornar a experiência mais rica e o parto mais humanizado.

Tendo em vista estes pressupostos o desenvolvimento desta temática é pertinente, pois irá permitir uma melhoria significativa na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, contribuindo para um maior alerta por parte dos profissionais, para esta questão ainda pouco desenvolvida.

O processo de reflexão tem várias dimensões, implica a reavaliação da situação e das ações, assim como, a autoanálise crítica e tem como base o empenho para o desenvolvimento pessoal e profissional. Foram fundamentais para a aquisição de competências de enfermeiro especialista a prática baseada na evidência e a prática reflexiva.

O presente trabalho encontra-se estruturado 4 capítulos que procuram dar resposta aos objetivos delineados para o relatório. Finalizo com a Reflexão, no capítulo V, onde apresento as conclusões e as analiso criticamente, assim como ao percurso efetuado e o que ainda falta percorrer, à luz dos conhecimentos adquiridos.

A prática baseada na evidência é o uso consciente e criterioso da melhor evidência para tomar decisões sobre os cuidados prestados. Para tal foi realizado um enquadramento teórico com uma revisão da literatura presente no Capítulo I e uma revisão *Scoping* da literatura nas bases de dados CIHNAL e MEDLINE apresentada no Capítulo II. No Capítulo III são descritas as atividades que deram resposta aos objetivos a que me propus e que espelham o percurso de aprendizagem.

A elaboração deste relatório foi norteada pelo “Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações” da ESEL, nas normas APA e nas orientações constantes no “Regulamento do mestrado”.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O direito a uma acompanhante durante o trabalho de parto e parto está legislado desde 1985, e com crescente adesão foi-se tornando normalizada a presença do pai nas salas de parto. Igualmente legislado está o direito à informação, no artigo 18º pode ler-se: “São adotadas as medidas necessárias à garantia da cooperação entre a mulher grávida, o acompanhante e os serviços, devendo estes, designadamente, prestar informação adequada sobre o decorrer do parto, bem como sobre as ações clinicamente necessárias” (Lei n.º 14/85, de 6 de julho; revista: Lei nº15/2014).

No Programa Nacional da Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2015, p.43) está definido que os “fatores psicossociais são atualmente reconhecidos como importantes determinantes de saúde para a grávida/casal e recém-nascido”. Neste programa, assim como, no Programa Nacional para a Saúde Mental foram incluídos indicadores de saúde mental da grávida/ casal e da qualidade da vinculação a serem avaliados pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

No documento Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde está explanado:

Impõe-se que os profissionais de saúde que contactam com grávidas, bebés e pais adquiram um conhecimento actualizado sobre os aspectos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promoverem o desenvolvimento de factores protectores e intervirem precocemente nas situações problemáticas (Ministério da Saúde, 2005, p. 5).

O Mental Health Action Plan 2013-2020 define como estratégias de implementação da promoção da saúde mental, o acompanhamento emocional e da saúde mental pré e pós-natal, incluindo na área das competências parentais. E mais especificamente relacionado com o tema em estudo, a estratégia: “Provide services and programmes to children and adults who have experienced adverse life events that address their trauma, promote recovery and resilience, and avoid re-traumatizing those who seek support” (WHO, 2013, p. 28).

O principal objetivo do EEESMO é o acompanhamento holístico e de qualidade do casal, tendo em conta a ética profissional. A International

Confederation of Midwives (2018) refere que uma das competências da parteira é realizar educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível para todos, no seio da comunidade, a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva

O regulamento de competências preconiza que no acompanhamento ao casal, o EEESMO: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”; “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos”; “concebe, planeia, implementa e avalia programas e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável”; “identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”; “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos” (Regulamento nº 391, 2019). O EEESMO tem desta forma uma tarefa grande em mãos na inclusão de um acompanhante que não está presente na sala de partos, mas que deve de estar incluído nos cuidados prestados.

O EEESMO visando prestar cuidados de qualidade deve estar atento a novas problemáticas que poderão intervir na vivência positiva da parentalidade. Segundo Bagagem (2010, p. 36) “A estabilidade da família e dos seus membros depende de um padrão delicado de equilíbrio e intercâmbio emocional. O comportamento de cada membro é afetado pelo comportamento de todos os outros.” A saúde mental do pai vai intervir na interação do casal e na sua relação com o recém-nascido.

Em março de 2020, no âmbito da pandemia, foram adotadas um conjunto de medidas de controlo e prevenção da infeção por SARS-CoV-2, sendo que uma delas foi a restrição a visitas em geral, assim como, ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Segundo a DGS “As unidades de saúde devem procurar assegurar as condições necessárias para permitir a presença de um acompanhante” (DGS, 2020, p. 11) cumprindo algumas normas como restrição

de entradas e saídas, teste negativo para SARS-CoV-2, distanciamento físico, ausência de sintomas sugestivos de infecção, etc.

Mesquita entrevistada por Moutinho (2020) refere que na situação atual o risco de perturbações mentais encontra-se acrescido, existindo uma quebra no plano de parto e nas expectativas daquilo que seria o ideal para um momento de muita alegria, mas que de si só gera já muitas dúvidas e incertezas.

Segundo a DGS, referindo-se à gravidez em tempos de SARS CoV-2, “Os cuidados em saúde mental, durante a gravidez e no pós-parto, devem ser mantidos e se necessário reforçados (...). Pelo risco acrescido de perturbações de ansiedade e humor em período pandémico.” (DGS, 2020, p.4).

A Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, no contexto da pandemia, refere: “Women should be supported and encouraged to have birth partners present with them during active labour and birth if they wish to do so” (2020, p. 27-28). A realidade na sala de parto é que os acompanhantes continuam excluídos com algum prejuízo para a grávida, o companheiro e a tríade.

1. Revisão da Literatura

Com base numa pesquisa bibliográfica atual, na evidência científica e nas competências comuns do enfermeiro especialista e do EEESMO elaborei uma revisão da literatura que fundamenta a aplicabilidade e pertinência do tema.

1.1 O paradigma holístico e o Modelo de Sistemas de Neuman

Os conceitos dos sistemas são associados a cuidados holísticos. O indivíduo como sistema autónomo, integrado no seio de uma família está em constante processo de adaptação, dinâmico e ativo, e vai influenciar os restantes membros da família. Consequentemente os enfermeiros que prestam cuidados às famílias são também incluídos nessas relações sistémicas (Lowdermilk, 2006).

A filosofia de base do modelo de Neuman envolve holismo, orientação para o bem-estar, percepção e motivação do cliente. Existe uma perspectiva de um sistema dinâmico de energia e interação de variáveis com o ambiente para diminuir possíveis malefícios de *stressores* internos e externos (Neuman & Fawcett, 2011).

O Modelo de Sistemas de Neuman descreve a adaptação como o processo através do qual o organismo mantém o seu equilíbrio e consequentemente a sua saúde, ou seja, satisfaz as suas necessidades. Este processo é dinâmico e contínuo pois vão surgindo constantemente, necessidades a serem colmatadas. Neuman utilizou o conceito de *stress* de Selye que é: a resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito, sendo necessário uma adaptação ao problema seja qual for a sua natureza. Os *stressores* são estímulos produtores de tensão que resultam em *stress*, podendo ser negativos ou positivos (Tomey & Alligood, 2002).

O cliente em constante mudança é visto como um sistema dinâmico e interativo de inter-relações entre cinco variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. O sistema cliente pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade, um grupo ou um assunto. Apresentando-se como um sistema aberto, em interação com o ambiente (Neuman & Fawcett, 2011).

O sistema cliente é representado por uma serie de círculos concêntricos rodeando a estrutura central representado no Anexo I. A **estrutura básica** ou “central core” é a fonte das cinco variáveis do sistema cliente. A **linha de defesa flexível** representa a fronteira externa do sistema cliente, é flexível, pode ser mudada num curto espaço de tempo e funcionada como para-choques impedindo os *stressores* de atravessarem a **linha de defesa normal**. Contém os elementos protetores do individuo relacionados com as cinco variáveis. A linha de defesa normal representa o estado de estabilidade do individuo, ou o ajuste das cinco variáveis aos *stressores*. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar desvios à harmonia do sistema. As **linhas de resistência** rodeiam a estrutura básica ou “central core”, protegendo-a e são ativadas quando existe uma invasão, por parte dos *stressores*, da linha de defesa

normal (exemplo: aumento dos glóbulos brancos ou a ativação do sistema imunitário). O estilo de vida, os padrões de *coping*, as expectativas do cliente, a motivação estão inerentes às linhas de defesa e resistência, protegendo a estrutura básica (Neuman & Fawcett, 2011).

O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que influenciam ou interagem com o cliente ou sistema cliente. Os *stressores* são forças ambientais que potencialmente podem alterar a estabilidade do sistema. No ambiente da sala de partos são muitos os *stressores* que interagem com o sistema cliente pai. Com o objetivo de reforçar a linha de defesa normal o EEESMO pode auxiliar a construir estratégias de *coping* adequadas fornecendo informação pertinente acerca do processo normal do trabalho de parto e parto, assim como, quando algo não corre como previsto.

Como podemos verificar pelo modelo de Neuman o sistema cliente é individual e único, como tal é importante estar alerta, integrar o pai como parte do processo de trabalho de parto e parto e detetar os *stressores* presentes para o pai. A linha de defesa normal pode ser “invadida” quando o sistema cliente não está suficientemente protegido pela linha de defesa flexível. A reação do cliente a *stressores* adicionais pode estar diminuída levando a desarmonia entre as partes do sistema e potencialmente a doença.

O EEESMO faz parte do ambiente de cuidados e consequentemente vai interagir com o sistema cliente pai, podendo potencialmente reduzir os *stressores* nos pais que vivenciam o parto como evento traumático.

No modelo de Neuman a preocupação do enfermeiro é manter o sistema do cliente estável, para isso deteta os efeitos ou possíveis efeitos dos *stressores* ambientais e assiste nos ajustes necessários para um estado de bem-estar otimizado (Neuman & Fawcett, 2011).

Existem 3 níveis de prevenção a que o enfermeiro pode atuar: prevenção primária, quando se suspeita ou identifica que pode existir um *stressor* e ainda não ocorreu uma reação; prevenção secundária, que envolve uma intervenção ou tratamento, iniciados após ocorrência de sintomas de *stress*; e prevenção

terciária, que se centra no reajustamento com vista à estabilização do sistema do cliente.

O EEESMO ao fomentar a tomada de decisão informada e a comunicação aberta, poderá mais facilmente permitir que o casal se sinta confortável para falar acerca do seu plano para o nascimento, das suas dificuldades, estratégias de *coping* e *stressores*.

1.2 Stress e eventos traumáticos

O *stress* é adaptativo e só em situações específicas esta resposta se torna uma fonte potencial de doença (Bagagem, 2010, p. 38). Assim, segundo Cordeiro:

A maior parte das pessoas que desenvolve uma perturbação aguda de stress ou uma perturbação pós-stress traumático, depois de um acontecimento traumático isolado, volta gradualmente ao seu funcionamento anterior e experimenta uma redução ou um desaparecimento dos sintomas ao longo do tempo (2016, p. 636).

As situações indutoras de *stress* são altamente subjetivas, pois dependem do processo de avaliação cognitiva que o indivíduo faz do seu controlo sobre os acontecimentos, possíveis consequências e recursos que dispõe e a que poderá recorrer. A sensação de mal-estar psicológico após um evento traumático ou *stressante* depende do indivíduo e é muito variável. No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2014, p. 317) é descrito que “As perturbações relacionadas com o trauma e fatores de *stress* incluem as perturbações em que a exposição a um acontecimento traumático ou *stressante* está presente, de forma explícita, como critério de diagnóstico”.

A resposta psicológica a uma situação de *stress* visa reduzir o seu impacto, com o objetivo de manter o funcionamento normal. Os mecanismos de defesa incluem diversas operações defensivas inconscientes, como: recalçamento, negação, deslocamento, racionalização, identificação, regressão, sublimação, projeção, formação reativa. As estratégias de *coping* dizem respeito a atividades conscientes. Dentro das estratégias de *coping* adaptativas existem as

estratégias de resolução de problemas usadas nas situações de menos *stress* e as de redução da emoção que são usadas em circunstâncias adversas (Cordeiro, 2016).

Tendo em conta que o trauma é uma experiência subjetiva do indivíduo, não é de estranhar que exista uma vasta gama de eventos que despertam uma resposta traumática. Um dos critérios utilizados no diagnóstico deste tipo de perturbações, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (2014, p. 324) é a exposição a morte (real ou ameaça), violência ou ferimento grave que pode ser na forma de: “Testemunhar, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas”. Sendo que é também referido neste manual que a violência interpessoal particularmente se os traumas são perpetrados por um cuidador é um dos fatores de risco e diagnóstico. O EEESMO é um cuidador formal e a perceção por parte do pai de insuficiência nos cuidados prestados ou de violência obstétrica pode levar a situações de *stress* ou perceção de evento traumático.

A reação de um indivíduo a um acontecimento gravemente stressante pode desencadear vários tipos de resposta, desde uma reação aguda de *stress* (que pode durar desde algumas horas a 3 dias), uma perturbação aguda de stress (2 dias a quatro semanas) ou mesmo uma perturbação pós-stress traumático (reação intensa e prolongada no tempo). O conceito de perturbação pós-stress tornou-se notório durante a guerra do Vietnam mas tem vindo a ser alargado “de forma a incluir acontecimentos traumáticos do quotidiano das sociedades modernas” (Cordeiro, 2016, p. 635).

Segundo o mesmo autor (Cordeiro, 2016) uma das situações de sobrecarga psicológica (*stress*) mais frequentes é a de perigo ou ameaça. No indivíduo “surge uma resposta emocional de medo ou ansiedade (resposta emocional), o aumento do sistema nervoso autónomo é activado, com aumento da tensão muscular, taquicardia, boca seca (resposta somática) e é posta em acção uma serie de mecanismos de defesa e estratégias de coping (resposta psicológica).” (Cordeiro, 2016, p. 630).

1.3 Os pais na sala de partos

Nas últimas décadas os pais têm vindo a cada vez mais, acompanhar as grávidas nas consultas, diagnósticos pré-natais e cursos de preparação para a parentalidade, existindo desta maneira um envolvimento progressivamente maior dos homens durante a gravidez.

O suporte durante o parto tem vindo a ganhar significado e os pais transformaram-se também numa parte valiosa da experiência do parto. Com a Lei nº 14/ 85 legislou-se o direito da grávida a um acompanhante durante o trabalho de parto, o qual deve ter acesso a informação pertinente acerca da parturiente, do trabalho de parto e das ações clinicamente necessárias. Por constrangimentos relacionados com a estrutura das salas de partos esta lei não foi executada de imediato e ainda hoje algumas Maternidades não têm “móvel” ou espaço para acolher o acompanhante, fazendo-o sentir-se deslocado e sem “lugar” na sala.

O parto é percebido como o acontecimento mais importante do ciclo gravídico-puerperal (Rodrigues, 2014) encorajando-se o pai a estar presente durante o mesmo. A sua presença foi-se tornando normativa e antes das contingências relacionadas com a pandemia por SARS CoV-2, era raro o pai que não estava presente ao nascimento e os que não estavam presentes eram muitas vezes alvo de censura: “Indeed, societal discourse that promotes the import of a close father-child relationship dictates that ‘good’ fathers are present in the birthing room, at the start of that relationship” (Jomeen, 2017 citando King 2012 p. 322).

Quando o pai não estava presente no acompanhamento do trabalho de parto os profissionais perguntam pela razão da sua ausência, fazendo avançar esta norma cultural de que o pai deve estar junto à grávida. O pai poderia sentir-se obrigado a participar sem realmente estar preparado.

Atualmente o paradigma foi alterado. Com as restrições a visitas e acompanhamento nas salas de parto, por motivos relacionados com a pandemia por SARS Cov-2, foi novamente normalizada a ausência do pai.

No seu estudo de 2009, David, Aslan, Siedentopf & Kentenich, verificaram que na Alemanha a presença do pai na sala de partos ganhou um espaço significativo nos 10 anos anteriores ao estudo. Dizem ter ficado com a ideia de que os homens alemães participam por sentimento de dever em manter um convenção social/ neo-cultural que leva a certas expectativas. Nos pais de etnia turca incluídos no estudo, apesar das diferenças culturais significativas, também houve uma maior adesão à participação no trabalho de parto e parto. Para os autores, este é possivelmente o resultado de um processo de aculturação. A presença do pai durante o trabalho de parto, normalizada na Alemanha, mistura-se com a tradição do papel de suporte à parturiente.

O cuidado e presença do enfermeiro obstetra/ parteira é associado a um maior sentimento de segurança e confiança, quando fornecida informação pertinente e que permita aos pais sentirem-se incluídos e compreenderem o que está a acontecer durante o trabalho de parto e parto. Hildingsson, Cederlöf & Widén descrevem:

An important factor in creating a positive birth experience for fathers was support from the midwife (...) The support from the midwife is highly valued and fathers usually trust the midwife and her ability to help the woman go through the birth. (...) The midwife was also reported to help fathers cope with the overwhelming emotions that the birth could create" (2010, p. 132).

Os mesmos autores referem ainda que o suporte, a presença e a informação acerca dos progressos do trabalho de parto são os aspetos mais importantes para uma experiência positiva. Com a ausência física do pai nas salas de parto, o EEESMO terá que arranjar novas estratégias no combate ao isolamento e falta de informação sentida pelos pais durante o trabalho de parto e parto.

O EEESMO deve estar alerta para integrar o pai no processo, tratando-o como parte integrante do mesmo e não como um visitante. Sob outra perspetiva é importante o acompanhamento das emoções e reações do pai ao trabalho de parto e parto normal mas também quando há alguma alteração, patológica ou não.

O EEESMO, parte integrante do ambiente de cuidados, deverá ter a capacidade de identificar os *stressores* presentes para o casal, se as estratégias

de *coping* são adequadas e se existem desvios patológicos à normalidade. Segundo Bagagem (2010, p. 36) a patologia física ou psíquica pode levar a uma fragilidade das relações familiares e transforma-se quase sempre numa crise com efeitos a longo prazo: “Numa relação triangular, um membro pode unir ou romper a unidade psíquica dos outros dois. Uma doença emocional ou física, e outras, (...) devem ser tomadas em conta, visto serem frequentemente factores destabilizadores.”

Como descrito anteriormente, a percepção de um evento traumático é individual e única, alguns pais não têm experiência e não conversaram acerca do que é expectável durante esta fase pelo que podem vivenciar sobrecarga psicológica (*stress*). “O enfoque na figura paterna em todas as intervenções que rodeiam as questões da promoção da parentalidade deve ser uma prioridade nos cuidados de saúde. Assim os CPPN, não devem ser centrados apenas na mulher, é fundamental envolver os pais, contribuindo para que estes adquiram competências para que a sua presença na sala de partos seja ativa e compensadora, potenciadora de ganhos em saúde para a família” (Mota, Carvalho & Correia, 2015).

Idealmente o EEESMO deverá atuar junto aos casais durante a gravidez e “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade” (Regulamento nº 391, 2019), permitindo aos casais expressar a sua vontade, emoções, expectativas e medos relativamente ao parto. No documento que fornece as indicações clínicas para a gravidez, no âmbito da pandemia por SARS-CoV-2, a DGS refere que algumas consultas poderão ser realizadas por videochamada e que poderá haver uma linha telefónica de apoio à grávida. (DGS, 2020, p. 4). O curso de preparação para a parentalidade poderá também ser realizada desta forma e neste caso o EEESMO poderá equacionar falar com o casal sobre os seus sentimentos, expectativas e opções disponíveis.

CAPÍTULO II. PROCESSO METODOLÓGICO

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o mesmo deve basear a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, para tal deve suportá-la na investigação e na evidência científica, na sua área de especialidade (Regulamento nº 140/ 2019).

1. Metodologia da revisão *Scoping* da literatura

Realizei uma revisão *scoping* da literatura, com o objetivo de mapear a evidência científica existente, acerca do que contribui para reduzir a sobrecarga psicológica (stress) nos pais que vivenciam o parto como evento traumático. Intitulei-a: Pais que vivenciam o parto como evento traumático: protocolo de revisão *scoping*. Efetuei previamente uma pesquisa, nas bases de dados CINAHL e JBI EBP *database*, relativamente a revisões *scoping* com este tema e nenhuma foi encontrada.

A revisão foi realizada em maio de 2019 com a questão: Quais os cuidados do enfermeiro obstetra que contribuem para a redução do stress no pai que vivencia o parto como evento traumático? E o objetivo: Mapear e examinar a evidência científica acerca dos cuidados do enfermeiro obstetra que contribuem para reduzir o stress do pai que vivencia o parto como evento traumático.

A população são os pais, o conceito é o parto como evento traumático e, não querendo restringir o estudo não defini um contexto. Faz sentido explorar este tema em diferentes contextos geográficos e nos vários locais de prestação de cuidados.

Inicialmente fiz uma pesquisa livre para identificar autores ou entidades de referência a partir do motor de busca Google e de bases de dados de acesso livre (SciELO, PubMed) e outras bases de dados (B-on, Cochrane Library).

Utilizei como recursos duas bases de dados, a CINAHL *plus with full text* e a MEDLINE através da plataforma EBSCO *host Web*, com acesso pelo *site* da

Ordem dos Enfermeiros. Como estratégia de pesquisa, utilizei o motor de busca Google Scholar, para encontrar artigos integrais a partir das referências encontradas nestas duas bases de dados. Utilizei-as por serem as de referência para pesquisas na área da saúde e de enfermagem.

Os critérios de inclusão são: estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa e revisões sistemáticas da literatura que se encontrem na língua inglesa, portuguesa ou castelhano, disponíveis em texto completo e realizados/publicados depois de 2009. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, fora do âmbito da temática e que não sejam gratuitos. Na base de dados CINAHL *plus with full text* utilizei termos indexados (assinalados com letras maiúsculas) e termos naturais (assinalados com letras minúsculas): FATHERS, EXPECTANT FATHERS; STRESS DISORDERS, POST TRAUMATIC, PSYCHOLOGICAL TRAUMA, post traumatic stress disorder, emocional; CHILDBIRTH, traumatic birth, birth trauma, birth experience, birth complications.

Relativamente à base de dados MEDLINE também utilizei termos indexados (assinalados com letras maiúsculas) e termos naturais (assinalados com letras minúsculas): FATHERS, expectant fathers, STRESS DISORDERS, POST TRAUMATIC, PSYCHOLOGICAL TRAUMA, post traumatic stress disorder, emocional; childbirth, traumatic birth, birth experience, birth trauma, birth complications.

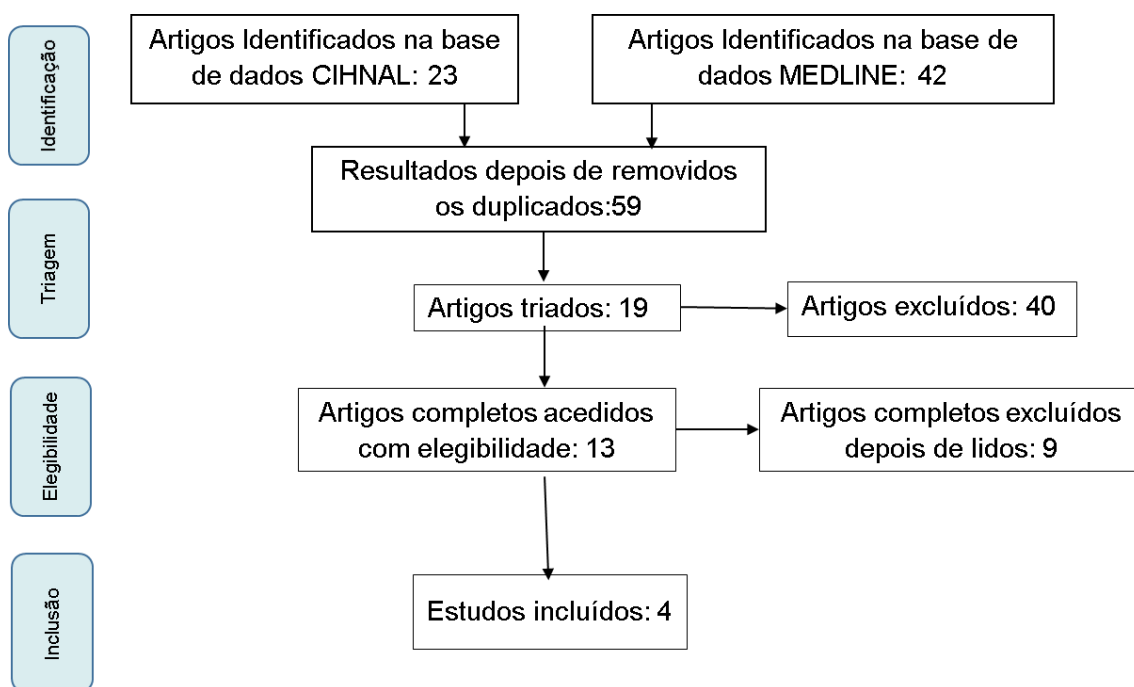
Apesar da pergunta da revisão *scoping* incluir o termo enfermeiro obstetra não foi possível incluí-lo na pesquisa, com prejuízo de restringir a nenhum resultado que fosse passível de ser utilizado. A pesquisa efetuada permitiu resultados com profissionais de saúde, nomeadamente parteiras e é adequado ao propósito da revisão *scoping*.

Na base de dados CINAHL foram identificados 23 artigos e na MEDLINE 42. Depois de removidos os duplicados, ficaram 59. Destes 59 foram excluídos 40: alguns não são gratuitos e outros não se adequavam ao tema. Dos 13 artigos acedidos e lidos integralmente, foram excluídos 9, por não se adequarem à pergunta da revisão *scoping*, ficando 4 que foram os incluídos.

Em agosto de 2020 foi realizada nova pesquisa, nas mesmas bases de dados e com os mesmos critérios e termos, com o intuito de encontrar a evidência científica mais recente e foi possível juntar mais um artigo encontrado na CIHNAL e um artigo da base de dados MEDLINE, que se ajustam à pergunta da revisão.

O primeiro fluxograma de pesquisa é apresentado na figura 1, sendo a pesquisa realizada em agosto foi realizada com os mesmos critérios, alterando a data de intervalo da pesquisa, de forma a introduzir os artigos mais recentes. As grelhas de extração de resultados da revisão são apresentadas no Apêndice I, sendo que os principais resultados são apresentados na próxima secção.

Figura 1. Fluxograma de pesquisa



Fonte: Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015.

1.1 Resultados da revisão *Scoping*

Quando os pais sentem o parto como uma experiência negativa ou traumática existe o risco de desenvolverem problemas de saúde mental que podem

prejudicar a sua companheira e recém-nascido (Vallin, Nestander & Wells, 2018). Alguns homens experienciam emoções negativas com consequências sérias nas suas relações e família. Os pais que percebem o parto como traumático referem uma montanha russa de emoções.

Os principais sentimentos descritos no artigo de Etherdge & Slade (2017) acerca dos pais que consideraram o parto traumático são:

- medo da morte do seu bebé ou companheira;
- abandono;
- isolamento;
- exclusão;
- que o staff não os informou e não os tratou com sensibilidade;
- que perderam a experiência positiva com o bebé que tinham antecipado;
- “mirrored their partner’s distress but tried to present a controlled exterior whilst feeling they were helplessly watching a catastrophe unfold” (Etherdge & Slade, 2017, p. 7);
- “tertiary”, “overlooked”, “an afterthought” (Etherdge & Slade, 2017, p. 7 e 8);
- sentiram que deveriam ter sido apoiados;
- a maioria não gosta de mostrar emoções.

Um maior stress e menor satisfação durante o trabalho de parto e parto, menos confiança nos próprios mecanismos de *coping* e medo pela sua companheira durante este período são associados a níveis maiores e mais graves de depressão e distúrbio de stress pós-traumático (Bradley & Slade, 2011).

Alguns problemas relacionados com o trauma podem levar a reações como raiva, ansiedade e depressão. Se os pais sentirem o parto como evento traumático precisam de uma resolução ou seja de sentirem que há um “encerramento” do acontecimento e uma passagem para outra fase/ etapa.

Existe um sentimento de *desempowerment* quando os pais são tratados como espectadores e não como pais e parte integrante da dinâmica parental,

resultando em sentimentos de alienação e exclusão. Existe o sentimento que os profissionais de saúde da maternidade dão pouca atenção aos pais a não ser como suporte das mães. Os homens também estão expostos às vivências na sala de partos pelo que parece razoável incluí-los como recetores de cuidados individualmente.

O conceito de que o parto é natural e biológico pode não permitir que os pais tenham uma visão realista do que poderá acontecer. As aulas de preparação para o nascimento podem ser um momento importante para a discussão das possíveis respostas à experiência do nascimento com o objetivo de normalizá-las e permitir que os pais peçam ajuda, se necessário. Os pais devem ser auxiliados a compreender as diversas experiências de parto para que não tenham expectativas/ objetivos surreais relativamente ao nascimento (Hughes et al, 2020).

Existem muitas semelhanças nos motivos de bem-estar na mãe e no pai relacionadas entre as experiências de parto, sublinhando a importância de intervenções e estratégias inclusivas ao pai. Deve ser apurado o bem-estar da mãe mas também do pai e se possível implementar intervenções que visem o bem-estar, antes da transição para a parentalidade (Hughes et al, 2020).

Os profissionais que acompanham o casal devem providenciar: “opportunities antenatally to discuss with families the pros and cons of fathers’ presence at the birth, thereby legitimising the option of not being present” (Etherdige & Slade, 2017, p. 15). Os profissionais de saúde podem providenciar mais informação acerca das mudanças conjugais e sexuais, concelhos acerca de como gerir as emoções, aspetos práticos sobre “ser pai” e dos cuidados pós-natais, para preparar melhor os pais para a gravidez e o parto (Poh, Koh, Seow & He, 2014).

As parteiras devem estar alertas para os sentimentos e expectativas ambíguas dos pais acerca de estarem presentes no nascimento. Os pais devem sentir-se apoiados quando escolhem não assistir ao parto para que não sintam vergonha da sua decisão. Sob outra perspetiva, se o casal escolher que o pai vai estar presente, é fundamental a inclusão de ambos os pais no diálogo, o que poderá potencialmente permitir ao pai a promoção de uma experiência que este

considere útil durante o parto, levando a sentimentos positivos em relação ao nascimento (Hughes et al, 2020).

Muitas vezes é desejado maior suporte por parte da equipa de profissionais de saúde. Mais oportunidades de fazer perguntas e ter informação disponibilizada. É benéfico quando as parteiras estão alerta para as necessidades dos pais. Os pais gostariam de dar mais suporte ativo e quanto mais integrados estão no processo mais sentem que estão a apoiar adequadamente. Como não estão familiarizados com o processo de nascimento precisam do auxílio dos profissionais para os guiar. Para além de mais conforto na sala de parto, desejam bons cuidados e maior presença dos profissionais na sala de parto (Vischer, Heun, Steetskamp, Hasenburg & Scala, 2020)

O suporte fornecido pela parteira durante o nascimento é associado a experiências positivas de parto e o facto de receberem pouco ou nenhum suporte é associado a *stress* e ansiedade, levando a que os pais adotem uma posição mais passiva. Os pais nem sempre pedem ajuda pelo que os profissionais de saúde devem adotar uma atitude proactiva (Vallin et al 2018).

Se o conhecimento da mulher acerca do seu corpo deve ser privilegiado então, o conhecimento do homem acerca da sua companheira também deve ser respeitado. Esta tomada de consciência, por parte dos profissionais de saúde, pode levar a um avanço na humanização do parto.

No estudo de Vischer et al (2020) nenhum pai mostrou todos os sinais de *stress* pós-traumático. A felicidade foi o principal sentimento detetado mas alguns sentimentos negativos como estar indefeso e receoso também foram encontrados. A dor da companheira é um aspeto crucial para os pais. Parece ser difícil ver a sua companheira sofrer e não poder dar-lhe suporte suficiente.

Apesar da prevalência e dos níveis de sintomas de *stress* pós- traumático serem baixos, devemos-nos assegurar que os companheiros estão bem preparados antes do trabalho de parto e parto e bem informados durante o mesmo. Isto é particularmente importante quando não têm experiência nesta área ou mostram sinais francos de ansiedade. Alguns participantes nos estudos,

embora sem diagnóstico, encaixam nos critérios de distúrbio de *stress* pós-traumático (Etherdge & Slade, 2017).

A falta de informação cria uma sensação de exclusão, incerteza e negligência. Por outro lado, o acesso a informação ajuda a lidar com as complicações do parto. Na ausência de informação os pais tentam obtê-la através da comunicação não-verbal dos profissionais. Os pais compreendem que nem sempre é possível aos profissionais de saúde fornecerem a informação, pois estão a cuidar da mãe e do bebê e sentem que devem esconder os seus sentimentos para bem-estar da sua companheira. Consideram que o ambiente físico não é acolhedor para o acompanhante da grávida, fazendo-os sentirem-se excluídos (Vallin et al, 2018).

Um suporte forte das famílias, amigos, local de trabalho e profissionais de saúde é um grande *booster* para os pais e é sempre bem-vindo (Poh et al, 2014).

Ter em conta as necessidades dos pais durante a visita de enfermagem no pós-natal pode ajudar ao reconhecimento familiar e social de que os pais também têm que adotar estratégias de *coping* após o parto.

2. Metodologia de desenvolvimento de competências

A metodologia de desenvolvimento de competências durante o estágio em contexto de Bloco de Partos foi a observação e a prestação de cuidados especializados à mulher que recorre ao serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e à mulher/ recém-nascido internados no Bloco de Partos, integrando a equipe multidisciplinar e cooperando com outros profissionais de saúde na promoção da saúde, deteção de potenciais desvios da normalidade e prevenção da doença. A parceria nos cuidados, a orientação para o autocuidado, a informação pertinente fornecida na altura correta e a promoção da decisão esclarecida foram pilares no desenvolvimento de competências de EEESMO no decorrer do estágio.

No contexto de bloco de partos, enquanto estudante do mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, desenvolvi competências científicas, técnicas e relacionais que me permitem ter autonomia para conduzir o trabalho de parto, parto e puerpério, reduzindo o stress do pai que vivencia o parto como evento traumático. Utilizei a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, como fio condutor da minha prática de cuidados, para poder proporcionar ao casal uma vivência positiva do trabalho de parto, parto e detetar desvios da normalidade à transição para a parentalidade e conjugalidade no pós-parto.

A pesquisa bibliográfica pertinente e a revisão *scoping* adequada ao tema foram a base da pirâmide que permitiu o desenvolvimento de outras atividades e competências. Os resultados espelham que o EEESMO pode ter um papel preponderante na experiência de parto do casal. Sendo decisiva a sua atuação torna-se importante a difusão da informação obtida, no seio da comunidade e do ambiente de cuidados.

Os padrões assistenciais do EEESMO incluem a melhoria contínua e o objetivo de excelência dos cuidados prestados apostando no desenvolvimento de práticas de qualidade, na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua (Regulamento nº140/ 2019). A descrição dos padrões de qualidade do EEESMO incluem “o envolvimento dos conviventes significativos no processo de cuidados” (OE, 2015, p. 24).

O pai é parte integrante dos cuidados do EEESMO, nomeadamente na sala de partos, como tal é importante torná-la acolhedora para o receber novamente. O ambiente físico e emocional da sala de partos deve ter em conta o pai, com o objetivo de humanizar o parto para todos os intervenientes e promover o seu bem-estar.

Assim para dar resposta ao objetivo: **Desenvolver competências de EEESMO que promovam a redução do stress do pai que vivencia o parto como evento traumático, contribuindo para a parentalidade saudável;** aprofundei as capacidades relacionadas com o cuidado de EEESMO e debati com a equipa multidisciplinar a importância da inclusão do pai nos cuidados e a evidência científica disponível acerca das experiências de parto dos pais. Uma

das estratégias que foi bastante prolífera foi a realização de entrevistas informais a peritos, nos diferentes contextos de estágio.

Foi meu plano divulgar a evidência científica junto da comunidade, com o objetivo de os pais verem validados os seus sentimentos e saberem que a opção de assistir ou não ao parto é normal, viável e deve ser “negociada” entre o casal, podendo o EEESMO auxiliar neste processo. Outra das atividades planeadas era informar o casal relativamente à temática e acerca da realidade das salas de parto. Estas estratégias foram algo dificultadas no contexto de Bloco de Partos. Os pais estiveram a maior parte do tempo ausentes da sala de partos e não foram permitidas reuniões/ formações, por causa do risco de propagação do vírus. No contexto de Cuidados de Saúde Primários a dificuldade fez-se sentir pela fraca adesão dos companheiros às consultas de Saúde Materna e Planeamento Familiar.

Ao longo do curso de mestrado, nos diferentes contextos, trabalhei sob várias formas o tema do meu projeto com objetivo de transformar a informação percecionada em conhecimento e ser capaz de fazer uma leitura aprofundada através da análise crítica e reflexão na e sobre a ação.

O diálogo direcionado mas informal com peritos foi uma das estratégias que utilizei. “A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação (...). A visão de “o que é possível” é uma das características que diferenciam os comportamentos da competência dos da proficiente e por fim da perita.” (Benner, 2001, p.58 e 61). Foi bastante prolífero este trabalho de campo, pois permitiu uma visão integrada e alargada sobre o tema dos pais na sala de partos.

Como estratégia foi também utilizado o diálogo direcionado e informal com os pais em todos os contextos. Durante o estágio em contexto de Bloco de Partos, utilizei um guião mental baseado no questionário “Fathers questionnaire” (Visser, Heun, Steetskamp, Hasenburg & Scala, 2020), representado no Anexo II.

A divulgação de informação era uma das atividades planeadas. A exposição de evidência científica relacionada com o tema, aos pais, à população em geral e aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados, para que se possa

capacitar os pais para a escolha e para que estes saibam o que esperar durante o trabalho de parto e nascimento. Para que tal aconteça, os profissionais de saúde devem estar despertos para esta problemática. Ao informar e ao trabalhar em parceria com o casal, respeitam-se os direitos humanos na relação com os destinatários de cuidados.

Apresentei um *poster* no 9º ENCONTRO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL, organizado pela unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, em outubro de 2019 (Apêndice II). A equipe de cuidados na comunidade tem um grande impacto na saúde da população na medida em que tem um alcance significativo, tanto em termos de abrangência numérica, como em impacto efetivo pois a população confia nos seus cuidados, logo escuta ativamente estes profissionais.

Todas as mudanças na instituição requerem um envolvimento da equipa multidisciplinar. No local de estágio tentei perceber o estado da arte relativamente à presença dos pais na sala de partos antes da pandemia por SARS CoV-2 e quais as estratégias para os voltar a receber. Com o objetivo de otimizar os cuidados da equipe de enfermagem envolvi os profissionais no tema do meu projeto, gerindo os cuidados aos casais e articulando com a restante equipa.

Segundo o descritor para a qualificação de grau de mestre, o mestrando deve “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 74/2006, 24 Março). Guiada por esta diretriz e para dar resposta ao objetivo: **Desenvolver uma prática reflexiva e análise crítica, baseada na evidência científica e na investigação, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da prestação de cuidados centrados na mulher inserida na família/ comunidade;** delineei um conjunto de atividades e resultados esperados que visaram aprofundar os conhecimentos obtidos até então e capacitar-me para a resolução de situações novas e diferentes através da aplicação desses conhecimentos, integrando-os e desenvolvendo a metodologia científica para obtenção de resultados benéficos para as mulheres/ casais e a Enfermagem.

A reflexão na e sobre a ação permitiu-me mobilizar conhecimentos e compreender as diferentes experiências em contexto de cuidados. Taylor (2000) citado por Esterhuizen & Freshwater (2008, p. 120) refere “reflection means the throwing back of thoughts and memories, in cognitive acts such as thinking, contemplation, meditation, and any other form of attentive consideration, in order to make sense of them, and make contextually appropriative changes if they are required”.

Na minha perspetiva, esta foi a estratégia mais importante. Algumas atividades que a permitiram foram: a elaboração de notas de campo; a troca de experiências/ análise e discussão de situações vividas com a enfermeira orientadora e a os peritos dos locais de estágio; as reuniões de tutoria com a professora orientadora da escola. Algumas estratégias não foram passíveis de serem implementadas devido à pandemia por SARS CoV-2, tais como apresentação do relatório e análise de práticas no grupo alargado.

Entre muitos processos reflexivos que realizei saliento este: de que forma o EEESMO pode reduzir o *stress* do pai que vivencia o parto como evento traumático.

CAPÍTULO III- RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

A integração na equipe multidisciplinar é imprescindível para uma boa cooperação entre os profissionais que trabalham em conjunto para o bem-estar da mulher/ família. Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019), o EEESMO deve cooperar, em diversos âmbitos, com outros profissionais e referenciar as situações que estão fora da sua área de atuação. A minha integração no serviço foi uma das primeiras atividades desenvolvidas, em todos os contextos, e foi um pilar para o desenvolvimento de todas as outras.

Nos próximos subcapítulos descrevo as competências desenvolvidas durante o percurso de aprendizagem. Fleury & Fleury (2001) citando LeBoterf (1995) referem: “competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (p. 187).

A aprendizagem efetiva é feita num *continuum* de momentos, pelo que este estágio veio completar a aquisição de competências realizada nos outros contextos, já explanada em relatório anteriores. Os objetivos propostos em todos os contextos foram atingidos na sua plenitude, sendo que a descrição do seu processo de aquisição está explicitada nos relatórios realizados e avaliados anteriormente, segundo o plano de estudos.

1.Competências desenvolvidas em contexto de urgência Obstétrica e Ginecológica

No serviço de urgência considerei fundamental a criação de uma relação de parceria com a mulher. “O atendimento no serviço de urgência é crucial. A Mulher pode sentir-se vulnerável e assim menos confiante, o atendimento deve ser afetuoso e hospitaleiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 40). De acordo com as novas diretrizes do hospital no âmbito da pandemia por SARS-Cov-2 a mulher entra sozinha, pelo que se tornou ainda mais importante que se sinta apoiada pelo EEESMO, que deve ajudar a cliente a maximizar o seu potencial de saúde, mantendo um ambiente seguro e permitindo a capacitação da mulher através de informação pertinente e apoio na tomada decisão. “O modelo de cuidados centrados na Mulher implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades, que estes sejam sensíveis às necessidades individuais das mulheres, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8). Realizei ações de promoção da saúde através da identificação das necessidades individuais.

Realizei a triagem e prestei cuidados a utentes do foro ginecológico e obstétrico, realizando o acolhimento e anamnese, identificando as alterações percecionadas ou não pela mulher, dirigindo a triagem para a deteção de problemas reais ou potenciais e prevenindo complicações associadas.

Prestei cuidados especializados à mulher através da aplicação do conhecimento dos processos fisiopatológicos, a compreensão aprofundada da dinâmica adaptativa e a reflexão na e sobre a ação, que me permitiram prestar cuidados diferenciados aplicando competências científicas, técnicas e humanas para otimizar o bem-estar global da mulher, diminuir os *stressores* presentes no serviço de urgência e permitir a decisão esclarecida.

O EEESMO “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde” e “Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar” (Regulamento nº391, 2019), assim desenvolvi competências especializados no cuidado à mulher a vivenciar processos de saúde/doença

ginecológica, em processo de interrupção voluntária da gravidez e no climatério, promovi a sua saúde e diagnostiquei potenciais complicações encaminhando quando saíam da esfera de atuação do EEESMO.

Algumas das patologias recorrentes foram vulvovaginites, algias pélvicas e complicações pós-operatórias. Considerei importante nestes momentos analisar a linguagem não-verbal da utente, tirar dúvidas e informar sobre a forma de se auto-cuidar, promovendo o seu *empowerment*. O acesso à informação e à orientação relacionada com a saúde sexual e a sexualidade é fundamental para que a mulher/ casal possa tomar decisões informadas acerca da sua vida sexual e reprodutiva.

De acordo com o descrito anteriormente, considero que atingi plenamente o objetivo: **Desenvolver competências para cuidar da mulher inserida na família/ comunidade que recorre ao serviço de Urgência Ginecológica, realizando promoção da sua saúde e diagnosticando e prevenindo complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.**

A população da área de intervenção da unidade hospitalar é multicultural e abrange área rural e urbana, pelo que tive em conta estes pressupostos na tentativa de compreender as diferentes realidades e dinâmicas interpessoais das utentes. A competência cultural é “a capacidade de alguém para estabelecer relações interpessoais e profissionais que ultrapassam as diferenças culturais, através do reconhecimento da importância das influências culturais e sociais da outra pessoa, da verificação em como estes fatores interagem e da seleção de intervenções adequadas em função desses fatores.” (Parreira, Coutinho & Néné, 2016, p. 86). A gravidez, o parto e o nascimento são fenómenos culturais, marcados por crenças e práticas culturalmente definidas, pelo que são vivenciados de maneira diferente entre culturas, religiões e indivíduos.

O EEESMO deve ter estes aspetos em consideração no cuidado à mulher, para que este momento possa ser vivido como uma experiência gratificante. Refleti muitas vezes nestes aspetos enquanto prestava cuidados no serviço de urgência, penso que se torna mais acolhedor para a grávida quando sente que tem alguém do seu lado, tentando compreender a sua perspetiva, ouvindo, recebendo e tomando em consideração as suas palavras e atos. Por se

encontrar sozinha, sem acompanhante devido às regras relacionados com o plano de contingência pelo SARS-CoV-2, esta problemática toma proporções ainda maiores.

Durante prestação de cuidados avaliei o bem-estar materno-fetal através de meios clínicos e técnicos adequados, tais como auscultação dos batimentos cardio-fetais, interpretação de cardiotocograma, manobras de Leopold, avaliação de sinais vitais e sua interpretação, entre outros. A valorização das queixas, assim como a interpretação da linguagem não-verbal foi muito importante no diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados e implementação de ações individualizadas e pertinentes para cada mulher.

Desta forma, considero ter atingido as competências necessárias para cumprir o objetivo: **Desenvolver competências para promover a saúde e o bem-estar materno-fetal, diagnosticar e prevenir precocemente complicações para a saúde da mulher/ família que recorre ao serviço de urgência, no período pré-natal e em situações de abortamento.**

2.Competências desenvolvidas no âmbito do bloco de partos

Através dos dados obtidos na revisão *scoping* tornou-se claro que a gestão de expectativas do casal pode ser fundamental para o desenvolvimento de emoções positivas relativamente ao TP e parto. Saber o que esperar e quais as várias experiências relacionadas com os diferentes tipos de parto (eutócico, cesariana) é fundamental para a diminuição dos *stressores* e manutenção da linha de defesa normal. Realizei aconselhamento à mulher durante o estágio, fazendo por conhecer as suas expectativas, promovendo a saúde e um ambiente seguro, confortável e potenciador da confiança.

O plano de parto é uma ferramenta valiosa para o EEESMO pois permite acesso aos desejos, intenções e expectativas do casal potenciando a sua vivência e facilitando a assistência individualizada. “O plano de parto deverá ser muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, deverá refletir o envolvimento pessoal que confira confiança ao casal, permitindo criar um ambiente de segurança que culmina com uma experiência satisfatória”

(Lotian 2000 citado por Lopes 2016, p. 168). Tive várias oportunidades de satisfazer os desejos da grávida e foi sempre minha preocupação cumprir o plano dentro das possibilidades do serviço e esclarecer quando tal não era possível, seja por falta de recursos ou por condições de risco para a mãe ou para o bebé. Quando a mulher não apresentava plano de parto encorajei-a a expressar as suas preferências, discuti e valorizei as suas escolhas, obtendo o consentimento informado esclarecido e envolvendo-a nas tomadas de decisão.

“O aumento da tecnologia a nível mundial contribuiu para melhorar os resultados perinatais, mas acarretou uma prática na assistência ao parto mais uniformizada, mais intervencionista, destituindo a mulher do seu papel activo causando-lhe um clima de insatisfação e medo” (Sardo, 2009, p. 5). A promoção do parto normal contribuí para a satisfação da mulher/ casal e permite ao EEESMO exercer um papel ativo e autónomo no cuidado à mulher. Como tal promovi o conforto, as medidas não farmacológicas de alívio da dor, a deambulação e a liberdade de adoção de posições escolhidas pela grávida.

Habitualmente, se o risco era reduzido, ofereci métodos complementares para o alívio da dor, tais como utilização de bola de Pilates, massagem ou duche explicando os seus benefícios. A auscultação intermitente do batimento cardíaco do feto (15 em 15 minutos) em vez do CTG contínuo permitiu a deambulação e a adoção de posições verticalizadas, que não só promovem a progressão do trabalho de parto, mas também permitem à mulher lidar com a dor de forma mais eficaz.

Informei relativamente às opções disponíveis relativamente aos métodos farmacológicos de alívio da dor, explicado as suas vantagens, efeitos secundários e fornecendo o suporte de informação e instrução adequado a cada grávida/ casal/ família, usando por vezes para tal meios alternativos de comunicação (exemplo: telemóvel da utente), visto neste momento não ser possível acompanhante durante o TP, como falado anteriormente.

A avaliação do início do trabalho de parto é muito importante pois vai condicionar a sua condução, o grau de intervenção obstétrica que será necessária e os resultados maternos e neonatais. A fase ativa do TP segundo a

DGS (2015) inicia-se quando o colo uterino apresenta 4 centímetros de dilatação, embora segundo as diretrizes da ACOG (2014) esta se inicie aos 6 centímetros e da OMS aos 5 (2018), o que vai permitir que as normas de progressão sejam aplicadas mais tarde no TP evitando intervenções desnecessárias e partos distócicos.

Na prática o que eu observei é que continuam a ser considerados os 3 centímetros, altura em que as utentes por vezes já estão queixosas e fazem analgesia epidural, se assim for o seu desejo. Se o TP for assim conduzido, pode condicionar a liberdade de movimentos e a adoção de outras estratégias que poderão ser benéficas, pelo que discuti estes aspetos com a grávida.

O partograma é uma ferramenta muito útil da avaliação da evolução do TP, sendo uma representação gráfica é um recurso visual de fácil interpretação. “A utilização do partograma como ferramenta de trabalho permite realizar uma adequada avaliação da evolução do trabalho de parto, tendo em conta vários factores que podem afectá-lo como os sinais vitais maternos, o estado fetal e do saco amniótico, a cor do líquido amniótico, assim como a evolução da dilatação e dinâmica uterina” (FAME, 2009, p. 45). No local de estágio utilizei um partograma informatizado que auxiliou a sistematizar alguns dos aspetos que deveria ter conta na avaliação materno-fetal, a detetar possíveis desvios da normalidade e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Os registos de enfermagem são um espelho da nossa prática e em última instância da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO, pelo que foi minha preocupação fazê-los de forma sistemática e rigorosa.

Durante o TP avaliei a necessidade de realização de procedimentos clínicos e invasivos, não os fazendo de forma rotineira e discutindo-os com a mulher. O toque vaginal pode ser experienciado pela mulher como um foco de ansiedade e acarreta um risco de infeção pelo que tentei restringir ao *timing* (4 em 4 horas) aconselhado pela OMS (2018) exceto em casos justificados por outras variáveis.

A vigilância do bem-estar materno-fetal é fundamental durante o TP e parto. Este pode ser comprometido pela ação das contrações uterinas, que diminuem o fluxo sanguíneo materno-fetal e consequentemente a oxigenação fetal, de

forma intermitente. A não detecção das alterações e a falha em intervir de forma adequada podem contribuir para a existência de efeitos adversos no feto e aumenta a morbidade perinatal (Santana & Figueiredo, 2016). Realizei esta monitorização fetal sob a forma de ABCF de forma intermitente e também com monitorização externa e interna, consoante a situação materno- fetal. Segundo a OMS “Intermittent auscultation of the fetal heart rate with either a Doppler ultrasound device or a Pinard fetal stethoscope is recommended for healthy pregnant women in labour” (2018, p. 74).

Realizei 110 exames pré-natais, o toque vaginal, a ABCF e a monitorização externa com cardiotocógrafo foram as mais utilizadas durante o estágio mas, tive a oportunidade de realizar uma monitorização interna com um eletrodo em espiral colocado no couro cabeludo de um feto com arritmia cardíaca, pela necessidade de monitorizar de forma mais rigorosa o seu bem-estar.

A ingestão nutricional da grávida durante o TP é um importante fator de bem-estar e permite bons resultados, visto reduzir o risco de hipoglicémia, cetose, desidratação e suas consequências na mãe e no feto. Desta forma, “For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended.” (OMS, 2018, p.115). A minha avaliação nutricional da grávida foi realizada de forma sistemática, oferecendo/incentivando a ingestão de alimentos pobres em resíduos em intervalos frequentes.

A detecção de desvios à normalidade, a prevenção de complicações associadas e a referenciação das situações que estão para além da sua área de atuação são pilares a atuação do EEESMO, pois condicionam o *outcome* da grávida e feto. Assim cuidei de 45 grávidas em situação de risco, assistindo em 4 partos por ventosa e 2 partos por fórceps.

Houve duas situações de emergência sentidas por mim como bastante enriquecedoras em termos de aprendizagem. A primeira relacionada com uma RCIU grave (RN de termo com 1200gr). O CTG apresentou uma bradicardia fetal mantida relacionada com uma hipotensão materna acentuada, sendo necessário utilizar medidas de recuperação como terapêutica (fenilefedrina, Lactato Ringer), administração de oxigénio e posicionamento de decúbito lateral esquerdo. A

segunda situação esteve relacionada com taquissitolia uterina com posterior formação de anel de Bandl e bradicardia fetal.

Ambas as situações foram referenciadas para a equipe médica de urgência, visto estarem fora do âmbito de cuidados do EEESMO. Considerei ter sido muito importante para as utentes a manutenção do cuidado e acompanhamento realizada por mim, visto ter vindo a acompanhá-las anteriormente.

A atividade planeada por mim durante o projeto: promover a participação ativa do acompanhante, de acordo com as escolhas e expectativas do casal; não foi possível de implementar durante a maior parte do estágio, pelas restrições estabelecidas devido à pandemia.

O EEESMO "Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina" (Regulamento nº391, 2019). Com o objetivo de adquirir esta competência, sob a supervisão da enfermeira orientadora de local de estágio cuidei de 59 grávidas no 1º estádios do TP, 45 grávidas nos 2º e 3º estádios do TP, 100 puérperas e 106 recém-nascidos, implementando um plano de cuidados individualizado e procedendo à sua avaliação.

Realizei 30 suturas de lacerações de grau I e II e 5 episiotomias e episiorrafias, sendo que 10 foram períneos intactos. Segundo as recomendações da OMS (2018) não deve ser realizada episiorrafia por rotina e a prática de avaliar esta necessidade foi treinada durante o estágio.

Foi avaliada a necessidade de manejo ativo do terceiro estágio do TP com administração de uterotónico, tração controlada do cordão e massagem uterina após expulsão da placenta versus atitude expectante. De acordo com o plano de parto, a vontade da mãe e as condições clínicas, discutindo todos estes aspetos com a mãe e usando as *guidelines* da OMS (2018).

Houve oportunidade de observar uma placenta com vasa prévia, sendo uma situação algo rara, foi interessante para o percurso académico e profissional.

Durante o 4º estadio do TP o EEESMO deve ajudar na transição para a parentalidade, potenciando o bem-estar físico e psicológico. Planeei os cuidados de forma rigorosa pensando na promoção da capacidade de autocuidado/ cuidado ao recém-nascido e na recuperação fisiológica da mulher.

Durante o puerpério imediato é imprescindível, para a deteção precoce de desvios da normalidade, o exame físico, a avaliação dos sinais vitais e nutricional da mulher. No exame físico inclui-se palpação uterina, observação da hemorragia vaginal e de suturas/ lacerações não suturadas.

A deteção precoce de hemorragia uterina anómala ou proveniente de lacerações vaginais foi uma preocupação sempre presente e que permitiu identificação de achados que de outra forma podiam ter avançado para algo mais grave. Dou como exemplo uma utente que apresentou um hematoma perineal detetado precocemente.

A alteração dos sinais vitais poderá também ser sinal de hemorragia ou infeção, pelo que avaliei e registei de forma sistemática. Incentivei e vigiei a primeira micção espontânea.

Durante o trabalho de parto, a mulher perde fluídos (sangue, transpiração) e acrescido ao grande dispêndio de energia poderá existir um défice nutricional. Em caso de inexistência de complicações num parto vaginal avaliei o *timing* da ingestão hídrica e nutricional. Considero que a promoção da adequada hidratação e nutrição auxiliou na promoção do conforto e redução do *stress*.

O objetivo: **Desenvolver competências para promover a saúde, potenciar o bem-estar e diagnosticar e prevenir precocemente complicações para a saúde da mulher/ família e do recém-nascido durante os quatro estádios do TP e puerpério**; foi considerado amplamente atingido de acordo com a descrição realizada.

O contato pele-a-pele trás benefícios para a mãe e o seu RN, previne a perda de calor, liberta a ocitocina materna, promove a vinculação e a amamentação e diminui os *stressores* no RN e na mãe. Durante o estágio, fui promotora deste contato mas considerei igualmente importante perguntar à grávida se esta seria

a sua vontade, informando dos benefícios e respondendo às suas dúvidas. As crenças e práticas culturais definem comportamentos sociais e parentais tais como, o que é aceitável em relação ao contato físico ou visual e consequentemente influenciam a interação com o recém-nascido (Lowdermilk, 2006). O EEESMO tem competências especializadas para compreender estas reações e integrá-las nos cuidados à família.

Se o EEESMO tornar o contato entre a mãe e o seu filho positivo, é estimulada a vinculação e promovida a transição para a parentalidade mas existem muitas formas de o fazer, de acordo com o desejo dos pais. Durante o estágio fui dinamizadora deste processo salientando os comportamentos, características e competências do bebé que poderiam ser facilitadoras: temperamento, interação com a família (por exemplo: preensão palmar), reflexos (por exemplo: sucção), aspeto físico, esboço de sorriso, entre outros.

A amamentação e a posição de canguru são duas estratégias facilitadoras do vínculo e são pilares do cuidado centrado no desenvolvimento. O EEESMO tem um papel fundamental na promoção do aleitamento materno, assim como, na implementação de medidas corretivas ao seu processo. No decurso do estágio forneci apoio nesta área pois sou conselheira em aleitamento materno.

Se o RN era de termo, teve choro imediato à nascença, tinha bom tônus muscular, estava rosado e o líquido amniótico era claro, promovi o contacto pele-a-pele e a clampagem tardia do cordão pelos benefícios acrescidos para o RN pelo fornecimento oxigénio e de volume sanguíneo placentário com consequente aumento de ferro.

O EEESMO “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento nº391/2019). Embora no local onde trabalho cuide de recém-nascidos há vários anos, o exame, monitorização e a prestação de cuidados a 106 RN no pós-parto imediato foi importante na aquisição de competências específicas. Para além dos cuidados que já referi preparei o material para receber o recém-nascido, avaliei o índice de Apgar e implementei medidas de suporte à adaptação à vida extra-uterina quando necessário e respeitando sempre que possível a vontade dos pais.

Durante o estágio recebi um RN após um parto com várias tentativas de ventosa e fórceps. Participei na reanimação respiratória que foi necessária, ventilando após a entubação orotraqueal, prestei os cuidados necessários e participei na transferência para a unidade especializada.

Desta forma o objetivo: **Desenvolver competências para prestar cuidados especializados ao recém-nascido, otimizando a sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticando e prevenindo complicações para a sua saúde;** foi conquistado de acordo com a descrição das ações realizadas durante o estágio e as outras realizadas nos outros contextos e descritas em relatórios próprios, de acordo com o plano de estudos.

3.Contribuição para uma parentalidade saudável

“As mulheres deveriam contar com pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o trabalho de parto e o nascimento, já que este apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna” (FAME, 2009). Durante o estágio deparei-me com uma problemática atual e que requereu uma intervenção assertiva e a meu ver importante para a utente. A inexistência de programas de educação para a parentalidade devido às medidas de contingência pelo vírus SARS CoV-2 leva a um *desimpowerment* que advém da falta de informação e consequente falta de estratégias para enfrentar a dor e os *stressores* presentes durante o TP e parto. Associando este facto à impossibilidade de ter um acompanhante torna a sala de parto um ambiente que pode parecer hostil e impessoal.

A escuta ativa, a linguagem positiva e sugestiva em vez de prescritiva e o suporte contínuo foram importantes na redução de *stressores* e manutenção da linha de defesa normal. Senti durante o estágio que existe uma grande necessidade de informação nos casais, pelo que fui realizando pequenas ações de formação individualizadas acerca das dúvidas pessoais de cada mulher/casal, utilizando por vezes o suporte do telemóvel da utente para transmissão de informação.

Segundo Amaral & Martins (2016, p. 402) as parturientes têm diversas necessidades de suporte durante o trabalho de parto: informativo e de instrução, físico e conforto, emocional e *advocacy* (proteção). O suporte emocional quando a utente não tem acompanhante é na sua totalidade fornecido pelo EEESMO. A atenção às necessidades da Mulher, a sua proteção, a implementação do princípio da não maleficência e o suporte na tomada de decisão tornou-se imprescindível para a implementação de cuidados individualizados, isentos de julgamento e baseados no respeito. Só desta forma a construção de uma relação de ajuda foi possível.

O diálogo informal mas direcionado com os peritos foi uma ferramenta muito frutífera. Existem dois temas que são recorrentes: a falta de confiança e o *desempowerment* da mulher pela ausência de um acompanhante com repercussão direta no TP e a necessidade de se arranjam estratégias institucionais para voltar a recebê-los.

Os peritos com quem dialoguei durante o estágio consideram que as mulheres estão mais passivas, menos informadas e que a fisiologia do TP está por isso dificultada e existe uma minoração da confiança materna. “O apoio proporcionado pelo companheiro, ou outra pessoa eleita pela mulher, complementa o prestado pelas parteiras.” (FAME, 2009, p. 75). Neste sentido, falta um elo da cadeia de confiança que parece ser fundamental para algumas mulheres na otimização do seu estado de espírito durante o TP.

São muitas as estratégias utilizadas pelos peritos na sala de partos onde estagiei, a que é mais utilizada e que parece ser mais útil para a mulher é a permanência continua “um-para-um” (embora os rácios nem sempre o permitam). Este aspeto é fundamentado pela evidência científica. Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, realizaram uma revisão da literatura em 2012, com um total de 15.288 parturientes concluindo que o suporte contínuo em TP é benéfico para a mulher e tem resultados como: maior número de partos vaginais espontâneos, menor taxa de paros distócicos e menor duração do TP.

3.1 Como o EEESMO pode reduzir o stress do pai- Reflexões de estágio

Ao realizar as entrevistas informais com o objetivo de explorar o tema **O pai que vivenciam o parto como evento traumático- Intervenções do enfermeiro obstetra**, deparei-me com algumas situações que me fizeram refletir. No ensino clínico II perguntei aos casais que prestei cuidados se tinha sido um EEESMO a assistir ao trabalho de parto/ parto e algumas respostas deixaram-me perplexa. Um casal não sabia, olharam um para o outro em questionamento e acabaram que responder: “Acho que não, foi uma médica.” Outro casal afirmou prontamente que foi uma médica. Ao consultar os registos verifico que na verdade foi, em ambos os casos, uma EEESMO que os acompanhou. A minha reflexão incidiu para a palpável falta de visibilidade que temos junto da comunidade.

Não posso deixar de lamentar a desvalorização das competências que, por vezes, tem origem na nossa própria classe e que se alastra para os outros profissionais de saúde, utentes e sociedade em geral. Parece-me importante refletir o que cada um de nós pode fazer para mudar isto. A primeira medida que tomo é apresentar-me aos utentes, referindo o meu nome, profissão e estatuto de estudante.

A Ordem dos Enfermeiros publicou, em 2011 e 2019, o perfil de competências do EEESMO “contudo, verificamos que em muitos aspetos o paradigma anterior se tem perpetuado e que, em alguns contextos, se tem até agravado a evidência de comportamentos e atitudes profissionais submissas a poderes e organizações institucionais adversos ao exercício pleno do espaço de atuação profissional destes especialistas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 15). A minha leitura é que os casais têm uma perceção errada do espaço de atuação do EEESMO. Cabe-nos a tarefa de clarificar o âmbito do nosso cuidado.

No ensino clínico V tive a oportunidade de dialogar com um casal acerca do meu projeto. A bebé nasceu prematura, de parto eutócico (33 semanas, 2100gr) e o pai assistiu. O pai refere ter sido um parto “bonito” apesar do *stress* relativamente ao possível internamento da menina longe da mãe. Dizem ter sido informados de todos os procedimentos pela enfermeira parteira, nomeadamente a possibilidade de necessitar de cuidados especializados, o que permitiu um

sentimento de confiança nos cuidados que estavam a ser proporcionados pela mesma.

A abordagem calma da parteira foi fundamental para manter a confiança do casal. “Vários estudos demonstram consistentemente os resultados clínicos da assistência prestada por parteiras: as mulheres atendidas por parteiras apresentam menos complicações no parto e níveis elevados de satisfação relativamente aos cuidados e à forma como estes lhes foram prestados” (Ordem dos enfermeiros, 2015, p. 9) O pai refere sentimentos de ansiedade mas prevalência de sentimentos positivos como a felicidade. Se tiver outro filho gostaria de estar presente.

Em março, depois de um parto por ventosa, um pai verbalizou o seu medo de lhe pedirem para sair. Segundo ele na sala de espera estaria “às cegas”, sem saber o que se estava a passar. Referiu ainda que logo que o RN chorou os seus medos foram mitigados, voltando a sua atenção para o bem-estar da sua companheira.

A doença covid-19 foi declarada pandemia em março de 2020 pela OMS, foram declaradas um conjunto de medidas para conter a expansão da doença. No hospital onde realizei o estágio foi anulada a presença de acompanhante durante o TP. Tendo em conta o meu tema, houve necessidade de reformular algumas estratégias, como dialogar com os pais mais tarde no serviço de Puerpério.

A necessidade de informação por parte dos pais parece ser sobreponível em todos os pais com quem dialoguei, antes e depois de não ser possível acompanhamento na sala de partos. Esta informação é validada pelo estudo de Vallin et al (2018) incluído na revisão *scoping*: “Receiving inadequate information led to having a negative birth experience, as well as feelings of frustration, confusion, anger, fear, helplessness, and feeling overlooked.”

No momento que vivemos os pais referem que a falta de informação lhes provoca *stress*/ ansiedade/ medo por não saberem o que se está a passar. Com o objetivo de melhorar esta aspeto, falo com a senhora sobre o assunto e sobre a possibilidade de manter o contacto com a pessoa significativa durante o TP e após o nascimento, enviando fotos dela e do RN, se assim for o seu desejo.

Um pai com quem falei no pós-parto, já tinha resolvido não acompanhar este TP porque tinha ido uma experiência anterior desfavorável. No parto anterior há 11 anos, escolheu sair por motivos relacionados com o sofrimento materno, “muita confusão” na sala de partos, muitos profissionais presentes, provocando *stress* e ansiedade e gerando uma situação com a qual que não lidar. “As complications arose, and the amount of medical professionals increased, fathers felt uncomfortable, overwhelmed and disoriented (...) they felt the room became chaotic” (Vallin et al 2018, p. 52-53).

O facto de não perceber o que se estava a passar agravou a situação. Foi um parto distócico e não houve possibilidade de explicar ao pai o que estava a acontecer. No estudo de Poh et al (2013) acerca das experiências dos pais durante a gravidez e parto, é referido que durante o parto os pais sentem ansiedade pela incerteza em relação ao estado de saúde e futuro das suas esposas e especialmente dos seus filhos, assim como que a maior parte sente alívio após o nascimento. Remetendo para um padrão comum nas experiências dos pais durante o parto.

Durante este momento de contato tive oportunidade de falar com o casal acerca da normalização das suas escolhas. O pai inicialmente refere que talvez fosse assistir a este parto enquanto a mãe mexe a cabeça a dizer que não, referindo posteriormente que esta nunca foi a sua intenção.

Relativamente ao ambiente, refere com nostalgia que havia música, um cadeirão confortável e que dormitaram ambos enquanto a grávida estava em fase latente do trabalho de parto. Sentiu que tinha um espaço para si e que era bem-vindo. A música é considerada como terapia alternativa desde 1998, “contribuí para reduzir emoções negativas, reduz os níveis de *stress* e contribui para alcançar um elevado nível de relaxamento” (Ferreira, 2016, p. 419).

No local onde estagiei existe um banco em cada sala que é utilizado pelo pai, pelo EESMO ao suturar, pelo médico anestesista para a analgesia loco-regional e por todos os profissionais que necessitem. Saliento o TP de uma grávida com um feto morto de 38 semanas, cujo pai esteve presente durante toda a indução, TP e parto e que durou largas horas.

Para que os pais se sintam incluídos tem de haver um espaço para eles. Este espaço deve ser físico mas também emocional, para que exista o maior bem-estar possível. “The built environment of the delivery room affected the fathers’ childbirth experience. For example, prior to complications arising, fathers felt like they did not belong if there was no furniture for them to sit on” (Vallin et al, 2018, p. 52).

Os EEESMOS do serviço sabem desta lacuna e existem vários projetos em curso relacionados com musicoterapia e com aquisição de material (cadeirões, marquesas de parto, banco de parto, etc).

Um pai pela segunda vez, que assistiu parto do primeiro bebé há 15 meses diz terem-lhe pedido para sair da sala de partos, porque o feto teria que “sair de outra maneira”. Descreve 13 horas de TP em que esteve sempre presente com a principal desejo de assistir a este momento, sentindo-se envolvido no processo e que a sua presença estava a ser benéfica para a sua parceira e a sua relação, dando um suporte importante durante esta fase. Quando pediram para sair sentiu-se insatisfeito, como se ficasse com uma “tarefa” a meio. Diz não ter recebido notícias e quando foi pedir informações, o bebé já tinha nascido “há algum tempo”. No estudo de Etheridge & Slade (2017, p. 8) alguns pais referem: “Sense of regret that they missed out on the anticipated magic moment” o que parece sobrepor-se ao sentimento referido por este pai.

Sentiu-se frustrado e ignorado porque ficou ansioso durante todo aquele tempo. Sentimentos estes são igualmente relatados pelos pais do estudo de Vallin et al (2018, p. 51): “Fathers wanted to be included to a greater extend. Overall, fathers felt ignored and not listened to by medical professionals”. Em termos de sugestões fala na aquisição de mobiliário para os acompanhantes se sentarem e de fornecimento de informações mais cedo. Queria ter assistido ao parto do segundo filho, mas não foi possível, devido ao plano de contingência de SARS-CoV-2 do hospital.

Na primeira semana de estágio, quando os pais ainda podiam permanecer na sala de partos, incluí-os na dinâmica do TP. Tive em conta as descobertas realizadas na revisão *scoping* e forneci informação, questionei acerca das suas

expectativas e nível de envolvimento esperado, tentando ir de encontro aos seus desejos.

Na sala de partos, quando me dirigi a um pai, este teve uma reação que na altura me pareceu engraçada mas que me deixou em reflexão. Estava a um canto do quarto, com uma postura tensa e por vezes lançava um olhar ao telemóvel. Quando falei com ele ficou a olhar para mim durante alguns segundos, em seguida questionou com um ar espantado se estava a falar com ele, ao que respondi que sim. Ao longo do diálogo foi-se aproximando até ficar à cabeceira da companheira, onde permaneceu.

No estudo de Vallin et al (2018, p.48) lê-se “Support from the midwife during childbirth is associated with expectant father’s positive delivery experiences, while receiving little to no support is associated with increased stress and anxiety for the fathers during childbirth, and having him take on a more passive role”.

Outro pai pela segunda vez refere ter-se sentido bem-vindo na sala de partos durante o TP do primeiro filho. O casal foi acompanhado por uma parteira que conseguiu suprimir as necessidades de informação durante o TP e parto, o que na sua visão permitiu-lhe fornecer suporte à sua parceira. Sente que a sua presença foi importante para ele próprio, a companheira e o RN. Não tinha uma visão romanceada do parto, sabia o que esperar. Aconselha todos os pais a acompanharem o TP e parto. O estudo de Etheridge & Salde (2017, p. 11) conclui que existem dois aspetos que podem reduzir o *stress* dos pais durante o parto “being prepared and responses of staff and health system”.

O EEESMO, ao trabalhar em parceria com o casal, pode dar o contributo necessário para que possa existir a harmonia indispensável para o pai participar e sentir-se incluído neste momento. Por outro lado, através da promoção do *empowerment* do casal face à tomada de decisão, do legitimar de informação, do esclarecimento de forma individualizada de dúvidas e da discussão do plano de parto, pode validar a normalização da escolha da ausência do pai.

4. Competências desenvolvidas para obtenção de grau de mestre

Durante o percurso de aprendizagem foi possível progredir enquanto estudante e profissional para aquisição das competências necessárias ao grau de mestre. Com conhecimento dos processos fisiopatológicos, compreensão aprofundada da dinâmica psicológica/ adaptativa e reflexão na e sobre a ação, o mestrando em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, desempenhando cuidados por vezes também prestados por enfermeiros de cuidados gerais pode prestar cuidados diferenciados e especializados aplicando competências científicas, técnicas e humanas.

A parceria entre a mulher/família e o EEESMO permite a continuidade de cuidados, adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades da mulher e fomentam a decisão esclarecida e o *empowerment* do EEESMO através da qualidade da relação terapêutica e dos ganhos em Saúde. Durante os diferentes contextos ajustei esta parceria de acordo com a população alvo e a cultura organizacional.

Ao trabalhar há alguns anos na área da saúde da mulher pude mobilizar conhecimentos e experiências em concomitância com os conhecimentos adquiridos em contexto teórico e através da revisão da literatura efetuada. Desta forma e pelo já descrito durante o relatório considero plenamente atingido o objetivo **“Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; e permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”** (Decreto Lei 74/2016).

As contingências relacionadas com a pandemia por SARS-CoV-2 viram igualmente testar a originalidade com que foi necessário abordar algumas questões e trabalhar para manter a nova “normalidade” apoiando a mulher/família e fazendo cumprir os objetivos delineados. Acredito ter desenvolvido de forma correta este caminho, executando os objetivos: **“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e**

multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” e possuir “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto Lei 74/2016).

Ainda relacionado com estes últimos objetivos está o recurso à evidência científica que esteve presente neste percurso para promover e desenvolver o conhecimento e consequentemente a profissão. O cumprimento destes objetivos leva à melhoria contínua da qualidade e à excelência no Cuidar, elevando a Enfermagem e dirigindo-a para o reconhecimento social.

O objetivo **“ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”** (Decreto Lei 74/2016) foi atingido na produção do cartaz e difusão de informação para o 9º ENCONTRO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO SEIXAL e em todas os diálogos informais realizados com peritos, membros da equipe multidisciplinar, à mulher/ família e os pais. Durante estes diálogos ajustei a comunicação verbal e não-verbal ao objetivo pretendido.

Durante o curso de mestrado encarreguei-me da minha educação, estudo, avaliação e maximização do desempenho de forma cada vez mais autónoma e eficaz pelo que exerci o objetivo de mestrando de possuir **“Competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”** (Decreto Lei 74/2016).

CAPÍTULO V- REFLEXÃO FINAL

No final deste relatório, referente ao percurso acadêmico desenvolvido no âmbito do mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, é possível compreender o quão rico, robusto e prolífero este se tornou. Tendo em conta o processo reflexivo que fui descrevendo ao longo de todo o relatório considero o objetivo: **Desenvolver uma prática reflexiva e análise crítica, baseada na evidência científica e na investigação, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da prestação de cuidados centrados na mulher inserida na família/comunidade;** plenamente atingido.

Ao longo de todos os contextos desenvolvi uma prática baseada na evidência científica, sua aplicação na prática em parceria com a mulher/ família e de acordo com o exemplo dos peritos. A aplicação correta e autónoma da evidência científica acarreta dinâmica de decisão, segurança nos diagnósticos e na relação terapêutica. O desenvolvimento destas competências tem vindo a ser fértil, assim esta experiência veio complementar o que já tinha sido adquirido na minha prática profissional e no contexto de sala de aula.

O enfermeiro especialista desenvolve um conjunto de competências através do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados de saúde gerais (Regulamento nº140/ 2019). Este aprofundamento permitiu que os cuidados na minha área de atuação sejam prestados de forma mais eficiente por meio do julgamento crítico, competências de decisão eficazes e uma prática baseada na evidência que fomentam a mudança positiva, assim como, estratégias que vão de encontro às necessidades dos cidadãos, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

As competências desenvolvidas e aplicadas na prática baseada na evidência passam também pela reprodução da mesma através da investigação. Assim o desenvolvimento do tema do projeto permitiu a produção de conhecimento que consegui disseminar entre os utentes e equipe multidisciplinar.

A exploração da evidência relacionada com o tema **“O pai que vivencia o parto como evento traumático- Intervenções do enfermeiro obstetra”** permitiu-me compreender que o trabalho de parto acompanhado pela parteira e

o suporte fornecido pelo EEESMO é associado a experiências positivas de nascimento. O EEESMO deve estar atento às expectativas e sentimentos dos pais, apoiando-os nas suas decisões e normalizando-as. Se o casal escolher que o pai vai estar presente é fundamental incluir o pai no diálogo, promovendo a inclusão no processo e levando a sentimentos de pertença e inclusão.

A falta de informação e má gestão de expectativas pode levar a aumento dos *stressores* e consequentemente a sentimentos negativos como a incerteza e a negligência. Ter em conta as necessidades dos pais em termos de conforto e inclusão é benéfico para todos os intervenientes. O apoio social, familiar e dos profissionais de saúde pode promover a resolução de uma situação de acumulação de *stressores*, de forma a manter a linha de defesa normal do indivíduo.

Os dados colhidos na revisão *scoping* e durante os diálogos informais desenvolvidos nos estágios apresentam muitos pontos em comum, o que pode sugerir uma linha de raciocínio que pode ser útil na preservação de um parto mais humanizado para todos os intervenientes da tríade.

Na prática clínica, mesmo antes da pandemia, os pais recebiam pouca atenção o que se podia traduz por uma experiência menos positiva, com sentimentos de exclusão e alienação. Neste momento ao serem afastados das salas de parto, a problemática toma outras proporções, pela incerteza e falta de informação disponível, que leva inevitavelmente a *stress* e por vezes ansiedade. Newman (2009) refere que a experiência do parto pode ter um impacto profundo na saúde física, mental e social, a curto e longo prazo. A prevalência do impacto negativo sugere que o cuidado intraparto não é reconhecido como problema de saúde major.

O enfermeiro especialista deve desenvolver o auto-conhecimento e compreender que ele é parte integrante do ambiente terapêutico. Deve então identificar fatores que podem interferir com a relação com o utente e com a equipa multidisciplinar e gerir as suas emoções e atitudes. A sala de partos é um ambiente muito emocional e intenso e como tal riquíssimo em termos de partilha. É importante criar um ambiente seguro para troca de experiências entre os vários intervenientes.

A filosofia de cuidado centrado na Mulher vai ao encontro do conceito de cidadania em saúde que emergiu em 1978 na Declaração de Alma-Ata: “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde”. O utente deve ser um agente de mudança e pode/ deve influenciar das decisões que afetam a população. Para tal, deve existir um aumento da literacia e equidade na saúde, neste ponto o EEESMO pode atuar através da diminuição das desigualdades e do *empowerment* da população que advém do conhecimento e informação acerca dos seus direitos e deveres.

Como fui falando ao longo do relatório existiram alguns obstáculos à realização de algumas ações programadas que poderiam ter disseminado de forma mais eficiente a evidência científica e permitido uma colheita mais alargada de dados para o tema, tais como: ações de formação, reuniões alargadas para *brainstorming*, diálogo informal e direcionado durante o TP. Estas limitações advieram de ausência dos pais na sala de partos e restrição de reuniões.

Na conclusão do trabalho escrito correspondente ao Projeto do Estágio com Relatório escrevi: “O modelo holístico vai emergindo em todas as salas de partos e está a depor o velho modelo biomédico em desuso”. Sinto que auxiliei nesta transição ao encontrar formas inovadoras de participar nesta mudança, estando atenta a problemáticas pouco abordadas e contribuindo para que o ambiente terapêutico seja seguro para todos os intervenientes de cuidados.

A elaboração deste trabalho contribuiu para a reflexão e tomada de consciência do percurso de aprendizagem e competências desenvolvidas pelo que foram cumpridos os objetivos inicialmente delineados para o relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A., Martins, C., coordenação de Néné, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). *Safe prevention of primary cesarean delivery*. Acedido a 27/8/2020. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2014/03/safe-prevention-of-the-primary-cesarean-delivery>.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bagagem, M. (2010). *A família e a saúde mental*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bradley, R., & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(1), 19–42. Acedido em: 14/05/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513047>.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. URSS.
- Cordeiro, J. (2016) *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- David, M., Aslan, G., Siedentopf, J.-P., & Kentenich, H. (2009). Ethnic Turkish fathers in birth support roles in a Berlin labour and delivery room--motives, preparation and incidence in a 10-year comparison. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 30(1), 5–10. Acedido em 24/05/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01674820902829781>.
- Decreto-Lei nº 74/ 2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da Republica. *Diário da Republica*, I série-

A. (Nº 60 de 24/03/2006), 2242- 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.

Direção Geral de Saúde. (2015). *Trabalho de Parto estacionário*. Orientação nº 001/2015 (19/1/2015).

Direção Geral de Saúde. (2020). *Covid-19 gravidez e parto*. Orientação nº 018/2020 atualizada a 05/05/2020.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020). *Unidade Curricular Estágio com Relatório- Documento Orientador*.

Etheridge, J., & Slade, P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17, 1–15. Acedido em: 14/05/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1259-y>.

Fleury, M. Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Vol. 5.

Freshwater, D. Taylor, B. Scherwood, G. (2008) *Reflective Practice in Nursing*. Sigma Teta Tau. Blackwell PUBLISHING.

Godinho, N. (2018). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 24(3), 129–136. Acedido em: 25/05/2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.003> Hui Li Poh, Serena Siew Lin Koh.

Hodnett, E.D., Gates S., Hofmeyer g. J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth. (2012). Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*.

Cochrane Database Syst Rev.; 10: CD003766.
doi:10.1002/14651858.CD003766.pub4.

Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., & Holmes, E. A. (2020). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 371–377. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00973-5>.

International Confederation of Midwives. (2018). *Essential competencies for midwifery practice*. Acedido em 21/10/2020 Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf.

Jomeen, J. (2017). Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance? *Journal of Reproductive And Infant Psychology*, 35(4), 321–323. Acedido em: 24/05/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1361124>.

Lei nº 15/ 2014 (2014) Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da Republica. *Diário da Republica*. Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. I Serie (nº 57 de 21/03/2014) ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/p/cons/20170420/pt/html>.

Lopes, M. O. , coordenação de Néné, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Lowdermilk, D., Perry, S. (2006). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta- Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

Ministério da Saúde. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: manual de orientação para profissionais*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Moraes, R. (2010). O significado de aprender: linguagem e pesquisa na reconstrução de conhecimentos. *Conjectura*. vol. 15, nº 1. Pp. 135-150.
- Mota, E, Carvalho, J. Correia, S. Experiência do pai durante o trabalho de parto e parto: Contributos de preparação para o nascimento. *Revista da Associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, nº16/2015 (dezembro) p.27-31.
- Moutinho, Vera (2020). *Qual o impacto da covid-19 na saúde mental de grávidas, mães recentes e bebés?* Acedido em: 18/08/2020. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/07/14/impar/noticia/impacto-covid19-saude-mental-gravidas-maes-recentes-bebes-1924197>.
- Neuman, B. Fawcett, J. (2011) *The neuman systems model*. Estados Unidos da América: Pearson Education, Inc.
- Newman, L. A. (2009). The healthcare system as social determinant of health: qualitative insights from South Australian maternity consumers. *Australian Health Review*. 33(i):62.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015) *Livro de bolso: enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia/ parteiras*. Acedido em: 22/5/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf.
- Parreira, V., Coutinho, E., Néné, M. coordenação de Néné, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Poh, H., Koh, S., Seow, H., He, H. (2014). First time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 779–787. Acedido em 14/05/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002>.
- REGULAMENTO nº 140/ 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. “*Diário da Republica II Série*” (2019-02-06).

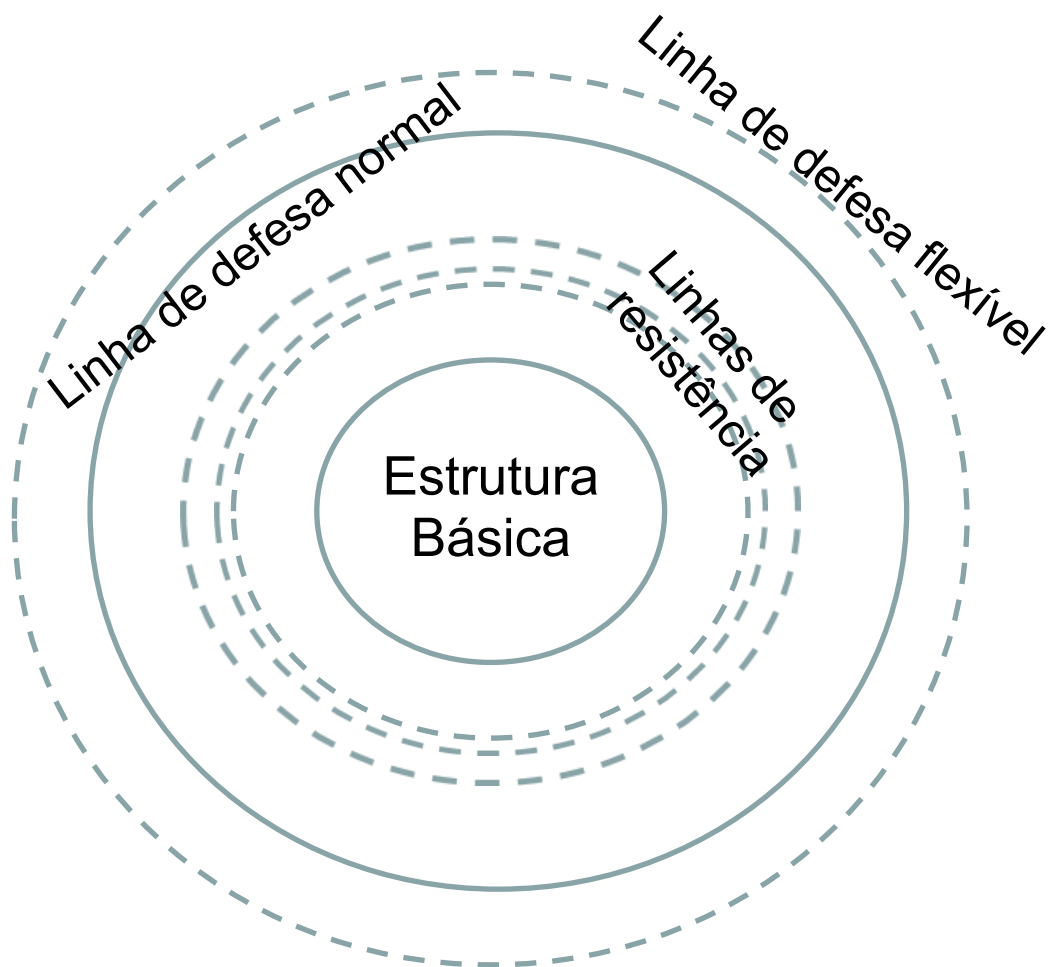
- REGULAMENTO nº 391/2019. Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. “*Diário da Republica II Série*” (2019- 05-03).
- Rodrigues, C. (2014) O papel do pai na gravidez, parto e pós-parto: percepções paternas. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 14, 47-51.
- Royal College of Obstetricians & Gynecologists (2020). *Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy*. Acedido em: 20/08/2020, Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy>.
- Santana, A., Figueiredo, M., coordenação de Néné, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Sardo, D. S., coordenação FAME (2009) Federación de asociaciones de matronas de España. *Iniciativa parto normal. Documento de Consenso*. Loures: Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2015*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Tomey, A. M. Alligod, M. R. (2004) *Teóricas de enfermagem e sua obra*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vallin, E., Nestander, H., & Wells, M. B. (2019). A literature review and metaethnography of fathers’ psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*, 68, 48–55. Acedido em: 14/05/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.007>.
- Vischer, L. C., Heun, X., Steetskamp, J., Hasenburg, A., & Skala, C. (2020). Birth experience from the perspective of the fathers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05714-z>.
- World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Acedido em: 27/08/2020. Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. Acedido em 18/05/2019. Disponível em https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.

Anexos

Anexo I- Modelo de Sistemas de Betty Newman



Sistema Cliente

**Anexo II- “Fathers questionnaire” (Visser, Heun, Steetskamp, Hasenburg &
Scala, 2020**

Fathers' Questionnaire

1. Was this the first time you attended child birth? y/n
2. What was your Motivation?
 - a. Own wish
 - b. Partners wish
 - c. Other reasons
3. Did you know what to expect during child birth? y/n
4. Did your expectation come true? Y/n
5. Did you feel involved? y/n
6. Did you have the impression that your presence was beneficial?
 - a. No, for nobody
 - b. Yes for my partner
 - c. Yes for me personally
 - d. Yes for my child
 - e. Yes for our relationship
7. Did you have the impression, that your partner needs you? y/n
8. Did you have the impression, that you were able to support your partner? y/n
9. Did you feel helpless?
10. Were you overwhelmed
11. Did you feel fear?
12. Did you feel happiness having attended child birth? y/n
13. Did you feel traumatized? y/n
14. Would you attend another child birth?
15. What would have been nice to have during labor?
16. Do you have any advice for a becoming father?

Anexo III- Síntese de Registo de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

- | | |
|---|------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion | <u>1</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| ▪ Exames Pre-Natais/Prenatal Examinations (100) | <u>100</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor | |
| ▪ Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | <u>45</u> |
| ▪ Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | <u>---</u> |
| ▪ Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | <u>---</u> |
| ▪ Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | <u>6</u> |
| ▪ Episiotomia/Episiotomy | <u>5</u> |
| ▪ Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy | <u>35</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| ▪ Gravidez/Pregnancy (40) | <u>45</u> |
| ▪ Trabalho de parto/Labor | <u>16</u> |
| ▪ Puerpério/Puerperium | <u>15</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | <u>100</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy newborn (100) | <u>102</u> |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the newborn in need of special care | <u>4</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology | <u>19</u> |

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

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 1
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 16

10. Prática Simulada/*Simulated Practice*

- Prática Simulada em partos eutócicos/*Simulated Practice eutocic delivery* 2
- Prática Simulada em partos de apresentação pélvica/*Simulated Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática Simulada de episiotomia e iniciação à sutura/*Simulated Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 6
- Prática Simulada na colocação de DIU/IUD *insertion Simulated Practice* 1
- Prática Simulada na colocação de implantes/*Implants insertion Simulated Practice* 1
- Prática Simulada de observação ginecológica e 2
colpocitologia/*Gynecological observation Simulated Practice and colpocytology*

Lisboa, 13 / 12 / 2020

Estudante/*Student*

Ana Carolina Almeida S. Dias Lobo

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Prof. Anabela Ferreira dos Santos

Apêndices

Apêndice I- Grelhas de extração de resultados da revisão *Scoping*

“Nothing actually happened to me: the experiences of fathers who found childbirth traumatic”

Autores: Jody Etherdge; Pauline Slade.

Ano de publicação: 2017.

Origem/ País de origem (onde foi conduzido e publicado): Reino Unido.

Objetivos: Explorar as experiências dos homens que consideram o parto traumático.

Participantes:

População: Pais que consideraram o parto traumático: maiores de 16 anos, residentes no Reino Unido, que estiveram presentes durante o parto e descrevem uma resposta ao trauma do parto do tipo medo intenso, horror ou desamparo.

Tamanho da amostra: 11 pais pela primeira vez na altura em que assistiram ao parto que consideraram traumático.

Metodologia/ Método: Qualitativo.

Tipo de intervenção: Questionário *online* para recrutar os participantes e posteriormente uma entrevista telefónica semi-estruturada. Os participantes completaram também uma escala de avaliação de sintomas de trauma, a *Impact of Event Scale*. Os dados foram analisados com *Template Analysis*.

Duração da intervenção: As entrevistas tiveram lugar entre Janeiro e Maio de 2014.

Resultados e detalhes dos mesmos:

Tema:	Resultados:
Experiência de parto	• Os pais consideraram que na sala de partos houve uma mudança constante e rápida em termos de ambiente, eventos, emoções e multiplicação/ acumulação de <i>stressores</i>. • Uma “montanha russa”. Nem todos os eventos parecem, por si só, traumáticos mas a multiplicação de <i>stressores</i> levaram ao “<i>distress</i>” (aspetos situacionais e emocionais contribuíram para isto).

	• Contenção de sentimentos negativos durante o parto com o objetivo de não <i>stressar</i> a companheira; medo que a companheira ou o bebê morressem; “the pain of the women and her suffering had direct effect on man as his distress mirrored hers”- “espelho” do sofrimento; “trying to keep it together and be strong for” (esconder sentimentos); sentimento de incapacidade de fazer algo útil em concomitância com a incerteza relacionada com a falta de informação e compreensão do que está a acontecer (desamparo); não estar no controlo (depositar a confiança nos profissionais). • Isolamento e abandono: aumenta a ansiedade; a incerteza aumenta o medo. • Falta de experiências partilhadas positivas: “they missed out on the anticipated “magic moment””; divisão do tempo entre mãe e bebé. • Insatisfação com o cuidado e com a comunicação com o staff: “feeling dismissed”; “perceived lack of care”; “lack of sensitivity in the way staff spoke”; linguagem não verbal/ corporal; “positive descriptions of how staff communicated with them through the birth, which gave them reassurance” • Distorção de perceção: “everything taking a long time”, “it felt like forever”- normalmente associado a períodos em que os pais esperavam informação e estavam separados das companheiras; “removed slightly from reality”, “surreal”.
Impacto no pai	• Disconnection (desconexão), “autopilot”. • Preocupação (continua durante semanas, meses e até anos), “going over and over” what had occurred, “flashbacks to the birth or relive it in dreams”. • Implicações no emprego: menos produtividade, dificuldade na concentração, alguns procuram refúgio no trabalho outros apresentam relutância em falar da experiência com os colegas. • Menos controlo emocional. • “Nothing’s actually happened to me”, os pais sentem que não tem o direito de se sentirem afectados (conceito de masculinidade), “These beliefs dictated the coping strategies that the men employed to deal with the effects of birth”. • Putting it “in a box”, ou seja, evitam falar ou pensar no nascimento.

Relacionamento	• Entre o casal: Impacto positivo- a relação ganhou outra dimensão “she was also the mother of my child”. Impacto negativo- as estratégias de <i>coping</i> criaram barreira na relação (esconder sentimentos); os pais sentem-se sem suporte; recusa em passar por outra gravidez “talking of another child means it’s all coming back”. • Com o bebé: maioria positiva
O que podia ter ajudado e quando?	• Estar preparado: saber que podem existir dificuldades ajuda a reduzir o <i>stress</i>; existência de um profissional que explique que o parto não é livre de riscos. • Melhor comunicação entre o <i>staff</i> e os pais. Embora estes reconheçam a dificuldade em comunicar durante o trabalho de parto e parto, falam na possibilidade de serem informados posteriormente, como forma de processar o sucedido (perceber o contexto).

Principais descobertas que se relacionam com a pergunta da revisão *scoping*:

Os pais que percecionam o parto como traumático referem uma montanha russa de emoções. Sendo que os principais sentimentos são de:

- medo da morte do seu bebé ou companheira;
- abandono;
- isolamento;
- exclusão;
- que o *staff* não os informou nem os tratou com sensibilidade;
- que perderam a experiência positiva com o bebé que tinham antecipado.
- “mirrored their partner’s distress but tried to present a controlled exterior whilst feeling they were helplessly watching a catastrophe unfold”;
- “tertiary”, “overlooked” e “an afterthought”;
- apesar de sentirem que devem ser apoiados a maioria não gosta de mostrar emoções.

Alguns participantes, embora sem diagnóstico, encaixam nos critérios de distúrbio de *stress* pós-traumático.

Os profissionais de saúde da maternidade dão pouca atenção aos pais a não ser como suporte das mães. Os homens também se vão tornar pais e estão

expostos a tudo o que se está a passar durante trabalho de parto e parto pelo que parece razoável inclui-los como recetores de cuidados individualmente.

As aulas de preparação para o nascimento podem ser um momento importante para a discussão das possíveis respostas à experiência do nascimento com o objetivo de normaliza-las para os homens e desta forma permitir que estes peçam ajuda, se necessário. Reconhecer as necessidades dos pais durante a visita pós-natal pode ajudar ao reconhecimento que os pais também têm que adotar estratégias de *coping* após o parto.

Concluindo os profissionais que acompanham o casal devem providenciar: “opportunities antenatally to discuss with families the pros and cons of fathers’ presence at the birth, thereby legitimising the option of not being present”.

“A literature review and meta-ethnography of fathers’ psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirth”

Autores: Emmeli Vallin, Hanna Nestander, Michael B. Wells.

Ano de publicação: 2018.

Origem/ País de origem (onde foi conduzido e publicado): Suíça.

Objetivos: Descrever as experiências/ percepções dos pais acerca das complicações durante o parto.

Termos de pesquisa: Relacionados com pais e complicações do parto.

Metodologia/ Método: Revisão Sistemática da Literatura. Todos os artigos exceto 1 são de estudos qualitativos.

Resultados e detalhes dos mesmos:

Tema:	Resultados:
Comunicação profissional de saúde-pai	• Não se sentem apoiados: pessoal ausente, arrogante, hostil. • Não são informados: a quantidade de informação desadequada leva a uma experiência negativa do parto com sentimentos de frustração, confusão, desamparo e de que estão a ser ignorados. Quando há falta de comunicação os pais tentam ler a linguagem não-verbal. • Receberem informação prática e perceptível ajudou-os a lidar com as complicações do parto.
Viagem emocional dos pais	• Experiência surreal, desconexão da realidade- a percepção do parto como rotineiro não os preparou para lidar com as complicações. • Sentimentos turbulentos: Roda-viva de emoções.

	• Esconder sentimentos para demonstrar calma à sua companheira com o objetivo de diminuir ou não aumentar o seu <i>stress</i>.
Ambiente físico	• Ambiente “overcrowded”, caótico e aterrador. • Os pais sentem que não pertencem na sala de partos (não existe sítio para se sentarem). • Estar separado da sua companheira e bebé pode acontecer durante as complicações do parto e levam a ansiedade, receio e preocupação com a saúde das suas companheiras. O facto de não lhes ser fornecida informação leva-os a sentirem-se insultados, excluídos, abandonados, solitários e frustrados com a separação.

Principais descobertas que se relacionam com a pergunta da revisão *scoping*:

O suporte fornecido pela parteira durante o nascimento é associado a experiências positivas de parto e o facto de receberem pouco ou nenhum suporte é associado a *stress*, ansiedade e passividade. Os pais nem sempre pedem apoio pelo que os profissionais de saúde devem adotar uma atitude proactiva.

Quando os pais sentem o parto como uma experiência negativa ou traumática existe o risco de desenvolverem problemas de saúde mental que podem prejudicar a sua companheira e recém-nascido.

A falta de informação cria uma sensação de exclusão, incerteza e negligência. O acesso a informação ajuda-os a lidar com as complicações do parto. Na ausência de informação os pais tentam obtê-la através da comunicação não-verbal dos profissionais. Os pais compreendem que nem sempre é possível aos profissionais de saúde fornecer a informação pois estão a cuidar da mãe e do bebé.

Os pais sentem que devem esconder os seus sentimentos para bem da sua companheira. E que o ambiente físico não é acolhedor para o acompanhante da grávida, fazendo-os sentirem-se excluídos.

**“First-time fathers’ experiences and needs during pregnancy and childbirth:
A descriptive qualitative study”**

Autores: Hui Li Poh, Serena Siew Lin Koh, Hui Cheng Lydia Seow, Hong-Gu He.

Ano de publicação: 2014.

Origem/ País de origem: Singapura.

Objetivos: Explorar as experiências e necessidades dos pais pela primeira vez, durante a gravidez e o parto.

Participantes:

População estudada: pais pela primeira vez.

Tamanho da amostra: 16.

Metodologia/ Método: Estudo qualitativo- descritivo.

Tipo de intervenção: Entrevistas semi- estruturadas presenciais. Foi usada a análise temática das entrevistas para extrair os temas.

Duração da intervenção: Novembro e Dezembro 2012.

Resultados e detalhes dos mesmos:

Tema:	Sub-tema:
Mudanças emocionais experienciadas	• “Happy, excited and amazed”. • “Fascination with wonder of life”. • “Shocked”. • “Anxious, worried and fearful”. • “Relaxed and relieved”.
Comportamentos de adaptação e suporte adotados	• “Adopted several coping behaviours” para adaptação às mudanças e para suporte das companheiras (tais como crenças e superstições). • “Modifying daily routine”. • “Understanding and supporting wife more”. • “Exercising self-control”- estratégias de <i>coping</i>: procura de informação e conversa com as companheiras

	acerca da gravidez e parto, preparação mental e compra das coisas necessárias; outros renunciaram do controlo nesta situação desconhecida com o objetivo de não fazer “mal” acidentalmente.
Suporte social recebido	• Suporte tangível e intangível: todos receberam. • Suporte no local de trabalho: todos receberam. • Suporte dos profissionais de saúde: maioria satisfeitos com o suporte recebido (adequado e empático).
Sugestões de melhoria	• Revisão das aulas pré-parto: alguns não sabem da sua existência ou acham que podem obter a informação noutra local. Os que frequentaram acharam as aulas muito teóricas. • Providenciar mais informação acerca de: tipo de exercícios que a companheira pode fazer, complicações e mudanças que as companheiras podem sofrer e como podem lidar e processar com as mesmas durante o parto. • Providenciar mais suporte profissional: quando não foram tratados com profissionalismo sentiram-se desconfortáveis; oportunidade de melhoria nos profissionais “task-oriented”. • Assuntos de logística/ administrativos: Burocracia, baixos recursos, instalações desadequadas.

Principais descobertas que se relacionam com a pergunta da revisão *scoping*:

Um suporte forte das famílias, amigos, local de trabalho e profissionais de saúde foi um grande “booster” para os pais e é sempre bem-vindo. Os profissionais de saúde podem providenciar mais informação acerca das mudanças conjugais e sexuais, concelhos de como gerir as emoções, aspetos práticos de “ser pai” e cuidados pós-natais para, desta forma, preparar melhor os pais para a gravidez e o parto.

“A review of mental health problems in fathers following the birth of a child”

Autores: Rachel Bradley, Pauline Slade.

Ano de publicação: 2011.

Origem/ País de origem: Reino Unido.

Objetivos: Explorar o alcance, prevalência e indicadores de problemas de saúde mental experienciados pelos pais no primeiro ano depois do nascimento do bebê.

Participantes: Pais há menos de um ano.

Metodologia/ Método: Revisão Sistemática da Literatura nas bases de dados PsychInfo e Medline com artigos escritos em inglês e publicados em qualquer ano até 2009.

Perturbação Mental	Resultados
Depressão	• Maior risco nos primeiros 6 meses pós-nascimento. • Fatores de risco: experiências anteriores (de desenvolvimento da personalidade, exemplo: pais controladores), personalidade (introvertido, ansioso, imaturos, sintomas depressivos pré-existentes), eventos de vida <i>stressantes</i>, a companhia apresentar sintomas de depressão ou outro problema de saúde mental, dificuldades na relação entre o casal e menor suporte social. • Maior <i>stress</i> durante o parto, menor satisfação durante o trabalho de parto, menos confiança nos próprios

	mecanismos de <i>coping</i> e medo pela sua companheira durante o trabalho de parto e parto, são associados a níveis maiores e mais graves de depressão. • Sintomas de <i>stress</i> pós-traumático (intrusão, fuga, dificuldade em descansar) têm associação com sintomas depressivos.
Ansiedade	• Relacionada com sentimentos de perda de controlo e falta de preparação para o trabalho de parto e parto e gravidez não planeada. • Maior prevalência em homens que já apresentavam problemas psicológicos.
Distúrbio obsessivo-compulsivo	Estudos referem início dos sintomas depois do bebé nascer com imagens mentais de abanar o bebé até à morte, perder o controlo, esfaquear uma das crianças ou fazer mal aos filhos durante acidentes domésticos.
Distúrbio de <i>stress</i> pós-traumático	• Indicadores: <i>stress</i> e complicações durante o trabalho de parto e parto, homens com ansiedade anterior e/ou com menos filhos, gravidez não planeada, presença durante o parto, sentimentos de insuficiência dos mecanismos de <i>coping</i> e de preparação. • Sintomas: intrusão, fuga, dificuldade em descansar.

	Apresentam sintomas dispersos mas não diagnóstico desta doença.
Doença Bipolar	Não há dados claros acerca da relação entre a doença e o facto dos homens se tornarem pais.
Psicose	Risco relacionado com: relações problemáticas com os pais e companheira, perda de progenitores, problemas mentais dos pais, serviço nas forças armadas e estatuto socio-económico alto.

Principais descobertas que se relacionam com a pergunta da revisão *scoping*:

Maior *stress* durante o parto, menor satisfação durante o trabalho de parto, menos confiança nos próprios mecanismos de *coping* e medo pela sua companheira durante o trabalho de parto e parto são associados a níveis maiores e mais graves de depressão e distúrbio de stress pós-traumático.

Experienciar sintomas de depressão pós-parto pode influenciar as interações e a dinâmica entre os pais e os seus filhos e consequentemente poderá afetar o comportamento dos filhos futuramente. Poderá haver impacto no suporte que dão às suas companheiras pois estarão menos envolvidos com os filhos e a própria.

“Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode”

Autores: Claire Hughes, Sarah Foley, Rory t. Devine, Andrew Ribner, Lara Kyriakou, Lucy Boddington, Emily A. Holmes.

Ano de publicação: 2019.

Origem/ País de origem (onde foi conduzido e publicado): Reino Unido e Estados Unidos da América.

Objetivos: Avaliar os sintomas de ansiedade e depressão nas mães/pais pela primeira vez, no 3º trimestre e 4 meses depois do parto e relacionar o tipo de parto com esta avaliação.

Investigar a inter e intra- associação entre as experiências de parto e os fatores latentes maternos/ paternos de antenatal e pós-natal depressão/ ansiedade.

Participantes:

População: Casais que vão ser pais pela primeira vez.

Tamanho da amostra: 638 pais pela primeira vez.

Metodologia/ Método: Quantitativo.

Tipo de intervenção: Questionário em *site online*, clínicas de ecografia, aulas de preparação para a parentalidade e visitas ao hospital para recrutar os participantes e posteriormente (4 meses após o parto) foi realizada uma visita domiciliária. Os participantes completaram o questionário Bitrth MARQ, 12-item General Health Questionnaire, 20-item Centre for Epidemiological studies Depression Scale e o 6-item State-Scale of the State-Trait Anxiety Inventory.

Duração da intervenção: 2014/ 2015.

Resultados e detalhes dos mesmos:

Tema:	Resultados:
Experiência de parto	• Os pais cujos filhos nasceram por cesariana reportam de forma mais comum experiências negativas. • A associação entre modo de parto e o bem-estar pós-parto sublinha a importância de tomar medidas para reduzir o trauma associado ao nascimento por cesariana. • Os pais devem ser auxiliados a compreender as diversas experiências de parto para que não tenham expectativas/objetivos surreais relativamente ao nascimento. • É fundamental a inclusão de ambos os pais nesta conversa, que pode potencialmente permitir aos pais a promoção de uma presença que considerem prestável durante o parto.
Bem- estar dos pais	• A angústia pré-parto está significativamente associada a relatos de experiências de parto negativas para as mães e pais. • O bem-estar pré-natal e os resultados do questionário BirthMARQ (avalia as emoções relacionadas com a lembrança do parto) são similares em termos de magnitude ao contraste entre o parto vaginal e a cesariana. • As experiências negativas de parto estão associadas a parto por cesariana e à redução de bem-estar materno depois do parto. • Existem muitas semelhanças nos elos de bem-estar na mãe e do pai relacionadas entre as experiências de parto, pelo que se sublinha a importância de intervenções e estratégias inclusivas ao pai.

	• Deve ser apurado o bem estar da mãe mas também do pai, e se possível implementar intervenções que alberguem o bem-estar antes da transição para a parentalidade.
--	--

Principais descobertas que se relacionam com a pergunta da revisão *scoping*:

O modo de nascimento pode alterar o bem-estar materno e paterno depois do parto, assim como o bem-estar pré-parto poderá alterar as emoções relacionadas com as lembranças do parto.

Ambos os membros do casal apresentam resultados semelhantes em termos de bem-estar relacionados com o parto, pelo que se torna importante a inclusão do pai nas intervenções e estratégias que possam reduzir o trauma relacionado com o nascimento do primeiro filho.

“Birth experience from the perspective of the fathers”

Autores: Lena C. Vischer, Xenia Heun, Joscha Steetskamp, Annette Hasenburg, Cristine Skala.

Ano de publicação: 2020.

Origem/ País de origem (onde foi conduzido e publicado): Alemanha.

Objetivos: Avaliar a condição dos pais quando assistem ao trabalho de parto.

Participantes:

População: Pais que assistem ao trabalho de parto das suas companheiras.

Tamanho da amostra: 318 pais.

Metodologia/ Método: Quantitativo.

Tipo de intervenção: Questionário Fathers Questionnaire no primeiro dia após o parto e a Impact of Event Scale seis meses depois.

Duração da intervenção: 2016.

Resultados e detalhes dos mesmos:

Tema:	Resultados:
Motivação	• 287 pais responderam ser o seu desejo. • 196 pais disseram que a sua presença foi um desejo da sua companheira. • 63 de 318 não sabiam o que esperar e 75 que tinham noção do que esperar as suas expectativas não se realizaram.
Presença	• 268 sentiram-se envolvidos no processo e 50 não. • Foi-lhes perguntado se a sua presença durante o trabalho de parto foi boa: 272 responderam que foi boa para a sua companheira, 254 acharam que foi boa para eles próprios, 187 ficaram com a ideia que seria bom para o bebé, 234 esperam que seja benéfico para a relação. 4 pais responderam que a sua presença não foi benéfica, 15 acham que a sua companheira não precisou deles durante

	o trabalho de parto. 281 acham que fizeram bom papel de suporte, 37 acham que não.
Sentimentos	Sentiram-se: • 73 indefesos, 245 não tiveram este sentimento. • 47 sobrecarregados, 271 não. • 116 medo, 202 não. • 299 felizes de estarem presentes aquando do nascimento, 19 não. • 27 traumatizados pelo trabalho de parto, 291 não. • 306 decidiram participar no nascimento do próximo filho, 12 preferiam não o fazer.
Sala de Parto	• Dificuldade em ver a companheira sofrer. • Mais tempo com a companheira depois do parto. • Maior cuidado interpessoal da parte do <i>staff</i>. • Cadeirão mais confortável e fornecimento de comida e bebida.
Impact of Event Scale	• Nenhum teve valores que detetem <i>stress</i> pós-traumático. • 162 homens sem sentimentos de intrusão, 51 revelam uma forma moderada e 5 de forma grave. • A grande maioria não mostram sinais de evitamento, assim como de "<i>overexcitation</i>". • Trabalhos de parto mais curtos tendem a ser mais <i>stressantes</i> para os companheiros mas a duração do trabalho de parto não parece ter ligação direta ao <i>stress</i> pós-traumático. Estes pais revelam resultados no questionário mais próximos desta doença mas sem todos os sintomas presentes. • Os resultados de <i>stress</i> pós-traumático não parecem estar relacionados com o parto normal, cesariana de urgência/ electiva e aplicação de ventosa.

Principais descobertas que se relacionam com a pergunta da revisão *scoping*:

Nenhum pai mostrou todos os sinais de *stress* pós-traumático. Felicidade foi o principal sentimento detetado mas alguns sentimentos negativos, como estar indefeso e medo também foram encontrados. Estes sentimentos não levam necessariamente a *stress* pós-traumático.

A maioria escolhe voltar a fazer parte do próximo nascimento. A maioria aconselha os futuros pais a estarem presentes porque para eles dificilmente existirá uma experiencia mais formativa.

Este estudo mostra que a dor da mãe é um assunto crucial para os pais. Parece ser-lhes difícil lidar com a situação de ver a sua companheira sofrer e não poder dar-lhe suporte suficiente.

Muitas vezes é desejado maior suporte por parte da equipa de profissionais de saúde. Mais oportunidades de fazer perguntas e ter informação disponibilizada. Seria bom que as parteiras estivessem mais alerta para as necessidades dos pais. Os pais gostariam de dar suporte ativo e quanto mais estão integrados no processo mais sentem que estão a apoiar adequadamente. Como não estão familiarizados com o processo de nascimento precisam do apoio dos profissionais para os guiar. Para além de mais conforto na sala de parto, desejam bons cuidados e maior tempo presencial dos profissionais.

Quando o trabalho de parto é mais curto tende a ser mais *stressante* para o companheiro e estes apresentam resultados de *stress* pós-traumáticos maiores. A cesariana, demora menos tempo e parece ser mais *stressante*.

**Apêndice II- Poster apresentado no 9º ENCONTRO DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE DO SEIXAL**

O CUIDADO DO ENFERMEIRO OBSTETRA AO PAI QUE VIVENCIA O PARTO COMO EVENTO TRAUMÁTICO

Ana Carina Picão Lobo e Irene Soares (orientadora)

O direito a um acompanhante durante o trabalho de parto e parto está legislado desde 1985, e com crescente aderência foi se tornando normativa a presença do pai na sala de parto.

Na prática clínica, os pais continuam a receber pouca atenção o que se pode traduzir numa experiência menos positiva, com sentimentos de exclusão e alienação. Alguns estudos referem a presença de stress e perturbação emocional relacionada com a experiência na sala de parto.

Objetivo Geral: Refletir sobre quais os cuidados do enfermeiro obstetra que contribuem para a redução do stress no pai que vivencia o parto como evento traumático.

Objetivos Específicos:

Mapear a evidência científica e examiná-la;

Descrever os cuidados do enfermeiro obstetra que contribuem para reduzir o stress do pai que vivencia o parto como evento traumático.

Foi realizada uma revisão scoping da literatura nas bases de dados dados CINAHL plus with full text e MEDLINE com o título: Quais os cuidados do enfermeiro obstetra que contribuem para a redução do stress no pai que vivencia o parto como evento traumático?

A percepção de um evento traumático é individual e única. Alguns pais não têm experiência nem conhecimento acerca do que é expectável durante o trabalho de parto e parto, pelo que podem vivenciar stress. O suporte, a presença e a informação acerca dos progressos do trabalho de parto são os aspetos mais importantes para uma experiência positiva.

O enfermeiro obstetra deverá atuar junto aos casais durante a gravidez, permitindo-lhes expressar a sua vontade, emoções, expectativas e medos relativamente ao parto.

O cuidado e presença do enfermeiro obstetra/parteira foi associado a um maior sentimento de segurança e confiança, quando fornecida informação pertinente e que permita aos pais sentirem-se incluídos e compreenderem o que está a acontecer durante o trabalho de parto e parto.

Durante o trabalho de parto o enfermeiro obstetra deve estar alerta para integrar o pai no processo, tratando-o como parte integrante do mesmo e não como um visitante. Sob outra perspetiva é importante o acompanhamento das emoções e reações do pai ao trabalho de parto e parto normal mas também quando há alguma alteração, patológica ou não. O enfermeiro obstetra, parte integrante do ambiente de cuidados, deverá ter a capacidade de identificar os stressores presentes para o casal, se as estratégias de coping são adequadas e se existem desvios patológicos à normalidade.



Referências Bibliográficas

- Bradley, R., & Stole, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(1), 19-42. Acesso em: 14/09/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638237.2010.500007>
- Chewagda, J., & Stole, P. (2015). "Nothing's actually happened to me": the experience of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 1-19. Acesso em: 14/09/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12919-015-0060-0>
- Hui Li Poh, Seena Tan, Lin Koh, Hui Cheng Lydia Seow, & Hong-Gu Ho. (2014). First-time fathers' experience and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(5), 775-787. Acesso em: 14/09/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.007>
- Valer, E., Molander, H., & Wieth, M. S. (2019). A literature review and meta-analysis of fathers' psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*, 33, 48-55. Acesso em: 14/09/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.10.007>

Contato: 694499647; e-mail: carina.picao@unilob.com; Local: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa- Trabalho realizado no âmbito da Pós-graduação de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018).