

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

Relatório de Estágio

**O cuidar especializado no parto por cesariana e a
promoção do exercício do direito de acompanhamento**

Maria Joana Pereira Gonçalves Correia de Lacerda

**Lisboa
2019**



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**O cuidar especializado no parto por cesariana e a
promoção do exercício do direito de acompanhamento**

Maria Joana Pereira Gonçalves Correia de Lacerda

Orientadora: Prof.^a Alexandra Tereso

Lisboa

2019

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública



“Para mudar o mundo há que mudar a forma de nascer”

Michel Odent

AGRADECIMENTOS

A Deus que me guia sempre fazendo das minhas mãos as Suas.

Ao meu Rui por tudo... aos meus filhos pela paciência, tolerância e desassossego inspirador.

Aos meus pais pelo infindável auxílio e amor.

À prof.^a. Alexandra Tereso por toda a dedicação e orientação.

A todos os enfermeiros que me acolheram, ensinaram, encorajaram e me fizeram crescer.

Às amigas e companheiras de percurso Rita Silveira e Susana Canela que me ajudaram a superar as adversidades.

A todos os casais que aceitaram partilhar o precioso momento do nascimento comigo.

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

APB - Associação Portuguesa de Bioética

APDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BP – Bloco de Partos

CMESMO - Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DGS - Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EC - Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM - International Confederation of Midwives

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI - Joanna Briggs Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RN - Recém-Nascido

TP - Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde, em 2018 divulgou novas recomendações a respeito dos cuidados intraparto promotores de experiências positivas, que englobam a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto. Segundo as mesmas, o acompanhamento deve ser promovido, encorajado e o acompanhante deverá ser incluído na prestação de cuidados que visem a criação de experiências positivas durante o parto eutócico ou distócico. Em Portugal, no decurso de uma petição pública, o Despacho nº5344-A/2016 estabeleceu medidas e procedimentos que necessários para o exercício do direito ao acompanhamento durante o nascimento por cesariana.

Adotando como quadro de referência a teoria das transições de Afaf Meleis, o presente relatório teve como finalidade apresentar uma análise crítica das competências desenvolvidas no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O objetivo definido para o estágio com relatório foi o de desenvolver competências, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/feto/recém-nascido (RN) e conviventes significativos, tendo como foco principal de atenção o exercício do direito de acompanhamento no parto por cesariana.

Procurando o desenvolvimento da prática baseada na evidência, realizei uma *Scoping Review* com base na questão “Quais as experiências dos pais no exercício do direito ao acompanhamento no parto por cesariana?”. A evidência refere que os pais estão geralmente preocupados com a saúde e o bem-estar do RN e do parceiro, à medida que a realidade da cesariana se aproxima, a ansiedade do pai aumenta e permanece alta durante o procedimento. Foram identificados vários fatores que mediaram a experiência dos pais face ao parto por cesariana, no entanto, os padrões de comunicação da equipa de saúde tiveram um papel fundamental para garantir uma experiência positiva no parto por cesariana.

Palavras-chave: experiências; pais; acompanhamento; cesariana.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO), in 2018, issued new recommendations regarding intrapartum care that promote positive experiences that include the presence of a companion during labor. According to them, the accompaniment should be promoted, encouraged and the companion should be included in the provision of care aimed at creating positive experiences during eutocic or dystocic delivery. In Portugal, during a public petition, Order No. 5344-A / 2016 established measures and procedures necessary for the father, or other significant person, to be able to attend the birth by caesarean section.

Adopting Afaf Meleis' theory of transitions as a frame of reference, the purpose of this report is to present a critical analysis of the competencies developed within the course Internship with Report, inserted in the 8th Master Course in Maternal Health and Obstetrics, School of Lisbon Nursing. The objective defined for the internship was to develop skills for the provision of specialized nursing care to parturient / fetus / newborn and significant cohabitants, with the main focus of attention the exercise of the right to be accompanied during childbirth by caesarean section

Looking for the development of evidence-based practice, I conducted a Scoping Review based on the question "What are the parents' experiences in exercising the right to be accompanied during a cesarean delivery?". Evidence indicates that parents are generally concerned about the health and well-being of the newborn and partner, as the reality of caesarean section approaches, the parent's anxiety increases and remains high during the procedure. Several factors that mediated men's experience of cesarean delivery were identified, however, the health team's communication standards played a key role in ensuring a positive experience in cesarean .

Keywords: experiences; parents; accompaniment; cesarean.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. PARTO POR CESARIANA	14
1.1. Definição e evolução histórica	14
1.2. A (des)humanização do parto cirurgico e o exercício de direitos das parturientes e acompanhantes.....	18
1.3. A teoria das Transições como alicerce do percurso efetuado.....	24
PARTE II - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	27
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	27
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS DE ACORDO COM OS OBJECTIVOS DELINEADOS.....	28
2.1. Desenvolvimento de um percurso baseado em evidência científica	28
2.1.1. Mapeamento da evidência científica.....	28
2.1.2. Mobilização da evidência científica.....	32
2.2. Análise das competências desenvolvidas.....	34
2.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	34
2.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	36
2.2.2.1. O cuidar especializado no parto por cesariana e a promoção do direito ao acompanhamento.....	39
2.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	42
PARTE III - ASPECTOS ÉTICOS E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA.....	45
PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo da *scoping review*

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA	30
Quadro 1 - Identificação dos estudos incluídos na revisão Scoping	30

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tendo sido elaborado sob a orientação da Sra. Professora Doutora Alexandra Tereso, pretende refletir o percurso de aprendizagem que realizei, descrevendo analiticamente o processo de aquisição de competências e as atividades desenvolvidas.

O percurso que descrevo, foi realizado entre 26 de fevereiro e 9 de julho de 2018 numa instituição hospitalar da região de Lisboa, no serviço de Bloco de Partos (BP) e teve como objetivo “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal” (Santos, 2017, p.2).

A institucionalização da assistência no trabalho de parto ambicionou a diminuição das taxas de morbilidade e de mortalidade materna e perinatal. Porém, o desenvolvimento de uma prática muito interventiva e tecnológica que contribuiu para uma melhoria dos resultados perinatais, também originou uma assistência despersonalizada e a progressiva insatisfação das parturientes (OE & APEO, 2012).

A presença do pai, acompanhando a evolução do trabalho de parto, apoiando a parturiente, tem efeitos positivos na construção do vínculo entre o pai e o recém-nascido (RN) e na satisfação da mulher/família com o momento do nascimento (Perdomini & Bonilha, 2011). Segundo Ramos (2004) o envolvimento afetivo fortalece a relação do casal, ajudando no processo de transição de papéis, bem como no estabelecimento de um vínculo harmonioso entre o pai, a mãe e a criança. Desta forma, a presença paterna na sala de partos, proporciona suporte à parturiente, trazendo benefícios e gerando recordações positivas e únicas (Perdomini & Bonilha, 2011). No caso dos partos por cesariana, a presença do pai proporciona-lhes um primeiro contacto com o bebé real e contribui para a sua participação nos cuidados ao RN nas suas primeiras horas de vida, o que pode promover a aproximação pai/filho e o desenvolvimento do sentimento de responsabilidade (Brandão, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), reconhece ainda a participação de um acompanhante, escolhido pela parturiente, como um fator

promotor da sua saúde.

O direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto surgiu pela primeira vez no Decreto de Lei nº 14/85 (Diário da República (DR), 1985). Neste, o direito ao acompanhamento encontrava-se dependente das condições estruturais dos serviços e do consentimento médico. Três décadas depois, foi publicado o Decreto de Lei 15/2014 do Direito ao Acompanhamento, no qual foi "(...) reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida" (DR, 2014, p. 3). No entanto, no que diz respeito ao parto por cesariana, referia no seu art. 14º que "Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável" (DR, 2014, p. 5).

Na sequência da visibilidade social que a reivindicação do exercício dos direitos das parturientes adquiriu e na ênfase que foi atribuída à presença do pai durante o parto por cesariana, em 2015 foi realizada uma petição pública solicitando a presença do acompanhante em cesarianas de baixo risco, o que conduziu à publicação do Despacho nº.5344-A/2016 (DR, 2016) que regulamenta o direito ao acompanhamento em cesarianas de baixo risco. Neste despacho, foi concedido um período de três meses aos hospitais públicos para criarem condições para que os pais ou outra pessoa significativa, possam assistir aos nascimentos por cesariana (excetuando-se os casos de situações clínicas graves que o inviabilizem).

No entanto, após a publicação do referido Despacho, realçam-se algumas controvérsias tais como a do Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos, que emitiu um parecer desfavorável a respeito do direito ao acompanhamento em contexto de cesariana, revelando-se assumidamente contra esta prática. Também o Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia se absteve de emitir um parecer, remetendo a decisão para os Chefes de Serviço alegando que a permanência do acompanhante em cesarianas carecia de estruturas intrínsecas a cada serviço que apenas o seu Chefe pode analisar.

Ainda relativamente à possibilidade da presença do acompanhante na cesariana, verifica-se uma heterogeneidade das normas e das práticas entre instituições de saúde públicas e privadas. Segundo a Associação Portuguesa pelos

Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (APDMGP), nas instituições públicas atualmente ainda há muitos hospitais que não cumprem (APDMGP, 2017). Nas instituições privadas, esta possibilidade chega a ser publicitada em sites institucionais, como é o caso do site com o endereço <http://www.hpalg.com/pt/servicos/maternidade> em que é referido que em caso de cesariana, o acompanhante poderá permanecer junto da mãe, mesmo durante a cirurgia no Bloco Operatório, assistindo ao nascimento (Hospital Particular do Algarve, 2018).

Face à realidade descrita, destacam-se vários problemas éticos nomeadamente a discriminação de pessoas pelo seu nível socioeconómico (Sociedade Portuguesa de Bioética, 2008) e a relevância do papel dos enfermeiros na promoção do exercício dos direitos das parturientes/famílias (Tereso, 2005). Neste contexto e em virtude da minha prática profissional numa sala de partos em que a realidade ilustra que não se verifica a presença do acompanhante em partos por cesariana, fui construindo a minha opção pelo exercício do direito de acompanhamento no parto por cesariana como foco da minha aprendizagem.

Com a escolha desta temática evidenciou-se a competência nº1 descrita nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento n.º 140/2019 (DR, 2019) em que este “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (p.3561) e a Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº 3 “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” que tem como descritivo “Cuida a 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 RN na sua adaptação à vida extra uterina.” (DR, 2019, p.3563). Relativamente às Competências da *Internacional Confederation of Midwives* (ICM), enquadra-se a competência 4, “que visam cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis no trabalho de parto (...) maximizando a saúde da mulher e do recém-nascido” (2010, p. 10).

Para Benner a prática baseada na evidencia é “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2001, p. 12), e procurando o seu desenvolvimento realizei uma *Scoping Review* com base na questão elaborada

segundo a mnemónica PCC (Aromataris, E. & Munn, Z. , 2017) “Quais as experiências dos pais no exercício do direito ao acompanhamento no parto por cesariana?”

Relativamente à parentalidade, esta nova etapa do ciclo de vida implica o ajustamento a um conjunto de mudanças e redefinições de papéis pessoais e sociais, constituindo uma transição para a mãe, para o pai, para o casal e para a família, que se prepara para redefinir papéis e relações, alterar rotinas quotidianas e adquirir competências que permitam cuidar do novo membro., assim adotei o modelo conceptual de Afaf Meleis (2010), como base orientadora deste relatório, uma vez que se baseia nas transições dos indivíduos e família. Segundo a autora a transição para a parentalidade é uma transição de desenvolvimento, normal no percurso de crescimento e desenvolvimento. No entanto como qualquer outra transição beneficia da atenção do enfermeiro, para que esta seja vivenciada de uma forma saudável. Como objetivo geral para o desenvolvimento do estágio com relatório defini: desenvolver competências (técnicas, científicas, relacionais e ético-morais), para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/feto/RN e conviventes significativos, tendo como foco principal de atenção a promoção do exercício do direito de acompanhamento no parto por cesariana.

Com a execução deste relatório, pretendo:

- Apresentar o enquadramento teórico englobando os aspetos ético legais relativamente à temática em análise;
- Descrever o percurso de mapeamento e mobilização de evidência científica sobre as experiências dos pais no exercício do direito ao acompanhamento no parto por cesariana;
- Descrever e analisar de forma critica o desenvolvimento competências para: promover a saúde da mulher no trabalho de parto (TP), parto vaginal ou parto por cesariana e pós-parto imediato, otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina com enfoque na promoção do acompanhamento em contexto de cesariana; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN durante o TP; e prestar de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto. (OE, 2019);
- Nomear as atividades desenvolvidas para o cumprimento da diretiva europeia para a obtenção do grau de EEESMO.

No que concerne à estrutura do presente relatório, inicialmente apresento o Enquadramento Teórico, contextualizando o atual estado da arte da temática em estudo, definindo conceitos e mobilizando o modelo teórico que serviu de referência. Seguidamente, exponho o Percurso de Desenvolvimento de Competências, em que realizo a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos delineados. Posteriormente, apresento os Aspectos Éticos e Implicações para a Prática e, por último, as Considerações finais. A lógica concetual inerente à estrutura do relatório fundamenta-se numa construção e desenvolvimento progressivo, sustentado e continuamente suportado. Assim, visa não só uma prática sustentada por evidência científica, mas também gradualmente autonomizada e reflexiva que potenciou o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PARTO POR CESARIANA

1.1. Definição e evolução histórica

O termo cesariana teve origem na Roma Antiga derivado da *Lex Caesarea* (Graça, 2017). Neste período, todas as mulheres que morressem durante o TP só poderiam ser sepultadas após extração do feto por incisão abdominal. Esta técnica foi, durante séculos, efetuada *post mortem* e só começou a ter outro tipo de utilização no Séc. XIX. Inicialmente, foi realizada apenas como último recurso em TP prolongados, pacientes infetadas, com bacias deformadas, apresentações anómalas ou malformações fetais pois conduzia sempre à morte da parturiente uma vez que o útero não era suturado. No final do Séc. XIX, o italiano Edoardo Porro introduziu uma técnica cirúrgica que, apesar de permitir controlar a perda hemática com compressão direta, agravava o risco de infeção (Graça, 2017). Em 1868, Brickell começou a suturar a ferida uterina antes de encerrar o abdómen e proporcionou um contributo importante para a redução da taxa de mortalidade materna. Não obstante, os riscos infecciosos mantiveram-se, pelo que no Séc. XX foram desenvolvidas técnicas cirúrgicas extraperitoneais para evitar a disseminação de microrganismos na cavidade abdominal. Popularizou-se a incisão segmentar vertical (DeLee) e, em 1926, a incisão segmentar transversalmente por Munro Kerr, atualmente praticada (Graça, 2017).

Apesar de popularizada com o passar dos anos, a cesariana continua a estar associada a uma taxa de morbilidade materna mais elevada do que a observada no parto vaginal. No mesmo sentido, e embora se tenha vindo a constatar que os riscos inerentes a todos os tipos de parto tendem a diminuir progressivamente, é necessário ter em conta que o parto vaginal continua a ter uma menor incidência de complicações e de menor gravidade (Graça, 2017).

As complicações do parto por cesariana podem ser de causa obstétrica, cirúrgica ou anestésica, com consequências tanto para o feto como para a mãe. Entre essas complicações destacam-se as infeções, as hemorragias e as tromboembolias, sendo estas as que mais preocupam, dada a sua maior frequência e gravidade (Graça, 2017).

Graça (2017) enumera alguns fatores que contribuíram para aumentar as

taxas de cesariana, sem que representem benefício na proteção da saúde materna e do RN. São estes a diminuição do número de filhos por mulher (o que fez aumentar significativamente o número de partos em nulíparas, grupo em que é mais provável o nascimento por cesariana), aumento da obesidade materna, taxa de induções do parto em condições desfavoráveis (o que principalmente entre nulíparas, aumenta a indução do TP falhada e consequente cesariana), diminuição do treino dos obstetras nos partos instrumentalizados (fórceps e ventosa), opção da grávida, preocupação dos obstetras relativamente ao risco de litigância judicial, entre outros.

O progressivo aumento da taxa de cesarianas é uma preocupação atual dos governos (Bergeron, 2007). Em 1985 a OMS determinou que não existiria justificação para que qualquer país ou região apresentasse uma taxa de cesarianas superior a 10%/15 %, valor que reafirmou em outubro de 2014, numa Cimeira em Genebra (Suíça), referindo que “ao nível populacional, taxas de cesariana superiores a 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal” (OMS, 2014). Neste âmbito, foi criada a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas e foram emitidas Normas específicas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) nomeadamente a Norma nº 001/2015 - Registo de Indicações de Cesariana na qual a cesariana é definida como uma “laparotomia, seguida de extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez.” (DGS, 2015, p.1) Quanto à urgência da cesariana, esta pode ser classificada como:

- “programada – quando o motivo da cirurgia não implicar que seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada;
- urgente – em que existe uma situação clínica que carece de resolução num curto intervalo de tempo, mas em que não existe perigo iminente para a saúde do feto e/ou da parturiente. Esta situação requer resolução num período que não ultrapasse os 180 minutos desde a decisão até à incisão da pele;
- emergente – situação clínica na qual existe perigo iminente para a saúde do feto e/ou da parturiente. A incisão da pele deve ocorrer até 15 minutos após decisão clínica “(DGS, 2015, p.2)

Quanto aos principais motivos para a indicação de cesariana a DGS (2015) refere:

1. “Patologia materna que contraindica o parto vaginal (exemplos: grávida seropositiva para VIH com elevado número de cópias virais; infecção herpética genital ativa; doença cardiovascular ou pulmonar grave, doença inflamatória intestinal com envolvimento anal ou vaginal, carcinoma invasor do colo);
2. Anomalia fetal que contraindica o parto vaginal (exemplos: mielomeningocele, hidrocefalia com macrocefalia, defeitos da parede abdominal com exteriorização hepática, teratoma sacrococcígeo volumoso);
3. Patologia própria da gravidez (exemplos: placenta prévia central total, placenta acreta, suspeita de descolamento da placenta, eclâmpsia com índice de Bishop desfavorável, restrição do crescimento intrauterino com fluxo diastólico umbilical ausente ou invertido, cardiotocograma patológico no anteparto);
4. Cirurgia uterina prévia (exemplos: antecedentes de duas cesarianas anteriores, cesariana anterior com histerotomia corporal, miomectomia ou cirurgia de reconstrução uterina envolvendo toda a espessura do miométrio, rotura uterina prévia);
5. Situação ou apresentação fetal anómala (exemplos: situação transversa em trabalho de parto, apresentação pélvica, apresentação de face com mento posterior);
6. Gravidez múltipla (exemplos: gravidez tripla, gravidez gemelar com 1º feto em apresentação pélvica);
7. Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica (podendo ser estabelecida antes do trabalho de parto ou no seu início);
8. Tentativa frustrada de indução do trabalho de parto (utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos para induzir o trabalho de parto sem se atingir a fase ativa do trabalho de parto - 4 cm de dilatação)
9. Trabalho de parto estacionário (exemplos: distócia dinâmica, distócia mecânica, tentativa frustrada de parto auxiliado com ventosa ou fórceps);
10. Estado fetal não tranquilizador intraparto (exemplos: cardiotocograma patológico ou não tranquilizador);
11. Outras.” (p.3).

Segundo a OMS (2018), pelo menos 35% de todas as cesarianas são desnecessárias, sem benefício para a mãe ou para o RN e com aumento de riscos.

Embora a taxa de cesariana varie de acordo com a região do mundo, a OMS, em 2018, considerou que existia um aumento geral desta prática e evidenciou a preocupação relativamente ao facto de as intervenções usadas anteriormente para evitar partos complicados, se terem tornado comuns (OMS, 2018).

Em Portugal, nos hospitais privados a taxa de cesarianas é considerada elevada desde que se iniciou a sua monitorização [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2019] o que contribuiu para que em 2015 o governo publicasse normas e orientações para a diminuição do número de cesarianas, tais como registo de indicação de cesariana. Como justificação Ferrari (2012) refere que as cesarianas beneficiam a economia, sobretudo do sector privado, na medida em que preservam o pouco tempo dos profissionais de saúde, evitam imprevistos noturnos e de férias, para além de proporcionarem aos médicos obstetras uma salvaguarda para algum incidente negativo que possa acontecer durante um parto. Importa, no entanto, mencionar, que, englobadas nas cesarianas programadas, constam as cesarianas a pedido da grávida mesmo que não existam indicações clínicas que o justifiquem, e mesmo que tal não seja formalmente identificado. Neste contexto, emergem as assimetrias entre os hospitais privados em que predominam as cesarianas (com utentes globalmente com mais recursos financeiros e escolaridade superior) e os hospitais públicos em que prevalecem os partos por via vaginal (com utentes que na sua maioria são provenientes de classes sociais menos favorecidas) (Ferrari, 2012).

Em 2008, a Associação Portuguesa de Bioética (APB) emitiu um parecer sobre o direito de escolha da via do parto referindo que todas as instituições de saúde com bloco operatório de obstetrícia e salas de partos, deviam providenciar o aconselhamento adequado à grávida/pessoa significativa sobre os procedimentos e consequências da escolha de uma determinada via de parto. Deste modo, afirmam que, através de um consentimento informado, livre e esclarecido, a grávida deveria ter a possibilidade de escolher a via de parto.

Segundo a mesma fonte, realizar uma cesariana a pedido materno é uma prática frequente embora não seja passível de ser monitorizada, visto que o seu registo não é feito, mas o que se constata é uma diferença significativa, entre o número de cesarianas realizadas num hospital público (28.23% em 2017) e num hospital privado, sendo que 64.59% dos partos realizados em hospitais privados no ano de 2017 foram feitos por cesariana (INE, 2019).

12 A (des)humanização do parto cirúrgico e o exercício de direitos das parturientes e acompanhantes: Contextos legais, éticos e institucionais

Historicamente, o parto foi caracterizado como um evento feminino, que ocorria num cenário doméstico. Tradicionalmente o seu acompanhamento era efetuado por outras mulheres e podia incluir a mãe, outras mulheres da família, as vizinhas e a parteira. No século XVIII, na Europa, o parto sofreu alterações significativas que implicaram uma mudança no paradigma na assistência durante o parto, que deixou de ser considerado como um evento feminino, doméstico e fisiológico e passou a ser considerado um acontecimento médico, enquadrado pelo cenário hospitalar, no qual o médico assumia a liderança (Santos, 2002). A parturiente passou assim a ser integrada num modelo de assistência, marcado pelos cuidados técnicos e pelo protagonismo da tecnologia.

Não obstante os ganhos inequívocos na segurança materno-fetal no decurso das mudanças referidas, uma das perdas significativas foi a do acompanhamento familiar. Este acompanhamento tem sido reivindicado pelas parturientes e pelos seus conviventes significativos no âmbito do movimento em prol da humanização do parto apesar de se encontrar consagrado na Legislação Portuguesa (Decreto de Lei 15/2014).

Segundo a OMS (2000) humanizar o parto engloba um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebé. Para atingir o melhor resultado físico, emocional e psicológico para as mulheres e RN, é necessário um modelo de cuidado no qual os sistemas de saúde empoderem todas as mulheres para solicitar cuidados focados em si e no RN (OMS,2018).

A orientação publicada pela OMS (2018) reconhece como uma experiência de parto positiva aquela que cumpra as crenças e expectativas pessoais e socioculturais de cada mulher. Com base em 56 recomendações baseadas em evidência, sugere

diretrizes que incluem ter uma companhia à sua escolha durante o trabalho de parto e o nascimento da criança; receber atendimento respeitoso e o acesso a uma boa comunicação com os profissionais de saúde; ter assegurada a privacidade e a confidencialidade; e ter autonomia decisória sobre a gestão da dor, posições, entre outras.

Sobre a abordagem humanizada do parto, Carvalho (2003) considera ainda que existem

“Novas possibilidades de construção da maternidade e da paternidade através da abordagem humanizada do parto e nascimento. Neste tipo de assistência, são respeitadas as vivências emocionais da família: pai, mãe e filho/a além da mulher. Desta maneira, tanto a maternidade como a paternidade são beneficiadas, facilitando a solidariedade e compartilhamento de emoções profundas no nascimento da criança.” p.394

Desta forma, enfatiza a presença do homem/pai/acompanhante na sala de partos como sujeito integrante do processo de nascimento, referência emocional e facilitador do processo.

Neste âmbito, Klaus & Kennell (2000) referem ainda que “(...) ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao autoconceito da mulher” p.51. O reconhecimento da necessidade de acompanhamento e de atenção, parte da compreensão de que o parto é um fenómeno que engloba fatores fisiológicos, sociais, culturais e psicológicos que interagem ao longo do processo. Na assistência prestada durante o parto, é necessário englobar a atenção aos aspetos emocionais e a promoção do exercício de acompanhamento que podem ajudar a mulher a passar pela experiência do parto, proporcionando-lhe benefícios físicos e emocionais (Klaus & Kennell, 1993, 2000).

O profissional de saúde e, em especial, de enfermagem, tem o privilégio de partilhar a experiência do nascimento que é considerado como um momento único para reconhecer a base comum de humanidade que liga as pessoas (Roach, 1992, citado por Gaut & Boykin, 1994), e conceber o cuidado e o acompanhamento como fenómenos fundamentais da existência humana. A necessidade de acompanhamento durante o nascimento implica um trabalho conjunto entre a equipa de saúde, a mulher e a família, sendo a presença e dinâmica destes elementos crucial no impacto da experiência na mãe, no RN e no acompanhante. Assim, procurar relacionar e mediar as expectativas destes elementos, tendo por base a sua natureza biopsicossocial e o seu papel percebido na experiência do parto por cesariana envolve um continuo

ajuste a ser mobilizado, garantindo o direito ao acompanhamento que lhe é fundamental (Gaut & Boykin, 1994).

O direito de acompanhamento da parturiente está consagrado na nossa legislação desde 1985. A Lei n.º14/85, de 6 de Julho de 1985 (DR,1985) relativa ao acompanhamento durante o trabalho de parto, referia que “a mulher grávida internada em estabelecimento público de saúde poderá, a seu pedido, ser acompanhada durante o trabalho de parto pelo futuro pai e, inclusive, se o desejar, na fase do período expulsivo” e que “o acompanhante poderá, por vontade expressa da grávida, ser substituído por um familiar indicado por ela”. Assim sendo, realça-se que esta primeira lei vigorava apenas para os estabelecimentos públicos, o que viria a ser alterado com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, na Secção II - “Acompanhamento da mulher grávida durante o parto” em que o direito ao acompanhamento passaria a estar consagrado, também, nos estabelecimentos de saúde privados.

Não obstante a legislação em vigor, em algumas circunstâncias, o direito ao acompanhamento pode ser limitado. Desde logo, o acompanhamento não poderá colocar em causa a eficácia e a correção das intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos, bem como os requisitos técnicos aplicáveis. Quando tal seja expectável, o profissional de saúde deverá informar o acompanhante acerca das circunstâncias que fundamentam o seu afastamento do local. O acompanhamento da mulher grávida pode ainda ser limitado por motivos relacionados com a gravidade da sua situação clínica ou quando as condições não permitirem a presença do acompanhante, ou esta coloque em causa a privacidade de outras parturientes (Decreto de Lei, 15/2014).

Neste contexto, realça-se que nas instituições privadas o acompanhamento em contexto de cesariana já era praticado e publicitado. Em maio de 2015 surgiu uma Petição Pública (com 4542 assinaturas) pela presença de acompanhante em cesarianas programadas e consideradas de baixo risco que solicitava equidade e igualdade de oportunidades no exercício de um ato de paternidade interessada, responsável e solidária. Esta petição deu origem ao Despacho nº5344-A/2016 que estabeleceu medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento por cesariana. Neste, define-se que o/a médico/a obstetra responsável deve avaliar da existência de uma situação clínica grave que desaconselhe a presença num bloco operatório de um/a acompanhante e deve transmitir esta informação à parturiente. Caso não se verifique a existência de uma situação clínica grave a parturiente, no

exercício do consentimento informado, esclarecido e livre deve expressar previamente a sua autorização ou recusa (em ambos os casos dada por escrito nos termos da Norma da Direção-Geral da Saúde nº 015/2013, de 3 de outubro de 2013, atualizada a 4 de novembro de 2015) para que o pai, ou outra pessoa significativa (identificada no consentimento informado escrito), esteja presente. O referido despacho enuncia critérios específicos a serem agilizados de forma permitir a permanência do acompanhante em parto por cesariana nomeadamente existir um elemento da equipa responsável por acolher o acompanhante indicado no consentimento informado, sendo este responsável por informar previamente o acompanhante sobre as fases da cirurgia e os procedimentos protocolados inerentes às mesmas. No mesmo sentido, indica quando entrar na sala, garantindo que a preparação da parturiente está concluída e mostrando onde o mesmo se deve posicionar durante o período de intervenção cirúrgica. Esta localização não pode, em circunstância alguma, colocar em causa quer a qualidade dos cuidados prestados quer da segurança da parturiente e da criança. Adicionalmente, ao acompanhante será também dado conhecimento do circuito em que pode movimentar-se, assegurando que não coloca em causa a privacidade de outras pacientes ou o funcionamento do serviço.

Por determinação do/a médico/a obstetra, cessa a presença do/a acompanhante sempre que, no decurso da cesariana, surjam complicações inesperadas que justifiquem intervenções tendentes a preservar a segurança da mãe e ou da criança. Neste foi ainda definido o prazo de três meses a contar da data da sua publicação para que as instituições hospitalares com Bloco de Partos implementassem as medidas necessárias ao cumprimento do disposto.

Sobre esta temática o Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos emite um parecer onde refere “(...) por razões de segurança e qualidade clínicas, exatamente ao contrário das razões invocadas no referido Despacho que deu origem a esta autorização, somos do parecer que não deve ser autorizada a presença de qualquer acompanhante da mulher grávida em ambiente de bloco operatório, quando durante o trabalho de parto existe a necessidade de proceder a uma cesariana” (Ordem dos Médicos, 2016). O Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia refere “que dada a diversidade de situações que se podem verificar, bem como uma grande diferença de condições de logística e funcionais nos diversos serviços hospitalares, apenas os Diretores dos respetivos

Serviços se poderão pronunciar” (Ordem do Médicos, 2016).

No entanto, tais dificuldades apenas vigoram nas instituições hospitalares públicas, as instituições privadas publicitam a possibilidade de permanência do acompanhante em partos por cesariana. Nas instituições privadas, não só parece ser generalizada a possibilidade de haver acompanhamento durante o parto por cesariana, como essa possibilidade também é publicitada em sites institucionais e já o era antes da publicação do referido despacho datado de 2016:

“Fale com o seu obstetra caso pretenda a presença de um acompanhante durante a cesariana.”¹

Neste momento, não existe literatura a respeito da permissão da presença do acompanhante em contexto de cesariana em hospitais públicos e a menção de quais os que já o permitem, no entanto, constata-se a existência de queixas no site Portal da Queixa a respeito deste impedimento.

Não obstante, a humanização do parto não se restringe apenas à escolha do acompanhamento e é muito mais do que um tratamento cordial e empático, “Um parto respeitado é aquele que a mulher é respeitada nas suas opções, a ela cabe o poder de decisão sobre eventuais procedimentos durante o parto, onde são evitados procedimentos agressivos, rotineiros e que na maior parte dos casos não lhes trazem a si e nem ao bebé mais valias” (Ferrari, 2012, p. 216). Neste sentido, a APB apresentou a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde, com o intuito de que os direitos que defende sejam respeitados de forma efetiva por todas as entidades que prestam cuidados de saúde (APB, 2010). No que concerne à temática deste relatório destaco o artigo 3.º “o utente não pode ser discriminado no acesso aos cuidados de saúde ou outros em função da natureza da entidade financiadora da prestação.” (APB, 2010, p. 23-25).

Atualmente o tipo de parto ainda condiciona o acompanhamento. No parto eutócico o feto é expulso pela via vaginal sem auxílio de instrumentos médicos (Decherney, 2007) e prevê-se que o pai ou convivente significativo possa estar presente durante todas as fases. Nos partos distócicos, em que o feto é extraído com recurso a uma ventosa, a fórceps ou a uma cesariana (Graça, 2017) a presença de um acompanhante não é contemplada. No entanto vários estudos demonstraram que no parto por cesariana a presença do pai da criança possibilita mais satisfação na

¹ <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/areas-clinicas/maternidade-cuf/parto/cesariana-e-anestesia>

parturiente, permitindo que se sinta menos sozinha e que evidencie menor preocupação com o estado de saúde do bebé (Gainer & Van Bonn, 1977, cit. por Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002).

Segundo Figueiredo B., Costa, R., & Pacheco, A (2002), as experiências do parto possuem uma elevada importância ao nível do bem-estar emocional das mães e do estabelecimento de uma relação adequada com os seus bebés. O autor realça ainda a importância de uma experiência positiva para o ajustamento da mulher durante o período de transição para a maternidade e a sua disponibilidade para a prestação de cuidados ao bebé e para ter outros filhos.

A presença de um acompanhante (Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques, & Pais, 2004) é referida como um dos fatores que influenciam a experiência do parto, sendo ainda importante considerar outros tais como a idade (Low, Martin, Sampelle, Guthrie & Oakley, 2003, cit. por Costa et al., 2004), a paridade (Fridh, Kopare, Gaston-Johansson & Norvell, 1998, cit. por Costa et al., 2004), o tipo de parto e a analgesia durante o parto (Costa et al., 2004). Face ao impacto que a experiência de parto tem na mulher, a avaliação da forma como a parturiente experienciou o parto pode facultar aos profissionais de saúde indicações sobre a necessidade de implementação de medidas preventivas face às potenciais dificuldades decorrentes de uma má experiência.

Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003) desenvolveram um estudo sobre a experiência e a satisfação com o TP e verificaram que, a maioria das mulheres não viam concretizadas as suas expectativas prévias, sentiam-se excluídas das decisões médicas e consideravam-se pouco preparadas e com poucos conhecimentos. Assim, relatavam um elevado número de emoções negativas, níveis elevados de dor e preocupação com o estado de saúde do bebé. Contudo, o apoio do companheiro foi sempre considerado como útil.

De acordo com o nº 3 do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019), este “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” p.13563 e “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (3.1.1) p. 13563. O plano de parto atualmente sugerido pela Associação Portuguesa de Enfermagem Obstétrica, apesar de incidir sobre o parto normal, contempla a opção de ter um acompanhante e o desígnio do mesmo (APEO, 2008). Neste âmbito realço ainda que o EEESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” e “(...) avalia intervenções

de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos” (OE, 2019, p. 13563).

13. A teoria das Transições como alicerce do percurso efetuado

Os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam transições (Meleis, 2011).

Mudanças no âmbito da saúde dos indivíduos criam processos de transição, sendo estes definidos como uma passagem de um estado estável para outro, desencadeado por uma mudança. Neste sentido, as transições são caracterizadas por diferentes estágios dinâmicos, processos e/ou resultados e podem ser bem-sucedidos, caso as oportunidades potenciem o bem-estar, ou malsucedidos, caso a vulnerabilidade aos riscos que a tendem a afetar não seja tida em conta, afetando, por sua vez, a saúde do utente. A vulnerabilidade associada a estes processos pode ser concetualizada como um comprometimento das defesas do indivíduo. O papel do profissional de enfermagem passa, então, por avaliar e intervir nas necessidades dos indivíduos associadas às fases de transição (doença, nascimento ou morte) (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Para Meleis et al. (2005), o processo de transição que ocorre no parto é único pelas variáveis pessoais e contextuais, e só é passível de compreensão na perspetiva de quem o experiencia. As condições de transição pessoais, comunitárias e sociais podem facilitar ou restringir os processos e os seus resultados. Na vivência do trabalho de parto e nascimento, algumas condições, tais como a presença do acompanhante, podem influenciar o processo de transição para a parentalidade, revelando-se como facilitadoras ou inibidoras. De acordo com a teoria das transições, estas condições podem ser intrínsecas ao participante, ou advindas do contexto em que este se insere.

A transição do *status* não parental para parental é de importância cultural e psicossocial reconhecida, não envolvendo apenas grandes mudanças nas concepções

personais e interpessoais, mas também ajustes à adição de uma terceira pessoa (a criança) às estruturas sociais em que a mulher e o homem se inseriam previamente e que posteriormente passam a integrar outro elemento. Estas mudanças de papel podem causar conflito se forem imprevistas, não reconhecidas e/ou ignoradas. Assim, o EEESMO deve focar a transição para a parentalidade, em situações crescentemente dinâmicas, stressantes e mutáveis, devido às recentes mudanças estruturais associadas à família na cultura ocidental e à consequente intensificação dos efeitos dos referidos processos (Meleis et al., 2010).

Segundo Meleis (2010), as transições são vividas no contexto da vida da pessoa e implicam uma adaptação e *coping* face a eventos críticos. A autora considera que o indivíduo está em constante interação com o seu meio, sendo influenciado por este e que face a determinadas mudanças, este tem necessidade em se adaptar. Essas mudanças podem corresponder à doença ou ao risco dela, ou à presença de vulnerabilidade tal como sucede num tipo de parto que não era o equacionado, podendo desencadear um desequilíbrio do indivíduo. A transição de um idealizado parto eutócico para um parto por cesariana, compreende um momento crítico para a mulher grávida, assim como para toda a sua família. De forma geral, nesta situação, as mulheres conhecem os riscos potenciais para elas e para o seu filho, alterando as suas expectativas (Monteiro, 2012). Qualquer pessoa numa situação de transição experiencia várias emoções, podendo muitas delas, estar relacionadas com as dificuldades encontradas na vivência desse processo. Segundo Meleis (2010), as pessoas que vivem transições de forma mais positiva conseguem encontrar com mais facilidade a maturidade e o equilíbrio, fortalecendo-se e tornando-se mais resilientes.

Quanto à preparação, ao nível de conhecimento e das habilidades, a preparação antecipada é facilitadora da experiência de transição (Meleis et al., 2005). Neste contexto, a orientação dos EEESMO é fundamental no desenvolvimento de uma interação mais ativa na previsão e na preparação para a satisfação das necessidades da parturiente, nomeadamente a de acompanhamento. Como tal, é da responsabilidade destes profissionais reconhecer, proteger e promover o exercício dos direitos das grávidas e das parturientes tal como é evidenciado no Artigo 110º do Código Deontológico do Enfermeiro em que refere que o enfermeiro deverá “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” e “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (DR, 2015, p. 8104). Neste âmbito,

garantir o direito ao acompanhamento das parturientes é uma das dimensões que está sob a alçada do EEESMO, que deve procurar assegurar a não insuficiência destes papéis. Assim, no TP, é importante que o EEESMO lide com a parturiente e o(s) acompanhante(s) de forma a suscitar percepções de congruência entre o comportamento de ambos e as suas expectativas. A ambos os elementos devem ser dadas todas as condições para cumprirem as obrigações percebidas associadas ao seu papel (da mãe, enquanto decisora; do(s) acompanhante(s) enquanto participantes ativos), minimizando a emergência de disparidades causadoras de mal-estar e inadaptação (Meleis et al., 2010).

Podemos identificar quatro tipos de transições particulares, as de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Meleis, 2013). De forma sucinta, podemos referir que as transições de desenvolvimento são as que ocorrem ao longo do ciclo vital dos clientes/indivíduos (adolescência, climatério); as situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o cliente/indivíduo está envolvido (adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte); as de saúde-doença e por último, as organizacionais ocorrem no contexto ambiental dos clientes e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico (ex.: as mudanças de líder, implementação de novas políticas ou práticas, mudança de competências ou funções laborais) (Meleis, 2013). Neste sentido, o próprio enfermeiro experiencia transições no decurso da sua atividade profissional. Como já foi anteriormente referido, a transição reveste-se de uma importância central para a enfermagem enquanto ciência, disciplina e arte, pelo que o enfermeiro deve assumir um papel não só de “facilitador das transições”, mas também de potenciar o seu próprio processo transicional.

PARTE II - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo pretende descrever e analisar o percurso do desenvolvimento de competências para a obtenção do título de EEESMO e do grau de mestre em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, de acordo com os objetivos delineados.

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Estágio com Relatório foi desenvolvido num hospital na região de Lisboa. No hospital em questão, a triagem é realizada por um enfermeiro generalista, no Serviço de Urgência Geral segundo o modelo de *Manchester*.

O Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica é constituído por duas valências: Admissão e Bloco de Partos, que inclui Bloco Operatório e a Unidade de Recobro.

Na Admissão, destaca-se a existência de uma sala de enfermagem, uma sala de observação, três gabinetes para observação médica, uma sala com três cadeirões para realização de cardiocografia e uma sala de espera. As emergências mais comuns são a gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica aguda, abortos espontâneos e/ou provocados e alterações dos ovários (quistos, torções). Existem ainda outras condições relativamente frequentes, como hemorragias vaginais associadas a meno-metrorragias, a lacerações provocadas pelo coito e agressões sexuais (Graça, 2017).

No Bloco de Partos, verifica-se a existência de oito quartos individuais com casa de banho, dois blocos operatórios, uma sala de recobro e uma ilha para monitorização dos traçados dos cardiocógrafos. Os quartos individuais foram concebidos para que a parturiente e respetivo(s) acompanhante(s) possam experienciar o parto com recurso com privacidade e intimidade.

Por turno encontram-se presentes enfermeiros EEESMO e de cuidados gerais, assistentes operacionais e a equipa médica que se encontra de urgência.

2. DESENVOLVIMENTO DE UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

21. Mapeamento da Evidência Científica

A prestação de cuidados baseada em evidência científica é reconhecida como uma competência fundamental para os EEESMO. A prática baseada em evidência (PBE) significa integrar a experiência individual com a melhor evidência externa disponível proveniente de investigação. O processo de PBE foi descrito em etapas: tradução de incerteza numa pergunta; revisão sistemática da melhor evidência disponível; avaliação crítica da evidência (validade, relevância e aplicabilidade); aplicação dos resultados na prática e avaliação do desempenho (Dawes et al., 2005). A implementação da PBE melhora a qualidade do cuidado prestado ao cliente e intensifica o julgamento clínico, mas carece que os profissionais de saúde saibam como obter, interpretar e integrar as evidências oriundas de pesquisas com os dados do paciente e as observações clínicas. Quando o cuidado é prestado tendo como eixo norteador essa abordagem, as intervenções tornam-se mais efetivas e os seus resultados proporcionam a melhoria da assistência (Caramanica et al., 2002).

A *scoping review* é um processo de mapear a literatura ou evidência existente. Fornece informação ampla e aprofundada sobre toda a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo, sejam qualitativos ou quantitativos. A *scoping review* é exploratória e, enquanto tal, todos os resultados encontrados acerca do tópico devem ser incluídos. O seu método inclui a discussão com especialistas e os interessados no tema, de modo a contextualizar o que se encontra. Este tipo de revisão pode ajudar a mapear conceitos chave subjacentes à área de investigação, assim como as principais fontes e tipos de informação disponível. Este tipo de revisão é metódica e ordenada podendo ser comparada à análise qualitativa, em vez de somar e resumir o que existe, permite uma compreensão profunda sobre os dados encontrados, do modo como se relacionam uns com os outros (Aromataris, E. & Munn, Z. , 2017).

A opção específica pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se por este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na

evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters, Godfrey, McInerney et al., 2015).

Dado que se estima que a produção de investigação em ciências da saúde gere cerca de 75 estudos e 11 revisões sistemáticas diariamente, sintetizar o conhecimento gerado pela sua publicação e consolidá-lo, pondo-o ao serviço da prática é fundamental para uma atividade atualizada e sustentada por evidências (Aromataris, E. & Munn, Z., 2017). Assim, estas sínteses não só são essenciais para o avanço da prática como alimentam a sua atividade, proporcionando aos profissionais meios para tomar decisões informadas. Neste âmbito, uma *scoping review* (Aromataris, E. & Munn, Z., 2017) visa formular este tipo de sínteses, incorporando diferentes óticas e evidências no sentido de informar a prática, quer ao nível de programas quer de políticas tangentes à atuação dos profissionais.

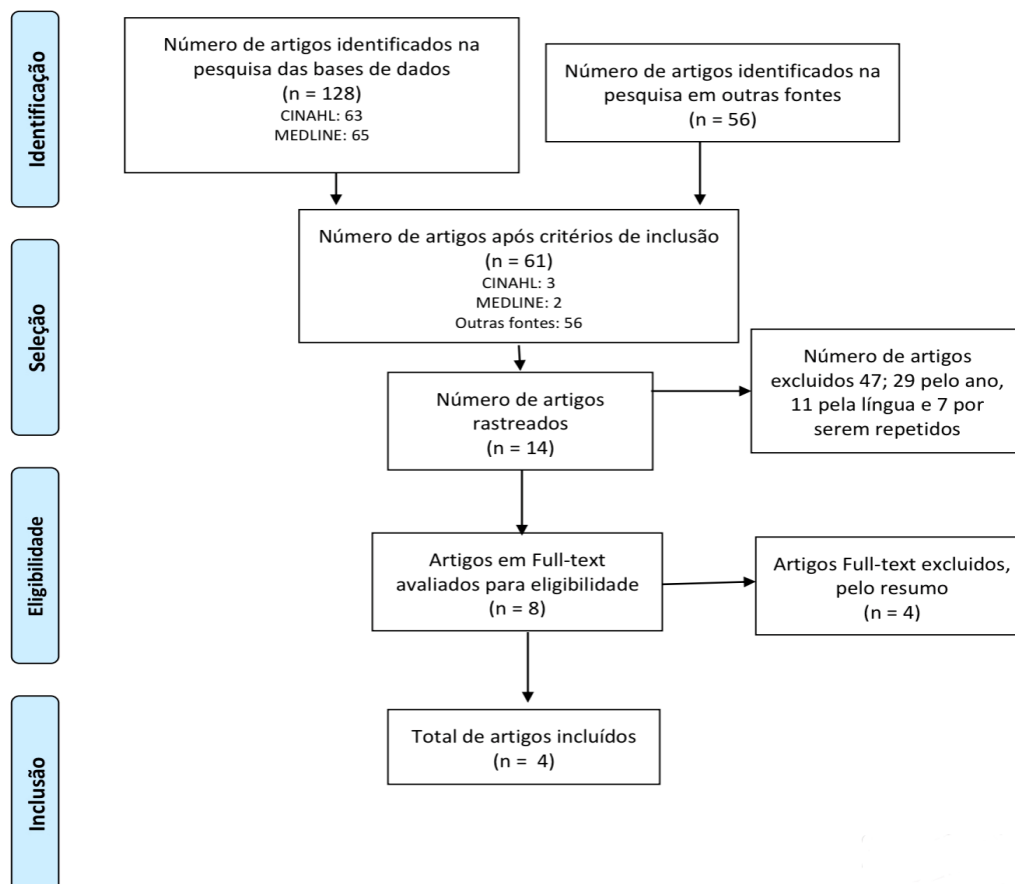
Assim, foi realizada uma *scoping review*, que permitiu mapear a evidência científica e que teve como ponto de partida uma pergunta elaborada através da mnemónica PCC, (Aromataris, E. & Munn, Z., 2017) em que o [P] corresponde a População, o [C] ao Conceito e [C] ao Contexto: Quais as experiências dos pais (população) no exercício do direito de acompanhamento (conceito) nos partos por cesariana (contexto)?

Assim, desenvolvi inicialmente uma pesquisa com descritores em linguagem natural, na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) Plus with Full Text e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) with Full Text. Consultei também, as bases de dados b-On, ScienceDirect, Google Scholar, Cochrane, Scopus, Isi Web of Knowledge e a literatura cinzenta. Nas bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) Plus with Full Text e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) with Full Text efetuei ainda uma pesquisa com descritores indexados. A pesquisa de artigos foi realizada ao longo dos meses de maio, junho e julho de 2014 e repetida no decurso dos mesmos meses de 2018 e 2019, utilizando a língua inglesa e portuguesa.

Depois de ter identificado 128 artigos defini e apliquei, como limitadores de pesquisa: publicações em língua inglesa ou portuguesa e com data de publicação compreendida entre 2013 e 2019. Através da leitura do título, *abstract* e da leitura integral dos artigos selecionados, excluí todos os que se encontravam repetidos e/ou

não se enquadravam nos objetivos da revisão, tendo selecionado 4. Os termos de pesquisa utilizados e todo o processo de revisão encontra-se sistematizado abaixo, na Figura 1.

Figura 1. - Fluxograma PRISMA (Aromataris, E. & Munn, Z. , 2017)



A extração de dados foi realizada tendo por base as orientações do Joanna Briggs Institute para a elaboração de uma *scoping review*, nomeadamente, quanto aos autores, ano de publicação, país de origem, dimensão da amostra, metodologia, e objetivos do estudo (Aromataris, E. & Munn, Z. , 2017)

A informação relativa aos quatro artigos – título, autor, data, tipo de estudo e objetivo – encontra-se sistematizada abaixo, no Quadro 1.

Quadro 1. - Identificação dos estudos incluídos na *scoping review*.

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivo(s)
Overview of	Messner, E.	2018	Estudo	Analisar a experiência

Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth	R.		fenomenológico	dos pais na sua transição para a paternidade, após uma cesariana inesperada.
A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic	Elmir, R. Schmied, V.	2016	Revisão meta-etnográfica	Relatar, através de uma síntese meta-etnográfica, as experiências dos pais de partos complicados (potencialmente traumáticos).
Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: Mode of birth matters for satisfaction	Johansson, M. Hildingsson, I.	2013	Transversal qualitativo descritivo	1. Explorar as experiências de qualidade de cuidados intraparto dos pais suecos, com um foco específico sobre deficiências de cuidado em relação ao modo de nascimento. 2. Explorar que questões de qualidade contribuíram mais para a insatisfação global relativa aos cuidados.
Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section	Johansson, M. Hildingsson, I. Fenwick, J.	2013	Qualitativo descritivo	Descrever e explorar as experiências dos pais no parto por cesariana da companheira.

2.1.2. Mobilização da Evidência Científica

A cesariana, por si só, é consistentemente associada à perda de controlo e de autonomia do acompanhante durante o parto, dada a supressão do que seria o seu

poder de decisão. A evidência apurada demonstrou que os acompanhantes são, na maioria das vezes, concetualizados como um suporte ou uma testemunha do processo, mas não necessariamente como participantes, o que origina experiências de impotência e desamparo (Elmir & Schmied, 2016).

Os pais estão geralmente preocupados com a saúde e o bem-estar do RN e do parceiro, independentemente do tipo de parto (Johansson & Hildingsson, 2013; Johansson, Hildingsson, & Fenwick, 2013). À medida que a realidade da cesariana se aproxima, a ansiedade do pai aumenta e permanece alta durante o procedimento. A natureza rápida do parto cirúrgico é considerada uma vantagem uma vez que assim que o RN nasce e chora, a ansiedade associada ao parto por cesariana dissipa-se. (Elmir & Schmied, 2016; Johansson & Hildingsson, 2013; Johansson, Hildingsson, & Fenwick, 2013; Messner, 2018).

Neste âmbito, a informação presente nos artigos revistos converge em relação aos fatores mediadores das experiências dos acompanhantes nos partos por cesariana, apontando a preparação prévia para o parto, a percepção de controlo sobre a situação, o comportamento e interação da equipa de saúde e a conclusão e encerramento da situação (Elmir & Schmied, 2016; Johansson & Hildingsson, 2013; Johansson, Hildingsson, & Fenwick, 2013; Messner, 2018). Assim, quando estes fatores são percebidos como positivos, a ansiedade do acompanhante face às condições de saúde quer da mãe quer do RN é atenuada (Johansson & Hildingsson, 2013) e a experiência é sentida como mais satisfatória. Adicionalmente, é ainda referida falta de preparação generalizada para a eventualidade de uma cesariana originando ansiedade e insegurança (Messner, 2018).

Ainda nesta ótica, todos os artigos referem experiências de escassez de informação por parte da equipa de saúde, acompanhados por períodos de espera prolongados e por sentimentos de desconfiança e exclusão (Elmir & Schmied, 2016; Messner, 2018).

Concluindo, dadas as experiências generalizadas de impotência e exclusão do acompanhante do parto nas cesarianas, muitas vezes potenciadas pelos comportamentos e atitudes da equipa de saúde, destaca-se a necessidade premente de apoiar e acompanhar estes elementos durante o processo, suportando a sua compreensão da necessidade que o alimenta e proporcionando um encerramento saudável da situação (Elmir & Schmied, 2016; Johansson &

Hildingsson, 2013; Messner, 2018).

Face à falta de documentação escrita a respeito da promoção do exercício do direito de acompanhamento nos partos por cesariana e à falta de dados específicos a respeito da realidade em Portugal, no planeamento do estágio procurei apreender o procedimento e a prática mais comum no hospital. Verifiquei a existência de uma norma interna orientadora do acompanhamento em contexto de cesariana e que o conhecimento da existência da mesma estava difundido pela equipa multidisciplinar. No entanto, do que pude observar, a possibilidade da presença do acompanhante em contexto de cesariana não foi homogénea nas várias equipas médicas, nalgumas equipas os acompanhantes assistiam a cesarianas eletivas e de baixo risco, noutras a presença do acompanhante era sistematicamente impedida. Após ter debatido estes aspetos com a orientadora do local, com a professora orientadora e com a chefe de enfermagem, optei pelo planeamento e realização de uma sessão de formação com a equipa multidisciplinar subordinada ao título “Experiências do acompanhante em partos por cesariana”, que foi realizada no mês de Junho de 2018. A sessão teve como objetivos:

- Apresentar a evidência científica mapeada através *scoping review* ;
- Descrever os fatores mediadores da experiência dos acompanhantes em partos por cesariana;
- Promover a discussão sobre o papel da equipa multidisciplinar na promoção de experiências positivas;
- Dinamizar a reflexão sobre as práticas adotadas.

Apesar de ter sido divulgada nos diversos serviços do departamento e a toda a equipa multidisciplinar, apenas estiveram presentes enfermeiros do serviço de Bloco de Partos. Através da sessão foi possível discutir em equipa estratégias para a promoção do acompanhamento em contexto de cesariana e também de promoção de experiências positivas nos partos por cesariana quando nas situações em que não era permitida a presença do acompanhante.

A sessão abordou também o conceito de cesariana humanizada que atualmente emerge no Brasil, onde vigora o direito de opção pela via de parto que, segundo a OMS (2015) é o segundo país que mais realiza este procedimento (57% dos partos). A GestCare empresa Brasileira de consultadoria para o parto humanizado e apoio à gestante, acredita que a cesariana, mesmo sendo uma

cirurgia, não impede a humanização do parto², referindo alguns cuidados a ser adotados:

- Anestesia com segurança, sem sedação e sem mãos amarradas, para a mulher abraçar o RN;
- Presença do acompanhante na cesariana;
- Temperatura da sala entre 24°C e 26°C;
- Sala com foco de luz na cirurgia para acalmar o RN;
- Permitir que a mãe e acompanhante visualizem o nascimento através de campos operatórios transparentes ou que se baixem os opacos;
- Possibilitar o contato pele a pele entre mãe e RN após o nascimento;
- Laqueação tardia do cordão umbilical;
- Estímulo à amamentação na primeira hora de vida do RN;
- Estimulação do Sistema Imunológico do RN por meio de gaze com líquidos vaginais da mãe, simulando um parto vaginal.

Estas intervenções foram abordadas na sessão e foi realizado um debate entre os presentes acerca das possibilidades e da pertinência da sua implementação. No final da sessão os enfermeiros presentes manifestaram a sua satisfação com os conteúdos abordados e com a metodologia adotada.

22 Desenvolvimento de competências específicas do EEESMO

2.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Como futura EEESMO foi fundamental adquirir e desenvolver as competências científicas, humanas e técnicas necessárias para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

A aquisição e o desenvolvimento desta competência ocorreu ao longo do Ensino Clínico (EC) III - cuidados de saúde primários no EC IV e no estágio com relatório. Durante este percurso de aquisição de competências tive oportunidade de

² <https://www.gestcare.com.br/cesarianahumanizada>

realizar 48 consultas de vigilância da gravidez, tendo executado as intervenções baseadas no plano assistencial de cuidados pré-natais para a gravidez de baixo risco (OE, 2015a).

No decurso do EC pude participar e orientar, em parceria com a enfermeira especialista responsável, algumas sessões do curso de preparação para o parto e para a parentalidade tendo sido muito enriquecedor pela proximidade que se consegue atingir e pelo espaço, tempo e disponibilidade que se tem para poder capacitar e esclarecer o a grávida e o seu acompanhante .

Ainda no Centro de Saúde pude encaminhar utentes em situação de abortamento ou que pretendiam efetuar Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Tal está consagrado na Lei nº 16/2007 de 17 de abril de 2007 até às 10 semanas completas de gestação. Face à prevalência desta solicitação tentei compreender o que estaria na síntese de tantas IVG e pude verificar que, muitas vezes, prevalecia alguma dificuldade de marcação de consultas de planeamento familiar já que grande parte dos utentes inscritos naquele centro de saúde não possuíam médico de família. Baseada no parecer 50/2014³ da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna que atesta a autonomia do EEESMO para colocação e remoção de contraceptivos de longa duração, elaborei um Procedimento para a colocação e remoção destes dispositivos em utentes sem médico de família atribuído. Pude ainda implementar este procedimento e proceder à colocação e remoção de implantes contraceptivos e dispositivos Intra-Uterinos.

No Estágio em sala de partos pude intervir em situações de abortamento, aquando da vinda das utentes ao serviço de urgência e diagnóstico da situação. As utentes ficam transitoriamente internadas até executarem os procedimentos necessários ao esvaziamento uterino completo. Embora compreenda que a intervenção do EEESMO seja preponderante para a aceitação e transição pela situação, torna-se pesaroso defrontarmo-nos com a dor da perda de uma gravidez desejada.

Pude assim articular as Unidades de Competência “2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, 2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” e “2.3 — Providencia cuidados à

³https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_50_2014_Colocacao_de_DIU_IMPLANON_e_marcacao_de_CVG_de_Baixo_Risco_Assim_Gravida_DIAB.pdf

mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (OE, 2019, p. 13562).

O EC IV (Medicina Materno-Fetal), dedicado à aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de cuidado de enfermagem especializado à mulher/casal, no período pré-natal, em situação de risco materno-fetal podendo articular os Critérios de Avaliação “2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez”, “2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (OE, 2019, p.13562).

2.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Referente à unidade de competência nº3, o EEESMO “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina” (OE, 2019, p.13563). Indo ao encontro desta competência, durante o estágio tive a oportunidade de colaborar em 59 partos eutócicos, assistir a 12 partos distócicos (ventosa e fórceps) e 23 partos por cesariana, sendo que considero que, cada um, constituiu um momento único para a parturiente, para a pessoa significativa, e também para mim enquanto estudante e futura EEESMO. Pude também prestar cuidados de vigilância e assistência a RN sem patologias associadas (aprofundando os conhecimentos já desenvolvidos na minha prática profissional) e com patologias associadas nomeadamente, mães com doenças infectocontagiosas, RN com restrições de crescimento intrauterino e RN prematuros. Tive a oportunidade de prestar cuidados imediatos ao recém-nascido em situação de reanimação neonatal em colaboração com o pediatra (“3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina “[OE, 2019, p.13563]).

Relativamente ao trabalho de parto, de acordo com APEO & FAME (2009), o Plano de Nascimento consiste num documento escrito em que a mulher expressa os seus desejos e expectativas para o trabalho de parto e parto, servindo este de guia para os profissionais de saúde que a vão assistir nesses momentos. Durante o

estágio, várias parturientes se faziam acompanhar pelo mesmo. Após o contacto inicial tentei analisar, negociar e adaptar os planos de partos aos cuidados prestados na instituição [“3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2019, p.13563)]. Várias utentes solicitaram monitorização fetal intermitente, mas tal como expus aos casais, não foi possível porque institucionalmente é preconizada a monitorização contínua para a avaliação do bem-estar materno-fetal. Pude ainda assim, ir ao encontro de muitas expectativas dos casais nomeadamente manterem sempre o acompanhamento, ter o quarto com luminosidade reduzida e disponibilizar recursos para ouvirem música de acordo com as suas preferências, métodos não farmacológicos de alívio da dor (nomeadamente a hidroterapia), a livre movimentação pelo quarto e as básculas na bola de nascimento quando possível [“3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (OE, 2019, p.13563)]. Relativamente ao período expulsivo, foi-me solicitada pelas parturientes a adoção de posições verticais sendo que várias vezes tal foi possível e implementado.

Todo o TP decorria no mesmo espaço. A cama modifica-se para uma marquesa de partos, que facilita a adoção de posições verticais e acoradas para o período expulsivo. O acompanhante foi convidado a participar e foi incluído nos cuidados. Em relação ao segundo estágio do TP, promovi a proteção perineal, a clampagem tardia do cordão, sempre que possível, e respetiva laqueação pelo acompanhante. Incentivei igualmente o contacto pele a pele e a amamentação precoce, conforme preconizado pela OMS (2018) e indo de encontro às medidas do Hospital Amigo dos Bebés [“3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno” (OE, 2019, p.13563)]. Pude no decurso do estágio com relatório colaborar em 59 partos eutócicos, 19 com recurso a episiotomia e 21 com lacerações perineais (13 de grau I e 18 de grau II) e 19 mulheres tiveram períneos íntegros.

Durante a dequitação, adotei uma abordagem passiva sempre que possível. Agi em conformidade com as orientações da OMS em relação à episiotomia seletiva e procedi à perineorrafia, sempre que necessário [“3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.” (OE, 2019, p.13563)].

Após o parto, a puérpera, o RN e o acompanhante mantinham-se no mesmo

quarto, sendo a marquesa de parto novamente articulada para cama. Permaneciam sob vigilância no decurso do puerpério imediato. Era então iniciada a amamentação precoce, se possível. Esta fase compreendia também uma avaliação da transição para a parentalidade promovendo a vinculação e relação entre a tríade. Após a vigilância do puerpério imediato, a mãe e o RN eram transferidos para o serviço de internamento, sendo o transporte assegurado pela enfermeira e pela assistente operacional desse serviço [“4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte” (OE, 2019, p.13563)].

No decorrer deste estágio realizei visitas ao serviço de puérperas com a intenção de avaliar a experiência do casal em relação aos cuidados prestados consolidando a relação de confiança estabelecida na sala de partos. Procedi ao exame objetivo das puérperas e RN procurando avaliar a involução uterina, a perda hemática, a evolução da cicatrização e/ou integridade perineal. Realizei também a análise da adaptação do RN à mama analisando possíveis condicionantes e realizando ensinamentos pertinentes. Promovi a relação da tríade e referenciei situações anómalas.

Referente “3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (OE, 2019, p.13563) identifiquei e monitorizei a evolução do TP estando alerta para os sinais de risco e referenciando-os. Presenciei duas desacelerações dos batimentos cardíacos fetais de grande amplitude e recuperação lenta, tendo realizado as manobras correspondentes e que reverteram a situação. Noutra situação em que se verificou uma desaceleração mantida dos batimentos cardíacos fetais a mãe foi realizar cesariana emergente. Assegurei a sua monitorização e deslocação para o bloco operatório. Tive também uma situação de distócia de ombros que não consegui resolver, tendo alertado de imediato a equipa médica.

Relativamente à unidade de competência “3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.” (OE, 2019, p.13563) tive oportunidade de acompanhar grávidas com pré-eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, ameaças de parto prematuro e ruptura prematura de membranas.

2.2.2.1. O cuidar especializado no parto por cesariana e a promoção do direito ao acompanhamento

Tradicionalmente, os profissionais de saúde tendem a concentrar-se especificamente na saúde e no bem-estar da mãe e do feto/RN. Contudo, a gravidez, o parto e a parentalidade também geram mudanças físicas, sociais, emocionais e psicológicas nos pais. Atualmente, estes aspetos têm adquirido visibilidade e um número crescente de países tem vindo a formalizar o direito de acompanhamento dos pais em todas estas fases, e, em particular, no momento do nascimento (Steen, Downe, Bamford, & Edozien, 2012).

Os pais têm um papel vital no apoio às mulheres durante o processo, e isso, por sua vez, tem impacto a longo prazo na saúde e bem-estar da mãe, do bebé e da família. Assim, defender e apoiar o envolvimento dos pais durante a gravidez, o parto e na transição para a parentalidade é, também, uma responsabilidade dos profissionais de saúde que os acompanham (Steen et al., 2012).

Steen et al. (2012) procuraram contribuir para o conhecimento a respeito da importância da presença de um acompanhante durante o parto, focando a perceção dos pais e tendo concluído que a maioria se via como parceiro e pai, com um forte desejo de apoiar a sua parceira e de estar totalmente envolvido no processo de se tornar pai. No entanto, nos relatos das suas experiências de acompanhamento durante o parto eram, muitas vezes, caracterizados como não participantes, o que os remetia para um espaço indefinido tanto emocional quanto fisicamente. Os resultados do estudo sugerem, então, que os pais querem e procuram ter um papel mais ativo do que lhes é permitido pelos profissionais de saúde.

O meu percurso na promoção do acompanhamento em contexto de partos por cesariana foi árduo e muitas vezes inglório. Após a decisão clínica que o parto teria de ser distócico, a remoção do acompanhante da sala de partos para a sala de espera era quase imediata e muitas vezes era realizada pelas assistentes operacionais (em virtude de ser um procedimento instituído). O acompanhante aguardava na sala de espera (fora do BP) até que o fossem chamar novamente.

Neste contexto saliento algumas experiências que se pautaram pela diferença. Em 2 situações de partos com auxílio de ventosa, os pais permaneceram na sala e assistiram ao nascimento dos seus filhos. Apesar de terem sido partos mais interventivos, os pais referiram sentimentos de felicidade por poderem partilhar

aquele momento com a mãe, tranquilizando e encorajando-a durante o período expulsivo. Infelizmente estas duas situações pareceram ter ocorrido fruto de “esquecimento”. Verificando esta realidade do contexto clínico em que realizei o estágio e atendendo à evidência mapeada, e pela impossibilidade de conseguir que os pais permanecessem junto das parturientes nos partos distócicos, procurei planear e negociar estratégias para reduzir o tempo de ausência e a distância física do acompanhante em relação à sala de partos. Assim, propus à enfermeira chefe e à enfermeira orientadora, que os acompanhantes permanecessem à porta da sala de partos no decurso da distócia, para que pudessem entrar logo que a extração do RN fosse realizada, presenciando os seus primeiros minutos de vida. Tal foi permitido e os acompanhantes referiram, através de conversas informais, que a proximidade física os ajudava a compreender o que se estava a passar. Referiram também que também lhes foi possível ouvir logo o RN chorar o que contribuiu para que se sentissem mais tranquilos ainda antes de entrarem na sala.

Os profissionais de saúde estão numa posição ideal para se envolverem com os pais de forma positiva e autêntica, potenciando os interesses de todos. Os pais devem ser perspetivados e integrados como agentes ativos na jornada para a paternidade o que, por sua vez, terá impactos significativamente positivos na sua confiança, resiliência e valorização. Substituir a ótica de espectadores para participante central no processo maximiza os benefícios para a mãe, o bebé, o pai e toda a família (Steen et al., 2012), sendo a informação fundamental em todo este processo.

Relativamente ao parto por cesariana e à promoção do acompanhamento, apesar do Decreto de Lei que legisla este acompanhamento ser do conhecimento de todos os profissionais, as práticas a que pude assistir não foram homogéneas. Pude constatar que a prática do acompanhamento em cesarianas é restringida por algumas equipas ou por alguns médicos. Na totalidade pude presenciar 4 cesarianas eletivas e 1 cesariana de baixo risco (por suspeita de incompatibilidade feto-pélvica) nas quais foi permitida a presença do acompanhante. Nas restantes, esta presença foi negada apesar da manifestação de vontade dos envolvidos. Foi-me ainda possível verificar que nos processos clínicos das utentes, por vezes não havia menção à solicitação destas nem ao motivo de recusa, algo que segundo o Despacho nº5344-A/2016 deverá estar registado.

No contexto descrito, procurei implementar intervenções com o objetivo de

promover experiências positivas nos partos por cesariana. Longworth e Kingdon (2011) sugerem intervenções específicas neste âmbito, que visam melhorar a experiência do acompanhante face a um parto por cesariana, nomeadamente: 1) preparar a mãe e o acompanhante para a eventualidade de ocorrência de cesariana (cursos de preparação ou outras atividades informativas/formativas); 2) promover, sempre que possível, a presença do acompanhante no bloco operatório ou nas imediações, de forma a otimizar a comunicação com os profissionais de saúde relativamente à atualização do estado de saúde da mãe e do feto/RN; e 3) estabelecer padrões de comunicação concisos, nos momentos antes, durante e após a cesariana, informando constantemente o acompanhante (Longworth & Kingdon, 2011). Com o apoio da equipa multidisciplinar, tentei que o acompanhante aguardasse durante a cesariana num corredor contíguo ao bloco operatório, de forma a que mais celeremente fosse informado do decorrer da intervenção. A meio do estágio solicitei às equipas médicas mais “permeáveis” que o acompanhante pudesse assistir ao nascimento do RN através da janela do bloco operatório. Assim, estariam no referido corredor e na altura do nascimento do RN seriam convidados a assistir, visualizando através da janela da porta do bloco operatório. Propus ainda que nos casos em que fosse essa a vontade da parturiente, o acompanhante poderia fazer contacto pele a pele com o RN na sala denominada como recobro de puérperas. De referir que o hospital promove o contacto pele a pele do RN com a mãe em contexto de cesariana.

Concluindo, a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o parto por cesariana deve potenciar beneficemente a experiência do acompanhante, devendo, para tal, a atuação incluir este elemento como foco de intervenção. É fundamental que ocorra um investimento na clarificação, à partida, da necessidade da realização da cesariana, em simultâneo com a avaliação das necessidades psicológicas de acompanhamento, quer da mãe quer do acompanhante (Fletcher, Vimpani, Russell, & Sibbritt, 2008; Johansson, Fenwick, & Premberg, 2015).

Assim, em virtude da evidência científica mapeada e no âmbito prático do estágio, planeei e dinamizei uma sessão dirigida à equipa de saúde já previamente referida. Neste sentido, tive como objetivo promover a reflexão sobre o exercício do direito ao acompanhamento nos partos por cesariana, articulando de forma dinâmica as possibilidades e constrangimentos nas perspetivas dos autores e dos enfermeiros

presentes, tentando adequar a evidência apurada ao contexto do EC.

A mobilização da evidência científica na prática procurou sempre promover a humanização dos cuidados de saúde prestados. Esta humanização passou, também pelo respeito pelas decisões, crenças e sentimentos das mulheres e pela adoção de práticas que respeitem a sua individualidade (Machizawa & Hayashi, 2012). Wagner (2007, cit. por Machizawa & Hayashi, 2012) apontou quatro características de um nascimento humanizado, as quais convergem com a abordagem que adotei para o estágio: 1) um ambiente no qual a parturiente possa tomar as decisões envolvidas no TP; 2) serviços de maternidade baseados na comunidade; 3) colaboração harmoniosa entre a equipa de prestação de cuidados; e 4) cuidados de saúde baseados na evidência e cientificamente consistentes. Contudo, estas são apenas orientações, sendo que o processo de nascimento não deve ser limitado a critérios definidos e protocolados que ignorem a especificidade das situações e dos envolvidos. Esta fase deve ser compreendida pelo seu carácter transitório quer para a mulher como para o seu acompanhante e restantes familiares. Assim, os prestadores de cuidados devem procurar ouvir a voz da mulher, tentando compreender as suas preferências e preocupações e responder-lhe com base numa abordagem personalizada e flexível. Assim, os cuidados de saúde devem ter como protagonistas as parturientes e os acompanhantes e não os profissionais de saúde (Machizawa & Hayashi, 2012).

2.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Foi durante o EC II (puerpério) e no EC III o estágio com relatório que houve oportunidade de desenvolver esta competência. No EC II existiu a oportunidade de promover a saúde da mulher e do RN/família no período pós-natal através da prestação de cuidados com especial ênfase na educação para a saúde dirigida à puérpera e ao acompanhante. Com o objetivo da promoção e da manutenção da saúde, foram abordadas várias temáticas, nomeadamente:

- Cuidados no pós-parto, onde foram abordados temas como a alimentação, exercício físico e repouso, reinício da atividade sexual, contraceção, cuidados de higiene perineais, prevenção e identificação de sinais de hemorragia e de infeção da episiotomia/perineorrafia ou suturas operatórias e consulta de revisão do pós-parto;

- Amamentação, onde se incidiu sobre os cuidados com as mamas e no apoio à amamentação;

- Cuidados ao RN, onde foi abordado o tema do banho, limpeza do coto umbilical e sinais de infeção, eliminação vesical e intestinal, massagem para as cólicas, mudança de fralda, manobra em situação de engasgamento, transporte do RN em segurança;

- Informar e realizar do rastreio auditivo ao RN e o rastreio para despiste da cardiopatia congénita grave;

- Informar sobre o registo do RN;

- Informar sobre vacinação do RN;

- Informar sobre o Teste de Guthrie a realizar entre o 3º e o 6º dia de vida, no Centro de Saúde ou no domicílio;

- Informar e orientar a puérpera/casal sobre recursos disponíveis passíveis de responder às suas necessidades e do RN (Centro de Saúde, linha SOS Amamentação, Cantinhos da Amamentação), promovendo deste modo a decisão esclarecida e a continuidade de cuidados aquando da alta hospitalar.

No período pós-parto realizei visitação domiciliária no âmbito do EC III e execução do Teste de Guthrie no domicílio. Tal revelou-se extremamente enriquecedor pois podemos avaliar a envolvimento familiar com o RN. A visitação domiciliária facilita o acesso e a proximidade, garante os cuidados, permite implementar o processo de enfermagem prestando os cuidados mais adequados a cada puérpera/RN/família (OE, 2019).

No âmbito do estágio com relatório procurei promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal ao abrigo da unidade de competência 4.1. (OE, 2019). Assim, privilegiei o período de puerpério imediato como momento sereno de partilha, vinculação e adaptação ao processo de transição para a parentalidade. Procurei também transmitir algumas informações importantes nomeadamente sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN após a alta, sinais e sintomas de alarme no RN, sexualidade e contraceção no período pós-parto. Da mesma forma, procurei desenvolver intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, novamente remetendo ao encaminhamento para os recursos na comunidade após a alta (nomeadamente o recurso ao cantinho da amamentação do próprio hospital).

No decurso do EC pude acompanhar uma utente com um feto-morto às 37

semanas. Apesar de não ter tido oportunidade de colaborar no parto pude ir ao encontro do critério de avaliação “4.3.1. *Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.*” (OE, 2019, p.13564) e “4.3.7. *Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal.*” (OE, 2019, p.13564), tendo proporcionado que os pais vissem e tocassem no feto e tendo disponibilizado recordações (pulseira de identificação, gorro, cartão coma marca do pé). Atualmente, as guidelines sobre as boas práticas recomendam que a todos os casais deve ser oferecida a possibilidade de ver e ter contacto com o bebé após o processo de abortamento. Este momento é para muitos casais o único ritual fúnebre a que têm acesso, sendo uma oportunidade para criar memórias positivas e duradouras, assim como reconstruir e integrar mais facilmente a perda nas suas vidas (Koch, 2014).

PARTE III - ASPECTOS ÉTICOS E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

Existe uma multiplicidade de questões éticas associadas ao parto, nomeadamente no âmbito da autodeterminação das mulheres e dos acompanhantes.

Beauchamp e Childress (2009, citados por Torres & De Vries, 2009) definem o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça como os quatro princípios bioéticos que devem orientar as deliberações sobre a prática adequada, quer no âmbito da investigação, quer no âmbito clínico. Ressalta-se que estes princípios constituem uma adaptação de trabalhos anteriores, sendo que o respeito pelas pessoas foi alterado para respeito pela autonomia. Tal deve-se à necessidade de obtenção de consentimento informado por parte do utente, estando este dependente da compreensão e da aceitação da prática em causa (Torres & De Vries, 2009). No âmbito do meu estágio, refleti sobre o conceito do consentimento informado, concluindo que, muitas vezes, não é fornecida informação que permita uma tomada de decisão informada. Os protocolos estabelecidos são baseados num paciente tipo, e ignoram as particularidades sociais, religiosas e morais dos envolvidos. Outro aspeto importante, e que por vezes é negligenciado, diz respeito à forma como as informações são transmitidas, especialmente no que diz respeito aos riscos associados às intervenções (Torres & De Vries, 2009).

A preservação da dignidade de uma mulher durante o parto é uma preocupação ética fulcral ao desenvolvimento da atividade em enfermagem, devendo contribuir para que a mesma mantenha, tanto quanto possível, o nível de controlo que deseja (Torres & De Vries, 2009). Assim, respeitar a mulher como um ser humano e garantir que a experiência do TP seja gratificante e fortalecedora é absolutamente essencial.

De Marco, Thorburn e Zhao (2008) apontam que uma em cada cinco mulheres sofreram discriminação durante a fase pré-natal, do parto ou do nascimento. Refletindo na especial vulnerabilidade da mulher nestas fases, o facto de estar ou não acompanhada poderá ser um fator a considerar no âmbito deste tipo de perceção. Dado isto, os EEESMO devem, de uma forma geral, desenvolver competências para lidar com este tipo de situação, de forma a proporcionar-lhe a melhor resposta possível e promovendo sempre o bem-estar da mãe e feto/RN.

No mesmo sentido, a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o parto, deve ser focada na valorização das relações e do ato de cuidar. Para tal, os profissionais de saúde devem procurar garantir processos de tomada de decisão equitativos, bem como a excelência dos cuidados, reconhecendo o seu próprio papel na criação de conhecimento e na formulação de políticas inclusivas (Newnham & Kirkham, 2019).

Existem sempre oportunidades de melhorar os cuidados desde o período de concepção e vigilância até ao nascimento, e tal pode ter ramificações abrangentes nas experiências que ocorrem no TP. Uma das implicações óbvias para a prática aprendida neste percurso foi, portanto, melhorar as vias de comunicação entre todos os elementos da equipa de saúde e os futuros pais. A falta de preparação e comunicação foram apontadas como geradoras de experiências negativas para os pais após parto por cesariana (Johansson & Hildingsson, 2013). Este fato logicamente melhoraria ou pelo menos seria mitigado parcialmente após um aprimoramento das práticas de comunicação da equipa de saúde.

No decurso do EC verifiquei também a carência de processos educacionais e a preparação para os pais nos períodos pré-natal, perinatal e pós-parto para situação de partos por cesariana. Quando questionados, a maioria dos pais identificaram-se a si próprios como cuidadores primários dos RN e cônjuges, mas expressaram dificuldades em compreender a especificidade do período pós-cesariana. Da mesma forma que o parto por cesariana não tinha sido explorado nos momentos educativos da gravidez (consultas, preparação para parentalidade), os cuidados pós-cesariana também foram omitidos.

Sendo esta temática de elevada complexidade por estar diretamente relacionada com uma tomada de decisão da classe médica, tornou-se intrincada a promoção da presença do acompanhante em contexto de cesariana. Apesar de estar legalmente consagrada, a realidade é que tal prática ainda permanece à consideração individual dos clínicos que vão fazer o procedimento e, existindo pareceres pouco favoráveis das Mesas do Colégio das especialidades, tal escuda a decisão de cessar o acompanhamento. Esta oposição apenas pode ser mitigada com a abordagem crescente deste tema, com a promoção dos direitos das parturientes e familiares e com a desmistificação junto da equipa multidisciplinar da presença do acompanhante no bloco operatório. Afinal, o nascimento é um momento que pertence aos pais e não aos profissionais de saúde, apenas carece da sua

colaboração.

Quer no âmbito teórico quer no prático, todo o percurso se regeu de acordo com a competência própria do EEESMO de agir “consistentemente de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos” (ICM, 2010, p. 4). Assim, no sentido de legitimar a minha atuação, procurei aliar a mobilização do conhecimento para a prática, tendo por base os aspetos éticos e legais que regem a atuação de um profissional de enfermagem (e, especificamente, do EEESMO), atuando de forma adequadamente reflexiva com outros profissionais e com as parturientes e os seus acompanhantes.

PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem visa o cuidado dos pacientes baseado em conhecimento relacionado com as estratégias terapêuticas que permitem aos profissionais selecionar os tipos de ação mais frutíferos e os melhores pontos de intervenção para atingir as metas desejadas de manutenção ou promoção da saúde (Chick & Meleis, 1986).

Tal como acontece com todas as interações pessoa-ambiente, nem os processos nem os resultados são determinados inteiramente por variáveis individuais ou ambientais, dado que diferentes conjuntos de fatores podem ser dominantes em vários pontos no tempo. Uma transição resultante do parto pode levar a consequências relacionadas com a saúde, na forma de sintomas biofísicos ou psicossociais, nos quais é muito importante a intervenção da enfermagem.

As atividades que desenvolvi no meu percurso de desenvolvimento de competências, reiteraram a necessidade de continuar a desenvolver o corpo de conhecimento relativo ao parto por cesariana explorando, de forma culturalmente consciente, o direito ao acompanhamento e os efeitos do mesmo. Teoricamente, existem quatro dimensões subjacentes ao apoio que as mulheres desejam no parto: apoio emocional, apoio informacional, apoio físico e defesa de direitos (Iliadou, 2012). Assim, o suporte emocional, tangível e informativo está positivamente relacionado com a saúde mental e física da mãe na fase do parto, especialmente no caso da cesariana, em que a sua perceção de controlo tende a ser comprometida. A importância dos vários tipos de apoio muda com as alterações das necessidades das mulheres à medida que elas se aproximam do parto e do período pós-parto, sendo que o acompanhante tem um papel fundamental neste suporte. Este estágio destacou a importância de refletir sobre a plena experienciação deste papel e sobre a participação do EEESMO para o promover. Assim, realça-se a inclusão dos maridos, parceiros e da estrutura familiar social e/ou comunitária nos cuidados da parturiente, e da sua fulcralidade para que esta se sinta segura e os resultados dos cuidados de maternidade sejam bem-sucedidos. A inclusão dos acompanhantes na prestação de cuidados, mediante a vontade expressa da parturiente é fundamental para a satisfação da mulher/acompanhante/família.

O estágio é uma parte importante da educação em enfermagem, capacitando

os futuros profissionais através do desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e clínicas. Assim, através da formação em enfermagem, os estudantes podem aprender e apreender os conhecimentos e as habilidades necessárias para o seu futuro desempenho profissional (Heidari & Norouzadeh, 2015).

Através da reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem, e de forma convergente com a literatura, considero que o estágio me promoveu a conscientização sobre a segurança do paciente e o desenvolvimento de atitudes profissionais e éticas e de competências técnicas e relacionais. Assim, as atividades de acompanhamento que realizei e a reflexão inerente às mesmas, permitiram-me desenvolver competências ao nível do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN. Considero, o estágio otimizou a articulação dos meus conhecimentos teóricos com a riqueza e a complexidade da prática clínica, implicando ainda o desenvolvimento das minhas capacidades de comunicação, resolução de problemas, tomada de decisão e integração ética (Sezer, 2018). Na prática, a teoria e a evidência científica foram mobilizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO.

Ao longo dos últimos 30 anos, as organizações de saúde tiveram múltiplas transformações no que respeita à exigência dos cuidados que prestam, fruto do rápido crescimento tecnológico e do desenvolvimento e partilha do conhecimento científico. Neste complexo e mutável ambiente de prestação de cuidados, os profissionais de enfermagem necessitam de pensar permanentemente e desenvolver habilidades que permitam a resolução de problemas reais ou potenciais, através de um efetivo julgamento clínico e uma eficaz tomada de decisão (Higgs & Jones, 2000).

Neste âmbito de prática acompanhada, valorizei especialmente as oportunidades de reflexão e de partilha de experiências com profissionais de enfermagem e de outras áreas e com outros estudantes e docentes que me proporcionaram contributos importantes para a análise das minhas experiências e aprendizagens.

A promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos com foco no exercício do direito ao acompanhamento nos partos por cesariana foi neste âmbito, uma atividade de continua reformulação, que me levou não só à exploração dos meus conhecimentos e das competências necessárias (em conjunto com a equipa multidisciplinar) mas, também, à (re)construção de estratégias para a sua

concretização. Entre as estratégias adotadas realço a importância dos planos de parto e de uma atuação suportada nos mesmos.

A realização deste estágio e do respetivo relatório foi fruto de um trabalho que foi ao encontro das minhas expectativas e necessidades tanto a nível profissional como pessoal, permitindo-me a aquisição de competências como futura EEESMO. De acordo com Craig e Smyth (2004), os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de aumentar os seus conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde, no decurso da sua prática, de modo a desenvolverem as suas competências, procurando a melhoria dos cuidados prestados e promovendo o bem-estar dos sujeitos. Assim, de uma forma geral, e de acordo com os objetivos de aprendizagem e desenvolvimento inicialmente estabelecidos e o desenrolar teórico e ético abordados, assim como as reflexões suscitadas e explicitadas ao longo deste relatório, evidencia-se o desenvolvimento de competências segundo os seguintes critérios de avaliação:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019, p. 2):

- 1.2.3. "Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem";

Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019, p. 5):

- 3.1.1. "Atua de acordo com plano de parto estabelecido pela mulher (...)";
- 3.1.3. "Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos";
- 3.1.4. "Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos";
- 3.2.1. "Identifica e monitoriza o trabalho de parto";
- 3.2.2. "Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação";
- 3.3.1. "Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos".

Ao longo de todo o percurso fui fazendo reflexões periódicas sobre a minha evolução e sobre as minhas necessidades de aprendizagem. De uma forma geral, senti que estava bem integrada no contexto de estágio e fui sempre encorajada a

expor e a esclarecer as minhas dúvidas, tendo toda a equipa mostrado disponibilidade para me acompanhar e suportar o meu progresso. Neste sentido, reconheço ainda o ambiente de trabalho e a cultura organizacional de interajuda e de colaboração como fatores potenciadores do meu desenvolvimento de competências, ilustradas pelos indicadores de avaliação em que me baseei para fazer este balanço. Assim, o estágio foi, sem dúvida, uma experiência que contribuiu grandemente para o meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris E, Munn Z (Editors)(2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, Acedido em: 10/02/2019. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Associação Portuguesa de Bioética (2008). *Parecer nº P/12/APB/08 sobre o Direito de Escolha da Via de Parto*. Acedido em: 10/06/2018. Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253989estudo_12.pdf.
- Associação Portuguesa de Bioética (2010). *Carta dos direitos do utente dos serviços de saúde*. Acedido em: 10/06/2018. Disponível em: <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1334242321carta.pdf>.
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (2017). *Entrevista ao Jornal O Público*. Acedido em 10/06/2018. Disponível em : <https://www.publico.pt/2017/03/22/sociedade/noticia/pais-podem-assistir-a-cesarianas-mas-ordem-dos-medicos-esta-contra-1766054>
- Associação Portuguesa de Enfermagem Obstétrica (APEO) (2008). *Modelo do Plano de Nascimento*. Acedido em: 12/02/2015. Disponível em http://www.apeobstetras.org/docs/APEO_FAME_PLANOparto2008.pdf.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X Coimbra.
- Bergeron, V. (2007). *The ethics of cesarean section on maternal request: A feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery*. *Bioethics*, 21(9), 478–487.
- Brandão, Sónia (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Caramanica L, Maljanian R, McDonald D, Taylor SK, MacRae JB, Beland DK. (2002). *Evidence-based nursing practice, Part 1: a hospital and university collaborative journal* ;32(1):27-3
- Carvalho, M. (2003). *Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais*. *Cadernos Saúde Pública*, 19(2), 389-398.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern*. Em P.L. Chinn (Ed.) *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Acedido em: 01/06/2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). *Tipo de parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação*. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XXVI(6), 265-306.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). *Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP)*. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187.
- Craig, J., & Smith, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. (2005). *Sicily statement on evidence-based practice*. *BMC Med Educ*.;5(1):1
- De Marco, M., Thorburn, S., & Zhao, W. (2008). *Perceived discrimination during prenatal care, labor, and delivery: An examination of data from the Oregon pregnancy risk assessment monitoring system, 1998–1999, 2000, and 2001*. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1818–1822.
- Decherney, A. (2007). *Current Obstetric & Gynecological Diagnosis & Treatment* (10th Ed). London: Mc Graw-Hill.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco*. Acedido em: 01/02/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2007). *Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo*. Acedido em: 20/05/2019. Disponível em http://www.portaldasauade.pt/nr/ronlyres/45e9069c-d6e4-416f-aedd06b4b3ef7198/0/guiainformativoivg_dgs.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma e Orientações sobre aspetos técnicos relacionados com a cesariana* [online]. Acedido a 06/06/2019 em <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-e-orientacoes-sobre-aspetos-tecnicos-relacionados-com-a-cesariana.aspx>
- DR, 1^a Série (21 de março de 2014). *Regulamento do Direito ao Acompanhamento*, nº 15/2014.
- DR, 1^a Série (6 de julho de 1985). *Direito ao Acompanhamento da Mulher Grávida em trabalho de Parto*, n.º14/1985.

- DR, 2ª Série (6 de Fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro Especialista*, nº 140/2019.
- DR, 2ª Série (3 de Maio de 2019). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*, nº 391/2019.
- DR, 2ª Série (19 de abril de 2016) Despacho nº.5344-A/2016 publicado em Diário da República nº 76/2016, 1º Suplemento.
- DR, 1.ª série (16 de setembro de 2015) *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, N.º 181 Lei nº 156/2015
- Elmir, R., & Schmied, V. (2016). *A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic*. *Midwifery*, 32, 66-74.
- Ferrari, J. (2012). *A autonomia da gestante e o direito à cesariana a pedido*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). *Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas*. *Análise Psicológica*, 2(XX), 203-213.
- Fletcher, R., Vimpani, G., Russell, G., & Sibbritt, D. (2008). *Psychosocial assessment of expectant fathers*. *Archives of women's mental health*, 11(1), 27-32.
- Gaut, D. A., & Boykin, A. (Eds.). (1994). *Caring as healing: Renewal through hope*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Graça, L.M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Heidari, M. R., & Norouzadeh, R. (2015). *Nursing students' perspectives on clinical education*. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 3(1), 39.
- Higgs, J., & Jones, M. (2000). *Clinical reasoning in the health professions*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Hospital Particular do Algarve, (2018). *Nascer no Hospital Particular do Algarve*. - Acedido em 10/01/2019. Disponível em: <http://www.hpalg.com/pt/servicos/maternidade>
- ICM (2010). *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería*. Documento revisto em 2013. Acedido em 06/06/2019. Disponível em www.internationalmidwives.org.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2018). *Essential Competencies for*

Basic Midwifery Practice. Acedido em 10/01/2019. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>.

Iliadou, M. (2012). *Supporting women in labour*. Health science journal, 6(3), 385.

Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estatísticas da Saúde 2017*. Acedido em 10/06/2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2

Johansson, M., & Hildingsson, I. (2013). *Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction*. *Women and Birth*, 26(3), 195-201.

Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, Å. (2015). *A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby*. *Midwifery*, 31(1), 9-18.

Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). *Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section*. *Midwifery*, 29(9), 1041-1049.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., (1993). *Mothering the mother: How a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Massachusetts: Perseus.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Koch, M. C. (2014). *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

Longworth, H. L., & Kingdon, C. K. (2011). *Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study*. *Midwifery*, 27, 588-594.

Machizawa, S., & Hayashi, K. (2012). *Birthing across cultures: Toward the humanization of childbirth*. Westport: Praeger.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). *Transition theory*. New York: Springer Publishing Company.

Messner, E. R. (2018). *Overview of Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth*. *International Journal of Childbirth Education*, 33(1), 38-43.

- Monteiro, M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). *Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth*. *Nursing ethics*, 1-11.
- OE & APEO. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 24/06/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer sobre Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Familiar, Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, para o exercício da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido*. Concelho de Enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem do Médicos, (2016). *Presença parental na sala do bloco operatório*. Acedido em 20/04/2018. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/presenca-parental-na-sala-do-bloco-operatorio/>
- Organização Mundial da Saúde (1996). *Maternidade segura, assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Declaração da OMS sobre as taxas de cesariana*. Acedido em: 20/04/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Novas recomendações da OMS sobre o parto*. Acedido em: 20/04/2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>.
- Perdomini, F. R. I.; Bonilha, A. L. L. (2011). *A participação do pai como acompanhante da mulher no parto*. [Dissertação de pós graduação em Enfermagem- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)] publicado em Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011 Jul- Set; 20(3): 445-52
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Methodology for JBI scoping reviews*. In The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute, 1-24

- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, M^a Anabela Ferreira (2017). *Documento orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*
- Sezer, H. (2018). *How should clinical education be in nursing education?* Journal of Nursing Research and Practice, 2(1), 1.
- Sociedade Portuguesa de Bioética (2008). *Parecer N.o P/12/APB/08 sobre o direito da escolha da via de parto*. Acedido em: 22/01/2015. Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280253989estudo_12.pdf.
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). *Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care*. Midwifery, 28(4), 422–431.
- Torres, J. M., & De Vries, R. G. (2009). *Birth ethics: what mothers, families, childbirth educators, nurses, and physicians should know about the ethics of childbirth*. The Journal of perinatal education, 18(1), 12.
- World Health Organization (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva; 2015 (WHO/RHR/15.02). Acedido em 02/08/2019, Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;sequence=1
- World Health Organization (2018). *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience..* Acedido em 02/08/2019 Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215e/ng.pdf;jsessionid=36C75F9A4FE04E49BDC258F616B78EF0?sequence=1>

APÊNDICE 1

O cuidar especializado no parto por cesariana e a promoção do direito ao acompanhamento: uma *Scoping Review*.

BACKGROUND

O cuidado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia assenta na premissa de que a gravidez e parto são acontecimentos fisiológicos (ICM, 2013). Neste período muitos dos casais procuram informação que os ajude a prepararem-se para o nascimento do seu filho e a sentirem-se mais seguros e confiantes. É inequívoco que a presença do pai, acompanhando a evolução do trabalho de parto, apoiando a parturiente, tem efeitos positivos na construção do vínculo entre o pai e o RN e na satisfação da mulher/família com o momento do nascimento (Perdomini & Bonilha, 2011) trazendo benefícios e gerando recordações positivas e únicas. No caso dos partos por cesariana, a presença do acompanhante pode proporcionar ao pai um primeiro contacto com o bebé real logo após o nascimento e promover a sua participação nos cuidados prestados nas primeiras horas de vida, o que pode contribuir para a aproximação pai/filho e para o desenvolvimento do sentimento de responsabilidade (Brandão, 2009). A institucionalização da assistência no trabalho de parto ambicionou a diminuição das taxas de morbidade e de mortalidade materna e perinatal. Porém, o desenvolvimento de uma prática muito interventiva e biomédica que contribuiu para uma melhoria dos resultados maternos e perinatais, também originou uma assistência despersonalizada e a progressiva insatisfação das parturientes (OE & APEO, 2012).

Para Benner a prática baseada na evidencia é “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2001, p. 12), e procurando o seu desenvolvimento realizei uma *Scoping Review* com base na questão elaborada segundo a mnemónica PCC (Aromataris, E. & Munn, Z. , 2017) “Quais as experiências dos pais no exercício do direito ao acompanhamento no parto por cesariana?”

A opção específica pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se por

este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters, Godfrey & McInerney, 2015).

Desta forma, através da elaboração desta *Scoping Review* pretende-se mapear a evidência disponível sobre o exercício do direito de acompanhamento da grávida/parturiente. O tema suscitou especial interesse pelo seu impacto na saúde da mulher e da família, na vinculação da tríade e no processo de transição para a parentalidade. Através da análise documental tentou-se também identificar os fatores mediadores de experiências positivas em partos por cesariana.

Com a análise deste tema pretendi promover a reflexão sobre a problemática, contribuir para a humanização de cuidados e clarificar o foco de interesse para o desenvolvimento de competências no decurso da realização do estágio com relatório.

Neste contexto, foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e no Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid, no sentido de encontrar protocolos de *scoping reviews* ou revisões que aludissem à temática, contudo, os mesmos não foram encontrados.

O procedimento metodológico utilizado foi o proposto no manual de *scoping review* do Joanna Briggs Institute (Aromataris, E. & Munn, Z., 2017).

QUESTÃO DE REVISÃO

A questão da revisão foi construída segundo a mnemónica PCC, em que o [P] corresponde a População, o [C] ao Conceito e [C] ao Contexto traduzindo-se na questão “Quais as experiências dos pais (população) no exercício do direito de acompanhamento (conceito) nos partos por cesariana (contexto)?”

OBJETIVOS

Os objetivos da presente *scoping review* são: mapear as experiências dos pais no exercício do direito de acompanhamento nos partos por cesariana.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No quadro 1 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos textos da revisão. Estes dizem respeito aos participantes; conceito; contexto; tipo de texto; data de publicação; idioma de publicação e disponibilidade do texto.

Quadro 1. Apresentação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos textos da revisão.

Crítérios de selecção

	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
PARTICIPANTES	país	-
CONCEITO	Exercício do direito ao acompanhamento	-
CONTEXTO	Partos por cesariana	Outros tipos de parto
TIPO DE TEXTO	Todo o tipo de literatura existente (revisões da literatura; estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento; opiniões de peritos; reflexões críticas; guidelines; relatórios; estudos de caso, outros)	-
DATA DE PUBLICAÇÃO	Entre janeiro de 2013 e julho de 2019.	Anterior a janeiro de 2013.
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO	Português, Inglês.	Documentos cujo idioma não seja o Português ou Inglês
DISPONIBILIDADE DO TEXTO	<i>Full text</i>	Ausência de <i>full text</i>

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa adotada pretendeu encontrar documentos publicados e não publicados. Assim foi desenvolvida inicialmente uma pesquisa com descritores em linguagem natural “*caesarean section*”, “*father*” e “*experiences*” na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health*) Plus *with Full Text* e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) *with Full Text*.

Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados CINAHL, recorreu-se ao CINAHL *Headings* para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas OR e AND foram encontrados 63 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2013-2019, a língua ser portuguesa ou inglesa e a existência de disponibilidade do texto em *full text* resultaram 3 estudos. Pela leitura do título e do resumo dos 3 estudos encontrados, 2 reuniam os critérios de inclusão e integraram a revisão. A pesquisa realizada na base de dados MEDLINE seguiu o mesmo procedimento metodológico. Como tal, recorreu-se ao MeSH2015 por forma a encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas OR e AND foram encontrados 65 estudos. Aplicando os limitadores de pesquisa já referidos, resultaram 2 estudos. Pela leitura do título e do resumo, e excluindo os estudos repetidos, dos 2 estudos encontrados, um deles cumpriu os critérios de inclusão e integrou a revisão.

Consultei também, as bases de dados b-On, ScienceDirect, Google Scholar, Cochrane, Scopus, Isi Web of Knowledge e a literatura cinzenta. Nas bases de dados CINAHL Plus *with Full Text* e MEDLINE *with Full Text* efetuei ainda uma pesquisa com descritores indexados.

Ainda relativamente a documentos publicados, foi realizada pesquisa no *Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid*, utilizando um procedimento metodológico semelhante. Pela especificidade da base de dados, não se verificaram documentos de relevância. No que respeita a documentos não publicados, utilizando os termos de pesquisa supracitados, foi feita pesquisa na base

de dados do centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e no Google Académico. Na base de dados do centro de documentação da ESEL, não foram encontrados documentos que cumprissem os critérios de inclusão. A pesquisa efetuada no Google Académico conduziu à biblioteca digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, base de dados onde constava uma Tese de Doutoramento que reunia os critérios de inclusão e que integrou a revisão.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os quatro documentos selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram sujeitos a leitura na íntegra. Esta leitura foi efetuada com o intuito de obter uma compreensão global de cada um deles. Nos quadros 2, 3, 4 e 5 que se seguem, estão expostas as características dos documentos incluídos na presente *scoping review*. Cada quadro apresenta os dados de cada documento analisado (por ordem cronológica de publicação do documento) com os seguintes campos de extração: o autor/ano de publicação; o tipo de texto/metodologia; os objetivos; os participantes e os resultados.

Quadro nº 2 Apresentação dos dados do documento: “*Overview of Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth*”⁴

Autores e ano de publicação	Messner, Eric Robert. (2018)
País	Estados Unidos da América (Pensilvania)
Tipo de estudo / Metodologia	Estudo fenomenológico. Foram realizadas entrevistas com questões abertas de forma a que os participantes descrevessem as experiências mais marcantes durante o parto por cesariana.

⁴ Messner, E. R. (2018). Overview of Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth. *International Journal of Childbirth Education*, 33(1), 38-43.

Objetivos	Analisar a experiência dos pais na sua transição para a paternidade, após um parto por cesariana no pós-parto e período perinatal.
Participantes	Quatro pais cujo recém-nascido nasceu por cesariana.
Intervenção	<p>O cenário para a colheita de dados foi um local de encontro mutuamente acordado ou nas residências dos participantes a seu pedido. A privacidade durante a entrevista foi mantida para garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Os potenciais participantes foram abordados enquanto ainda estavam no hospital durante pós-parto imediato, ou pais que manifestaram interesse no estudo foram contactado por telefone através de um número de contacto fornecido. O pesquisador explicou o natureza e propósito do estudo no contato inicial e pediu ao pai para ler o consentimento informado e assinar o documento, se estiver disposto a participar. Os participantes foram contactado mais tarde para estabelecer um horário e local da reunião para uma entrevista em profundidade no prazo de um mês após a cesariana. As entrevistas duraram pelo menos uma hora, mas não mais de duas horas para cada participante. Foi permitido aos participantes informar o seu parceiro da participação no estudo, mas foi utilizado um local de entrevista particular para que pudessem discutir abertamente experiências.</p>
Resultados	<p>Surgiram, após a interpretação das entrevistas, temas dominantes relativamente aos partos por cesariana:</p> <ul style="list-style-type: none">- Expectativa de um parto natural - Todos os participantes compartilharam uma expectativa de ter um parto natural. Todos os participantes realizaram preparação para o nascimento, mas nenhum destes se preparou para a possibilidade de ocorrência de um parto

por cesariana.

- Quebras de comunicação recorrentes – todos os participantes referiram quebras na comunicação com a equipa de saúde. Os participantes afirmaram que teriam sentido menos ansiedade se tivessem tido a oportunidade de discutir a necessidade da cesariana.

- Cesariana encarada como montanha-russa emocional – o sentimento expresso de andar de montanha-russa emocional foi muito prevalente em todas essas histórias. As emoções para esses participantes variaram bastante, desde o apogeu de o nascimento iminente de seu filho e a sensação de que estão prestes ser novos pais em contraste com a raiva e, em seguida, preocupação de esperar sem saber, ou medo pela segurança do filho e esposa. Muitos desses altos e baixos emocionais pareciam ser agravados pela falta de comunicação e explicação do que estava a suceder.

- Despertar para os desafios da transição para a parentalidade - após o nascimento surgiu uma relação de apego crescente que era evidente nas narrativas. O regresso ao lar e à vida doméstica apresentou um novo despertar para os desafios de ser pai e tudo o que isso implica. Em primeiro lugar, a questão do cuidado infantil, agravado pelo fato de o cuidador primário planeado (a mãe) ser agora uma paciente de um pós-operatório que também precisa de apoio e cuidados.

- Resolução da memória e ultrapassar a situação - surgiu como um tema recorrente, pois os pais refletiram sobre o nascimento de seu filho por cesariana e chegaram a um entendimento com as suas experiências. Todos eles relataram que era preciso melhorar a educação no processo de preparação das famílias para a

	possibilidade de um parto por cesariana. Afirmaram que essa omissão no planeamento dificultou bastante sua transição para o papel de pais e aumentou a ansiedade durante o período pós-parto.
--	---

Quadro nº 3 Apresentação dos dados do documento: “*Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section*”⁵

Autores e ano de publicação	Margareta Johansson, Ingegerd Hildingsson, Jennifer Fenwick (2013)
País	Suécia
Tipo de estudo / Metodologia	Foi utilizado um desenho descritivo qualitativo. Uma amostra auto-selecionada de 22 pais suecos que sofreram uma cesariana eletiva ou de emergência concordou em participar. A análise temática e as técnicas de comparação constante foram utilizadas para analisar os dados.
Objetivos	Descrever e explorar as experiências dos pais sobre o parto por cesariana da companheira.
Participantes	22 pais suecos
Intervenção	Os participantes foram entrevistados pelo telefone sete a 16 meses após o nascimento de seu bebê.
Resultados	Os companheiros geralmente estavam preocupados com a saúde e o bem-estar do bebê e da grávida, independentemente do modo de nascimento. À medida que a realidade da cesariana se aproximava, a ansiedade dos homens aumentava e permanecia alta durante o procedimento. A natureza rápida do parto

⁵ Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*, 29(9), 1041-1049

	<p>cirúrgico foi, portanto, considerada uma vantagem; uma vez que o bebê nasceu e chorou, o medo dos homens dissipou-se. Foram identificados quatro fatores que mediaram a experiência dos companheiros. A percepção sobre controle, preparação e como a equipe de saúde se comportava e interagiu com eles era parte integrante de sua experiência. O conhecimento da data e hora do nascimento também mediou a experiência, fornecendo um senso de certeza às experiências dos companheiros no parto por cesariana.</p>
--	---

Quadro nº 4 Apresentação dos dados do documento: *“Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction.”*⁶

Autores e ano de publicação	Margareta Johansson, Ingegerd Hildingsson. (2013)
País	Suécia
Tipo de estudo / Metodologia	Estudo transversal descritivo, parte de uma pesquisa longitudinal prospectiva na Suécia. Foi desenvolvido um índice de qualidade da assistência, baseado na realidade percebida e na importância da assistência intra-parto.
Participantes	827 pais suecos
Intervenção	Dois meses após o nascimento, 827 pais responderam telefonicamente a nove questões relacionadas com a qualidade do atendimento geral do atendimento.
Objetivos	O objetivo foi explorar as experiências de qualidade de cuidados intra-parto dos pais suecos, com um foco específico nas deficiências de cuidados em relação ao modo de nascimento. Um objetivo secundário foi

⁶ Johansson, M., & Hildingsson, I. (2013). Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction. *Women and Birth*, 26(3), 195-201

	explorar quais as questões de qualidade que mais contribuíram para a insatisfação na avaliação
Resultados	A insatisfação com o atendimento intra-parto global foi relacionada com deficiências nos cuidados assistenciais ao acompanhante, envolvimento na tomada de decisões durante o parto, presença de parteiras na sala de trabalho e capacidade de discutir o nascimento posteriormente. Após a cesariana de emergência, 46% dos participantes consideraram os cuidados médicos intra-parto ao acompanhante como os mais deficientes, e após a cesariana eletiva, 40% dos pais avaliaram o envolvimento na tomada de decisão como deficiente. Quando os pais participaram de um parto vaginal espontâneo, ficaram insatisfeitos com a presença da parteira na sala de parto.

Quadro nº 5 Apresentação dos dados do documento: “A meta-ethnographic synthesis of fathers’ experiences of complicated births that are potentially traumatic.”⁷

Autores e ano de publicação	Rakime Elmir, Virginia Schmied (2016)
País	Australia
Tipo de estudo	Revisão meta-etnográfica
Metodologia	As bases de dados pesquisadas incluíram a CINAHL, Scopus, PubMed e PsycINFO com <i>full text</i> . A pesquisa foi realizada em fevereiro e março de 2013 e repetida em fevereiro de 2015 para novos artigos. A pesquisa foi limitada a artigos publicados em inglês, texto completo e periódicos publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2013. Foram incluídos estudos que se concentrassem nas experiências de pais / homens ao

⁷ Elmir, R., & Schmied, V. (2016). A meta-ethnographic synthesis of fathers’ experiences of complicated births that are potentially traumatic. *Midwifery*, 32, 66-74

	testemunhar um parto com complicações, incluindo uma cesariana ou um evento obstétrico adverso. Os estudos incluídos foram de tipo qualitativo ou misto com um componente qualitativo substancial.
Objetivos	o objetivo deste artigo é relatar os resultados de uma síntese meta-etnográfica das experiências de pais de partos complicados potencialmente traumáticos.
Participantes	Oito estudos qualitativos, com um total de 100 participantes, foram incluídos na amostra final. Os homens tinham idade entre 19 e 50 anos.
Resultados	<p>Quatro temas principais foram identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A crise que se desenrola, - Destituído do meu papel: impotente e desamparado, - Desejo de informações, - Cicatrização do relacionamento. <p>Os participantes descreveram o medo e a ansiedade que sentiram, além de terem uma sensação de inutilidade e inadequação. Os homens não receberam informações suficientes sobre os eventos que se desenrolaram e, posteriormente, essa experiência de nascimento teve um impacto nas interações e relacionamento com as suas companheiras.</p>

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise e interpretação, a informação presente nos artigos revistos converge em relação aos fatores mediadores da experiência do acompanhante do parto por cesariana, apontando a preparação prévia para o parto, a percepção de controlo sobre a situação, o comportamento e interação da equipa de saúde e a conclusão e encerramento da situação (Elmir & Schmied, 2016; Johansson & Hildingsson, 2013; Johansson, Hildingsson, & Fenwick, 2013; Messner, 2018). Assim, quando estes fatores eram percebidos como positivos, a ansiedade do

acompanhante face às condições de saúde quer da mãe quer do bebé eram atenuadas (Johansson & Hildingsson, 2013). Adicionalmente, é ainda referida uma falta de preparação generalizada para a eventualidade de uma cesariana (Messner, 2018).

Ainda nesta ótica, todos os artigos referem uma comunicação pobre da equipa de saúde, assim como períodos de espera prolongados e sem informações, o que origina sentimentos de desconfiança e exclusão (Elmir & Schmied, 2016; Messner, 2018).

Concluindo, dadas as experiências generalizadas de impotência e exclusão do acompanhante do parto nas cesarianas, muitas vezes potenciadas pelos comportamentos e atitudes da equipa de saúde, destaca-se a necessidade premente de apoiar e acompanhar estes elementos durante o processo, suportando a sua compreensão da necessidade que o alimenta e proporcionando um encerramento saudável da situação (Elmir & Schmied, 2016; Johansson & Hildingsson, 2013; Messner, 2018).

CONCLUSÕES

A análise e discussão dos dados obtidos nos estudos teve como intuito dar resposta à questão da revisão. Desta análise emergiram diferentes pontos de reflexão que identificaram não só as experiências dos acompanhantes face aos partos por cesariana, mas também que estratégias promotoras de experiências positivas durante o parto por cesariana.

A *scoping review* permitiu assim, apurar a evidência que demonstra ser preponderante centrar os cuidados, aquando do trabalho de parto, não só na parturiente, mas também no seu acompanhante incluindo-o genuinamente como beneficiário de cuidados. Ser informado e receber apoio dos EEESMO e de outros profissionais de saúde parece ainda minimizar experiências nas quais tenha havido complicações do parto.

A cesariana foi considerada um procedimento rotineiro e seguro que oferecia à maioria dos pais uma sensação de certeza, controle e segurança. Os padrões de comunicação da equipe têm um papel fundamental para garantir uma experiência positiva no parto por cesariana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris E. Munn Z (Editors)(2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 10/02/2019. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Benner, P. (2001) - *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X Coimbra.
- Brandão, Sónia (2009) *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Elmir, R., & Schmied, V. (2016). *A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic*. *Midwifery*, 32, 66-74.
- ICM (2010). *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería*. Documento revisto em 2013. Acedido em 06/06/19. Disponível em www.internationalmidwives.org.
- Johansson, M., & Hildingsson, I. (2013). *Intrapartum care could be improved according to Swedish fathers: mode of birth matters for satisfaction*. *Women and Birth*, 26(3), 195-201.
- Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). *Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section*. *Midwifery*, 29(9), 1041-1049.
- Messner, E. R. (2018). *Overview of Transition to Fatherhood in the Context of Cesarean Birth*. *International Journal of Childbirth Education*, 33(1), 38-43.

Organização Mundial da Saúde (2018), *Novas recomendações da OMS sobre o parto*. Acedido em: 20/04/2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>.

Perdomini, F. R. I. Bonilha, A. L. L. (2011). *A participação do pai como acompanhante da mulher no parto*. [Dissertação de pós graduação em Enfermagem- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)] publicado em Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011 Jul- Set; 20(3): 445-52

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Methodology for JBI scoping reviews*. In *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Insitute