



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM

ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio

**Impacto da transição para a parentalidade
na relação conjugal: perceção das primíparas**

Cristiana Salomé Valença de Almeida Faria

Coimbra, setembro 2021



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM

ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio

**Impacto da transição para a parentalidade na
relação conjugal: perceção das primíparas**

Cristiana Salomé Valença de Almeida Faria

Orientadora: Professora Doutora Júlia Maria das Neves
Carvalho, Professora-Adjunta, Escola Superior de Enfermagem
de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão
Caetano, Professora-Adjunta, Escola Superior de Enfermagem
de Coimbra

Relatório de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresentado à
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Coimbra, setembro 2021

Maria e Vicente

AGRADECIMENTOS

Às professoras e Orientadoras Júlia Carvalho e Ana Bela Caetano por toda a disponibilidade, dedicação e incentivo ao longo deste percurso.

A todas as docentes do Mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que por diversas fases no meu desenvolvimento me deram alento e entusiasmo para continuar, principalmente a docente e coordenadora do curso Professora Isabel Margarida, pela amizade, carinho e disponibilidade que sempre manifestou, sendo fundamental para este árduo percurso.

Às minhas tutoras nos dos diferentes contextos de estágio, Enfermeiras Amélia Cunha, Ana Gomes, Fernanda Caleiras, Pureza Carmim e Helena Gomes, por tudo o que me transmitiram e pelo apoio incondicional.

Às Sra. Enfermeiras Chefes dos diferentes contextos de estágio, pela disponibilidade, profissionalismo e interesse no meu percurso.

Às mães que dedicaram um pouco do seu tempo para contribuir neste estudo.

A todos os meus colegas do serviço de ortopedia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pela disponibilidade, ajuda e incentivo ao longo destes dois anos.

Às minhas colegas do curso de mestrado, que criaram momentos de entreajuda e cooperação dando alento para ultrapassar as dificuldades.

Ao meu marido e aos meus filhos, por toda a força que me deram para não desistir, por toda a compreensão da minha ausência.

A toda a minha família, pela disponibilidade em me ajudar a cuidar dos meus meninos, em especial à minha mãe Filo e à “avó emprestada” Mindita.

Por último, não menos importante que quem veio primeiro, à minha mana Vanessa, por toda a paciência na revisão dos meus trabalhos, pelo ombro amigo nas horas difíceis.

Foi um percurso muito difícil, com altos e baixos, mas sem todos vocês nada seria possível.

Obrigada

LISTA DE SIGLAS

CAJ – Consulta de Apoio ao Jovem

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CRPP – Curso de Recuperação Pós-Parto

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

MDM – Maternidade Dr. Daniel de Matos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-Nascido

UCCNM – Unidade de Cuidados na Comunidade Norton Matos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICISA: E – Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UMMF - Unidade de Medicina Materno Fetal

RESUMO

Problemática: O nascimento do primeiro filho provoca transformações notórias em toda a dinâmica familiar, sendo um período desafiador e stressante para os pais, que são expostos a inúmeras mudanças, nomeadamente conjugal, familiar e social (Carvalho, 2020).

Objetivos: Conhecer a perceção das mães primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.

Metodologia: Estudo nível I do tipo exploratório-descritivo, amostra do tipo não probabilística, em bola de neve, constituída por 53 mães que experienciaram pela primeira vez o nascimento do filho. O estudo teve parecer favorável pela Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Em todo o estudo foi garantida a confidencialidade das participantes, pelo anonimato da identidade e dos dados obtidos, onde ao submeterem o questionário, através do *Google forms*, assumiam a participação no estudo de forma esclarecida e consentida. O questionário foi dividido em três grupos de questões, nomeadamente dados sociodemográficos, dados obstétricos e questões de resposta aberta, que foram analisadas de acordo com Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

Resultados: Da análise dos resultados emergiram quatro categorias principais: Redefinição de papéis; Alteração da conjugalidade; Alteração na vivência da sexualidade; Necessidade de apoio à dinâmica familiar.

Esta transição, como descrito pelas primíparas e apoiado pela evidencia científica leva a uma reorganização de papéis e reestruturação de competências pessoais e sociais.

Foi possível compreender os sentimentos e preocupações das primíparas e a forma como esta mudança de papel e de competências influencia na relação com o companheiro.

Neste contexto, concluiu-se que o nascimento do primeiro filho, está relacionado com esta nova readaptação papéis de esposa e de esposo ao papel de pai e de mãe. Foi também possível realçar a importância e a necessidade de intervenção do EESMO no período pré e pós-parto. **Palavras-chave:** Período pós-parto; transição para a parentalidade; relação conjugal; primíparas

ABSTRACT

Problematic: The first child's birth causes notorious changes in all family dynamics, being a challenging and stressful period for parents, who are exposed to countless changes, mainly marital, family and social changes (Carvalho, 2020).

Purpose: To know the women's perception about the impact of the transition to parenthood in the marital relationship.

Methodology: level I study of the exploratory-descriptive type, non-probabilistic sample, in a snowball, consisting of 53 mothers who experienced the birth of their child for the first time. The study received a favorable opinion from the Ethics Committee of the Health Sciences Research Unit: Nursing, from the Nursing School of Coimbra. Throughout the study, the confidentiality of the participants was guaranteed, by the anonymity of the identity and the data obtained, where by submitting the questionnaire, through Google forms, they assumed the participation in the study in an informed and consented manner. The questionnaire was divided into three groups of questions, namely sociodemographic data, obstetric data and open-response questions, which were analyzed according to Bardin Content Analysis (2011).

Results: From the analysis of the results, four main categories emerged: Redefinition of roles; Change in conjugality; Change in the experience of sexuality; Need to support family dynamics.

This transition, as described by primiparous and supported by scientific evidence, leads to a reorganization of roles and restructuring of personal and social skills.

It was possible to understand the feelings and concerns of primiparous and how this change of role and skills influences the relationship with the partner.

In this context, it was concluded that the birth of the first child is related to this new readaptation of the roles of wife and husband to the role of father and mother. It was also possible to highlight the importance and need for intervention by the EESMO in the pre and post partum period. **Keywords:** Post-partum period; transition to parenting; marital relationship; primiparous.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Competências Específicas do EESMO p.27
- Figura 2 - Esquema de intervenções/orientações das consultas de baixo risco da MDM p. 39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos das mães p.65

Tabela 2 - Aspectos relativos ao percurso da gravidez e parto das mães, idade e tipo de alimentação dos bebés p.66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e subcategorias

p.67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
PARTE I –COMPONENTE DE ESTÁGIO	27
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	31
1.1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE	31
1.2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE	33
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	35
2.1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ- CONCEPCIONAL.....	35
2.2. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL	37
2.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PARTO.....	42
2.4 – CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	44
2.5. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO	46
2.6. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA.....	46

2.7. CUIDAR O GRUPO-ALVO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL) INSERIDO NA COMUNIDADE	47
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	49
PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA	51
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO FENOMENO.....	51
1.1 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NUMA PERSPETIVA DA TEORIA DE MEDIO ALCANÇE DE MELEIS.....	53
1.2 RELACIONAMENTO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	55
2. METODOLOGIA	59
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	59
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	60
2.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	61
2.4 TRATAMENTO DOS DADOS	61
2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	63
3. RESULTADOS.....	65
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	65
3.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	66
3.2.1. Redefinição de papéis	67
3.2.2 Alteração da conjugalidade.....	70
3.2.3 Alteração da vivência da sexualidade	71
3.2.4 Necessidade de apoio à dinâmica familiar.....	73
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
5. CONCLUSÃO	83
BIBLIOGRAFIA	87

APÊNDICES

APÊNDICE I – Planeamento e avaliação da sessão “I can, you can, all can – a mudança está em ti”

APÊNDICE II – “Projeto Sê”, planeamento da sessão.

APÊNDICE III – Planeamento e avaliação das sessões teóricas de preparação para o parto e parentalidade

APÊNDICE IV – Planeamento da sessão prática de preparação para o parto e parentalidade

APÊNDICE V – Projeto “Regresso a casa em companhia”

APÊNDICE VI – Planeamento e avaliação da sessão “Retomar a sexualidade no pós-parto” do projeto “Regresso a casa em companhia”

APÊNDICE VII – Projeto “Chá das 17”

APÊNDICE VIII – Sessão “Como sou bonita! – Promoção do autocuidado” do projeto “Chá das 17”

APÊNDICE IX - Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação e respetiva autorização

APÊNDICE X - Questionário através do *Google forms*

APÊNDICE XI - Consentimento informado antes do preenchimento do questionário

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na sequência do Plano Curricular do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Despacho n.º 3410/2019, 2019 e Regulamento nº42/2020, 2020) para atribuição do título de Mestre pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pretende formar enfermeiros/as especializados nesta área, com conhecimentos, capacidades e habilidades no domínio pessoal, ético, humano, técnico e científico, capazes de dar resposta às necessidades das populações, aos vários níveis de intervenção em que a satisfação dos clientes seja uma constante.

Neste contexto, o relatório tem como objetivo descrever reflexivamente as competências adquiridas e desenvolvidas no decurso da componente de estágio deste mestrado nos diferentes contextos clínicos, tendo por referência o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Para além disso, integra também uma componente investigativa onde iremos estudar o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal, na perceção das primíparas. Esta temática resulta de uma inquietação, que surgiu durante os estágios em contexto de comunidade e em contexto de maternidade, com vista a melhoria e qualidade dos cuidados.

Ao longo dos mesmos, nomeadamente no estágio na comunidade, foi notório a falta de temas nas sessões de preparação para o parto e parentalidade sobre a conjugalidade e o impacto da transição para a parentalidade no casal, bem como na maternidade, no período do pós-parto imediato, todo o foco de intervenção do EESMO é a amamentação e os cuidados ao recém-nascido.

Desta forma, pretende-se:

- Descrever o processo de aquisição e o desenvolvimento de competências específicas do EESMO, assim como as competências comuns, nos diferentes estágios;

-Refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, através da fundamentação com base no conhecimento científico atual;

-Desenvolver competências no domínio da investigação, com a realização de um estudo de nível I do tipo exploratório-descritivo, que pretende dar resposta à questão: “Qual o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal?”.

Tal como referido anteriormente, para o desenvolvimento de competências comuns dos enfermeiros/as especialistas, bem como as competências específicas do EESMO, decorreram dois ensinamentos clínicos de acordo com o plano de estudos supracitado, sendo eles Estágio na Comunidade e Estágio na Maternidade.

O nascimento do primeiro filho provoca transformações notórias em toda a dinâmica familiar, sendo um período desafiador e stressante para os pais, que são expostos a inúmeras mudanças, nomeadamente conjugal, familiar e social (Carvalho, 2020).

As relações conjugais e familiares ocupam uma posição central na vida de muitas pessoas, sendo um dos fatores mais importantes na tomada de decisão de ter um filho. Ou seja, é necessário que o casal sinta confiança para este passo, caso contrário pode transmitir ao recém-nascido insegurança e medo e conseqüentemente insegurança na relação conjugal. Concomitante a este fato, os relacionamentos conjugais e a família passam por diversas etapas designadas por transições e mudanças (Carter and McGoldrick, 2015).

É perante estas transições e mudanças, que o posicionamento da evidência científica é crucial na sustentação das mesmas, promovendo segurança e conforto entre a parentalidade e a satisfação conjugal, após o nascimento do primeiro filho.

Face ao exposto, e dada a competitividade e exigência da sociedade no século XXI, em parte pelos julgamentos e imposições aos novos papéis de pais, é necessário enaltecer e valorizar o trabalho de um EESMO no cuidar da família durante toda esta transição.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.11), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica “desempenha um papel importante como conselheira na área da saúde e da educação, não apenas para as mulheres, como para a

família e para a comunidade.” Podendo ser exercida “em qualquer lugar, incluindo o lar, a comunidade, os hospitais, clínicas ou unidades de saúde”.

Ainda de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Enfermeiro Especialista

é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, 1996, p. 2960)

De forma a dar resposta aos objetivos e a facilitar a organização do seu conteúdo, este relatório encontra-se estruturado em duas partes.

A parte I faz referência à reflexão sobre as atividades e intervenções realizadas nos diferentes contextos onde decorreram os estágios, tendo em consideração as competências do EESMO enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros.

A parte II , aborda a componente investigativa, com enquadramento, desenho do estudo e análise dos resultados obtidos. Nesta, pretendemos analisar os dados obtidos na nossa investigação e comparar esses resultados com o que dizem outros estudos.

Finalizamos este relatório, fazendo referência às principais conclusões do estudo e suas implicações para a prática clínica dos EESMO.

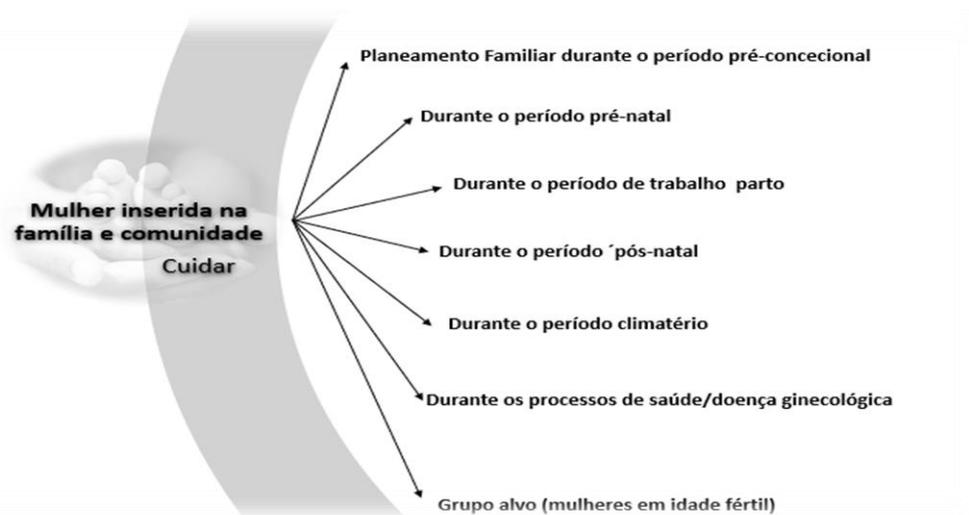
PARTE I –COMPONENTE DE ESTÁGIO

O foco de atenção do EESMO é a mulher, que vivencia processos de transição ao longo da sua vida e que se relaciona com todo o meio envolvente.

Uma das etapas mais importantes neste percurso, enquanto estudante do Mestrado, é a possibilidade de realizar estágios, que permitem o desenvolvimento de cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família, além dos cuidados gerais.

Nos estágios, pretende-se adquirir competências comuns de enfermeiro especialista, procurando a qualidade da prática de cuidados e o desenvolvimento de capacidades de análise crítica e reflexiva, dando resposta aos quatro domínios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros para Enfermeiros Especialistas: Responsabilidade Profissional, Ética e legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Além das competências comuns, também queremos adquirir competências específicas de EESMO no domínio da saúde da mulher inserida na família e comunidade, incluindo o período pré concecional, gestacional, parto e pós-parto, neonatal, intergestacional e do climatério (Regulamento n.º 391/2019, 2019). Na Figura 1 encontram-se as competências específicas do EESMO, a desenvolver durante os estágios.

Figura 2- Competências Específicas do EESMO



De acordo com Vieira (2017), ser Enfermeiro pressupõe uma constante mobilização de conhecimentos teóricos, práticos e empíricos num conjunto de pressupostos éticos e deontológicos, estruturados numa reflexão clara e objetiva sobre o que fazemos, os cuidados que prestamos e os objetivos que pretendemos atingir enquanto pessoas, profissionais e, acima de tudo, enquanto profissão.

Considera-se a Enfermagem como sendo uma Ciência Humana Prática, tendo como principal objetivo facilitar os processos de transição de cada indivíduo, melhorando a saúde e o bem-estar de cada um (Queirós, 2018).

Para Meleis (2012) a Enfermagem é uma disciplina orientada para a prática, para o cuidar e para a saúde, com mutualismos entre o doente e o enfermeiro e com perspetiva do bem-estar (Como referido por Queirós, 2018).

Neste sentido, ao longo dos respetivos estágios, foi sendo evidente este processo de transição, nomeadamente transições de desenvolvimento e/ou situacionais, com a introdução de um novo elemento na família.

No final dos estágios foram atingidas todas as habilidades e experiências mínimas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, para a aquisição do título de especialistas, nomeadamente:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância E cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;

- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da Obstétrica (Lei nº9/2009, 2009, p. 1515).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Os estágios foram divididos em dois momentos. O primeiro bloco, Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade (unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos e Consulta Externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos) decorreu durante 14 semanas, no período de 25 de março a 5 de julho de 2019. O segundo bloco, Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica decorreu na Maternidade Bissaya Barreto (sala de partos, unidade de medicina materno fetal, urgência e puerpério), durante o período de 23 de setembro de 2019 a 22 de fevereiro de 2020, num total de 20 semanas.

1.1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

Unidade de Cuidados na Comunidade Norton Matos

A UCCNM, desenvolve os seus projetos de intervenção na comunidade nas Freguesias de Santo António dos Olivais, Freguesia de Ceira e Freguesia Torres do Mondego e articula-se com as restantes unidades do Centro de Saúde Norton Matos.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, a UCCNM, procura envolver a saúde integral da mãe/pai/ bebé em todo o processo de transição, promovendo a vigilância e promoção da saúde. Neste contexto, encontram-se projetos direcionados para esta transição, nomeadamente a preparação para o parto e parentalidade, intitulado “Momentos únicos”.

A preparação para o parto e parentalidade decorre em sessões práticas de 50 minutos duas vezes por semana e uma sessão teórica também de 50 minutos com a finalidade de preparar o casal para a gravidez, parto e puerpério.

Ainda no âmbito do programa “Momentos únicos”, o pós-parto também é acompanhado, onde ocorrem sessões de recuperação pós-parto duas vezes por semana.

Na unidade, existe o “Cantinho da amamentação”, que pretende ajudar as mães e os bebés a obterem sucesso no aleitamento materno, ocorrendo sessões de aconselhamento semanais.

Durante o processo de transição para a parentalidade os casais são convidados a participar no programa “Mãos Mágicas”, que se baseia no ensino e na promoção da massagem infantil para bebés dos 0-12 meses de idade, tendo por objetivo a promoção do vínculo / interação mãe/pai/bebé e a promoção do desenvolvimento cognitivo e motor do bebé. Este programa tem 5 sessões (1/semana de 50 minutos).

“Cheguei!!!”, trata-se de um projeto que pretende ajudar os pais/mães a compreenderem as necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas dos seus filhos, promovendo um desenvolvimento harmonioso da criança e uma parentalidade com sucesso, que decorre consoante as necessidades manifestadas pelos casais nos programas anteriormente descritos, tendo preletores convidados.

Na área da preconceção e planeamento familiar, encontra-se a consulta de atendimento a jovens com o programa “FLASH!” onde é possível sensibilizar os jovens a adotar ou manter comportamentos e estilo de vida saudáveis, bem como ajudá-los no processo de transição da fase infantil para adolescência e da adolescência para a fase adulta.

Consulta externa da Maternidade Dr. Daniel de Matos (MDM)

A MDM pertence ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Este Centro integra além da MDM, o Hospital da Universidade de Coimbra, Hospital Pediátrico, Hospital Geral, Hospital Sobral Cid e Maternidade Bissaya Barreto, que resulta da fusão das entidades Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E., Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E. e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, promovida pelo Ministério da Saúde no ano de 2011.

A consulta externa da MDM assegura cuidados diferenciados à mulher grávida e não grávida, criança e famílias, direcionando-se especificamente para a população com patologia associada, sendo da área de abrangência do CHUC, em articulação com os centros de saúde.

Os enfermeiros em articulação com a equipe médica, acompanham a grávida ao longo da gravidez, onde desenvolvem as seguintes atividades: acolhimento da grávida e

acompanhante na consulta, avaliação dos parâmetros vitais, colheitas de espécimes para análise, registo Cardiotocográfico (RCT) e desenvolvimento de estratégias individuais ou em grupo, tendo em vista este processo de transição, promovendo uma alimentação equilibrada, o aleitamento materno, orientações para trabalho de parto e parto e orientações para o regime terapêutico.

Após a gravidez, são seguidas também puérperas que desenvolveram alguma complicação, nomeadamente hipertensão e diabetes gestacional e mulheres que tiveram de realizar interrupção médica da gravidez.

Ainda na MDM, como referido anteriormente, os recém-nascidos que necessitem de uma vigilância maior no primeiro mês de vida ou gémeos, também são seguidos em consulta de pediatria.

1.2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE

Sala de Partos, Urgência e Medicina Materno-Fetal da Maternidade Bissaya Barreto

O Serviço de Obstétrica B do Pólo da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) é um dos hospitais de apoio perinatal diferenciado da região centro e faz parte do Departamento de Saúde da Mulher.

É constituído por três unidades: o Serviço de Urgência, a Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF) e Sala de Partos.

A MBB, na sua condição de maternidade central, tem uma grande área de influência que abrange vinte e um centros de saúde da sub-região de saúde de Coimbra e os centros de saúde de Anadia, Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Mealhada, Mortágua, Pedrógão Grande e Sertã; como hospital de apoio perinatal diferenciado constitui referência para os hospitais de Castelo Branco, Figueira da Foz, Leiria, Aveiro e Viseu.

A admissão de todas as grávidas é efetuada no Serviço de Urgência da Maternidade, incluindo as grávidas oriundas de unidades hospitalares, sendo posteriormente

encaminhadas para a UMMF ou para a sala de partos. Após o acolhimento na UMMF, as grávidas são encaminhadas para as diversas áreas da Unidade, de acordo com a condição clínica identificada: área para utente em situação de indução de parto, pré-parto e patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.

As grávidas em trabalho de parto seguem desta Unidade posteriormente para a Sala de Partos.

Após o parto, as puérperas são encaminhadas para os serviços de internamento de puerpério. Nas situações em que se verifique que os recém-nascidos necessitam de cuidados especializados, são transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo iremos abordar as competências específicas de ESMO desenvolvidas nos dois contextos clínicos.

2.1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL

Durante o estágio da UCCNM, foram desenvolvidas várias sessões/programas de educação em saúde.

Neste contexto, no âmbito da consulta de atendimento a jovens, enquadrando no programa elaborado “I can, you can, all can – a mudança está em ti!”, foi apresentado um filme. Este filme destinou-se aos jovens que se encontravam em sala de espera, a aguardar a consulta, tendo como finalidade promover vivências positivas da sexualidade e prevenir gravidezes indesejadas. (Apêndice I)

Foi um desafio enriquecedor, que permitiu construir estratégias, nomeadamente na comunicação simples, objetiva e clara e uma atitude confiante, baseando as respostas no conhecimento científico, para dar um esclarecimento mais apropriado e assertivo às questões que os participantes foram colocando, suscitando a reflexão para as próximas tomadas de decisão.

No mesmo local de estágio, foi possível a participação no projeto “Projeto Sê”. Trata-se de um projeto que visa a promoção de comportamentos saudáveis na adolescência, estimulando a autoestima de adolescentes em situação social de risco e promovendo uma sexualidade saudável, sem riscos e sem gravidezes indesejadas.

As participantes foram adolescentes da Casa de Formação Cristã Rainha Santa, que foram divididas em pequenos grupos, ficando lideradas por um EESMO, que iria incentivar a criatividade e a capacidade de liderança. O grupo atribuído, sugeriu o tema bulimia. Este

tema foi trabalhado pelas adolescentes sob orientação e posteriormente apresentado a outro grupo de jovens, sob a forma de uma peça de teatro. (Apêndice II)

A metodologia seguida foi a educação pelos pares, sendo uma estratégia frequentemente utilizada para promoção da saúde, na prevenção da doença e nos comportamentos de risco (Moretti-Pires, 2008).

Os projetos de educação pelos pares, permitem desenvolver um sentimento de responsabilização e partilha, por indivíduos com características ou fases de vida semelhantes, neste caso são todas adolescentes com os mesmos comportamentos de risco (Freire, 1987;Moretti-Pires, 2008).

Foi um início muito atribulado, pois eram jovens que não queriam trabalhar em grupo, com linguagem agressiva e descuidada, muitas sem estabelecer qualquer proximidade comigo, faltavam aos encontros e tinha desavenças entre elas. Ao longo dos encontros foi possível desenvolver espírito de equipa, respeito pela individualidade, responsabilidade, organização e comunicação adequada e assertiva nestas jovens, conquistando a sua confiança fomos elaborando o projeto sem conflitos.

Ainda na UCCNM foi possível participar num programa de intervenção na Escola de Hotelaria de Coimbra, uma vez mais para promover vivências de sexualidade prazerosa e segura, com aconselhamento de relações sexuais seguras, distribuindo preservativos e instruindo a sua aplicação, bem como a utilização de outros contraceptivos. Esta atividade já estava planeada pela tutora, uma vez que foi no início do estágio, de qualquer forma, além do que foi descrito serviu como quebra-gelo, para iniciar todo o percurso que iria realizar.

Durante o estágio na UCCNM foi também possível fazer o acompanhamento e aconselhamento de 58 jovens nas consultas de atendimento jovem (CAJ), bem como 25 consultas de planeamento familiar.

Durante as consultas de planeamento familiar, as mulheres/jovens foram aconselhadas e orientadas na tomada de decisão para os métodos contraceptivos, bem como esclarecimento e avaliação de possíveis complicações de relações sexuais desprotegidas.

Uma vez mais a estratégia utilizada em todas estas atividades foi o modelo de educação dialógico de Paulo Freire, em que o educador, ao mesmo tempo que educa também é

educado, dando-se de uma forma horizontal, em que é recíproca a aprendizagem, dando aos educandos autonomia e capacidade de escolha, favorecendo o diálogo entre o educador e o educando (Moretti-Pires, 2008).

Segundo Paulo Freire (1987), ninguém educa ninguém, mas sim as pessoas educam-se entre si, mediatizados pelo mundo.

Nas consultas de atendimento jovem houve o confronto com diversos problemas emocionais e físicos, nomeadamente comportamentos sexuais de risco, tentativas de suicídio, distúrbios alimentares e abusos de drogas e álcool, sendo momentos desafiadores e de grande reflexão.

A adolescência é um processo de transição, que vai da infância ao estado adulto, podendo ser marcada por mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais. Concomitantemente com estas mudanças, os jovens querem a sua autonomia e a sua independência, levando por vezes a experimentarem novas sensações pondo em causa a sua saúde, nomeadamente sexo desprotegido, distúrbios alimentares, consumos de drogas e tabaco, levando a infeções sexualmente transmissíveis, gravidezes não desejadas, acidentes e violência entre pares (Sousa et al., 2012).

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, foi uma competência bastante desenvolvida ao longo das 14 semanas na UCCNM, sendo possível estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde promovendo vivências positivas da sexualidade, prevenindo complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual e do planeamento familiar.

2.2. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL

De acordo com esta competência, o EESMO deverá cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.13562).

Assim, desta forma, ao longo dos estágios foi exequível observar e desempenhar as atividades desenvolvidas pelo EESMO, quer em contexto de consulta, quer de internamento e urgência.

Durante as três semanas de estágio, na consulta externa MDM, foram realizadas 113 consultas de vigilância da gravidez, sendo 59 consultas de risco com múltiplas patologias. Estas consultas foram muito enriquecedoras, sendo possível acompanhar grávidas em todos os trimestres da gravidez, podendo adequar os ensinamentos e as intervenções de acordo com a idade gestacional e com a patologia associada.

Além da vigilância da gravidez, são consultas promotoras da adaptação à parentalidade, tendo um atendimento personalizado, individual, dirigido a cada casal e família, dando orientações e estratégias para melhorar o bem-estar geral da grávida e os desconfortos da gravidez.

O EESMO tem um papel preponderante na educação para a saúde durante o período pré-natal, segundo a DGS deverá aconselhar e informar a grávida/companheiro e família sobre “as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, a massagem ao períneo, a prevenção de acidentes, incluindo a “alta segura”, as competências parentais e os direitos e deveres parentais” (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2015, p.62).

As consultas de alto risco, são divididas por patologias, nomeadamente, consultas de endocrinologia, cardiologia, hematologia e infecciosas, sendo que a consulta seguia um protocolo de acordo com a idade gestacional, adaptado a cada grávida e família, tendo sempre em conta a individualidade de cada mulher e família (Figura 2).

Nas consultas de endocrinologia são seguidas grávidas com diabetes (gestacional ou tipo I e II) e com patologias da tiroide (hipo ou hipertiroidismo).

Nas consultas de diabetes são realizadas intervenções e ensinamentos direcionados à idade gestacional, ensinamentos para pesquisa da glicemia capilar, cuidados alimentares e a necessidade da prática de atividade física, sendo que nas consultas posteriores à primeira, o foco primordial é analisar os valores obtidos e avaliar possíveis dificuldades sentidas nos cuidados instruídos anteriormente, bem como validar a adesão ao regime terapêutico e instruir se necessário a administração de insulina.

Nas grávidas com patologia da tiroide, além das intervenções preconizadas na consulta de baixo risco, é a validação da adesão ao regime medicamentoso e avaliação dos sintomas exacerbados da doença (hipotireoidismo: fadiga, falta de atenção, hipertireoidismo - nervosismo, alterações de humor, cansaço, problemas com queda de cabelo, alterações intestinais e tremores). Muitos destes sintomas, são por vezes desvalorizados, por serem semelhantes aos desconfortos da gravidez, pelo que é importante reforçar os ensinamentos para realizar as análises bioquímicas com regularidade, de forma a avaliar a função tiroideia.

Nas consultas de cardiologia, são seguidas grávidas com patologias cardíacas congénitas e adquiridas, com alterações cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão arterial e arritmias.

Figura 2- Esquema de intervenções/orientações das consultas de baixo risco da MDM

Trimestre	Orientações/intervenções
1º trimestre até 12-13 semanas de gestação	<ul style="list-style-type: none"> -Acolhimento e entrevista inicial, com história clínica pessoal, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida; -Cálculo de idade gestacional e data provável do parto; -Exame físico: peso, tensão arterial, frequência cardíaca e exame sumário da urina; <p>Informar sobre: importância da vigilância da gravidez (consultas, vigilâncias, rastreios bioquímicos e cromossomopatias), alterações fisiológicas e emocionais na gravidez, desconfortos 1º trimestre, cuidados com alimentação (validar imunidade toxoplasmose), postura e higiene, sexualidade, sinais de alerta de aborto, efeitos de consumos (tabaco, drogas e álcool), importância da suplementação na gravidez (ácido fólico, iodo, ferro), prevenção de infeções, legislação de proteção da grávida;</p> <p>Alertar para pedir cheques dentistas no centro de saúde e iniciar processo para adquirir subsídio pré-natal.</p>
2º trimestre 22-24 semanas de gestação	<ul style="list-style-type: none"> -Cálculo de idade gestacional pela última ecografia; -Exame geral: peso, altura, tensão arterial, frequência cardíaca e exame sumário da urina, avaliação dos movimentos fetais, edemas, genitais externos, varizes, hemorroides, obstipação; <p>Informar: importância da vacinação, do rastreio da diabetes gestacional e isoimunização, desconfortos do 2º trimestre, cuidados com os vestuários, profilaxia da insuficiência venosa profunda, cuidados com a pele (hidratante e com proteção solar), atividade sexual, reforçar informações sobre legislação e direitos laborais, vinculação e comunicação com o bebé, cursos de preparação para o parto e parentalidade;</p> <p>Encaminhar para eco morfológica.</p>
3º trimestre 32-34 semanas de gestação	<ul style="list-style-type: none"> -Cálculo de idade gestacional; -Exame geral: peso, tensão arterial, frequência cardíaca e exame sumário da urina, avaliação dos movimentos fetais, edemas, genitais externos, varizes, hemorroides, obstipação; <p>Informar: Vantagens do aleitamento materno, sinais de alerta e de parto pré-termo, reforçar sobre profilaxia da insuficiência venosa profunda e cuidados com a pele, preparação do enxoval, importância da pesquisa do Strepto B, apoios no pós-parto, plano de parto e medidas não farmacológicas para o alívio da dor,</p> <p>Encaminhar para eco 3º trimestre.</p>

Nas consultas de risco são acompanhadas grávidas com história prévia de doença hematológica pessoal ou familiar, alteração dos glóbulos vermelhos, alteração dos glóbulos brancos, alterações da hemóstase, protrombinémia, do tempo de controle plaquetas e doença hematológica prévia à gravidez.

As consultas de patologia infecciosa, são realizadas após confirmação de infecção nos rastreios realizados na gravidez e podem ser infecções por toxoplasmose, hepatite B, sífilis, HIV, rubéola, citomegalovírus e herpes simplex. O enfoque maior nestas consultas é o apoio emocional, uma vez que estas mulheres se encontram geralmente mais deprimidas, mais ansiosas e receosas relativamente a toda a gravidez e ao bem-estar fetal.

No que diz respeito às consultas concretizadas, perfizeram um total de 53 exames para avaliar o bem-estar materno-fetal em todo o estágio da consulta externa da MDM e na UCCNM, nomeadamente exames de diagnósticos e avaliação dos parâmetros vitais maternos (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória), avaliação do fundo uterino, manobras de Leopold, auscultação cardíaca fetal, registo cardiotocográfico (RCT) e teste rápido à urina.

As manobras de Leopold foram facilmente realizadas, tendo oportunidade de executar e discutir com as tutoras a situação e apresentação fetal, bem como avaliar o grau de descida da apresentação, sendo que grávidas com um aumento ponderal mais acentuado, ou com maior volume abdominal, torna-se mais difícil realizar as manobras e a colocação do foco para RCT.

A leitura e interpretação do traçado cardiotocográfico, interrelacionando-o com o decurso da gravidez e vigiando o bem-estar materno fetal é crucial para a tomada de decisões e intervenções do EESMO.

O RCT permite avaliar o estado de oxigenação do feto e o funcionamento e reatividade do sistema nervoso central do mesmo, através do registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, atividade contrátil uterina e movimentos fetais (Sundström, Rosén, & Rosén, 2000)

Progressivamente, a autonomia na interpretação do RCT foi alcançada, validando a iminência de um trabalho de parto ou ocorrência de alguma complicação fetal.

A monitorização contínua ou intermitente do bem estar fetal, é intervenção essencial do EESMO, é extremamente pertinente avaliar a resposta fetal às contrações uterinas, bem como o comportamento fetal in útero, de forma a antever o sofrimento fetal ou mesmo a morte in útero, através da avaliação dos parâmetros linha de base / frequência cardíaca basal, variabilidade e a presença de acelerações e desacelerações (Bobak, Lowdermilk, & Perry, 2009).

No projeto “Momentos Únicos” onde possível conceber, planear, executar e avaliar três sessões teóricas de preparação para o parto e parentalidade, com as seguintes temáticas: “Mitos do aleitamento materno”, “Segurança no recém-nascido” e “Sexualidade e conjugalidade na gravidez”. Foram também realizadas 11 sessões práticas de preparação para o parto e parentalidade. Ao longo de todo o projeto foram criadas dinâmicas diferentes, de acordo com o número de participantes e idade gestacional. (Apêndice III)

Estas sessões, tiveram o intuito de proporcionar a informação necessária e correta à grávida sobre a gravidez, o parto e os cuidados ao recém-nascido, com o objetivo de reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido, com recurso a técnicas de respiração e relaxamento (método Lamaze), ensinar a fisiologia do parto e adaptações do corpo ao trabalho de parto e parto, proporcionar a partilha de experiências com outras mulheres na mesma situação, envolver o pai em todo este processo (Couto, 2006; Parecer n.º04/2016, 2016)

Como referido anteriormente, o método utilizado nas sessões práticas é o método de Lamaze, que consiste no ensino de técnicas de relaxamento, de respiração e o reforço positivo/apoio emocional para um trabalho de parto com confiança e bem-sucedido, bem como no pós-parto (Bobak et al., 2009).

Nas sessões práticas, são favorecidos movimentos com a bacia, promovendo balanceamentos, que levam ao relaxamento muscular e à flexibilidade das articulações pélvicas, melhorando o tónus muscular de diferentes zonas, nomeadamente peitoral, dorsal, abdominal, cintura escapular e assoalhado pélvico. No final é realizado relaxamento dos mesmos segmentos. (Apêndice IV)

Ainda nestas consultas, foi possível abordar o tema “Plano de parto”, pretendendo elucidar as grávidas sobre os seus direitos e possibilidades, promovendo o empoderamento das mulheres e famílias, tomando decisões de forma livre e esclarecida,

nomeadamente, início espontâneo do trabalho de parto, liberdade de movimentos, direito a utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor, contacto pele a pele, amamentação na primeira meia hora de vida, entre outros (Parecer N.º 7 / 2012, 2012) .

Foi também criado um livro para acompanhar a grávida, de forma a ajudar e orientar ao longo da gravidez. O livro faz referência às temáticas de preparação para o parto e parentalidade a serem desenvolvidas na UCCNM, de forma a dar continuidade nas consultas de vigilância no médico assistente e na maternidade, minimizando a duplicação da informação. Nesse livro, é também apresentado indicações importantes para o decurso da gravidez, bem como exercícios realizados nas sessões práticas que podem realizar em casa.

Cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem -estar materno –fetal” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p.13562), foi um objetivo alcançado, a UCCNM, tem os seus projetos extremamente desenvolvidos neste âmbito, pelo que se tornou um desafio enorme enaltecer o que já estava em prática.

Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento, na MDM foi também uma mais-valia, prevenindo complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.

2.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PARTO

No âmbito desta competência, tal como descrito anteriormente, na MBB a grávida em trabalho de parto, pode ser proveniente do serviço de urgência ou do serviço de materno fetal, pelo que neste contexto clínico foi possível acompanhar grávidas em todo o trabalho de parto, no âmbito da vigilância e prestação de cuidados a 115 grávidas de baixo risco, e 58 grávidas de risco, bem como 136 exames para avaliação do bem-estar materno-fetal ao longo de todo o trabalho de parto e parto.

O trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, placenta, e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto (Bobak et al., 2009).

Segundo os mesmos autores, o trabalho de parto pode ser dividido em 4 estadios: 1º estadio apagamento e dilatação do colo; o 2º estadio que vai desde a dilatação completa ao nascimento; 3º estadio decorre desde o nascimento à expulsão da placenta e o 4º estadio é caracterizado até duas horas após a expulsão da placenta, sendo o período de recuperação imediata (*Idem*).

Geralmente as grávidas são acolhidas na sala de parto quando estão no 1º estadio do trabalho de parto, na fase ativa, ou seja, com contratilidade uterina regular, 4cm de dilatação cervical, com extinção/apagamento praticamente total do colo. Excepcionalmente, podem ser admitidas na sala de parto, com menor dilatação do colo devido ao controlo difícil dos níveis de dor ou a complicações materno-fetais.

Para avaliar a evolução do trabalho de parto, foram realizados alguns exames vaginais, que inicialmente foi um desafio perceber as fontanelas e distingui-las. O exame vaginal, permite avaliar a progressão do trabalho de parto (dilatação, apagamento do colo, situação, variedade e apresentação fetal) e a integridade das membranas (Bobak et al., 2009).

As membranas podem romper-se espontaneamente durante o trabalho de parto, ou de forma artificial (amniotomia), sendo este procedimento sido realizado duas vezes durante o estágio. A amniotomia poderá ser realizada para acelerar ou induzir o trabalho de parto, ou para colocar monitores interno (Montenegro, Rodrigues, Ramalho, & Campos, 2014).

Esta técnica de acordo com a OMS, não deve ser rotineira e precoce (Organização Mundial de Saúde [OMS] 2018), pelo risco de procidência do cordão umbilical. A frequência cardíaca fetal deve ser monitorizada durante vários minutos após a rutura para certificar o bem-estar fetal, bem como avaliar o líquido amniótico, relativamente à sua coloração, aspeto e quantidade (Montenegro et al., 2014).

Foram realizados 41 partos eutócicos, bem como assistência a partos gemelares e distócicos. Relativamente à participação ativa em partos de apresentação pélvica, não foi possível em contexto de estágio pelo que teve de ser realizada por simulação em laboratório.

No decurso do estágio foram realizadas 10 episiotomias e a sua reconstrução.

A episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal, de forma a facilitar a expulsão do feto, sendo que a OMS defende que esta não deve ser feita de forma liberal e rotineira (OMS, 2018).

As episiotomias estão indicadas quando ocorre alguma complicação materno-fetal e pretende-se reduzir o tempo do segundo estágio do trabalho de parto ou se o feto é pré-termo ou macrossômico, para evitar lesões cerebrais (Bobak et al., 2009).

Todos os partos em que não foram realizadas episiotomias, houve a ocorrência de pequenas lacerações, de primeiro grau, facilmente suturadas.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, proporcionando um ambiente seguro, minimizando o medo e a ansiedade, no sentido de otimizar a saúde da puérpera e do recém-nascido, foi conseguido num processo moroso, mas gratificante. Ao longo de 20 semanas foi possível promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, intervindo precocemente em possíveis complicações.

2.4 – CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

No 4º estágio do trabalho de parto, o período de recuperação, é também um período crítico quer para mãe, quer para o recém-nascido, uma vez que estão a recuperar do processo físico do nascimento, mas também estão a estabelecer novas relações (Bobak et al. 2009).

Ao longo dos dois estágios foi possível acompanhar um total de 103 puérperas, com intervenções e focos de atenção diferentes de acordo com o período de pós-parto, podendo ser imediato ou período de pós-parto após alta da maternidade, com o intuito de “avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel”(DGS, 2015, p.78).

O período do puerpério ou pós-parto é considerado após a saída da placenta estendendo-se até 6 semanas após o parto (Zugaib, 2016).

A avaliação do fâcies da puérpera, sintomatologia referida pela mesma, monitorização de sinais vitais, avaliação de perdas uterinas e avaliação do globo de segurança de Pinard,

são alguns parâmetro a ter em atenção no período pós-parto imediato, ainda na sala de parto, por forma a identificar precocemente alguma complicação na puérpera ou no recém-nascido (RN) e intervir atempadamente à mesma (Bobak et al. 2009).

No período pós-parto imediato, foi promovido o conforto da puérpera, providenciando o contacto do bebé pele-a-pele, a amamentação na 1ª hora de vida e um momento prazeroso de intimidade entre a díade/tríade.

Já na UCCNM, o foco primordial era o bem-estar físico, psíquico e emocional da puérpera e como esta transição para a parentalidade está a afetar toda a dinâmica familiar e concomitantemente interferindo no bem-estar do recém-nascido.

Logo após a expulsão do feto, as manobras de expressão do recém-nascido, são cruciais para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, contudo nem sempre são fáceis, principalmente em recém-nascidos hipotónicos, de grande peso para idade gestacional ou quando o cordão umbilical é curto.

Um bebé de termo por via vaginal, tem pouca dificuldade em desobstruir as vias, uma vez que os mecanismo do parto e a ação da gravidade ajudam na expulsão das secreções (Bobak et al., 2009).

Foram prestados os cuidados imediatos a 99 recém-nascidos, sendo que 5 apresentaram problemas de saúde e 6 necessitaram de cuidados especiais por restrição do crescimento intrauterino e acompanhados 11 recém-nascidos na UCCNM.

No sentido de dar respostas a esta competência, foi também desenvolvido no estágio na UCCNM o projeto “Retorno a casa em companhia”, que teve como objetivos: o restabelecimento funcional da puérpera; aconselhamento da puérpera e da família nos cuidados ao RN; promoção de uma parentalidade saudável; incentivo ao aleitamento materno; promover um processo de transição para parentalidade seguro. (Apêndice V) Neste contexto foi possível conceber, planejar e implementar uma sessão complementar subordinada ao tema “Retomar a sexualidade no pós-parto”. (Apêndice VI)

Todas as intervenções e ações foram no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade nos mesmos e na família (Torgal et al., 2019).

2.5. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO

Esta competência foi possível de alcançar na UCCNM, através de convocatória para consulta de saúde da mulher, mulheres com idades compreendidas entre 45 e 65 anos, que frequentavam a unidade no programa da reabilitação.

Estas consultas tiveram o intuito de informar e orientar a mulher para as possíveis alterações físicas, emocionais e sexuais deste período de transição.

Foi também possível elucidar para a importância dos rastreios do cancro do colo do útero e mama e empoderamento na tomada de decisões relacionadas com o seu bem-estar e a sua saúde.

O EESMO prima pela proximidade que estabelece com a mulher e o respetivo meio envolvente, assumindo um papel fundamental como interlocutor no contexto de equipa.

Refletindo sobre o papel do enfermeiro especialista, este assume-se como sendo um profissional único capaz de desempenhar um trabalho altamente específico e individualizado com a mulher (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

2.6. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA

Para garantir que fosse atingida esta competência foi elaborado e desenvolvido o projeto “Chá das 17” na UCCNM, sendo a população alvo mulheres submetidas a mastectomia.

Este projeto visava oferecer um espaço onde as mulheres partilhassem conhecimentos, ideias, conceitos, através de um diálogo espontâneo, sem compromisso filosófico, teórico, político ou terapêutico, tendo como foco a partilha do que viveram enquanto mulheres com cancro, mulheres mastectomizadas e como este processo de transição saúde-doença afetou as suas vidas. (Apêndice VII)

Segundo o Regulamento das Competências do EESMO, o Enfermeiro assume a responsabilidade de assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, promovendo a saúde sexual e reprodutiva (Regulamento nº391/2019, 2019).

O EESMO de acordo com as suas competências, é o um profissional que compreende como a mulher se sente a nível emocional e psicológico, assim como conhece e valida com a mesma, o significado do corpo e da aparência física, bem como o significado da mama e a sua perda.

Ao facultar que a mulher expresse e reconheça os seus sentimentos e emoções, está a ajudá-la a ultrapassar o seu processo de luto, devendo estimulá-la a não centrar a sua vida nas alterações corporais ocorridas e na doença, levando-a a valorizar o lado positivo da vida.

Na opinião de Otto (2000), os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação pública, dirigida à prevenção do cancro da mama, ensinando o autoexame da mama, orientando para exames médicos e mamografias e retratando deste modo a esperança de cura do cancro da mama com deteção precoce.

A metodologia utilizada neste projeto foi as rodas de conversa, que permitem a “constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida. Para que isso ocorra, as rodas devem ser desenvolvidas em um contexto onde as pessoas possam se expressar, buscando superar seus próprios medos e entraves” (Figueiredo & Queiroz, 2012, p.2).

Desta forma, com o intuito de refletir e dialogar, promovemos um ambiente de partilha de sentimentos, desenvolvimento de habilidades para lidar com situações difíceis, educação em saúde, informação e discussão de problemas.

A primeira sessão foi subordinada ao tema “Como sou bonita! – Promoção do autocuidado” que tinha por objetivo primordial aumentar a capacidade de resiliência, reforçando o empoderamento e fortalecendo a autoestima e autoconfiança. (Apêndice VIII)

2.7. CUIDAR O GRUPO-ALVO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL) INSERIDO NA COMUNIDADE

Nos projetos desenvolvidos na UCCNM, foi facilmente concretizada esta competências. Ao elaborar cada um, foi possível analisar os recursos envolventes e disponíveis na

unidade, avaliar cada população alvo, de forma a empoderar mulheres, desde a adolescência à terceira idade.

Com todo o trabalho desenvolvido, especificamente nos projetos “Sê”, “Retorno a casa em companhia” e no “Chá das 17”, foi promovida a qualidade global dos serviços desempenhados na UCCNM, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Ao conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar todos os programas, projetos e intervenções, bem como cooperar com outros profissionais em programas, projetos e intervenções no âmbito da saúde sexual e reprodutiva foi possível cuidar grupos-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades.

3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a Ordem dos “os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Desta forma, os especialistas de Enfermagem nas diferentes áreas, têm competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, demonstradas através da conceção, gestão e supervisão de cuidados, fazendo parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo dos estágios foi sempre assegurado um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades na tomada de decisão ética e deontológica, procurando sempre as melhores práticas, baseadas na evidencia científica, respeitando a individualidade do grupo-alvo.

Ao elaborar e desenvolver todos os projetos na UCCNM, foram respeitados os direitos humanos, gerindo situações potencialmente comprometedoras.

Como descrito nas atividades realizadas, ao longo dos estágios foi possível colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais, promovendo o aperfeiçoamento dos cuidados, garantindo a melhoria continua dos mesmos.

Foi necessária uma gestão adequada e correta de recursos humanos e materiais, bem como a garantia de espaços adequados. Através de um espírito de liderança e elo facilitador nos

processos de aprendizagem, considera-se alcançado com sucesso os diferentes domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA

Integra a segunda parte deste relatório a componente investigativa, onde será apresentada a metodologia e os resultados de um estudo desenvolvido sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal, na percepção das primíparas.

Nesta parte do relatório iremos realizar o enquadramento concetual do fenómeno, sendo o ponto de partida para a nossa investigação, onde procurámos sistematizar conceitos relevantes para o desenvolvimento do mesmo, bem como desenvolver toda a componente empírica, onde serão apresentados e analisados os resultados do presente estudo.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL DO FENOMENO

Ser mãe pode tornar-se num processo inato, ou seja, nasce com a mulher o intuito de cuidar e acarinhar um Ser. Contudo, existem mulheres, que consideram que não é importante ser mãe, ou que simplesmente não se enquadram neste papel (Regan, 2005).

Independentemente desta pretensão, desde o planeamento à conceção, gravidez e pós-parto, todas as mulheres, são alvo de um processo de ambivalência de sentimentos entre pânico e prazer, medo e segurança. Porém, este processo de ambivalência e adaptação ao papel parental, não acontece só nas mulheres. Os futuros pais também partilham essa ambivalência, não propriamente nos períodos de planeamento ou conceção, mas na gravidez e pós-parto.

A necessidade de apoio e de acompanhamento destas mães após a alta hospitalar é, por tudo isto, um desafio para os profissionais de saúde, devendo ser uma aposta em particular para os EESMO, que devem facilitar estes processos de transição (Carvalho, 2020).

Alguns estudos mostram que em regra 48h após o parto, as puérperas regressam a casa, algumas ainda sem grande experiência ou conhecimento sobre os cuidados RN, amamentação, prevenção de acidentes ou mesmo gerir emoções e ansiedades.

Quando regressa a casa, a puérpera, depara-se com alterações hormonais intensas, desconfortos físicos, inexperiência em cuidar do RN. Outro assunto relevante neste período é a forma como o casal vivencia a sua sexualidade, homem e mulher vivenciam e valorizam a sexualidade no pós-parto de modos diferentes, com impacto na satisfação conjugal. A sexualidade, especificamente o retorno da atividade sexual entre o casal, continua a ser um assunto de grande importância na vida de ambos (Bobak et al., 2009).

Desta forma, o EESMO, tem neste campo uma tarefa fundamental, pela situação privilegiada que tem de proximidade com as famílias, que consiste em promover o regresso à “normalidade, na continuidade de cuidados e no estabelecimento de uma forte relação de confiança com a Mulher” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.9).

Devem potencializar a tomada de decisões e de ações, estabelecendo com a mulher uma parceria de cuidados efetiva (Ordem dos Enfermeiros, 2015), que permita a aprendizagem de uma identidade parental (Carvalho, 2009).

Constatámos também ao longo dos estágios, que os casais permanecem pouco tempo nas maternidades saindo muitas vezes com dúvidas e inseguranças relacionados não só com os cuidados ao bebé, mas sobretudo com a sua individualidade parental e conjugal.

Nas sessões de preparação para o parto e parentalidade, bem como nas de recuperação pós-parto, o ênfase é dado às abordagens relacionadas com o bebé ficando para segundo plano as relacionadas com “sexualidade na gravidez e pós-parto”, “alteração da dinâmica familiar”, “ajustamento de papéis”, “satisfação conjugal”.

O foco nestas sessões é nas necessidades do bebé, descurando outras preocupações do casal. Daí a nossa aposta no desenvolvimento deste estudo centrado na vivência da sexualidade das mães primíparas.

O nascimento de um filho constitui um dos principais momentos de adaptação na dinâmica do casal, sendo responsável por várias mudanças a diversos níveis, nomeadamente conjugal, familiar e social. A chegada do bebé determina, no ciclo de vida familiar, mais mudanças do que qualquer outra etapa desenvolvimental (Nyström & Öhrling, 2004; Bobak et al., 2009).

Essas mudanças originam que as mães e os pais tenham, nesta fase, um dos mais exigentes e complexos papéis no seio familiar, essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança

e o bem-estar da criança, o papel parental (Canavarro & Pedrosa, 2005; Logsdon, Foltz, Scheetz, & Myers, 2010).

1.1 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NUMA PERSPETIVA DA TEORIA DE MEDIO ALCANÇE DE MELEIS

A transição para a parentalidade reflete um processo único, que ocorre à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho e da forma como ambos experienciam esta transição. Esta é possivelmente a fase mais intensa e marcante da vida de ambos os pais e traduz-se pela capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais, transformando-as em competências cuidativas e educativas, centradas no bem-estar da criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e também para o seu projeto pessoal (Figueiredo, 2001; Mendes 2009)

O nascimento de um filho modifica toda a dinâmica familiar, provocando em algumas famílias “uma crise que terá como consequências dificuldades adaptativas” e noutras “há um crescimento e mesmo evolução sobretudo a nível dos conflitos do passado que minaram as relações intergeracionais” (Bayle, 2006, p. 38).

De acordo com Henriques et al., (2015), a transição para a parentalidade requer um serie de mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais, sendo um dos maiores eventos desenvolvimentais quer na mulher, quer no seio familiar.

É geralmente um dos eventos mais desafiadores nos estadios iniciais do casamento, sendo um processo adaptativo que determina mudanças na qualidade da relação conjugal e na satisfação da mesma (Olsson, Lundqvist, & Faxelid 2005).

Os processos de mudança e adaptação, ao novo elemento, com novas rotinas, redistribuição de papéis e atribuição de novas tarefas são sem dúvida uma mudança de magnitude considerável para o sistema familiar como um todo (Serra et al, (1998), como referido por Hidalgo, 2009).

A transição pode ser compreendida como um processo, que decorre ao longo de diversas etapas organizadas numa determinada sequência, associada a uma noção de movimento

que envolve tanto a ruptura com a vida tal como era conhecida, como com as respostas da pessoa ao evento (Chick & Meleis, 2010).

No presente estudo, consideramos o processo de transição para a parentalidade conforme concebido na teoria de médio alcance de Meleis, tendo em conta a sua natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta. Meleis e seus colaboradores desenvolveram uma teoria, a Teoria de Médio Alcance, na qual a transição é um “foco” de atenção da enfermagem (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições consiste na compreensão das transições que a pessoa vivência perante diversos acontecimentos de vida, apresentando uma estrutura teórica que inclui o tipo e padrões de transição, as propriedades das experiências de transição, os condicionalismos da transição (inibidores e facilitadores), os indicadores processuais, os indicadores de resultados esperados e a assistência de enfermagem (Pereira, 2012).

As transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional)”, sendo que a transição para a parentalidade pode ser descrita como uma transição desenvolvimental ou situacional, em que há uma alteração dos papéis no seio familiar (Meleis, 2010).

Assumem-se como processos complexos e com padrões de multiplicidade, pois cada pessoa pode experienciar mais do que um tipo de transição simultaneamente. Relativamente aos padrões, estas podem ser conotadas como únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não (Brito, 2012).

Guimarães (2016), refere que o processo de transição se caracteriza “pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo” (p.2).

Meleis, apresenta um modelo centrado no conceito de transição, como um modelo profissional, que traduz o modelo exposto para o modelo em uso, centrada no conceito de transição, que segundo a autora exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento e, portanto, mude a definição de si no contexto social (Meleis, 2007).

Este modelo encara a prestação de cuidados de saúde num âmbito multidisciplinar, isto é, a Enfermagem, para além de profissão, é também uma disciplina do saber, cujo foco da atenção se relaciona com o estudo da resposta humana face às transições de vida, que correspondem a períodos de maior vulnerabilidade e de risco para a saúde (Silva & Carneiro, 2014).

Face ao exposto esta teoria tem-se assumido como central para Enfermagem, Meleis (1975; 1985; 1986; 1991), como referido por Siantz e Meleis (2007), propôs que a transição é um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem. As intervenções de enfermagem ocorrem frequentemente durante os períodos transicionais de instabilidade precipitados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de doença, os enfermeiros promovem o cuidado transicional do desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade.

Na transição para a parentalidade, o estado atual como era conhecido é interrompido, resultando em instabilidade, ansiedade, stresse e incerteza quanto à congruência entre as expectativas criadas e a realidade decorrente do exercício do novo papel (Kralik, Visentin, & Loon, 2006; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000). Em resposta a situações de rutura, é necessário que a mãe e o pai reconheçam que novos comportamentos necessitam ser conhecidos e novos ajustamentos das responsabilidades, dos objetivos, da identidade e dos sentimentos acerca de si próprio precisam de ser construídos.

1.2 RELACIONAMENTO CONJUGAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A transição para a parentalidade, como descrito anteriormente, é considerada por alguns autores uma das maiores mudanças na vida do casal, concretamente na vivência da conjugalidade, levando a desafios e conflitos, compartilhados pelo casal (Grizólio, Scorsolini-Comin, & Santos, 2015)

Ainda, de acordo com estes autores a estabilidade conjugal “seria resultante da capacidade do casal de superar crises e readaptar-se a elas, fortalecendo suas questões positivas” (p.24).

Mosmann (2007), como referido por Simone e Mosmann, (2015), descreve que “a comunicação se torna facilitadora deste processo, essa nova relação ganha um sentido diferente, na qual as alterações na dinâmica conjugal podem iniciar ainda antes do nascimento do bebê, fazendo com que se sintam envolvidos nesse processo de transição, e assim adquirindo sua própria identidade conjugal” (p.24).

Este novo papel assumido como mãe e pai, irá interferir na vida conjugal, levando a novas adaptações e restrições, principalmente na sexualidade do casal. Sendo o foco de atenção os cuidados ao recém-nascido, o casal descuida mais a sua intimidade (Salim, Araújo, & Gualda, 2010; Soares, 2012).

O facto de a mulher apresentar alterações da sua imagem corporal, criando impacto na sua feminilidade leva também a um distanciamento na relação conjugal (Simone & Mosmann, 2015).

Tal como referido anteriormente, esta transição leva a diversas alterações na dinâmica do casal, que para além de exercerem o papel de marido e mulher, passam também a exercer o papel de pai e mãe (Duarte & Zordan, 2016).

O nascimento de um filho causa um impacto fortíssimo na relação conjugal, redefinindo a mesma, que de acordo com Costa (2006), como referido por Duarte e Zordan (2016, p.66) “os indivíduos constituem uma relação conjugal para obter determinadas satisfações, que somente podem ser obtidas mediante uma permanência conjunta prolongada”, ou seja cada individuo procura no companheiro um objetivo comum, em busca da satisfação mútua.

Cada um dos elementos do casal são construções e símbolos de família, onde foram desenvolvendo ideias e objetivos de acordo com a sua origem, levando à procura de parceiros que “satisfaçam, ou compensem as carências e expectativas que cada um traz” (Groisman, 2013, referido por Duarte & Zordan, 2016). Com a chegada do primeiro filho a atenção passa a estar fora do casal, ou seja, fora de cada elemento (mulher e homem).

O casal vive em função dos sentimentos de cada um, e a satisfação conjugal é afetada por vários aspectos desde a comunicação do casal, grau de escolaridade, questões religiões/culturais, aspectos contextuais, empatia, nível socioeconômico e a sexualidade. Tudo isto afeta na adaptação ao recém-nascido à vida extrauterina, na adaptação aos novos papéis de mãe/pai e concomitantemente a curto prazo afeta a sexualidade do casal (Duarte & Zordan, 2016).

Os mesmos autores, reforçam novamente que o nascimento do primeiro filho repercute várias alterações na conjugalidade, exigindo uma constante mudança e adaptação quer individual, quer relacional.

Mendes (2009), intensifica que existem experiências positivas na relação conjugal, em que os casais manifestaram uma maior união, partilha de tarefas, cooperação, reinício do namoro e experiências negativas onde as mães manifestaram menor tempo entre o casal, receio de não sentir desejada pelo companheiro, distanciamento e medo em iniciar a atividade sexual.

São vários os fatores que interferem com a sexualidade no período pós-parto, tais como a fadiga e cansaço resultantes da responsabilidade dos novos papéis parentais e alterações corporais da mulher, entre outros (Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1993). A percepção da alteração da imagem corporal condiciona, fortemente, o desejo sexual da mulher no pós-parto. Frequentemente a mulher pode sentir-se menos atraente, o que leva à diminuição do desejo e da iniciativa para a atividade (Silva & Figueiredo, 2005).

Sandre-Pereira (2003), esclarece que o tempo de recuperação do desejo sexual pelas mulheres é variável, podendo ser um período de poucas semanas para algumas ou demorar mais tempo para outras. Esta recuperação depende da alteração hormonal, do envolvimento emocional com o papel de mãe, do conflito entre o papel de “boa mãe” e o de “boa mulher” e o dualismo entre o sentimento de “pureza/respeito” e o de negação do erotismo.

Em suma, poderemos dizer que a experiência da maternidade, o aleitamento, a dependência total do recém-nascido do cuidador, as modificações do corpo materno, entre outros, são fatores que contribuem para uma mudança no padrão de comportamento sexual do casal. Em alguns casos, este acontecimento fortalece os laços de afeto entre o

casal, contribuindo para a vivência positiva da sexualidade. Já em outros, o nascimento do bebê, pode influenciar negativamente a sexualidade do casal (Ricci, 2015).

2. METODOLOGIA

A investigação científica é um processo sistemático, que permite examinar fenómenos do mundo real, com vista a obter respostas para questões que merecem uma investigação (Fortin, 2009).

É um método particular de aquisição de conhecimentos de forma ordenada, sistemática e rigorosa. O objetivo da investigação em ciências de enfermagem é um estudo ordenado de factos presentes, no domínio dos cuidados de enfermagem, o que leva à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina.

Deste modo a enfermagem pode consolidar os seus conhecimentos, e a mudança será feita refletindo sobre as práticas, o que permite a melhoria do desempenho profissional.

Pretende-se neste estudo conhecer a perceção das mães primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.

A fase metodológica é das mais importantes da investigação, pois é nesta etapa que o investigador operacionaliza o estudo, explicitando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população (*Idem*).

Neste capítulo iremos apresentar o desenho da investigação, o tipo de estudo, os objetivos investigação, a população e a amostra, o procedimento de recolha de dados, o tratamento dos dados e por fim, os procedimentos formais e éticos necessários para desenvolvimento da investigação.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo de nível I do tipo exploratório-descritivo que pretende dar resposta à questão: “Qual o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal?”.

Para dar resposta à questão de investigação definiu-se o seguinte objetivo: conhecer a perceção das mães primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.

A opção por um estudo qualitativo exploratório descritivo surge por este permitir conhecer e descrever o fenómeno em estudo permitindo a obtenção informações sobre as motivações, as ideias e as atitudes dos participantes (Streubert & Carpenter, 2011), bem como torna-lo conhecido (Fortin, 2009).

A amostra deste estudo ficou constituída por 53 participantes.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Fortin (2009) as “características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção” (p.133).

Atendendo ao objetivo do nosso estudo, optou-se por uma amostra do tipo não probabilística, em bola de neve.

O método de amostragem em bola de neve corresponde ao facto de as participantes iniciais irem incentivando e sugerindo que outras, que correspondam aos critérios de inclusão, como é o caso de amigos ou colegas, participem na investigação.

A técnica em bola de neve é útil quando quem se deseja entrevistar se torna difícil de localizar (Streubert & Carpenter, 2011), o que se adequa ao momento em que nos encontramos de pandemia.

A população que esteve na base do presente estudo foi constituída por mães que experienciaram pela primeira vez o nascimento do filho, em virtude de este ser um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e, naturalmente, no seu processo de desenvolvimento e adaptação ao seu novo papel: o de mães.

Deste modo, a amostra ficou constituída por mães primíparas com filho entre 0 e 24 meses de idade, sendo estabelecidos os seguintes critérios de seleção:

- Mães pela primeira vez;
- Com conhecimento básico de leitura e conversação da língua portuguesa;
- Com acesso à rede social *Facebook* ou ao próprio correio eletrónico;

- Coabitando com o companheiro. (Apêndice IX)

Ao logo da apresentação dos resultados iremos usar a letra “M” para nos referirmos à participante Mãe.

2.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi efetuada através da divulgação de um questionário na rede social *Facebook*, através do método bolo de neve (passagem da palavra entre as pessoas conhecidas). A opção por este procedimento, justificou-se devido à pandemia que ocorre no momento (Covid 19) no país e que invalida as entrevistas presenciais com as participantes, como estava inicialmente planeado.

As mães acederam ao questionário através do *Google forms*, sendo o respetivo link divulgado e publicitado através da rede social.

O questionário online encontrava-se dividido em três grupos: dados sociodemográficos, dados obstétricos e questões de resposta aberta, que seriam as questões norteadoras da entrevista inicial. (Apêndice X)

Terminámos a recolha de dados após se ter atingido o nível de saturação da informação, que de acordo Streubert e Carpenter (2011), ocorre quando há "repetição de informação e a confirmação de dados anteriormente colhidos" (p.31).

2.4 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados considerando a natureza das variáveis em estudo. Assim com os dados sociodemográficos foi efetuada a análise descritiva dos mesmos, através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%) e das médias nas variáveis quantitativas.

Para analisar os dados que emergiram dos discursos das mães, foi realizada a análise de conteúdo, segundo a perspetiva de Bardin, por nos permitir uma análise mais sistemática a partir das respostas recolhidas (Bardin, 2011).

Ainda os mesmos autores, afirmam que a análise de conteúdo “pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não-verbais)” (Silva & Fossá, 2015).

Esta análise permite, a partir das respostas dadas pelas participantes, identificar as discordâncias e convergências descritas e agrupá-las em categorias (Bardin, 2011).

De acordo com Bardin (2011), a análise deve ser em torno de três polos: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A primeira etapa, como a própria expressão diz, consiste numa pré-análise, ou seja, na organização e a sistematização das respostas, de forma a estabelecer indicadores para esclarecer a informação recolhida.

Deste modo, seguindo as linhas orientadoras do autor, procedeu à transcrição das respostas dadas no questionário para um documento do *word* de forma a sistematizar e organizar as mesmas, seguindo-se uma leitura flutuante das mesmas, seguindo-se para a etapa seguinte.

Silva e Fossá (2015), define a segunda etapa como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

Nesta fase todo o conteúdo foi analisado e transformado em unidades de registo, onde de acordo com os objetivos do estudo, procedemos à procura de palavras, proposições, temas e acontecimentos (Unidades de Registo), de forma a criar a categorização.

Após a análise de cada resposta, foram destacadas as palavras-chaves por forma a criar a primeira categorização, sendo que posteriormente essas foram agrupadas de acordo com temas, dando origem às categorias iniciais.

Estas categorias iniciais foram também agrupadas tematicamente, originando nas categorias finais. A categorização é definida como “(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um

título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2011, p. 145).

Por último, procedemos à análise dos dados colhidos, de forma a dar resposta ao objetivo inicialmente proposto para estudo.

Na última fase os dados obtidos são submetidos a operações estatísticas, para ter representatividade e validade.

Silva e Fossá (2015) definem esta fase como “o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado” (p.5).

2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Em todo o estudo foi garantida a confidencialidade das participantes, pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados da investigação só serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fontes, sendo as mães referidas pela letra M(x), em que x designa o número de submissão.

Ao submeterem a mesma, assumiam a participação no estudo de forma esclarecida e consentida, uma vez que antes de iniciarem o questionário eram sujeitas à leitura do consentimento antes do preenchimento. (Apêndice XI)

Para a realização do estudo foi também solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), que foi favorável. (Apêndice IX)

3. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo iremos fazer uma breve descrição da amostra e apresentar os resultados que emergiram dos discursos das mães sob a forma de categorias e subcategorias.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na caracterização da nossa amostra, consideramos os seguintes dados sociodemográficos a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a situação atual de emprego e atividade profissional (cf. Tabela 1). Foram também incluídos os dados obstétricos como planeamento da gravidez, complicações, frequência nas sessões de preparação para o parto e parentalidade, tipo de parto, idade da criança, tipo de alimentação da criança e situação de saúde da criança (cf. Tabela 2).

Conforme podemos observar na tabela 1, a nossa amostra ficou constituída maioritariamente por mães com idade compreendida entre os 30 e os 35 anos (55%), que vivem em união facto ou casadas (89%).

Tabela 1- Dados sociodemográficos das mães

Variáveis		Mães n (%)
		53 (100%)
Idade	20-30 anos	10 (19%)
	31-35 anos	29 (55%)
	36-40 anos	12 (23%)
	>40 anos	2 (3%)
Estado civil	Solteira	5 (9%)
	Casada/união facto	47 (89%)
	Divorciada/separada	1 (2%)
Habilitações académicas	Ensino secundário	13 (25%)
	Ensino superior	40 (75%)
Situação atual de emprego	Desempregada	8 (15%)
	Empregada	45 (85%)
Atividade profissional	Profissionais de saúde	26 (43%)
	Outras	19 (57%)

Relativamente a habilitações académicas, constatámos que a maioria das mães tinham instrução ao nível do ensino superior (75%), estando a maioria no ativo (85%). Outra

característica desta amostra de mães, evidente nesta tabela, refere-se à sua profissão que eram maioritariamente profissionais de saúde (43%).

Conforme apresentado na tabela 2 verificámos que a maioria das mães da nossa amostra planeou/desejou a gravidez (94%) e não teve complicações na mesma (90%). Ainda, 75% das mães, referiram ter participado em sessões de preparação para o parto.

Quanto ao tipo de parto cerca de metade da amostra de mães foi distócico (45%).

No momento do preenchimento do questionário, os bebés tinham maioritariamente menos de 12 meses, eram saudáveis e a maioria alimentado exclusivamente com leite materno (58%).

Tabela 2 - Aspetos relativos ao percurso da gravidez e parto das mães, idade e tipo de alimentação dos bebés

Variáveis		Mães n (%)
		53 (100%)
Gravidez planeada/desejada	Sim	50 (94%)
	Não	3 (6%)
Complicações na gravidez	Sim	5 (10%)
	Não	48 (90%)
Frequência em sessões de preparação para o parto e parentalidade	Sim	40 (75%)
	Não	13 (25%)
Tipo de parto	Eutócico	19 (36%)
	Distócico	24 (45%)
	Cesariana	10 (19%)
Idade dos bebés	<6 meses	17 (32%)
	6-12 meses	18 (34%)
	13-18 meses	9 (17%)
	>18 meses	9 (17%)
Tipo de alimentação	Exclusivamente materno	31 (58%)
	Materno e artificial	17 (32%)
	Exclusivamente artificial	5 (10%)
Saúde do bebé	Sem problemas de saúde	53 (100%)

Seguidamente faremos a apresentação das categoria e subcategorias que emergiram, dos relatos das mães participantes.

3.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Como referido anteriormente, este estudo pretende conhecer a perceção das mães primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal. Da análise dos dados constantes nos relatos das mães emergiram quatro categorias principais:

Redefinição de papéis; Alteração da conjugalidade; Alteração na vivência da sexualidade; Necessidade de apoio à dinâmica familiar e respectivas subcategorias conforme observamos no quadro 1.

De seguida iremos desenvolver cada uma delas considerando as suas subcategorias.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias

Categoria	Subcategorias
Redefinição de papéis	Integração do papel materno Redefinição do papel de esposa/companheira
Alteração da conjugalidade	Distanciamento do casal Aproximação do casal
Alteração na vivência da sexualidade	Diminuição da Libido Diminuição do tempo para estarem juntos “namorar”
Necessidade de apoio à dinâmica familiar	Reforço do apoio do Cônjuge/companheiro Reforço do apoio Familiar Apoio social

3.2.1. Redefinição de papéis

Após o nascimento do primeiro filho, as mães refere haver uma alteração no seu papel enquanto esposa e enquanto mulher.

M47 “Inicialmente distanciamento físico e emocional (...) senti-me sozinha e isolada. Priorizar muito mais o bebe em relação ao companheiro numa altura em que ele também se tentava adaptar a esta nova fase e fazia tudo o que podia/sabia, para amenizar os meus esforços sem que eu lhe tivesse dado o merecido valor na altura.”

Ou seja, existe uma mudança radical, transformando a relação dual, homem/mulher, esposa/marido, para uma relação triangular mãe/pai/filho.

Após o parto, não nasce apenas um bebé, nasce uma mãe, nasce uma família o que pode levar a uma redefinição de papéis. Nesta redefinição ocorre a ***integração do papel materno*** e ***redefinição do papel de esposa/companheira***, que constituem as subcategorias.

Integração do papel materno

Através dos relatos descritos pelas mães existe uma mudança pessoal, com reestruturação psicoafectiva, que permite responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do filho. O foco de preocupação e de intervenção passa a ser o bebê, descurando toda a sua individualidade enquanto mulher.

Quando questionadas sobre os “**sentimentos, preocupações e desconfortos sentidos durante o processo de transição**”, apontam a baixa autoestima, o cansaço e a ansiedade.

M2 “Desgaste, as responsabilidades diárias acabam por cair mais do lado da mãe, alguma "insensibilidade" à mãe e ao seu cansaço acumulado”.

M53 “Impaciência, falta memória fruto de noites mal dormidas (...)”

M37 “Houve algum distanciamento da minha parte, pois já não me sinto bem como antes.”

M38 “Preocupação na mudança do corpo, sentimento de medo em não estar à altura.”

Ainda em resposta à mesma questão reforçam a sua preocupação com o seu desempenho enquanto mãe.

M17 “Foco de atenção no bebe descurando a relação conjugal”

M23 “A minha preocupação foi que o pai não tivesse tanto empenho em tratar do bebê.”

M31 “Inicialmente o foco de ambos é na criança (...)”

M50 “Após o parto dependentes do horário do bebê.”

M8 “Medo de não estar à altura e uma responsabilidade assustadora (...)”

M19 “Alguma ansiedade, receio de não estar à altura do desafio.”

Relativamente à questão “**O pós-parto decorreu como imaginava? Porquê?**”, também foi notório as repercussões desta transição, na individualidade de cada uma, onde relataram, que não esperavam tanto o “turbilhão” de sentimentos e excesso de trabalho.

M10 “Não. Ninguém nos prepara para o turbilhão de emoções e hormonas que daí vem (...)”

M15 “Inicialmente não. Penso que nós mulheres achamos que vamos conseguir manter a nossa Vida normal caseira, quando a realidade é que não vamos ter tempo para nada, e maioria dos dias a casa vai estar completamente desarrumada com montes de roupa para lavar e passar a ferro.”

M16 “Não. Sempre fui uma pessoa mentalmente bem estruturada. Nunca pensei que a questão hormonal tivesse tanta interferência em mim.”

M18 “Não. Nunca se está preparada para tamanha mudança.”

M20 “Não. Achei que tiraria férias. Na verdade, tive muito trabalho. Um bebê com refluxo, que não dormia e tive de lidar com um marido que não entendia que era um pai e eu, mãe.”

M45 “Não. Devido às dores intensas, problemas na amamentação, gestão de tarefas, e preocupação (desvalorização) pessoal (aparência) e impacto na relação conjugal.”

Redefinição do papel de esposa/companheira

A relação conjugal e o papel enquanto esposa, após o nascimento em particular do primeiro filho, fica alterado. Os casais passam por dificuldades e readaptações, que segundo as mães, se devem muito ao cansaço, à dificuldade na distribuição de tarefas e à falta de apoio dos companheiros.

Cuidar do filho, como referido na subcategoria anterior, leva a um desgaste físico e emocional, acarretando mudanças significativas, a nível pessoal e com o cônjuge. Os sentimentos que existem em cada uma das mães como medo, preocupação, insegurança são enaltecidos com esta grande mudança, conduzindo ao afastamento enquanto casal.

Uma vez mais, quando questionadas sobre “**sentimentos, preocupações e desconfortos sentidos durante o processo de transição**”, referem que o cansaço, o medo e a insegurança alterou a sua relação.

M16 “Medo de rejeição/desconforto com o novo corpo.”

M10 “Após o parto andamos os dois mais cansados. Antes tínhamos mais tempo, obviamente, para dedicar à relação, agora nem sempre há tempo ou disposição.”

M6 “Cansaço e intolerância para o outro aumentaram com o nascimento da criança.”

M13 “O cansaço, após o parto e durante o primeiro mês e a culpa de não poder estar mais presente para o meu companheiro devido as necessidades do bebé e do cansaço.”

M37 “Houve algum distanciamento da minha parte, pois já não me sinto bem como antes.”

No entanto, gostaríamos de realçar que emergiram dos relatos das mães outros sentimentos como amor, determinação, gratidão e, por isso, em alguns casos, relatam a concretização de um projeto, proporcionando satisfação conjugal.

M1 “Manteve-nos mais unidos.”

M2 “Trouxe-nos mais alegria, felicidade e união (...).”

M4 “Adaptação, União e felicidade precisamos de momentos sozinhos, só para cada um.”

M5 “Fortaleceu (ainda mais) a relação entre os dois.”

M7 “Aproximação.”

M8 “Positivo. Era algo que ambos desejávamos.”

M12 “Juntou nos mais.”

Nesta categoria verificámos que o nascimento do primeiro filho teve, face aos relatos das mães, impacto quer ao nível da integração do papel materno e na redefinição do papel de esposa/companheira.

3.2.2 Alteração da conjugalidade

Conforme temos vindo a referir, a transição para a parentalidade leva a mudanças significativas na vida do casal. O nascimento de um filho é considerado um acontecimento que redefine a relação conjugal, que até este momento era a única existente no núcleo familiar.

O discurso das mães mostra a este nível algum desequilíbrio na relação do casal que definimos em duas subcategorias que evidenciam a existência de um *distanciamento* entre o casal ou pelo contrário de uma maior *aproximação*.

Distanciamento

Quando questionadas sobre que **“impacto teve o nascimento do bebé na relação com o seu companheiro”**, surgiram expressões sugestivas de afastamento e desgaste na relação.

M44 “Alguma, pois eu deixei de dar atenção ao companheiro.”

M10 “Alterou as nossas rotinas e hábitos. Muitas mudanças num curto espaço de tempo.”

M25 “Acho que estamos mais distantes.”

M46 “Com o desgaste físico das inúmeras tarefas e o descontrolo hormonal (...).”

M50 “Mais stress gerou mais discussões.”

O nascimento do primeiro filho levou também a que algumas mães manifestassem a existência de mais discussões, violência e separação. A incompreensão, a falta de diálogo, e a falta de colaboração entre o casal, leva por vezes a uma sobrecarga de trabalho na mulher.

M6 -... pensei k o pai fosse ajudar mais. tanto na prática como emocionalmente dando apoio moral. É afinal pai só dificultou as coisas.

M20 -Foi duro. Não nos reconhecíamos mais. Brigávamos, ele era bruto comigo. Não comprava ou fazia comida. Gritava comigo.

M36 -Estamos mais afastados como casal. Temos mais discussões, apesar de pouco relevantes. Tenho consciência que grande parte dessas discussões são provocadas por mim, estou sempre impaciente e irritada

M41 -Acabámos por nos separar.

M50 -Mais stresse gerou mais discussões

Aproximação

Com os resultados obtidos no estudo foi também possível, verificar que existem casais que se aproximam mais, as mães manifestaram que o nascimento do bebê veio fortalecer a sua relação com o cônjuge/companheiro, levando a uma maior união e companheirismo.

M1 “Manteve nos mais unidos.”

M4 “Adaptação, união e felicidade precisamos de momentos sozinhos, só para cada um.”

M5 “Fortaleceu (ainda mais) a relação entre os dois.”

M7 “Aproximação.”

M16 “Ficamos mais companheiros.”

M17 “Melhorou a ligação que tínhamos, fez nos crescer enquanto seres individuais e como casal.”

M18 “Impacto positivo, houve um amadurecimento do relacionamento.”

M22 “Estamos mais próximos.”

A felicidade de ter um filho e o desafio em cuidar do mesmo, foi algo que manifestaram como o sentimento que veio consolidar a relação e promover a compreensão.

M2 “Trouxe-nos mais alegria, felicidade e união.”

M27 “Estávamos em harmonia e expectantes em relação à nossa bebê. Planeamos tudo em conjunto e apoiamos-nos mutuamente como sempre fazemos. A nossa única preocupação era a privação de sono após a bebê nascer.”

M29 “A relação torna-se mais forte porque somos unidos e partilhamos as nossas preocupações. Temos como prioridade o bebê e compreendemos que já não temos a mesma disponibilidade um para o outro. Mas é difícil encontrar o equilíbrio.”

M32 “Fortaleceu a nossa relação. É um filho muito desejado e ficamos muito felizes por ter conseguido um bebê lindo e acima de tudo saudável.”

O distanciamento espelhado nesta categoria, compromete também a vivência da sexualidade no casal, que irá ser descrito na próxima categoria.

3.2.3 Alteração da vivência da sexualidade

A alteração da conjugalidade no casal, tem também repercussões no domínio da vivência da sexualidade conforme demonstraram nos seus testemunhos as mães da nossa amostra. O medo do reinício da vida sexual, a diminuição da libido, associados por vezes a sentimentos de insatisfação com a imagem corporal, leva a uma maior inibição no relacionamento conjugal. Ou seja, as alterações, hormonais, físicas, psicológicas e sociais,

têm repercussões na vivência da sexualidade nos casais e conseqüentemente alterações na conjugalidade.

Neste estudo, as mães referiram como principal causa desta alteração a *diminuição da libido* e a *diminuição do tempo para estarem juntos “namorar”*.

Diminuição da libido

As alterações hormonais sofridas após o parto, nomeadamente liberação da prolactina, diminuição de estrogénios, podem contribuir para a diminuição do interesse sexual e dificuldades na penetração, pela falta de lubrificação natural.

O cansaço, o esgotamento físico, a alteração do padrão do sono e a concentração no bebé, levam também a um maior desinteresse na relação sexual e menor intimidade entre o casal.

M46 “Com o desgaste físico das inúmeras tarefas e o descontrolo hormonal, diminuiu a libido.”

M32 “Inicialmente esquecemo-nos um pouco da nossa vida sexual...no início estávamos os dois tão focado no bebé que não existia libido. Nem pensávamos nisso.”

M15 “Voltar a relação sexual para mim foi o mais difícil e continua a ser. Além de ter a zona íntima muito frágil é algo que passa a ter que ser planeado entre as sextas do bebé e deixa de ser espontâneo.”

M23 “Falta de tempo e privacidade.”

M28 “As relações íntimas que demoram até normalizar no meio de tanta novidade e alterações na vida quotidiana.”

M29 “O principal desafio é reajustar a relação.”

Quando questionadas sobre **“sentimentos, preocupações e desconfortos sentidos durante o processo de transição”**, ficou explícito esta alteração.

M6 “Perda de interesse sexual.”

M17 “Diminuição da libido.”

M21 “Falta de vontade e disponibilidade física/emocional.”

M35 “A nossa intimidade sofreu grande abalo.”

As alterações hormonais também foram referidas como algo que perturbe a sexualidade no casal.

M10 “Ninguém nos prepara para o turbilhão de emoções e hormonas que daí vem.”

M16 “(...) Nunca pensei que a questão hormonal tivesse tanta interferência em mim.”

M46 “(...) o descontrolo hormonal, diminuiu a libido.”

M33 “Há toda uma alteração física e hormonal e nem sempre as coisas correram bem.”

Diminuição do tempo para estarem juntos “namorar

Ainda dentro desta categoria, considerámos uma outra subcategoria - diminuição ***do tempo para estarem juntos “namorar***, em que a falta de tempo para a intimidade surge, como responsável por alterações na vivência da sexualidade e concomitantemente alterações na conjugalidade.

Como referido em categorias anteriores, o foco das mães era essencialmente o bebé, ficando extremamente cansadas com a gestão das tarefas de casa e os cuidados ao filho.

M2 “Desgaste, (...) falta de tempos de pausa sem o bebé para o casal.”

M11 “Alguma falta de tempo para nós.”

M10 “Após o parto andamos os dois mais cansados. Antes tínhamos mais tempo, obviamente, para a dedicar à relação, agora nem sempre há tempo ou disposição.”

Quando questionadas sobre os **“principais desafios de manter uma relação conjugal satisfeita”**, a falta de tempo para estar com o companheiro, surge com bastante impacto.

M1 “Falta de tempo para a intimidade.”

M4 “Criação de momentos a dois. “

M8 “Ter tempo para o casal no meio de todas as tarefas com o bebé, da casa, trabalho...é um desafio.”

M29 “O principal desafio é reajustar a relação, ou seja, ter tempo para o bebé e ainda ter vontade para manter a relação interessante.”

M36 “Gestão de tempo para o casal.” Por forma a colmatar todo o impacto na transição para a parentalidade na relação conjugal, as mães referiram a necessidade de apoio, como uma estratégia de superação desta dificuldade.

3.2.4 Necessidade de apoio à dinâmica familiar

A partilha de tarefas e a comunicação entre o casal, ou simplesmente poder deixar que o filho fique com outros familiares, bem como o aconselhamento com profissionais de saúde, foram algumas das estratégias referidas para ultrapassar, sem grandes dificuldades, esta transição, manifestando a necessidade de o casal ficar mais próximo e íntimo.

Neste sentido para caracterizar melhor esta categoria surgiram as subcategorias *Reforço do apoio do Cônjuge/companheiro*, *Reforço do apoio Familiar* e *Apoio social*.

Reforço do apoio do Cônjuge/companheiro

O companheiro foi evidenciado com grande ênfase, como o principal suporte pela maioria das mães deste estudo. Descrevem que o apoio, a compreensão, a comunicação e a partilha de cuidados e responsabilidade ajuda neste ajustamento de papéis.

M1 “O pai foi um bom ombro, para chorar e descarregar frustrações! “

M13 “Se a relação for boa e de entreajuda a adaptação a essa nova fase fica facilitada e mais agradável apesar das dificuldades e duvidas que possam surgir.”

M28 “Para mim foi importante saber que contava com apoio para tudo o que precisasse. Nos primeiros tempos foi superimportante viver esta experiência a dois, poder ter colo, mimo e apoio nas coisas mais práticas do dia a dia que nos primeiros tempos fazem toda a diferença.”

M47 “Apoio mútuo, momentos de carinho e relaxamento, momentos de partilha e de desabafo, quer de alegrias quer de preocupações, no meio do caos que são os primeiros meses.”

Quando questionadas sobre “**quais as estratégias que gostaria de usar para melhorar o seu relacionamento**”, referem que a comunicação com o companheiro é essencial para se sentirem apoiadas.

M34 “Não diria melhorar, mas acho que a melhor estratégia passa pela conversa com o companheiro e o apoio total.”

M43 “Fazer alguma atividade com companheiro enquanto o bebé dorme; conversar mais sobre o que o outro pensa ou deseja.”

A gestão do tempo com o companheiro, segundo as respostas analisadas, foi também referida diversas vezes como uma estratégia.

M1 “Sair mais vezes em casal.”

M7 “Mais tempo só a dois.”

M11 “Conciliar tempo para poder estar juntos.”

M13 “Mais saídas a dois e em família.”

M15 “Ter mais tempo só os dois.”

M49 “Conseguirmos mais tempo a dois.”

M50 “Mais dedicação ao outro.”

A construção de um novo equilíbrio entre os papéis atuais de mãe e pai, constitui um ponto chave, a igualdade de género, com equidade nas tarefas e nos papéis, permitindo o apoio mútuo entre o casal.

Reforço do apoio Familiar

Apesar de menos referido nas narrativas das mães comparativamente com a subcategoria anterior, os dados em análise referem que o facto de terem ajuda dos avós, ou outros familiares, poderá ser uma boa estratégia para ajudar, minimizando assim o impacto desta transição na relação conjugal.

Tornar-se uma família é criar um espaço de entreajuda entre outros elos, pedir ajuda aos familiares ou sentir colaboração por parte dos mesmos, segundo algumas mães facilitam este reajuste de papéis e aproximação do casal.

M10 -Gostaria de deixar a bebé com os avós e tirar tempo para nós.

M37 -Ter a ajuda dos avós.

M48 -Conseguir deixar o neto com os avós algumas horas sem me preocupar tanto.

O nascimento do primeiro filho é o despertar também de uma relação para os avós, é uma oportunidade de estreitar laços.

Apoio social

Os desafios do casal no pós-parto, segundo a percepção das mães, são inúmeros, sendo necessário recorrer a outras estruturas fora do contexto familiar para apoiar neste processo de adaptação.

Quando questionadas sobre “**quais as estratégias que gostaria de usar para melhorar o seu relacionamento**”, manifestaram que uma das ajudas seria o apoio de profissionais e de estruturas de apoio social (creches) com horários mais alargados.

M53 “Existência de uma creche/serviço á noite para cuidar de bebés. Existem muitos dias de privação de sono que são muito difíceis.”

M6 “Ajuda de profissionais que mediassem discussões, diferentes opiniões e ajudassem a melhorar a comunicação conjugal.”

Ainda na mesma questão, consideram importante a partilha em grupos com as mesmas características e com o mesmo objetivo, considerando que a aprendizagem poderá surgir através da experiência vivida pelo próprio casal ou por outros.

M21 “(...) acho incluir o pai nas discussões do pré-natal, colocar pais para compartilharem suas experiências.”

M25 “Não sei... gostava de ter partilhas com outros casais.”

M30 “Partilha de experiências com outros casais.”

M32 -Talvez os homens devessem ter aulas de preparação para a chegada dos filhos...

Quando questionadas **“transição para a parentalidade: alteração da dinâmica familiar, seria um tema importante de abordar nas sessões de preparação para o parto”**, a maioria das mães defendem que sim, reforçando que desta forma podem ser colmatados alguns desentendimentos entre o casal.

M13 “Sim porque muitos futuros pais passam muitas dificuldades a se adaptarem e os números de separações apos o parto são elevados mostram que não estão preparados para o que esta para vir.”

M33 (...) há toda uma alteração física e hormonal e nem sempre as coisas correram bem. A informação seria bastante útil.”

M37 “Julgo que sim! Há toda uma alteração física e hormonal e nem sempre as coisas correram bem. A informação seria bastante útil.”

Face ao exposto, verificámos uma grande mudança na relação conjugal, que pode ser menos conturbada se for dado o apoio necessário aos casais concretamente nesta fase critica de transição e adaptação ao papel parental.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A preocupação com a transição para a parentalidade surge em 1957, onde LeMasters afirma que 83% dos casais tem uma crise severa, na passagem de casal para Pais. Muitos estudos foram elaborados desde então, mas somente em 1980, surgem estudos que defendem as ideias de LeMasters, considerando esta transição como um período de grande stresse para o casal, diminuindo a qualidade da relação conjugal (Hernandez & Hutz, 2009).

Na transição para a parentalidade existe a necessidade de uma reorganização social, face ao aumento súbito da responsabilidade da mulher que se torna a principal referência para o filho, levando a um ajustamento “da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina” (Antunes, Jerónimo, & Correia, 2017, p.3).

Os mesmos autores salientam que devido a todo este processo de mudança, se trata de um período de maior vulnerabilidade, particularmente para a mulher (Antunes et al., 2017).

Martins, Leal e Maroco (2010), defendem que a transição para a parentalidade “aumenta, frequentemente, o nível de *stresse*, amplifica problemas e diferenças já existentes entre o casal, podendo aumentar o nível de insatisfação conjugal” (p.165).

Os resultados obtidos no presente estudo, vão ao encontro às ideias defendidas pelos autores anteriormente descritos, uma vez que as mães, manifestaram alegria e sentimentos positivos face à maternidade, mas também referiram sentimentos de inquietação, cansaço e desanimo, assumindo-se como as principais responsáveis e cuidadoras do filho.

Ou seja, tornar-se mãe, exige uma reorganização de prioridades na vida da mulher, que ultrapassa a sua autonomia e a sua individualidade.

Mendes (2009), reforça que a “maternidade transcende o momento do parto” (p.49) e que este ajustamento ao novo papel, interfere na “satisfação pessoal”, no “equilíbrio emocional” e no “funcionamento familiar” (p.51).

Ainda de acordo com esta autora, a mulher passa por um período de reformulação de identidade e de reorganização das relações (Mendes, 2009).

Existe uma serie de transformações neste processo de transição, que poderão indiretamente influenciar nas dimensões relacionais e físicas, no seio familiar, nomeadamente a exaustão materna, a secura vaginal, a falta de apoio e falta de autoestima (Regan, 2005).

Cunha (2007), reforça ainda que a centralidade nos filhos na vida das mulheres portuguesas, tem uma grande dimensão, levando à construção de uma nova identidade.

Quando destacámos na categoria “**Redefinição de papéis**”, a integração do papel de mãe, foi evidenciado nas respostas das mães, uma mudança na sua identidade e a uma reorganização das suas tarefas e rotinas. Essa mudança na individualidade da mulher, também leva a um ajuste em toda a relação conjugal, podendo também haver uma redefinição do seu papel enquanto esposa/companheira.

A transição para a parentalidade é considerada uma mudança que afeta os hábitos pessoais, costumes e rotinas na vida em casal, sendo geralmente descritos como uma redução drástica e esmagadora no tempo para si e para a vida como casal (Cowan e Cowan, 1992, como referido por Hidalgo, 2009).

O nascimento de um filho tem um impacto fortíssimo na mulher, não só de ordem física, mas também ao nível dos sentimentos, que conseqüentemente a fazem ter uma nova perceção de si mesma e da forma como se relaciona com os outros (Salim et al. 2010).

Enderle et al. (2013), defendem que após o nascimento de um filho existe diminuição do desejo sexual, levando ao afastamento do casal. As razões maioritariamente apontadas para esta alteração é o cansaço e as preocupações das responsabilidades parentais.

Também neste estudo, as mães participantes identificaram que a relação conjugal e o papel de esposa ficaram alterados, deixando de ser uma relação única e exclusiva, passando a uma relação filial, parental, adicionando as preocupações no cuidado ao filho.

Com o crescimento da família, os papéis também crescem e a sua complexidade cresce proporcionalmente, a família deixa de ser um binómio centrada na mulher e no marido e passa a incorporar um filho, e à relação conjugal, acrescenta-se a relação mãe-filho e pai-filho.

O companheirismo, o afeto e o bem-estar entre o casal são de acordo com Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004), essenciais para a satisfação conjugal e para

minimizar os sentimentos de medo, insegurança e cansaço presente nos relatos das mães da nossa amostra.

Ao tornarem-se mães e pais, mulheres e homens precisam assumir novos papéis sociais, os quais podem exigir uma grande adaptação das suas identidades individuais e principalmente da sua identidade enquanto casal.

A segunda categoria que destacámos no nosso estudo, “**Alteração da conjugalidade**”, foi manifestada quer positivamente com comportamentos de aproximação entre o casal, quer negativamente, com distanciamento entre ambos. Resultados semelhantes foram encontrados por Kluwer (2010), tendo verificado que aproximadamente metade dos casais experiencia mudanças negativas, enquanto a outra metade não experiencia mudanças ou melhoria no relacionamento nesta fase de transição para a parentalidade.

O foco da atenção centrada no bebé por parte das mães, descurando a relação com o companheiro e concomitantemente interferindo na satisfação conjugal, foi também observado noutros estudos (Hipp, Low, & Anders, 2012).

Neste processo de mudança e incertezas, o casal pode manifestar não só insatisfação ao nível dos cuidados ao recém-nascido, como também na “reestruturação dos relacionamentos com o parceiro e os familiares mais próximos, constituindo verdadeiros desafios a organização das rotinas diárias, a conciliação individual, do casal e da parentalidade (Fonseca, Coelho, & Santo, 2017).

Bayle (2006), refere que o nascimento do filho pode modificar toda a dinâmica conjugal, podendo provocar situações de crise ou crescimento, ao nível de conflitos do passado.

A existência de uma diminuição na satisfação conjugal depois do nascimento do primeiro filho tem vindo a ser evidenciada em vários estudos (Kluwer, 2010), assim como o aumento dos níveis de conflito na maioria dos casais, e a identificação de uma ênfase reduzida nos papéis do parceiro, sendo maior esta redução nas mulheres (Glade, Bean, & Vira, 2005).

A literatura tem evidenciado que relações desajustadas ou mesmo conflituosas nesta fase de transição e adaptação à parentalidade se podem traduzir em sintomas depressivos e maior stresse para ambos os Pais estando associados a separação conjugal (Gewirtz & Zamir, 2014).

A “**Alteração da vivência da sexualidade**”, foi outra categoria que surgiu no nosso estudo.

As mães do estudo revelaram que o nascimento do primeiro filho, trouxe alterações na sexualidade, quer pelo excesso de trabalho e falta de tempo, quer pela diminuição da libido que acontece nos primeiros dias após o parto devido às alterações endócrinas deste período.

Salim et al. (2010), refere que a sexualidade fica também alterada em todo este processo de transição, quer na forma como a mulher o vivencia, quer em relação com o seu corpo e feminilidade ou em relação à comunicação com o parceiro.

Os mesmos autores, reforçam ainda que no início as mulheres podem demorar a sentir desejo sexual, pois necessitam de tempo para este reajuste nas rotinas e papéis. Também as mães neste estudo revelaram falta de vontade e disponibilidade física e emocional para se relacionarem com o parceiro, demonstrando uma quase ausência de desejo sexual.

O tempo de recuperação do desejo sexual pelas mulheres é variável, podendo ser um período de poucas semanas para algumas ou demorar mais tempo para outras. Esta recuperação depende da alteração hormonal, do envolvimento emocional com o papel de mãe, do conflito entre o papel de “boa mãe” e o de “boa mulher” e o dualismo entre o sentimento de “pureza/respeito” e o de negação do erotismo (Sandre-Pereira, 2003).

A intimidade do casal, face a estas mudanças poderá ficar alterada, sendo também “alvo de reestruturação”(Fonseca, Coelho, & Santo 2017).

A satisfação sexual decresce com o nascimento de uma criança, muito devido as atenções se centrarem nos cuidados ao filho, levando a indisponibilidade para o companheiro. Neste processo de transição o casal pode demorar a recuperar a sua intimidade, a mulher pode ficar totalmente ocupada pela maternidade, e não se sentir preparada para a "entrega amorosa” e o companheiro poderá não se sentir à vontade diante do corpo da companheira, que antes lhe era familiar e agora lhe parece tão diferente (Menezes & Marques, 2010).

Segundo a literatura, menores níveis de satisfação conjugal e satisfação sexual devem-se sobretudo à dificuldade de conciliar os papéis parentais com o relacionamento sexual,

diminuindo a proximidade do casal, a comunicação e os sentimentos amorosos entre os parceiros (Mendes, 2009).

Siqueira, Melo e Morais (2019), afirmam que os cuidados com o recém-nascido se tornam prioritários na rotina familiar e de acordo com as puérperas dificultam a vivência sexual do casal no pós-parto, defendendo a necessidade de existir um tempo para ficarem a sós, para “namorar”, compartilharem seus sentimentos, desejos, receios e necessidades possibilitando a reestruturação do relacionamento.

Outra categoria que emergiu foi a “**Necessidade de apoio à dinâmica familiar**”, para ajudar neste momento de labilidade e mudança de papéis, para que o impacto da transição para a parentalidade na conjugalidade do casal seja menor. Evidenciando o reforço do apoio do cônjuge/companheiro, o reforço do apoio de familiares ou apoios sociais (enfermeiros, creches), serem uma mais-valia.

A rede de suporte foi apontada pelas participantes como algo significativo, como é amplamente demonstrado na literatura.

A maior expressão utilizada pelas mães foi “comunicação” e “apoio”, referindo tal como analisado nas respostas, que os companheiros têm um papel importante para que toda a harmonia familiar seja mantida e esta transição menos conturbada.

Vieira e Reis (2017), referem que a partilha de responsabilidade, a comunicação, a expressão de sentimentos e emoções entre o casal é crucial, na adaptação aos novos papéis nesta transição.

As expectativas que as mulheres incutem em relação à divisão de tarefas em casa, são frequentemente violadas, afetando-as negativamente e conseqüentemente levando a menor satisfação conjugal. Diminuição do tempo que passam juntos, diminuição da intimidade física e emocional, também são, motivos de desarmonia conjugal (Kluwer, 2010), conforme nos foi possível constatar nos relatos das mães.

Em Portugal a realidade não é muito diferente conforme verificámos em alguns estudos que revelam independentemente de exercerem ou não uma atividade profissional remunerada, continuam a assegurar a quase totalidade das tarefas domésticas e de cuidado aos filhos (Amâncio, 2007; Perista, 2002).

De facto, se ambos os Pais conseguirem compreender qual a forma mais adequada de responder às necessidades da criança e se conseguirem compreender e interpretar as suas potencialidades, ficarão menos ansiosos, com menos stresse e irão adaptar-se mais facilmente ao papel parental, particularmente quando se trata do primeiro filho.

Também a família representa um papel de suporte determinante para os Pais nesta etapa da sua vida, tendo sido descrita pelas mães como um pilar, como um apoio. Ainda os estudos desenvolvidos por vários autores constataram o importante papel da família na transição para a parentalidade (Mendes, 2009; Vieira & Reis, 2017).

Para Bayle (2006), o nascimento de um filho é motivo de grande felicidade para os avós, enaltecendo a continuidade das gerações, havendo uma aproximação dos diferentes membros, levando a que os avós passem de um papel de educadores, para desempenhar o papel de conselheiros.

Relativamente a suportes sociais, nomeadamente um EESMO ou horários alargados de creches, manifestados pelas mães, também é apoiado por Vieira e Reis (2017), onde reforçam que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica tem um papel fundamental no acompanhamento à mulher, devido a todas alterações sofridas neste processo de transição, sendo fulcral para a criação de estratégias que fomentem um ambiente saudável, contribuindo para o bem-estar do casal e concomitantemente do bebé.

5. CONCLUSÃO

No presente relatório, foi possível demonstrar todo o percurso desenvolvido enquanto estudante do mestrado em ESMO, tendo em conta a componente de estágio e a componente investigativa que integram a unidade curricular estágio com relatório. Foram descritas as competências, o modo como foram concretizadas e uma reflexão sobre as práticas à luz da evidencia científica.

As dificuldades sentidas ao longo dos estágios, foram colmatas e ultrapassadas, com muita perseverança e com muito empenho no desenvolvimento pessoal e profissional, levando a uma revisão da literatura e pesquisa contínua e com uma atitude de questionamento e interesse para com as tutoras e orientadoras.

Terminamos este ciclo de estudos, com a consciência de ter desenvolvido com sucesso todas as competências inerentes ao enfermeiro EESMO. De todas as competências desenvolvidas a que despertou um fascínio muito particular foi “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, por se reportar a uma fase muito específica do ciclo gravídico-puerperal, concretamente à transição para a parentalidade, que é considerada uma tarefa muito desafiante para os Pais e onde os EESMO tem um papel crucial neste processo de transição.

A componente investigativa deste estudo teve como objetivo conhecer a perceção das mães primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.

Esta transição, como descrito pelas primíparas e apoiado pela evidencia científica leva a uma reorganização de papéis e reestruturação de competências pessoais e sociais. A transição para a parentalidade exige uma adaptação nos comportamentos, atitudes e preocupações, levando a um ajustamento na relação conjugal.

Consideramos que este estudo permitiu compreender os sentimentos e preocupações das primíparas e a forma como esta mudança de papel e de competências influencia na relação com o companheiro. Ser mãe exige múltiplas mudanças levando a reestruturação de rotinas

diárias e a um reajuste no relacionamento conjugal que deixa de ser uma relação a dois para passar a ser uma relação triádica.

Foi mencionado pelas participantes, implicações que levam por um lado ao distanciamento entre o casal e por outras à aproximação entre ambos. Neste contexto, pode concluir-se que o nascimento do primeiro filho, na perspectiva das mulheres, está relacionado com esta nova readaptação nos papéis de esposa e de marido/companheiro ao papel de mãe e de pai.

Com este estudo foi também possível realçar a importância e a necessidade de intervenção do EESMO em todo o ciclo gravídico-puerperal, desde a gravidez até ao período pós-parto de forma a apoiar e empoderar os casais durante a fase de transição para a parentalidade.

O EESMO é o profissional que pela proximidade que tem com os Pais, pode intervir e apoiar os mesmos no desenvolvimento das suas práticas parentais, promovendo a interação entre o casal, mostrando que é possível manter estável a sua relação conjugal, ao mesmo tempo que se vão tornando Pais. Ao melhorar a ligação entre o casal estamos a criar ligações mais fortes com o bebé, ligações estas que se vão manter para o resto da vida, em volta de sentimentos de grande poder como amor e compreensão.

Acreditamos que este estudo seja impulsionador para novas práticas dos EESMO, no sentido de promover uma adequada e harmoniosa transição para a parentalidade, não descurando a vivência da conjugalidade. Nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) e Cursos de Recuperação Pós-Parto (CRPP) a implementação de temáticas sobre a conjugalidade e a apresentação de estudos sobre as alterações ocorridas no período pós-parto em grupos de Pais, criando rodas de conversa, com reflexões sobre a prática, será uma estratégia a adotar.

Dinamizar sessões relativas a temáticas de dinâmica familiar/trabalho, conjugalidade, transição para a parentalidade e direcionadas para homens, será também uma mais-valia, de forma a contribuir para a parceria de cuidados, intervindo indiretamente para potenciar a igualdade de género, respeito pelas mulheres e erradicação da violência doméstica.

É necessário agir para acabar com ambientes hostis em que as mulheres são subvalorizadas. Ao promover a participação dos homens nos cuidados ao recém-nascido,

nas atividades domésticas e na valorização do trabalho das mulheres, criamos famílias mais felizes promotoras do bem-estar do bebê.

Este trabalho, apresenta algumas limitações relativas aos métodos, que dizem respeito ao facto de se ter recorrido do ponto de vista de recolha de dados, a um questionário no *Google forms* e não à entrevista presencial com as mães, pelo motivo já referido. Isto faz com que, no nosso entender, as opiniões das mães não espelhem com exaustividade os seus sentimentos e pensamentos como era desejável.

Pensamos que esta temática deverá continuar a ser estudada, com estudos longitudinais em momentos específicos como o reinício da atividade profissional dos Pais entre outros. Também deixamos como sugestão a abordagem da temática em estudos quantitativos randomizados que explorem também a opinião da figura paterna.

BIBLIOGRAFIA

- Amâncio, L. (2007). Género e divisão do drabalho doméstico: O caso português em perspectiva. In K. Wall & L. Amâncio, *Família e Género em Portugal e na Europa* (pp. 181-209). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Antunes, F., Jerónimo, J. & Correia, D. (2017). Perturbações Psiquiátricas na Gravidez e no Pós-parto. In D. Correia & M. Santo, *Saúde Mental na Gravidez e Puerpério* (pp. 5-44).Lisboa: Lidel.
- Bayle, F. (2006). *À Volta do Nascimento*. Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Almedina.
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Perry S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Brito, M. (2012). *A Reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Canavarro, C., & Pedrosa, A. (2005). Transição Para a Parentalidade: Compreensão Segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225–255). Lisboa: Editora Fim de Século.
- Carter, B., & McGoldrick M. (2015). *As Mudanças no ciclo de vida familiar Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto: Artmed Editora.
- Carvalho, J. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma intervenção de educação parental em mães primíparas* (Tese de Doutoramento). Universidade Porto, Porto.
- Chick, N., & Meleis A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. Meleis, *Transition Theory-midle range and specific theories in nursing research and practice* (pp. 24–37). New York: Springer Publishing Company.
- Couto, G. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 14 (2), 190-198.
- Cunha, V. (2007). *O Lugar Dos Filhos Ideais, Práticas e Significados*. Lisboa: Impresa de Ciências Sociais.
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Serie A, nº205. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 3410/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Serie,

nº61. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/121620065/details/maximized>.

- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional Para a Vigilância Da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Duarte, E., & Zordan E. (2016). Nascimento do Primeiro Filho: Transição para a Parentalidade e Satisfação Conjugal. *Perspectiva* 40, 65–76.
- Enderle, C., Kerber, N., Lunardi, V., Nobre, C., Mattos, L & Rodrigues, E. (2013). Condicionantes e/ou Determinantes do retorno à atividade sexual no Puerpério. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(3).
- Figueiredo, A. & Queiroz T. (2012). A utilização de Rodas de Conversa como metodologia que possibilita o diálogo. *Seminário Internacional Fazendo Gênero* 10 (10), 1–10.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do Puerpério. In C. Canavarro *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161–180). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fonseca, A., Coelho, A. & Santo, M. (2017). Interface Físico-Psiocológica na Gravidez. In D. Correia & M. Santo, *Saúde Mental na Gravidez e Puerpério* (45-56). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gewirtz, A., & Zamir, O. (2014). Chapter Four - The Impact of Parental Deployment to War on Children: The Crucial Role of Parenting. *Advances in Child Development and Behavior* (46), 89–112.
- Glade, A., Bean, R. & Vira, R. (2005). A Prime Time for Marital/Relational Intervention: A Review of the Transition to Parenthood Literature with Treatment Recommendations. *American Journal of Family Therapy* (33), 319–336.
- Grizólio, T. , Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. (2015). A percepção da parentalidade de cônjuges em casamentos de longa duração. *Psicologia em Estudo* 20(4), 663–674.
- Guimarães, M. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Retirado de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na Transição para a Parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental* (2), 63–68.

- Hernandez, J. & Hutz, C. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico* 40 (4), 414-421.
- Hidalgo, M. (2009). Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. *Familia* (38), 133–152.
- Hipp, L. , Low, L. & Anders, S. (2012). Exploring women’s postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine* 9(9).
- Kluwer, E. (2010). From partnership to parenthood: a review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review* (2),105–125.
- Kralik, D., Visentin, K. & Loon, V. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55(3), 320–329.
- Lei n.º 9/2009 da Assembleia da República (2009). Diário da Republica: I Serie, nº44. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/lei/9/2009/03/04/p/dre/pt/html>
- Logsdon, M., Foltz, M., Scheetz, J. & Myers, J. (2010). Self-efficacy and postpartum depression teaching behaviors of hospital-based perinatal nurses. *Journal of Perinatal Education* 19(4),10–16.
- Martins, S., Leal, I. & Marôco, J. (2010). Escala de Impacto Família de Um Filho. In J. Marôco & I. Leal. *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 162-176). Porto: Livpsic.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4ªEd. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, K. & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science* 23 (1), 12–28.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Menezes, C. & Marques, A. (2010). Parto e Pós-Parto: Impacto sobre a sexualidade do Pai. *Cadernos de Sexologia* (3), 77–92.
- Mercer, R., Ferketich S. & DeJoseph, J. (1993). Predictors of Partner Relationships during Pregnancy and Infancy. *Research in Nursing & Health* 16(1), 45–56.
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ªedição. Lisboa: Lidel.
- Moretti-Pires, R. (2008). *O pensamento crítico social de paulo freire sobre a*

humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo (Tese de Doutoramento). Universidade de São Paulo.

- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação Conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia* 9(3), 575–584.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico Do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nyström, K., & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46(3),319–30.
- Olsson, A., Lundqvist, M. & Faxelid, E. (2005). Women ' s thoughts about sexual life after childbirth : focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci* (7), 381–387.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso Do Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna e Obstetricia/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto , transformar la atención a mujeres y neonatos. *Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de La Salud* 18(8),1–8.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem Em Oncologia*. 3ªEdição. Loures: Lusociência.
- Parecer n.º04/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2016). Ordem dos Enfermeiros.
- Parecer n.º7/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2011). Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, M. (2012). A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.
- Perista, H. (2002). Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens. *Análise Social* 37, 447–473.
- Queirós, P. (2018). Uma Prática Teórica Da Enfermagem (Caderno de Aulas). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.
- Regan, L. (2005). *A Sua Gravidez Semana a Semana*. Porto: DK Civilização.
- Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República (2019). Diário da República: II Serie, n.º 26. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário Da República: II Série n.º 85. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>.

- Regulamento nº42/2020 do Diário da República (2020). Diário da República: II Serie, nº11. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/128154353>.
- Ricci, S. (2015). *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde Da Mulher*. Brasil: Grupo Guanabara Koogan.
- Salim, N., Araújo, N. & Gualda, D. (2010). Corpo e Sexualidade : A Experiência de um grupo de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(4).
- Sandre-Pereira, G. 2003. Amamentação e Sexualidade. *Revista Estudos Feministas* 11(2), 467–491.
- Siantz, M., & Meleis, A. (2007). Integrating cultural competence into nursing education and practice: 21st century action steps. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 86S-90S.
- Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para a análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica* 17(1), 1–14.
- Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade : o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência* 3,17–26.
- Silva, I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clinica* 25(3).
- Simone, Q., & Mosmann, C. (2015). Da Conjugalidade à Parentalidade : Vivências em Contexto de Gestação Planejada. *Aletheia* 48, 22–34.
- Siqueira, L., Melo, M. & Morais, R. (2019). Pós-Parto e Sexualidade: Perspectivas e Ajustes Maternos. *Revista Da Enfermagem Da UFSM* 9.
- Soares, D. (2012). Paternidade e geratividade na transição para a parentalidade (Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Sousa, A., Oliveira, S., Nunes, A., Vilar, D., Uziel, A., & Berzins, F. (2012). Adolescências, Autonomia e Direitos Sexuais: Fragmentos de Histórias de Meninas Abridadas. *Archives* 24(1):105–15.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa Em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Sundström, A., Rosén, D., & Rosén, K. (2000). Vigilância Fetal. *Noventa Medical AB* 40.
- Torgal, A., Sales, C., Dias, I., Tavares, M., Odilon, N., Souro, P., Miguel, P., Pestana, R., Machado, S., Antunes, V. & Cardoso, V. (2019). *Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro – Da Compaixão á Proficiência*. 3ª. Universidade Católica.

Vieira, M. & Reis, A (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebê: revisão sistemática da literatura. *Revista Da UIIPS* 5, 132–143.

Zugaib, M. (2016). *Zugaib Obstetrícia*. Editora Manole.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Planejamento e avaliação da sessão “I can, you can, all can – a mudança está em ti”

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Consultas de atendimento ao Jovem – projeto Flash Planeamento de sessão

Tema: I can, you can, all can - a mudança está em Ti!

Hora: 15 horas

Tempo previsto: 30min

População-alvo: Adolescente

Local: sala de espera da consulta de atendimento jovem

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha

Finalidade: Promoção de comportamentos saudáveis na adolescência.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
Identificar comportamentos de risco na adolescência	Comportamentos de risco na adolescência	Interativo	Visualização do filme “Saúde Mental nos Jovens” do SNS. Discussão em grupo do filme.	<p style="text-align: center;">Materiais</p> <p>Projector</p> <p>Filme</p> <p style="text-align: center;">Humanos</p> <p>Alunas do CPLESMO</p> <p>Orientadoras Pedagógicas</p>	<p>Distribuir cartões com as frases “o que sou”</p> <p>“O que pretendo ser”</p> <p>“A quem peço ajuda” de forma a identificarem se têm comportamentos de risco e se pretendem pedir ajuda para mudar o comportamento.</p>

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Consultas de atendimento ao Jovem – projeto Flash

Avaliação de sessão

Tema: I can, you can, all can - a mudança está em Ti!

Hora: 15 horas

Tempo previsto: 30min

População-alvo: Adolescente

Local: sala de espera da consulta de atendimento jovem

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha

Finalidade: Promoção de comportamentos saudáveis na adolescência.

Avaliação geral: A sessão decorreu no espaço previsto contudo terminou mais tarde uma vez que foi sendo passado repetidamente o filme ao longo de 1h, dado que a chegada dos participantes decorreu entre as 15 e as 16h. Os participantes enquanto aguardavam a consulta observavam o vídeo, era discutido em grupo os comportamentos de risco e no fim respondiam ao questionário.

Nesta sessão participaram 7 jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	AVALIAÇÃO
Identificar comportamentos de risco na adolescência	Comportamentos de risco na adolescência	Nos cartões distribuídos pelos participantes, as respostas relativamente à questão “quem sou?”, foram: P1 “tenho necessidade de me afirmar”, P2 “Uma pessoa com uma personalidade definida e vinculada”, P3”alguém que quer saber quem é e aceitar-se como é”, P4“Sou fumador”, P5“ não sei”, P6 “atravessei uma fase que não comia muito” P7 “sou uma criança”. Na questão “o que quero ser?” P1 “melhor pessoa”, P2”cada vez mais eu”, P3”Feliz”, P4 “ boa pessoa e ter saúde”

		<p>P5 “Não sei”, P6” uma raparigada feliz e sem problemas” P7 não respondeu Na ultima questão “Como posso pedir ajuda” P1 não respondeu P2 “sítios indicados” P3 “amigos e profissionais de saúde” P4 “resolver a situação comigo próprio(...)posso recorrer ao apoio medico P5 “pedindo de acordo com a fase da vida” P6 “amigos, família, médico” P7 não respondeu</p> <p>Conclusão das respostas: De acordo com o que foi respondido, considero que atingi o meu objetivo, uma vez que a maioria dos jovens após ver o filme conseguiram ver quais os comportamentos que colocam a sua saúde em risco e como podem mudar. Dois dos participantes referem primeiro recorrer aos amigos, daí a necessidade de continuar a intervir nestes jovens.</p>
--	--	--

APÊNDICE II – “Projeto Sê”, planeamento da sessão.

**Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na
Comunidade**
Projeto Sê

Tema: Bulimia – A mudança está em ti!

Tempo previsto: Encontros semanais de
1h, até interiorização e apresentação do tema

População-alvo: Adolescente da Casa de Formação Cristã Rainha Santa Isabel

Local: Casa de Formação Cristã Rainha Santa Isabel

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha

Finalidade: Promoção de comportamentos saudáveis na adolescência.

Dinâmicas: participantes (6 adolescentes), pertencentes ao grupo dos distúrbios alimentares do Projeto Sê, decidiram adquirir conhecimentos sobre bulimia

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Reconhecer a Bulimia como um distúrbio alimentar que pode ser tratado.</p> <p>Responsabilizar e dinamizar uma sessão</p> <p>Tomar decisões.</p>	<p>O que é a Bulimia</p>	<p>Interativo</p>	<p>Após as adolescentes fazerem pesquisa individual sobre a temática escolhida pelas mesmas, pretendem apresentar o temas às restantes participantes do projeto, envolvidas em outras temáticas em forma de teatro, bem como pretendem apresentar à população da UCC</p>	<p>Materiais</p> <p>Computador com internet</p> <p>Artigos sobre a temática e</p> <p>Humanos</p> <p>Alunas do CPLESMO</p> <p>Orientadoras Pedagógicas</p>	<p>Validar através da dramatização se dominam o conceito e como procurar ajuda.</p> <p>Verificar se demonstram interesse em dinamizar a estratégia, ou seja, se conseguem alcançar o seu objeto (apresentar) sem ajuda.</p>

APÊNDICE III – Planeamento e avaliação das sessões teóricas de preparação para o parto e parentalidade

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Plano de Sessão teórica de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto Momentos Únicos

Tema: Aleitamento materno – mitos e posições na amamentação

Data: 02/05/2019 **Hora:** 19 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo:. Grávidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO **Orientação**

Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Esclarecimento de mitos na amamentação e possíveis posições a adquirir para uma amamentação com sucesso

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Desmistificar mitos da amamentação 	<ul style="list-style-type: none"> Mitos no aleitamento materno. 	<p>Interactivo</p>	<p>Dividir o grupo de grávidas e acompanhantes em três e em cada grupo será distribuído frases com mitos sobre a amamentação para discussão em grupo. Um elemento do grupo lê em voz alta o mito e discutem em grupo o porque de ser um mito.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Frases com mitos -Colchões para se sentarem em roda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alunas do CPLESMO -Orientadoras Pedagógicas 	<p>Verificar se o grupo no final aceita a frase como um mito e não como uma situação verdadeira.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Identificar uma boa pega. 	<ul style="list-style-type: none"> O que é uma boa pega. 	<p>Demonstrativo</p>	<p>Explicação de uma boa pega no aleitamento materno recorrendo a um</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mama artificial -Almofadas 	<p>Através da exemplificação será validada a</p>

			Mamílo artificial e um boneco.	<ul style="list-style-type: none"> -Colchoes -Bonecos <p style="text-align: center;">Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alunas do CPLESM -Orientadoras Pedagógicas 	aprendizagem das gestantes em relação à pega.
<ul style="list-style-type: none"> • Reter posicionamentos confortáveis, durante a amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos confortáveis no aleitamento materno. 	Demonstrativo	Exemplificar os posicionamentos possíveis no aleitamento materno e promover que todas as grávidas o repliquem.	<p style="text-align: center;">Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Almofadas -Colchoes -Bonecos <p style="text-align: center;">Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alunas do CPLESMO -Orientadoras Pedagógicas 	Através da exemplificação será validada a aprendizagem das gestantes em relação aos posicionamentos

<ul style="list-style-type: none"> Relembrar as vantagens do aleitamento materno. 	<ul style="list-style-type: none"> Vantagens do aleitamento materno (revisão) 	Interativo	<p>Mantendo os grupos são das gestantes e dos acompanhantes distribuir 3 cartolinas e cada grupo pode desenhar ou escrever as vantagens ambientais, maternas e do bebê no aleitamento materno, para depois colocar no cantinho da amamentação.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartolinas -Colchoes -Canetas coloridas <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alunas do CPLESMO -Orientadoras Pedagógicas 	<p>Será feita comparação das cartolinas com Check-list realizada pela autora (anexo).</p>

Mitos

O meu leite é fraco!

Tive que parar de amamentar porque comecei a trabalhar

Tenho que amamentar sempre de 3 em 3 horas.

As minhas mamas são pequenas e por isso não tenho leite!

O meu leite não chega!

Porque amamento não saio de casa!

Porque amamento não posso comer verduras!

Não consegui amamentar na primeira hora de vida e, por isso, o meu bebé não quer

Tenho que amamentar sempre das duas mamas, se não o meu bebé fica

O meu bebé é prematuro, por isso não amamento!

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Avaliação da Sessão

Tema: Aleitamento materno – mitos e posições na amamentação

Data: 02/05/2019 **Hora:** 19 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Grávidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Esclarecimento de mitos na amamentação e possíveis posições a adquirir para uma amamentação com sucesso

Avaliação geral: A sessão decorreu no espaço proposto, contudo passou o tempo (60min), uma vez que surgiram mais participantes que o habitual, levando a mais discussão dos temas.

No final a tutora e a dinamizadora fizeram uma avaliação da sessão, chegando à conclusão que a temática mitos seria um bom tema para apenas uma sessão, uma vez que foi o que despertou mais interesse nas grávidas e nos companheiros.

Na sessão participaram 15 grávidas e 9 companheiros e no final foi entregue um folheto com o resumo de toda a sessão.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">• Desmistificar mitos da amamentação	<ul style="list-style-type: none">• Mitos no aleitamento materno.	Foram distribuídos 2 mitos por grupos de 3 e 2 grávidas juntamente com os companheiros e depois discutiram entre eles o mito e o porquê de ser um mito, posteriormente leram em voz alta e

		<p>aguardaram o feedback do restante grupo de forma a validar se era semelhante ao que tinham concluído. Cada mito foi analisado e concluímos que 3 participantes acreditavam que não podiam comer verduras e que os alimentos alteravam o leite materno, uma participante acreditava que o leite poderia ser fraco, a mesma acreditava que teria de amamentar sempre das duas mamas. No final, todas validaram que eram apenas mitos e que posteriormente cada família terá de adequar a melhor forma para amamentar o seu bebe e cada bebé é diferente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar uma boa pega. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é uma boa pega. 	<p>Foi demonstrada e explicada uma boa pega e no fim foi questionado quais os aspetos importantes na mesma. (O bebé mama na aréola e não no mamilo; Os lábios do bebé devem estar virados para fora e a sua língua sobre a gengiva inferior; O queixo toca na mama; A cabeça deve estar alinhada com o resto do corpo; O corpo deve estar virado para o corpo da Mãe – barriga com barriga; Vê-se pouca auréola por baixo; Pode-se ver e ouvir a deglutição; Tentar que o bebé não emita sons de sucção nem provoque dor na mama.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reter posicionamentos confortáveis, durante a amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos confortáveis no aleitamento materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicado e demonstrado os variados posicionamentos e pedido aos participantes para comentarem qual será o mais confortável. Todos concordaram que o posicionamento depende depois do estado geral da mãe e da preferência da mesma, contudo um acompanhante

		referiu ter receio que a mãe amamente deitada por poder adormecer, referimos que o pai pode ajudar nesse processo e retirar o bebé caso isso ocorra, também foi instruído que o bebé larga a mama assim que fique satisfeito, afastando-se da mãe.
<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar as vantagens do aleitamento materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vantagens do aleitamento materno (revisão) 	<p>Em três grupos os participantes escreveram numa cartolina as vantagens ou orientações sobre o aleitamento materno para a mãe, para o bebé e para o ambiente, para em todas as sessões complementarem e relembrarem.</p> <p>Maternas: “Ajuda o útero a voltar ao normal, melhora a relação mãe-bebé, previne o cancro da mama”</p> <p>Bebé: “é o mais saudável para o bebé, ajuda na prevenção de doenças, favorece o vínculo, tem uma qualidade nutricional superior, cria um laço com o bebé”</p> <p>Ambiente: “Ensinar as famílias as formas de amamentar e pedir que guardem comentário só para si, o pai tem um papel importante para delinear estratégias”</p>

Sessão prática

Data: 02/05/2019 **Hora:** 18 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Gravidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Avaliação geral: A sessão decorreu no tempo e espaço previsto, contudo o espaço tornou-se demasiado pequeno para tantos participantes.

OBJECTIVOS	EXERCICIO	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a posição da coluna bem alinhada em pé. 	<ul style="list-style-type: none"> • De pé alinhar as costas junto à parede de forma alinhada 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender exercícios de Flexibilidade e alongamento de forma a: <ul style="list-style-type: none"> - Aliviar desconfortos posturais -Aliviar desconfortos a nível da coluna vertebral. Aliviar desconfortos a nível da coluna vertebral e fortalecimento dos peitorais. -Favorecer a circulação de retorno nos membros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de relaxamento e alongamento dos vários segmentos corporais. 	<p>As participantes colaboraram em todos os exercícios com desempenho e dedicação e os companheiros colaboraram nos mesmo.</p> <p>No final foi solicitado que em casa replicassem os mesmos para na próxima sessão validar as dificuldades sentidas. As participantes referiram sentirem-se bem após a sessão.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender exercícios de relaxamento e alongamento da bacia com o intuito de: <ul style="list-style-type: none"> -Aliviar o desconforto da gravidez. -Promover a descida do bebé e encravamento. -Promover a flexibilidade da bacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar oscilações laterais com a pélvis e de rotação na bola de pilates. • Fazer movimentos de retroversão e anteversão com a pélvis. Sincronizar a expiração com a retroversão e a inspiração com a anteversão. • Realizar oscilações laterais dos pélvis com estiramentos dos músculos abdutores. • No colchão colocar-se de gatas com as mãos 	

	apoiadas no chão e braços alinhados com as ancas e realizar as básculas.	
• Promover o relaxamento.	• Companheiro realiza massagem nas costas.	
• Aprender a posição de coluna bem alinhada em DLE ou DD	• Deitar de DLE com cunha ou rolo entre as pernas ou em DD.	
• Sessão de relaxamento com técnica de Jacobson e de Imaginação guiada.	• No colchão de olhos fechados e estoros corridos relaxar ao som da musica e realizado as técnicas de relaxamento	

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Plano de Sessão teórica de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto Momentos Únicos

Tema: Sabia que...

Data: 23/05/2019 **Hora:** 19 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo:. Grávidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: informar sobre a vigilância de saúde do recém-nascido.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p><u>Que os participantes sejam capazes de:</u> reconhecer a importância na vigilância do recém-nascido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da vitamina K • Informar sobre diagnóstico precoce • Prevenção de acidentes na alta do recém-nascido • Cumprimento do plano nacional de vacinação • Incentivo para as consultas de vigilância de saúde 	<p>Interactivo</p>	<p>Distribuir cartões com os conteúdos da vigilância de saúde no recém nascido e ler em voz alta. Discutir em grupo e validar a sua importância.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartões com afirmações -Colchões para sentarem em roda -Boletins de saúde infantil e juvenil -Boletim de vacinas <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alunas do CPLESMO -Orientadoras Pedagógicas 	<p>No verso de cada cartão existe a solução ou a justificação para cada afirmação. Após a discussão da afirmação será lido o verso para ver se o grupo consegue ir de encontro à solução.</p>

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Avaliação da Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto Momentos Únicos

Tema: Sabia que...

Data: 23/05/2019 **Hora:** 19 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Grávidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Informar sobre a vigilância de saúde do recém-nascido.

Avaliação geral: A sessão decorreu no espaço e no tempo inicialmente proposto.

No final a tutora e a dinamizadora fizeram uma avaliação da sessão, chegando à conclusão que a temática foi bem apresentada, e que promoveu discussão no grupo.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	AVALIAÇÃO
-Reconhecer a importância na vigilância do recém-nascido.	<ul style="list-style-type: none">• Importância da vitamina K• Informar sobre diagnóstico precoce	Como estratégia, fui referindo uma letra ou um número e se essa letra ou número significa-se algo para alguém seria essa pessoa a ler a afirmação. No final de cada

	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de acidentes na alta do recém-nascido • Cumprimento do plano nacional de vacinação • Incentivo para as consultas de vigilância de saúde 	<p>leitura era pedido aos participantes para comentarem. No final da discussão complementava a informação e o participante lia o verso da afirmação para concluir a mesma.</p> <p>Das afirmações lidas as que os participantes desconheciam era a necessidade de administração da vitamina K, da importância do diagnóstico precoce e da necessidade de marcar o mais precocemente a ida ao centro de saúde com o recém-nascido.</p> <p>Relativamente à prevenção de acidentes no recém-nascido, os participantes demonstraram ter conhecimento relativamente ao posicionamento do recém-nascido no berço, bem como o transporte em cadeira adequada ao peso e idade, na saída da maternidade.</p> <p>No final da sessão um participante comentou que a mesma tinha sido muito carregada de coisas más, sendo referido por mim que a maternidade é um “arco iris” com varias cores e que para não ser escuro terá de se fazer a prevenção e ter os cuidados em cada etapa de gestação e a cada etapa do recém-nascido e para isso temos de conhecer e estar informados.</p>
--	---	---

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Planeamento da sessão teórica de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto Momentos Únicos

Tema: Conjugalidade e sexualidade na gravidez

Sabia que... “o período de gravidez e pós-parto é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência directa e indirecta na vivência da sexualidade” Ana Isabel Silva e Bárbara Figueiredo

Data: 13/06/2019 **Hora:** 19 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Grávidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Incentivar a sexualidade conjugalidade na gravidez.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o parceiro 	<ul style="list-style-type: none"> Identidades 	<p>Interactivo</p>	<p>Vendar os olhos do parceiro e ver se descobre a companheira no meio das outras e depois trocam de posição.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Venda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Alunas do CPLESMO Orientadoras Pedagógicas 	<p>Verificar se através do toque identificam o parceiro</p>
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a definição de sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Definição de sexualidade segundo OMS: “A sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo que contribui para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico. A sexualidade é "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como 	<p>Interactivo</p>	<p>Distribuir folha em branco pelas participantes e pedir para escreverem o que pensam sobre a sexualidade.</p> <p>Trocar os papéis e ler em voz alta e discutir em grupo.</p> <p>No final dar definição da OMS.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Papeis e canetas Colchões para se sentarem em roda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Alunas do CPLESMO 	<p>Comparar o que escreveram com a definição da OMS e voltar a reformular a definição nos papeis.</p>

	<p>nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, 1992).</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Orientadoras Pedagógicas 	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamentos saudáveis para melhorar a sexualidade. • Incentivar a intimidade do casal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dicas para melhorar a sexualidade do casal. 	<p>Interactivo</p>	<p>Jogo:</p> <p>Cada participante atira um dado se sair numero par lê uma dica e comentamos a mesma em grupo, se sair numero impar terá de dizer uma característica do seu companheiro que lhe agrade.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dado • Frases com as dicas • Colchões para se sentarem em roda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alunas do CPLESMO 	<p>Verificar se em cada dica as participantes reconhecem como sendo algo positivo que melhora a sua sexualidade e o seu bem-estar.</p>

				<ul style="list-style-type: none">• Orientadoras Pedagógicas	
--	--	--	--	--	--

Dicas:

1. Arranje tempo para namorar.

Nesta fase, é fundamental alimentar a paixão enquanto casal. Estabeleça pelo menos um momento destes por mês. Vá até ao cinema, a um restaurante, ao teatro. O importante é estarem na companhia um do outro e viverem bons momentos.

2. Formem uma equipa

Abracem este novo projeto a dois como um desafio que devem ultrapassar em equipa. Combinem qual a melhor estratégia para ultrapassar todos os momentos desta nova rotina e ajudem-se mutuamente nas tarefas diárias. Nada como enfrentar estas mudanças verdadeiramente juntos, para fortalecer os laços enquanto casal.

3. Reserve tempo para si

Para além do tempo passado enquanto casal, é igualmente importante que dedique tempo a si mesma. Explore a sua individualidade e incentive o seu marido a fazer o mesmo, saia com as suas amigas, faça algo que a deixe feliz.

4. Dedique tempo para uma boa conversa a dois

Conversar é a chave para o sucesso de todas as relações. Dialogar sobre o dia-a-dia, aspirações, desabafos...é o que une o casal. Não se esqueça, por isso, de reservar algum do seu tempo para uma pequena atualização do seu dia-a-dia. Apesar de estarem dentro da mesma experiência, ser pais, a forma como sentem e vivem esta nova fase poderá ser totalmente oposta. Deve, por isso, conversar com a sua cara-metade sobre as opiniões de cada um, colocando-se na sua posição, para que se compreendam mutuamente. Desta forma, será mais fácil trabalhar em equipa, ajudando a criar harmonia na relação.

5. Mime o seu parceiro

Todas estas dicas são muito importantes, mas nada se consegue sem muito amor. Lembre-se de o mimar e de expressar o que sente. Foi esse amor que os levou nesta aventura tão especial, vivida a dois.

6. Faça elogios

É fácil criticar, mas por vezes é difícil dizer o que o outro faz bem. Diga algo ao seu parceiro que lhe agrade muito.

7. Experimentem algo novo

Durante uma semana, vão apenas fazer carícias no corpo um do outro até atingirem o orgasmo, sinta o prazer de conhecer o corpo do seu parceiro e descubra as zonas de maior prazer

Na semana seguinte faz o mesmo mas apenas com os beijos e carícias, sinta o prazer dos lábios do seu parceiro

Após 2 semanas sem relação coital e de descobertas, podem vivenciar a relação sexual.

8. Mude a rotina Experimente novas posições confortáveis.



Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Avaliação da Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto Momentos Únicos

Tema: Conjugalidade e sexualidade na gravidez

Sabia que... “o período de gravidez e pós-parto é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência directa e indirecta na vivência da sexualidade” Ana Isabel Silva e Bárbara Figueiredo

Data: 13/06/2019

Hora: 19 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Grávidas a frequentar as aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Incentivar a sexualidade conjugalidade na gravidez.

Avaliação geral: A sessão decorreu no espaço e no tempo inicialmente proposto.

No final a tutora e a dinamizadora fizeram uma avaliação da sessão, chegando à conclusão que a temática foi bem apresentada, e que promoveu participação no grupo. Participaram 18 pessoas, em que 5 eram companheiros.

OBJECTIVOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o parceiro 	<p>Todos os companheiros conseguiram identificar as suas parceiras sem dificuldade, gostaram da dinâmica e as grávidas ficaram entusiasmadas por saber que o companheiro as identificam de olhos vendados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a definição de sexualidade. 	<p>Verificaram que sexualidade é mais que carícias ou ato sexual.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamentos saudáveis para melhorar a sexualidade. • Incentivar a intimidade do casal 	<p>As dicas promoveram a discussão no grupo e concordaram serem importantes para melhorar a sexualidade do casal na gravidez.</p>

APÊNDICE IV – Planejamento da sessão prática de preparação para o parto e parentalidade



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO



ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS



UCCNM



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Plano de Sessão Prática de Preparação para o Parto e Parentalidade do Projeto

Momentos Únicos

Tema: Alongamento e Relaxamento

Data: 23/05/2019 **Hora:** 18 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Gravidas a frequentar as sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade

Local: Ginásio das sessões práticas de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

OBJECTIVOS	EXERCICIO	METODOLOGIA/ESTRATÉGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender exercícios de Flexibilidade e alongamento de forma a: - Aliviar desconfortos posturais -Aliviar desconfortos a nível da coluna vertebral. Aliviar desconfortos a nível da coluna vertebral e fortalecimento dos peitorais. -Favorecer a circulação de retorno nos membros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de relaxamento e alongamento dos vários segmentos corporais. 	<p>Demonstrativo / Ativo</p> <p>Demonstrar o exercício e pedir para as gestantes replicarem</p>	<p>Humanos</p> <p>Dinamizadora e Orientadoras Pedagógicas</p> <p>Materiais</p> <p>Colchoes Bolas de Pilates Rolos</p>	<p>Participação e replicação eficaz dos exercícios por parte da gestante. Interesse demonstrado pelos exercícios. Satisfação no final da atividade.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender exercícios de relaxamento e alongamento da bacia com o intuito de: -Aliviar o desconforto da gravidez. -Promover a descida do bebé e encravamento. -Promover a flexibilidade da bacia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar oscilações laterais com a pélvis e de rotação na bola de pilates. • Fazer movimentos de retroversão e anteversão com a pélvis. Sincronizar a expiração com a retroversão e a 			

	<p>inspiração com a anteversão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar oscilações laterais da pélvis com estiramentos dos músculos abdutores. • No colchão colocar-se de gatas com as mãos apoiadas no chão e braços alinhados com as ancas e realizar as básculas. 			
• Promover relaxamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Companheiro realiza massagem nas costas. 			
• Aprender a posição de coluna bem alinhada em DLE ou DD	<ul style="list-style-type: none"> • Deitar de DLE com cunha ou rolo entre as pernas ou em DD. 			

APÊNDICE V – Projeto “Retorno a casa em companhia”



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CRISTIANA SALOMÉ VALENÇA DE ALMEIDA FARIA

PROJETO

Regresso a casa em companhia

Coimbra, 2019



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CRISTIANA SALOMÉ VALENÇA DE ALMEIDA FARIA

PROJETO

Regresso a casa em companhia

Elaborado no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade, sob orientação pedagógica da Prof. Maria

Coimbra, 2019

SIGLAS

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-Nascido

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

Sumário

INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO	9
1.1 PROBLEMÁTICA ACTUAL.....	9
1.2 INTERVENÇÃO DO EESMO.....	11
2. EXECUÇÃO DO PROJETO	13
2.1 METODOLOGIA.....	13
2.2 ESTRATÉGIAS	13
2.3 RECURSOS	14
2.4 AVALIAÇÃO	14
2.5 REGISTOS E AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO	14
CONCLUSÃO.....	15
BIBLIOGRAFIA	17
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

A tarefa de “ser mãe” em algumas mulheres, torna-se um processo inato, ou seja, nasce com elas, o intuito de cuidar e acarinhar um ser parece algum involuntário, contudo existem outras mulheres que consideram que não é algo importante, ou que simplesmente não se enquadram neste papel.

Mas independentemente da pretensão ou não de ser mãe, desde o planeamento à conceção, gravidez e pós-parto, todas as mulheres, são alvo de um processo de ambivalência de sentimentos entre pânico e prazer, medo e segurança

Contudo este processo de ambivalência e adaptação a este papel de ser mãe, não só ocorre nas mulheres, os futuros pais também partilham essa ambivalência, não propriamente nos períodos de planeamento ou conceção, mas na gravidez e pós-parto. A maioria dos homens, poderá sentir o “peso” da responsabilidade, outros sentem que a dinâmica familiar será totalmente diferente e vão deixar de ter um papel importante na mesma.

No pós-parto, surgem os medos, receios, excitações, sentimentos esses que podem ser colmatados, com intervenção de um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO).

A maioria das puérperas, regressa a casa 48h após o parto, algumas sem a mínima experiência ou conhecimento sobre os cuidados ao recém-nascido (RN), amamentação, prevenção de acidentes ou mesmo gerir emoções e ansiedades. A alta hospitalar precoce é cada vez mais apoiada em Portugal. Segundo Pacheco (2012), o curto internamento torna-se insuficiente para a aquisição de competências e existem mulheres que nunca frequentaram as sessões de preparação para o parto, quer por desconhecimento, quer por fracos recursos financeiros. Desta forma, considero deveras importante a intervenção do EESMO.

Posto isto, no âmbito Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), sob orientação Pedagógica da Professora Maria Neto e da tutora Amélia Cunha, foi elaborado este projeto subordinado ao tema "Intervenção do EESMO no pós-parto", promoção de uma

parentalidade com sucesso, intitulado “Regresso a Casa em Companhia”, tendo por objetivos:

- Restabelecimento funcional da puérpera;
- Aconselhamento da puérpera e da família nos cuidados ao RN;
- Promoção de uma parentalidade saudável;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Promover um processo de transição para parentalidade seguro;

Parentalidade é “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006, p.43). Sendo a Transição para a parentalidade o ajustamento e adaptação à mesma.

Para a elaboração deste projeto, foi necessário recorrer a pesquisa bibliográfica, em livros e algumas bases de dados *on-line* – biblioteca do conhecimento B-On, Scielo e EBSCOhost, assim como *guidelines* e recomendações da Ordem dos Enfermeiros, Direção Geral de Saúde (DGS) Organização Mundial de Saúde (OMS). É de salientar que esta pesquisa foi realizada no mês de Março /Abril de 2019 com um horizonte temporal de 10 anos [2010 a 2018].

Quanto à estrutura, este trabalho encontra-se redigido de acordo com o Guia de Orientação para trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e está estruturado em 3 capítulos. Inicialmente será feito um enquadramento teórico do tema em estudo, com análise do problema. Posteriormente será explanado o planeamento do projeto, nomeadamente metodologia, população alvo, recursos e avaliação e por último uma conclusão de todo o projeto.

1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO

O termo parentalidade deriva do latim "parentâle", sendo caracterizado por um processo de reestruturação afetiva, permitindo que dois adultos assumam o papel de pais, sabendo responder às necessidades específicas dos seus filhos (físicas, afetivas e psíquicas. (Leal, 2005)

A parentalidade implica um conjunto de mudanças de papéis pessoais e sociais, constituindo um processo de transição quer para a mãe, para o pai, para o casal e para a família, que tem de allear todas as rotinas e competências para assumir o novo elemento.

Um processo de transição de acordo com a teoria das transições de Meleis caracteriza-se "pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo." (Guimarães, 2016, p.2) Podendo ser do tipo "desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional)." (*Idem*, p.2)

De acordo com a teoria das transições de Meleis et al., (2000, p.12), a transição para a parentalidade insere-se nas transições de desenvolvimento, uma vez que implica "un logro de integración, maduración y especialización en las esferas del componente humano de lo biológico, mental, social y espiritual" (Gladys et al., 2007, p. 15).

Posto isto, torna-se pertinente a participação de EESMO após o parto como promotor da saúde, facilitando a transição para a parentalidade.

1.1 PROBLEMÁTICA ACTUAL

Atualmente, OMS aponta a necessidade na tomada de medidas para que os RN e as grávidas possam receber todos os cuidados de qualidade, durante a gravidez, no parto e também no período pós-natal, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Por outro lado, são vários os centros de saúde onde são promovidas sessões de preparação para o nascimento e para o esclarecimento de possíveis dúvidas durante a gravidez. É ainda de conhecimento

que são várias as mulheres que recorrem às consultas de vigilância nos cuidados de saúde primário.

Posto isto, seria expectável que não ocorressem complicações no pós-partos, contudo não se verifica, sendo pertinente a intervenção nesta etapa (pós-parto), não apenas para com o RN mas também em volta de toda a dinâmica familiar, que em parte foi alterada. (OMS, 2016)

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS)

“Puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias). Designa-se por consulta de puerpério a consulta ou consultas realizadas durante este período. Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel.”(DGS, 2015, P.78)

Segundo Andrade et al (2015), a mulher neste período de transição necessita de acompanhamento, sendo vista de forma global e integral dentro do contexto sociocultural e familiar, e, por isso, os enfermeiros são os profissionais de saúde mais habilitados para entender e esclarecer todas as necessidades das mulheres, intervindo eficazmente nas possíveis fragilidades, ameaças dentro das relações, ou mesmo em complicações físicas e emocionais e em complicações durante o desenvolvimento do RN. Ainda, e com base na literatura, o puerpério é um momento oportuno para a devida assistência realizada pelos EESMO tanto à puérpera como a toda a família. (Andrade *et al.*, 2015)

Segundo o Fundo Internacional das Nações Unidas de Emergência para as crianças (UNICEF) cerca de 2 milhões de recém-nascidos morrem logo na primeira semana devido à falta de profissionais especialistas. Similarmente, cerca de 2,5 milhões de RN morreram no primeiro mês, (OMS, 2017) também pela falta de cuidados especializados e outros.

Quando regressa a casa a puérpera depara-se com alterações hormonais intensas, desconfortos físicos, inexperiência em cuidar do RN. A atividade sexual do casal, com o nascimento de um filho também fica alterada, levando por vezes a desentendimento entre o mesmo. (Bobak, Lowdermilk, & Jesen, 1999)

A criança conhece e relaciona-se com todo o ambiente através de uma relação dinâmica com a mãe, relação essa que inicialmente se trata de uma díade

relacional (durante a gravidez) e com posterior introdução do pai, formar-se-á uma tríade de afetos, em que cada um tem a sua função na construção psicossocial da criança (Brazelton,1988).

Mas para que ocorra, tem de ser construída uma relação de afetos, desprovida de inseguranças ou medos. É dentro do seio da família, que ocorre a partilha de experiências, emoções, sentimentos e é nela que a criança aprende a comer, a cumprir horários, aprende certos gostos, hábitos de higiene, conforme a cultura e o meio no qual está inserida a sua família. (Regan, 2005)

Desta forma o EESMO tem uma tarefa fundamental, que consiste em promover o regresso à “normalidade, na continuidade de cuidados e no estabelecimento de uma forte relação de confiança com a Mulher”. (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.9)

Uma das esferas de atuação do EESMO, segundo a Ordem dos Enfermeiros é os cuidados às puérperas, em cuidar a Mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Posto isto, torna-se pertinente a atuação de um EESMO no acompanhamento da puérpera e do RN no pós-parto.

1.2 INTERVENÇÃO DO EESMO

De acordo com a Ordem do Enfermeiros as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) são, entre outros, o cuidar da mulher durante o período pós-natal, (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

De acordo ainda com a Ordem, os EESMO devem ainda potencializar a tomada de decisões e de ações, estabelecendo com a mulher uma parceria de cuidados efetiva. (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Se aplicarmos a Estratégia Global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes 2016-2030, os EESMO poderão e tem o dever de criar condições para que todas as mulheres, adolescentes e crianças usufruam do direito à saúde física e mental, tendo oportunidades sociais e económicas igualitárias, fomentando o desenvolvimento de sociedades prósperas e sustentáveis. (ONU, 2016)

O EESMO seguindo as linhas orientadoras, da estratégia global, irá assegurar não só os direitos à saúde, bem-estar e educação, como poderá ajudar a criar

oportunidades para que estas jovens desenvolvam o seu potencial pleno. Ao implementar medidas para o empoderamento das mulheres, poderá trazer benefícios sociais e económicos, com destaque para a redução da pobreza, crescimento económico e aumento da produtividade.

Ou seja, intervir precocemente no pós-parto, um EESMO trará benefícios à família e também para o desenvolvimento económico do país.

2. EXECUÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo pretende-se fazer a planificação do projeto supracitado, por forma a ser implementado, expondo a metodologia a aplicar bem como definição dos temas e estratégias. A população alvo são puérperas seguidas nas sessões de preparação para o parto da UCC Norton Matos, fazendo o acompanhamento desde a alta da maternidade.

Ainda será apresentado um subcapítulo com a avaliação da intervenção deste projeto.

2.1 METODOLOGIA

Durante as sessões de preparação para o parto as grávidas serão elucidadas e instruídas sobre a importância das sessões de recuperação pós-parto e que devem comunicar à Enfermeira responsável pela UCC (Enf^a Amélia Cunha), a data do parto e o seu regresso a casa, de forma a agilizar uma consulta de pós-parto na primeira semana, na UCC.

Nessa consulta faremos a observação e avaliação da puérpera e do RN, bem como identificamos possíveis complicações físicas e psicológicas. Após o levantamento dessa informação incorporamos a puérpera nas sessões de recuperação pós-parto, em que decorrerá uma breve sessão teórica (max. 45min) com todas as puérperas indo de encontro às necessidades levantadas na consulta anterior, seguindo de exercícios práticos de recuperação física (max. 45min). Se as puérperas não tomarem a iniciativa das temáticas a ser abordadas, em apêndice encontra-se o cronograma com possíveis temas a serem abordados.

Caso existam temas que só suscitem dúvidas a uma puérpera o esclarecimento será individualizado em data a planear. Todas as sessões serão em grupo com os RN e com os companheiros caso queiram presenciar, assim como avós. No máximo serão 6 puérperas, com 6 RN e um acompanhante cada uma.

No final de cada sessão será feito o registo dos temas abordados, bem como o registo de presenças.

2.2 METODOLOGIAS

Cada sessão será planeada semanalmente, de acordo com as dificuldades sentidas nas anteriores por parte das puérperas e será executado um plano, onde será explanado objetivo e a metodologia utilizada nessa mesma sessão, bem como a sua avaliação. (ver apêndice)

2.3 RECURSOS

Todos os projetos carretam recursos, quer materiais, humanos, financeiros. Alguns deste já podem ser previsíveis, nomeadamente: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia; computadores e projetor; material didático (bombas de extração de leite, biberons, folhetos); colchões, bolas de pilates, rolos. Contudo no planeamento de cada sessão será descrito os recursos necessários para a mesma.

2.4 AVALIAÇÃO

Tal como foi referido anteriormente, o sucesso das sessões, só será garantido se houver uma avaliação continua positiva dos cuidados prestados à puérpera e recetividade da família. Desta forma foram criados questionários de avaliação para poder avaliar o projeto e conhecer possíveis expectativas para a sua continuidade. (ver apêndice III)

2.5 REGISTOS E AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

Os registos são cruciais para dar continuidade nos cuidados, em plataforma comum às respetivas unidades de saúde.

CONCLUSÃO

O nascimento de um filho, constitui uma alteração importante na dinâmica familiar. Torna-se crucial a promoção de relacionamentos saudáveis, para que o processo de transição para a parentalidade ocorra sem problemas.

O EESMO é um profissional que comporta conhecimento para compreender este processo parental, incluindo todos os ajustamentos familiares, nomeadamente com outros filhos e com os avós.

Durante as sessões de recuperação pós-parto, o EESMO tem a vantagem de observar a relação familiar, assim como avaliar o RN. A intervenção nas famílias pós-parto, garantem o bem-estar e segurança das mães/RN/família, e a longo prazo acarretam ganho na economia do país, com uma sociedade mais saudável e com mais conhecimento.

Este projeto será certamente uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

BIBLIOGRAFIA

Brazelton, T. Berry. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. Cuidados ao Recém-Nascido (2004). Washington.

Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jesen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (Lusociência). Loures.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. LISBOA.

Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*. Lisboa, Portugal. <https://doi.org/10.1016/j.apnum.2013.03.003>

GLADYS, Eugenia C. [et al.] – La Teoría de las Transiciones y la Salud de la Mujer en el Embarazo y en el Posparto. *Aquichan*. Año 7, vol.7, nº1 (Abril 2007), p. 8-24.

GUIMARÃES, MSF. SILVA, LR. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [internet]. Rio de Janeiro (br); 2016 [Acesso em: dia mês (abreviado) ano]. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

LEAL, Isabel Pereira– Psicologia da Gravidez e Parentalidade. Lisboa: Fim de Século, 2005.

MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. Vol.23, nº 1 (Set. 2000), p. 12-28.

ONU. Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes, Sustainable Development Goals § (2016).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetria/Parteiras. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Pedagógico, C. (2016). Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Publica, D. Educació maternal: Preparació per al naixement. (D. G. de S. Pública, Ed.) (2009). Barcelona.

Regan, L. (2005). *A sua gravidez semana a semana* (DK Civiliz). Porto.

<https://www.unicef.org/angola/comunicados-de-imprensa/cada-cinco-segundos-morre-no-mundo-uma-crian%C3%A7a-com-menos-de-15-anos>

Apêndices

Apêndice I – Entrevista 1ª consulta

Puérpera

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Morada: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

Gesta: _____ Para: _____

Data do parto: _____ Tipo de parto: _____

Complicações: _____

Etnia: _____ Escolaridade: _____

Pai: _____ Idade: _____

Recém-Nascido

Nome: _____

Apgar: _____

Peso: _____ Altura: _____

Questionário

Tipo de habitação: _____

Agregado familiar: _____

A sua gravidez foi vigiada? _____

Se respondeu sim, diga onde? _____

Fez preparação para o parto? _____

Tem sentido dificuldade a dar banho ao seu bebé? _____

Sente dificuldade na escolha do vestuário adequado para o seu bebé, tendo em conta a temperatura exterior (calor e/ou frio)? _____

Tem sentido dificuldade em amamentar o seu bebé? _____

Refira outras dificuldades sentidas no pós parto

Escala de depressão pós-parto de Edimburgo

(EPDS): _____

Outros dados relevantes:

Data:

Assinatura:

Autorizo a partilha da informação do documento nos profissionais de saúde da UCC e estudantes.

Apêndice III- Avaliação do projeto pelas puérperas

Data:

ASPETOS QUE GOSTARIA DE COMENTAR

Desenvolvimento	Muito	Bastante	Pouco	Nada
Gostou da forma como se desenvolveu o projeto?				
Considerou atrativo?				
Considera que os temas foram tratado adequadamente?				
Considera interessante ter-se aprofundado os temas?				
Considera adequada a duração das sessões?				

Sessões	Muito	Bastante	Pouco	Nada
Considera oportunos os recursos utilizados para a realização?				
Sentiu-se comodo/o com o enfermeira?				
Considera adequada a relação da enfermeira especialista?				
Considera que a enfermeira especialista soube promover a sua participação?				

Como este projeto a ajudou:-----

O que podemos melhorar:-----

Apêndices

APÊNDICE VI – Planejamento e avaliação da sessão “Retomar a sexualidade no pós-parto” do projeto “Retorno a casa em companhia”

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Plano de Sessão teórica do Projeto

“Regresso a casa em companhia”

Tema: Retomar a minha sexualidade pós-parto

Data: 02/05/2019

Hora: 10 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Puérperas que estão a frequentar o projeto Momentos Únicos na recuperação pós-parto

Local: Ginásio das sessões práticas de recuperação pós-parto

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Promover a sexualidade no pós-parto.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a definição de sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Definição de sexualidade segundo OMS: <p>“A sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo que contribui para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico. A sexualidade é "uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por</p> 	<p>Interactivo</p>	<p>Distribuir folha em branco pelas participantes e pedir para escreverem o que pensam sobre a sexualidade.</p> <p>Trocar os papéis e ler em voz alta e discutir em grupo.</p> <p>No final dar definição da OMS.</p>	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Papeis e canetas Colchões para se sentarem em roda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Alunas do CPLESMO Orientadoras Pedagógicas 	<p>Voltar a reformular a definição nos papeis e levar para casa para discutir com o marido.</p>

	isso, influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, 1992). “				
<ul style="list-style-type: none"> Identificar comportamentos saudáveis para melhorar a sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Dicas para melhorar a sexualidade do casal. 	Interactivo	Distribuir dicas de comportamentos saudáveis pelas participantes e cada uma manifesta o que sente em relação a cada uma das dicas e se identifica com sendo saudáveis.	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> Frases com as dicas Colchões para se sentarem em roda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Alunas do CPLESMO Orientadoras Pedagógicas 	Verificar se em cada dica as participantes reconhecem como sendo algo positivo que melhora a sua sexualidade e o seu bem-estar, questionando-as. No final cada participante escolhe uma

					dica para levar para casa e conversar sobre a mesma com o marido.
<ul style="list-style-type: none"> • Analisar testemunhos sobre relações de intimidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivências da sexualidade 	Interactivo	Ler em voz alta dois testemunhos e discutir em grupo quais as intervenções necessárias a cada situação ou se será frequente acontecer.	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testemunhos • Colchões para se sentarem em roda <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alunas do CPLESMO Orientadoras Pedagógicas 	Identificar se o grupo reconhece a situação como algo negativo e como poderíamos mudar a mesma.
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os métodos contraceptivos possíveis após o 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos contraceptivos no pós parto. 	Método Demonstrativo/explicativo	Apresentar os métodos contraceptivos existentes e demonstrá-los, bem	<p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos contraceptivos e 	Verificar se conheciam os métodos se

parto.			como a sua administração/colocação.	modelos Humanos <ul style="list-style-type: none">• Alunas do CPLESMO Orientadoras Pedagógicas	usam ou tencionam usar.
--------	--	--	--	---	----------------------------

Anexos:

9 DICAS PARA UMA SEXUALIDADE POSITIVA E PRAZEROSA

1. Arranje tempo para namorar

Nesta fase, é fundamental alimentar a paixão enquanto casal. Peça a algum familiar para ficar com o bebê e desfrute de um tempo de qualidade a dois. Estabeleça pelo menos um momento destes por mês. Vá até ao cinema, a um restaurante, ao teatro... O importante é estarem na companhia um do outro e viverem bons momentos.

2. Formem uma equipa

Abracem este novo projeto a dois como um desafio que devem ultrapassar em equipa. Combinem qual a melhor estratégia para ultrapassar todos os momentos desta nova rotina e ajudem-se mutuamente nas tarefas diárias. Nada como enfrentar estas mudanças verdadeiramente juntos, para fortalecer os laços enquanto casal.

3. Reserve tempo para si

Para além do tempo passado enquanto casal e enquanto mãe, é igualmente importante que dedique tempo a si mesma. Explore a sua individualidade e incentive o seu marido a fazer o mesmo. Vá ao ginásio ou saia com as suas amigas. Faça algo que a deixe feliz.

4. Não ceda à pressão da família

Todos gostam de dar a sua opinião sobre a educação dos seus filhos e dinâmicas enquanto casal.

Não se deixe levar pela pressão da família e foque-se no mais importante: você, o bebê e o seu companheiro. Durante o primeiro mês, é normal que, muitas das vezes, os familiares mais próximos queiram estar por perto e ajudar ao máximo. Mas não se esqueça de ver em conjunto com o pai se não são visitas a mais e se não precisam de tempo a sós com o bebê.

5. Dedique tempo para uma boa conversa a dois

Conversar é a chave para o sucesso de todas as relações. Dialogar sobre o dia-a-dia, aspirações, desabafos...é o que une o casal. Não se esqueça, por isso, de reservar algum do seu tempo para uma pequena atualização do seu dia-a-dia.

6. Negocieie as horas de sono

A chegada de um bebê altera, e muito, as rotinas do sono.

As crianças acordam muito cedo e isso faz com que muitos casais deixem de fazer coisas de que gostavam. Negocieie com o seu parceiro quem fica a dormir até mais tarde, quem acorda cedo para ir fazer uma caminhada, etc. Com uma boa dose de planejamento e negociação, nada é impossível.

7. Compreenda que não é a Super-Mulher

É natural que no primeiro mês tenha uma ideia formada do que espera ser e ver acontecer, mas ser mãe não é uma ciência exata. Reconheça que é impossível ter uma vida perfeita. Não tem mal nenhum! Por vezes espera demais de si, em vez de reconhecer tudo o que faz de maravilhoso. Seja realista e nunca perca a sua positividade.

8. Respeite o espaço e opinião do outro

Apesar de estarem dentro da mesma experiência, ser pais, a forma como sentem e vivem esta nova fase poderá ser totalmente oposta. Deve, por isso, conversar com a sua cara-metade sobre as opiniões de cada um, colocando-se na sua posição, para que se compreendam mutuamente. Desta forma, será mais fácil trabalhar em equipa, ajudando a criar harmonia na relação.

9. Mime o seu parceiro

Todas estas dicas são muito importantes, mas nada se consegue sem muito amor. Lembre-se de o mimar e de expressar o que sente. Foi esse amor que os levou nesta aventura tão especial, vivida a dois.

Testemunhos

Experiencias	Reflecção
<p>“A relação sexual depois da gravidez doía! Estava mesmo dorida, parecia que a minha vagina se tinha esquecido para que servia! O médico disse que era das hormonas e que eventualmente isso passaria (e passou, mas levou uma eternidade)”.</p>	<p>O coito pode estar posto de parte devido à necessidade de recuperar mais do que por falta de desejo ou vontade, especialmente se tiver de recuperar de uma episiotomia, cesariana ou lesões internas, os seios sensíveis e doridos podem ser uma zona onde não quer ser tocada, nos primeiros tempos. Lembre-se que pode demorar algum tempo até a amamentação correr sem dificuldades. Muitas mulheres descobrem que podem começar a perder leite com o orgasmo. É uma reação natural que pode surpreender alguns dos parceiros. As alterações hormonais (diminuição dos estrogénios) podem causar secura vaginal e recomenda-se o uso de um lubrificante.</p>
<p>“A minha libido levou bastante tempo a reaparecer. Eu não me pressionei a fazer nada que não me apetecesse. A ideia de fazer um esforço para o nosso homem ficar satisfeito é péssima, e reflete a péssima atitude que temos para com os homens...”.</p>	<p>As mulheres receiam que por não terem relações sexuais podem estar a pôr pressão nas suas relações. Não há nada pior do que sentir-se pressionada ter relações quando ainda não está preparada ou ter de “despachar o assunto”. Os homens, como sabemos, não são adivinhos, por isso a comunicação é importantíssima. Ajude-o a perceber que não o está a rejeitar pessoalmente a ele. Passar algum tempo nos preliminares pode ajudá-la, ou se lhe apetecer, sexo oral e masturbação mútua.</p>



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Plano de Sessão Prática do Projeto “Retorno a Casa em Companhia”

Tema: Alongamento Tonificação e Relaxamento

Data: 02/05/2019 **Hora:** 11 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Puérperas que estão a frequentar o projeto Momentos Únicos na recuperação pós-parto

Local: Ginásio **Dinamizadora:** Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

OBJECTIVOS	EXERCICIO	METODOLOGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Consciencializar sobre as alterações físicas pós parto 	Deitar no colchão contrair os abdominais e avaliar a diástase.	<p style="text-align: center;">Demonstrativo / Ativo</p> <p>Demonstrar o exercício e pedir para as gestantes replicarem</p>	<p>Humanos Dinamizadora e Orientadoras Pedagógicas</p> <p>Materiais Colchoes Rolos</p>	<p>Participação da Puérpera e replicação dos exercícios. Interesse demonstrado pelos exercícios. Satisfação no final da atividade.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tonificar os peitorais • Promover a saída do leite. 	Deitada no colchão levantar os braços e entrelaçar as mãos como se fosse partir uma noz.			
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a circulação sanguínea no períneo. • Aumentar o tónus no períneo e abdominais. 	Com um rolo entre os joelho e com pernas fletidas, apertar o rolo como se quisesse parti-lo (10seg-10x)			
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o tónus abdominal. 	<p>Deitada no colchão fazer extensão e flexão dos membros inferiores com elevação das omoplatas;</p> <p>Com as pernas fletidas, elevar o tronco de forma a tocar nos joelhos;</p> <p>Deitar em lateral e elevar a perna e baixar;</p> <p>Com os joelhos e mãos apoiadas no colchão puxar um joelho ao peito de forma alternada;</p> <p>Na mesma posição, fazer a posição de super homem.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar o relaxamento. 	Em Decubito Dorsal, respirar profundamente ao som da musica ambiente.			

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Avaliação da Sessão

“Regresso a casa em companhia”

Sessão Teórica

Tema: Retomar a minha sexualidade pós-parto

Data: 02/05/2019

Hora: 10 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Puérperas que estão a frequentar o projeto Momentos Únicos na recuperação pós-parto

Local: Ginásio das sessões práticas de recuperação pós-parto

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Avaliação geral: A sessão decorreu no espaço e no tempo previsto, com a participação de duas puérperas e os seus recém-nascidos.

No final da sessão foi feita uma avaliação geral da mesma entre a aluna e a orientadora, que culminou num parecer positivo entre ambas.

As participantes aderiram a todas atividades propostas, bem como demonstraram interesse, permitindo a discussão dos temas.

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">Conhecer a definição de sexualidade.	<ul style="list-style-type: none">Definição de sexualidade segundo OMS	Questão: O que é sexualidade? Participante 1 escreveu: ternura, caricias, afeto Participante 2 escreveu: é o carinho que o casal partilha e o amor

		Depois de ler a definição da OMS, ambas completaram a sua definição e quiseram fazer o mesmo jogo com os maridos de forma a iniciar a temática em casa.
<ul style="list-style-type: none"> Identificar comportamentos saudáveis para melhorar a sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Dicas para melhorar a sexualidade do casal. 	<p>Cada dica foi lida em voz alta e discutida no grupo, as participantes refletiram em grupo em cada uma das dicas e concordaram com todas, no sentido de melhorar o seu bem-estar físico e psíquico que levará a uma sexualidade prazerosa e positiva. No final cada uma levou selecionou uma ou mais dicas que estejam a ser motivo de desentendimento entre o casal de forma a ser discutida em casa.</p> <p><u>Participante 1:</u>“Formem uma equipa” <u>Participante 2:</u>“Reserve tempo para si”; ” Não ceda à pressão da família” Foi sugerido que deixassem a mensagem num local visível e que fosse o companheiro a perguntar o porquê da mesma.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Analisar testemunhos sobre relações de intimidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Vivências da sexualidade 	<p>Apos a leitura dos casos as participantes, concordaram que foi uma situação semelhante ao inicio. A participante 2 ainda refere ter dores na relação sexual, bem como falta de interesse. Foi discutido em grupo as estratégias e as causas desses desconfortos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os métodos contraceptivos possíveis após o parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos contraceptivos no pós parto. 	<p>As participantes estão bem informadas sobre a contraceção.</p> <p>A participante 1 utiliza preservativo e quer manter, refere que sempre utilizou e que considera seguro e confortável.</p> <p>A participante 2 utiliza a pilula de amamentação “Cerazete” e sente-se bastante confortável com a mesma.</p> <p>Foram informadas de outros métodos para o futuro.</p>
--	--	---

Sessão prática

Data: 02/05/2019 **Hora:** 11 horas

Tempo previsto: 45min

População-alvo: Puérperas que estão a frequentar o projeto Momentos Únicos na recuperação pós-parto

Local: Ginásio **Dinamizadora:** Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Avaliação geral: A sessão decorreu no tempo e espaço previsto, com a participação de duas puérpera e dois recém-nascido. A participante 1 realizou os exercícios após amamentar o seu bebé o que permitiu que este ficasse na cadeira todo a sessão, a participante 2 realizou os exercícios com o bebé.

OBJECTIVOS	EXERCICIO	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Conscienciarizar sobre as alterações físicas pós parto 	Deitar no colchão contrair os abdominais e avaliar a diástase.	<p>As participantes colaboraram em todos os exercícios, sendo que a participante 1 consegue executar os exercícios com mais facilidade e já não apresenta diástase. A participante 2 apresenta uma diástase de 4cm e tem dificuldade em executar os exercícios de tonificação abdominal.</p> <p>No final foi solicitado que em casa replicassem os mesmos para na próxima sessão validar as dificuldades sentidas. As participantes referiram sentirem-se bem após a sessão, referindo ser semelhante a uma ida ao ginásio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tonificar os peitorais • Promover a saída do leite. 	Deitada no colchão levantar os braços e entrelaçar as mãos como se fosse partir uma noz.	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a circulação sanguínea no períneo. • Aumentar o tónus no períneo e abdominais. 	Com um rolo entre os joelho e com pernas fletidas, apertar o rolo como se quisesse parti-lo (10seg-10x)	
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o tónus abdominal. 	<p>Deitada no colchão fazer extensão e flexão dos membros inferiores com elevação das omoplatas;</p> <p>Com as pernas fletidas, elevar o tronco de forma a tocar nos joelhos;</p> <p>Deitar em lateral e elevar a perna e baixar;</p> <p>Com os joelhos e mãos apoiadas no colchão puxar um joelho ao peito de forma alternada;</p> <p>Na mesma posição, fazer a posição de super homem.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar o relaxamento. 	Em Decúbito Dorsal, respirar profundamente ao som da musica ambiente.	

APÊNDICE VII – Projeto “Chá das 17”



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CRISTIANA SALOMÉ VALENÇA DE ALMEIDA FARIA

PROJETO

Chá das 17

Coimbra, 2019



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO E MESTRADO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

CRISTIANA SALOMÉ VALENÇA DE ALMEIDA FARIA

PROJETO

Chá das 17

Elaborado no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade, sob orientação pedagógica da Prof. Maria

Coimbra, 2019

SIGLAS

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

Sumário

INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO	9
1.1 PROBLEMATICA ATUAL	9
1.1.1 Dimensão Física	10
1.1.2 Dimensão psicológica	11
1.1.3 Dimensão da sexualidade	12
1.1.4 Dimensão Familiar	13
1.5 Dimensão Social	14
1.2 O AUTOCUIDADO NA MULHER MASTECTOMIZADA	15
1.2.1 - Teoria das Transições de Meleis	17
1.3 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA MULHER MASTECTOMIZADA	19
2. EXECUÇÃO DO PROJETO	25
2.1 METODOLOGIA	25
2.2 ESTRATÉGIAS	26
2.4 AVALIAÇÃO	26
CONCLUSÃO	27
BIBLIOGRAFIA	29
APENDICES	32

INTRODUÇÃO

No âmbito no Estágio de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade, sob Orientação pedagógica da Professora Maria Neto e da Tutora Amélia Cunha, propus o desafio de trabalhar a auto estima de mulheres submetidas a mastectomia. Este desafio, surge numa conversa informal com um Enfermeiro da UCC Norton Matos, que manifesta que na mesma reabilitam mulheres submetidas a mastectomia, mas qua componente emocional não é trabalhada. Ora sendo uma área de interesse pessoal e comportando, igualmente, uma grande conotação para a área profissional do Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, faz todo o sentido elaborar um projeto que estabeleça uma parceria de cuidados com estas mulheres fragilizadas física e psiquicamente.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) prima pela proximidade que estabelece com a mulher e o respetivo meio envolvente, assumindo um papel fundamental como interlocutor no contexto de equipa.

O projeto de intervenção a mulheres mastectomizadas intitula-se “Chá das 17”, com intuito de oferecer um espaço onde as mulheres troquem conhecimentos, idéias, conceitos, ou seja, que estabelecem um diálogo espontâneo, sem compromisso filosófico, teórico, político ou terapêutico, tendo como foco a partilha do que viveram enquanto mulheres com cancro, mulheres mastectomizadas e como este processo de transição saúde-doença afetou a vida.

O projeto está estruturado em três capítulos, inicialmente faço uma contextualização do tema, em que será abordado todas as dificuldades sentidas nas mulheres bem como as dimensões afetadas na sua vida e a importâncias do EESMO junto deste grupo.

Seguidamente será explanado toda a execução do projeto e por ultimo uma breve conclusão do trabalho a ser desempenhado.

Para a elaboração deste projeto, foi necessário recorrer a pesquisa bibliográfica, em livros e algumas bases de dados *on-line* – biblioteca do conhecimento B-On, Scielo e EBSCOhost, assim como *guidelines* e recomendações da Ordem dos Enfermeiros, Direção Geral de Saúde (DGS) Organização Mundial de Saúde (OMS). É de salientar que esta pesquisa foi realizada no mês de Abril/Maio de 2019 com um horizonte temporal de 10 anos [2010 a 2018].

1. ENQUADRAMENTO DO PROJETO

Neste capítulo pretende-se fazer uma contextualização do projeto, tendo como foco refletir sobre a problemática atual, ou seja, a necessidade de intervir e apoiar as mulheres submetidas a mastectomia, ou em risco de virem a ser submetidas.

1.1 PROBLEMATICA ATUAL

Ao longo das décadas, o cancro da mama tornou-se uma das doenças mais temidas pelas mulheres que acarreta uma série de sentimentos ambivalentes, entre incerteza da cura, medo da morte, medo dos tratamentos e ao mesmo tempo uma busca incessante pela recuperação.

Segundo a Liga Portuguesa contra o cancro, o cancro da mama é um problema de saúde pública, que tem uma alta incidência e uma alta mortalidade, sendo que atualmente por ano surgem 6000 novos casos, sendo que 4 mulheres morrem por dia com esta doença. (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2019)

O termo cancro deriva da palavra “cancri”, caranguejo, pela associação de se espalhar como as patas de um caranguejo. Sendo que o cancro da mama, não conhece fronteiras ou etnias, trata-se de um problema universal, que após detetado poderá estar metastizado para gânglios linfáticos, ou à distância. (Phipps, et al, 2003)

De acordo com Saraiva,

“O cancro da mama é uma doença oncológica muito frequente, pelo que tem sido alvo de pesquisa intensiva (...), é um dos cancro que mais vasta e intensivamente tem sido investigado no âmbito do seu impacto psicológico (...) pelo facto de ser uma doença que ameaça um órgão intimamente relacionado com a auto-estima, a sexualidade e a própria feminilidade. O cancro de uma forma geral, apresenta diversas características, de onde se destacam a redução directa da sobrevivência, uma relação com a morte, a

vergonha, a mutilação e os tratamentos agressivos, os quais interrompem a vida quotidiana do doente e lhe alteram os hábitos de vida” (2001, p.30).

Face à sua universalidade, é fácil perceber o porquê das envolvências associadas ao cancro, e principalmente ao seu diagnóstico. A multiplicidade de sentimentos associados, às implicações familiares e sociais, obriga a uma análise profunda de cada situação e necessita de um trabalho de acompanhamento contínuo com a participação de todos (doente, família e também equipa de saúde).

A mastectomia implica uma série de reações biopsicossociais, ou seja, as mulheres são confrontadas com a ação duradoura deste complexo de reações, manifestando vários desequilíbrios orgânicos e mentais. (Fernandes,1997)

A agressão da mama é entendida pela mulher em duas perspetivas: uma de ordem sexual (entre parceiros) em que a perda deste órgão é bastante penalizadora, dada a sua função de excitação durante o acto sexual; e a outra inerente à cirurgia propriamente dita. A cirurgia tem para a mulher uma ação simbólica muito forte, um sentimento de perda que mutila a sua identidade feminina (Fernandes, 1997).

1.1.1 Dimensão Física

Segundo Cerejo,

“O corpo enquanto unidade física, age com e sobre os outros corpos. Actualiza relações, resiste a relações, autonomiza-se às relações, conforma-se às relações e depende das relações. Nem na vida, nem morte, pode ser concebido fora das relações humanas” (2004, p. 73).

Como refere a mesma autora, o corpo doente deixa de ser o veículo para aceder ao mundo, para ser ele próprio o centro da atenção da consciência de nós próprios. Quando o corpo sofre agressões, intrínsecas ou extrínsecas, este torna-se frágil, ocorrendo uma quebra tanto no seu equilíbrio interno, como na relação que o projeta para o mundo. (Cerejo, 2004)

Deste modo, “A identidade feminina evidencia uma cultura de si própria traduzida pelo próprio corpo” (Cerejo, 2008, p.73).

Desta forma, a mastectomia altera negativamente a aparência física, conseqüentemente o autoconceito do seu próprio corpo, levando a ter uma visão da autoimagem e da vida que nem sempre se traduz em algo positivo.

1.1.2 Dimensão psicológica

Segundo Bruges (2007), não existe somente alteração da dimensão física, mas também alterações da dimensão psicológica.

Após a mastectomia, as mulheres têm como preocupação, a continuidade do tratamento e a reabilitação, surgindo questões relativas à reelaboração da autoestima e da imagem corporal, bem como necessidades de suporte social e de autocuidado (Ferreira, Mamede, 2003).

Estas e outras reações podem estar relacionadas com o período de adaptação da mulher à mastectomia e à doença, verificando-se a depressão e a ansiedade como reações psicossociais mais comuns nas mulheres vítimas de cancro da mama (Oliveira, 2004).

“A mulher Mastectomizada enfrenta a perda de uma parte do seu corpo, pelo que devido à vivência de alteração de papéis e de relações, a depressão tem sido identificada como uma reação frequente a esta cirurgia” (Marques e Lêdo, 2003, p.9).

A ansiedade é também uma reação muito comum e por vezes recorrente, variando de intensidade durante a vivência deste tipo de cancro. (Marques e Lêdo, 2003).

A ansiedade revela-se na dificuldade em dormir, na impaciência e no andar frequente de um lado para o outro, na incapacidade de relaxamento, na agitação constante e na apreensão demonstrada. Por vezes os níveis elevados de ansiedade limitam também as capacidades de concentração, de memória e de percepção. A mulher, vítima de cancro da mama, encontra no apoio psicológico da família e das pessoas mais próximas, a resposta fundamental para combater a ansiedade e os sentimentos de insegurança que a atingem de uma forma violenta (*Idem*).

1.1.3 Dimensão da sexualidade

De acordo com a OMS

“(...) a sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. (OMS, 2002)

A sexualidade feminina ...“é um fenómeno abrangente, envolvendo o sexo, o prazer, o desejo, a auto-imagem, a aceitação do corpo, a sensação de bem-estar consigo mesma e com segurança” (Talhaferro, Lemos, Oliveira 2007, p.18).

O facto de a mulher saber que tem uma doença simbolicamente associada à morte e que de alguma forma poderá ameaçar a sua vida, pode levar à ausência de qualquer actividade sexual (Pinto referido por Oliveira, 2004).

Após a mastectomia, a mulher sente que não é atraente visualmente, na maioria das vezes evitará o relacionamento social e poderá sentir-se inadequada na relação sexual. De uma forma inconsciente ou consciente, pode-se isolar dos que mais ama.

“A mama é um símbolo corpóreo da sexualidade por excelência, o que nos leva a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão leva a uma perda de auto-estima, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição” (Ramos, Patrão 2005, p.295).

As mulheres submetidas a mastectomia têm, muitas vezes, a sensação de castração, sentem-se mutiladas sexualmente, com efeitos negativos na sua autoestima, levando-as a julgarem-se incapazes de satisfazer sexualmente os seus parceiros.

Após mastectomia, o prazer pelo toque e pelo contacto corporal não desaparece nem diminui. Eventualmente, será necessário adotar novas posições durante o ato sexual, deverá haver espírito aberto, para tirar o melhor partido da situação descobrindo novas formas de relacionamento (Talhaferro, Lemos e Oliveira, 2007).

A comunicação entre o casal é um fator determinante na adaptação ao processo de doença, sem ela será difícil voltar a recuperar a sua intimidade. O companheiro terá

de apoiar, ouvir, acompanhar a sua companheira, tornando-se um elemento indispensável para a sua recuperação (Talhaferro, Lemos e Oliveira, 2007).

1.1.4 Dimensão Familiar

A família é, sem dúvida, o suporte primordial da mulher, além de sofrer o impacto do sofrimento do seu ente querido, e tal como a mulher, passará também por várias fases, nomeadamente, negação, revolta, depressão e aceitação. Deverá desta forma ser envolvida no planeamento de cuidados. Neste sentido, “A experiência de cancro é um acontecimento de vida que requer uma adaptação quer do próprio doente, quer da própria família” (Pereira e Lopes, 2002, p. 71).

Sendo assim, o doente oncológico necessita de se adaptar e adquirir novas competências que lhe permitam uma melhor adaptabilidade à realidade que engloba toda a vivência da doença.

Na opinião de Pereira e Lopes (2002), a família desempenha um papel fundamental na saúde e na doença de um indivíduo e cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como, a forma de manter a sua estabilidade.

Segundo Marques e Lêdo,

“Alguns membros da família de uma mulher mastectomizada podem experienciar perturbações do humor, dificuldade nos novos papéis da família, dificuldade na sua própria organização, dificuldades financeiras, negação e diminuição da comunicação. São estes sentimentos que por vezes dificultam a adaptação da família à nova situação” (2003, p. 9).

São vários os autores e investigadores que consideram o apoio familiar como um fator de grande influência no alívio do sofrimento dos doentes.

Não é apenas a mulher que apresenta e que manifesta problemas de ajustamento ao cancro e à mastectomia, a família também é envolvida pela doença e pelas suas consequências. A maior ou menor capacidade da família em aceitar e adaptar-se a

esta nova situação, irá influenciar também, a adaptação da própria mulher (Marques e Lêdo, 2003).

A adaptação dos membros da família à nova situação, é condicionada pela qualidade do ambiente familiar. As famílias coesas e com poucos conflitos, têm tendência a adaptar-se de forma saudável, constituindo assim, um dos melhores recursos externos da mulher Mastectomizada na sua adaptação à nova realidade, permitindo-lhe ultrapassar com mais facilidade alterações e problemas que possam surgir (Marques e Lêdo, 2003).

1.5 Dimensão Social

Na sociedade em que estamos inseridos, a imagem da mulher é explorada das mais variadas formas. O seu corpo é utilizado tanto em imagens, que desfilam diariamente na televisão, quer em cartazes apelativos, espalhados à nossa volta, para publicitar os mais variados artigos. As capas de revistas, são decoradas com imagens bonitas, de mulheres bonitas, realçando as suas formas, sendo esse pormenor fator que contribui, muitas vezes, para aumento das vendas. Sabemos também que, muitas vezes, o aspeto físico é condicionante para arranjar colocação em muitas empresas.

Ora, numa sociedade assim, em que a imagem da mulher tem o valor que todos nós sabemos, quando a realização de mastectomia se torna imperativa, é compreensível que a mulher se sinta fortemente ameaçada, quer a nível da sua imagem, quer também da sua sexualidade, pela perda de uma parte do seu corpo que está relacionada com a atracção sexual, a feminilidade e a maternidade (Marques e Lêdo, 2003).

Estes valores, tão profundamente enraizados, condicionam o relacionamento das pessoas que entram em contacto com alguém submetido a uma mastectomia. A remoção da mama altera a imagem corporal da mulher, pondo em causa a sua autoestima e determinando-lhe sentimentos de insegurança, da mais variada ordem, com consequências nefastas, quer pessoais, quer sociais.

De acordo com Bruges (2007, p.17) “A ausência da mama corresponde a uma ferida social”.

Assim, a mulher Mastectomizada tem de se adaptar e adquirir novas competências ao longo de todo o processo. Isto implica muitas vezes ajustamentos sociais significativos, como é o caso da interrupção da atividade profissional, e consequentemente do acréscimo das dificuldades económicas (Pereira e Lopes, 2002).

1.2 O AUTOCUIDADO NA MULHER MASTECTOMIZADA

Orem referido por Petronilho (2012, p.19) definiu autocuidado como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.”

Assim, o autocuidado engloba a capacidade de cuidar de si próprio, mas também o desempenho de atividades indispensáveis para alcançar, manter ou promover uma saúde ótima (Richard e Shea referido por Galvão e Janeiro, 2013).

Em mulheres Mastectomizada, o foco central da intervenção do EESMO está em ajudar a promover e a manter a máxima autonomia e independência possíveis na realização dos autocuidados. Neste sentido, o autocuidado “sustenta muitas das intervenções de enfermagem nomeadamente as ações de educação dirigidas ao doente e aos familiares de modo a que assumam a responsabilidade pelas suas necessidades” (Novais et al. como referido por Camões, 2014).

As intervenções de autocuidado permitem informar as pessoas sobre a sua condição de saúde e tratamento e instruí-las para serem capazes de identificar e monitorizar as alterações na funcionalidade, avaliar a gravidade dessas alterações e as opções para as gerir, bem como escolher e desempenhar ações apropriadas (Sidani como referido por Galvão e Janeiro, 2013).

As mulheres com cancro da mama enfrentam diversas situações stressoras, que vão desde o diagnóstico, tratamento e até ao período de reabilitação. A cirurgia pode causar medo, mas com a continuidade da quimioterapia ou radioterapia o sofrimento permanece, particularmente pelas mudanças na autoimagem.

Esta alteração da autoimagem pode interferir na sua autoestima e consequentemente na recuperação da mulher. A aparência pessoal é fundamental na reintegração da

mulher. Nesta perspectiva, o sutiã deve ser de um modelo específico para quem fez mastectomia e outro para quem realizou a reconstrução mamária, que deve ser sem costura e, de preferência, a mulher deve usar roupas de malha justa que dê segurança e firmeza aos movimentos e melhore a imagem corporal. No entanto deve evitar roupas ou jóias apertadas, assim como outras causas de diminuição da circulação na área afetada. (Lowdermilk e Perry, 2008; Carvalho, Santos e Linhares, 2012)

Em caso de mastectomia, o sutiã deve ser usado com prótese externa com peso aproximadamente igual ao da mama contralateral a fim de evitar outras complicações como desvios da coluna. Estas próteses devem ser lavadas com sabão neutro e água fria, secar a sombra e deve permanecer 30 minutos no congelador (Carvalho, Santos e Linhares, 2012).

No estudo de Carvalho, Santos e Linhares (2012), as limitações das atividades domésticas representam uma das principais preocupações levantadas pelas mulheres. A mulher que antes cuidava de si, do lar e da família, vê o seu cotidiano de vida alterado e o fato de ter que ser cuidada gera sentimentos de angústia, preocupação e ansiedade.

As atividades domésticas são possíveis de serem realizadas, desde que seja por etapas. A alta precoce pode ser recomendada quando existe um suporte domiciliar adequado, boas condições de saúde e fácil acesso à equipa de cuidados. No entanto, as mulheres devem receber orientações para que sejam capazes de realizar o seu autocuidado.

Após a cirurgia de mastectomia a mulher deve ter cuidados extra com o membro homolateral, caso contrário poderão surgir complicações. Deverá realizar os exercícios de reabilitação indicados. Além disso, deverá ter alguns cuidados com o braço homolateral: evitar cremes depilatórios, desodorizantes fortes e depilação no peito, axila e braço afetados. Usar luvas se manusear materiais com risco de corte. Não permitir a avaliação da tensão arterial ou administração de injetáveis no membro operado. Evitar dormir sobre esse membro, evitando comprometer a circulação, não carregar peso ou elevar o braço acima da cabeça até indicação médica. Usar luvas para manusear produtos de limpeza ou outros que possam irritar a pele. Evitar calor dirigida à zona afetada como através da água, sol ou fornos. Evitar esforços

repetitivos e movimentos bruscos (Lowdermilk e Perry, 2008; Carvalho, Santos e Linhares, 2012).

A mulher deve ser encorajada a realizar medidas de higiene e autocuidado. Outra recomendação é a realização da drenagem linfática, que deve ser realizada logo após a cirurgia para estimular a circulação linfática superficial e prevenir linfedema. Relativamente à dieta, recomenda-se uma dieta equilibrada, devendo-se evitar gorduras, pois a sua ingestão ajuda na formação de hormonas femininas que podem propiciar o aparecimento do cancro da mama (Carvalho, Santos e Linhares, 2012).

As mulheres submetidas a fisioterapia diminuem o seu tempo de recuperação e retomam as atividades diárias mais rapidamente. A mulher deve continuar a realizar mensalmente o autoexame da mama não afetada, assim como da zona operada e respetiva axila. A mamografia deverá ser realizada de acordo com o recomendado, assim como a vigilância da saúde em consulta médica (Lowdermilk e Perry, 2008; Carvalho, Santos e Linhares, 2012).

A implementação do plano de alta é uma fase importante do processo de enfermagem que demonstra o papel fundamental que tem o EESMO no seio da equipa multidisciplinar. Podem ser usados folhetos informativos, que complementam a ação de enfermagem, mas que não substituem a relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro e mulher.

1.2.1 - Teoria das Transições de Meleis

A Teoria das Transições consiste na compreensão das transições que a pessoa vivencia perante diversos acontecimentos de vida, apresentando uma estrutura teórica que inclui o tipo e padrões de transição, as propriedades das experiências de transição, os condicionalismos da transição (inibidores e facilitadores), os indicadores processuais, os indicadores de resultados esperados e a assistência de enfermagem (Pereira, 2012).

As transições assumem-se como processos complexos e com padrões de multiplicidade, pois cada pessoa pode experienciar mais do que um tipo de transição

simultaneamente. Relativamente aos padrões, estas podem ser conotadas como únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não (Brito, 2012).

Em relação ao tipo de transição, estas podem ser de saúde/doença, de desenvolvimento, situacional e/ou organizacional. A transição de saúde/doença é a que apresento no presente trabalho, que se caracteriza por uma alteração súbita no contínuo saúde-doença, ocorrendo uma passagem de um estado saudável para o diagnóstico de uma doença crónica ou o agravamento do estado de saúde. (Franco, 2014).

No que concerne às propriedades inerentes a uma transição, destacam-se as seguintes: a consciencialização da patologia bem como a ausência da mama nos pós cirúrgico, o envolvimento da mulher nesta fase do tratamento, a mudança para a fase sem a mama e a diferença em especial do aspeto físico, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. (*Idem*)

A consciencialização associa-se à perceção, ao conhecimento e ao reconhecimento da própria patologia bem como da mudança física sendo que é esta que a mulher mais vezes refere. O envolvimento assume-se como um conceito de participação ativa e empenhada no processo de transição do pós cirúrgico. (*Ibidem*)

Relativamente à mudança, as transições podem ser fruto ou resultar na mesma. A diferença está associada à mudança e refere-se às expectativas não satisfeitas ou divergentes, aos diferentes sentimentos sentidos, ou ver o mundo e as outras pessoas que se encontram no círculo de apoio de outra forma. (*Ibidem*)

O espaço de tempo caracteriza-se pelo tempo que decorre desde a ruptura com os hábitos rotineiros até ao ajustamento à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio. A identificação dos pontos críticos e eventos constitui-se como etapa para planear e implementar as intervenções do EESMO. (*Ibidem*)

Refletindo sobre os condicionalismos da transição, para que seja possível a compreensão das experiências da mulher, ao longo da transição, é necessário a identificação das condições pessoais, da comunidade e da sociedade. As condições pessoais que podem facilitar ou dificultar as transições são: os significados, as

expectativas e crenças, o estatuto socioeconómico, o nível de conhecimento e de capacidade. (*ibidem*)

No âmbito da mulher com mastectomia, a Teoria das Transições de Meleis permite uma abordagem para a compreensão da mulher com doença oncológica, visto esta ser uma transição multidimensional e que é alvo da intervenção do EESMO, reforçando a importância do apoio, suporte e orientação prestado por este último. É igualmente importante referir que esta transição saúde-doença é, na sua maioria das vezes, acompanhada por outros tipos de transição que merecem, com igual ênfase, a atenção e intervenção da equipa de enfermagem e da equipa multiprofissional de saúde. (*ibidem*)

1.3 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA MULHER MASTECTOMIZADA

O profissional de saúde deverá promover o cuidado com qualidade, que envolva competências no âmbito do saber-saber, referente “ao cuidado sem danos causados ao cliente, prestados com a segurança teórica validada em experimentação prática controlada e sistematicamente avaliada” (Sá; 2010, p. 172), saber-fazer, “possuindo habilidade psicomotora na execução de procedimentos, utilizar método científico, princípios científicos, avaliação, planeamento” (Sá, 2010, p. 173-174) e saber-ser, “desenvolve-se quando o profissional de saúde percebe que o outro é provido de crenças, identidade, opinião e que justamente esse outro pode ensiná-lo sobre muitas coisas” (Sá, 2010, p. 176-177)

De acordo com Oliveira (2004), desde o primeiro contacto com a mulher é importante que o enfermeiro faça uma avaliação progressiva, sobretudo dos sentimentos, medos e necessidades da pessoa, bem como saber qual é o significado do diagnóstico e da remoção da mama para a mulher.

Segundo Fagin e Diers referido por Oliveira (2004, p.169), a enfermagem pode ser percebida como:

“...uma metáfora para a intimidade. Os enfermeiros estão envolvidos nos aspectos mais privados da vida das pessoas (...) Os enfermeiros fazem publicamente pelos outros, o que as pessoas saudáveis fazem por elas próprias na sua privacidade. Os enfermeiros são companheiros de confiança, estão lá para ouvir segredos, especialmente os originários da vulnerabilidade’.

Desta forma, o enfermeiro deve estar presente, olhar cada mulher como um ser único, saber escutar os seus medos, angústias e preocupações, este comportamento não só contribui para uma melhor adaptação destas doentes à sua imagem corporal como também contribui para uma boa relação de empatia entre ambos (Marques e Lêdo, 2003).

Segundo o Regulamento das Competências do EESMO, O Enfermeiro assume a responsabilidade de assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, promovendo a saúde sexual e reprodutiva. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Tal como referimos anteriormente, torna-se fundamental não dissociar a mulher da sua família, devendo o EESMO incluir nas suas intervenções a mulher Mastectomizada e a sua família, criando oportunidades de discussão acerca dos seus medos, conduzindo-os à expressão dos seus sentimentos, preocupações e necessidades, de modo a facilitar a adaptação à nova situação.

Por outro lado, o enfermeiro deve proporcionar oportunidades para que a mulher possa contactar com outras mulheres na mesma situação, quer através de movimentos das mulheres Mastectomizadas, como por exemplo, a Liga Portuguesa Contra o Cancro e o Movimento Vencer e Viver, quer através de amigas, parentes e colegas de trabalho. Ao ser facultado o contacto com outras mulheres que vivenciaram o drama da mastectomia e com grupos de interajuda, proporciona a estas mulheres partilha de informações, além de constituírem um exemplo de coragem, luta, determinação e sobrevivência (Oliveira, 2004).

Na opinião de Otto (2000), os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação pública, dirigida à prevenção do cancro da mama, ensinando o autoexame da mama, orientando para exames médicos e mamografias e retratando deste modo a esperança de cura do cancro da mama com deteção precoce.

Considerando o enfermeiro, como um verdadeiro agente de informação/formação, torna-se importante que este não desconsidere aspetos relacionados com as necessidades de carácter sexual, uma vez que a mulher Mastectomizada, nomeadamente a mais jovem, apresenta bastantes preocupações neste sentido. Contudo, este é um assunto, geralmente de difícil abordagem, tanto para a mulher, como para o enfermeiro bem como para outros profissionais de saúde, pelo que a avaliação da função sexual é muitas vezes omitida (Oliveira, 2004).

A sexualidade é um dos aspetos fundamentais do Homem e, como tal os enfermeiros devem estar atentos às preocupações sexuais em todos os estadios do cancro e do seu tratamento, independentemente das circunstâncias ou da idade do doente. Uma vez que, a ajuda pedida por parte do doente oncológico para lidar com a disfunção sexual resultante da doença e dos tratamentos a que é sujeito é ainda hoje uma realidade.

Como foi referido ao longo do trabalho, a atitude do parceiro tem uma importância crucial na resolução destes problemas. Por isso, é importante que os problemas relacionados com a sexualidade da mulher Mastectomizada sejam discutidos com o marido/companheiro.

Assim, o EESMO tem que estar atento e centrar-se na mulher Mastectomizada como um todo, cuidando numa perspetiva holística e humanizada, percecionando a família e o marido/companheiro, como aspecto essencial na parceria de cuidados e no apoio.

O diagnóstico diferencial do EESMO que vai ao encontro do tema abordado engloba os seguintes focos: (Ordem Dos Enfermeiros, 2011)

- Satisfação do cliente;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;
- autocuidado e autocontrolo e mestria do cliente;
- Readaptação à nova condição de saúde;
- Organização dos cuidados especializados em ESMO.

Satisfação do utente

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMOG persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.” (Ordem Dos Enfermeiros , 2011)

Apresentar um compromisso na prestação de cuidados, no minimizar o impacto negativo da utilização da patologia oncológica da mama quer por fatores externos (ex. Adequação do vestuário, recursos materiais como próteses mamárias) ou internos do utente (ex preconceitos do utente, assumir o papel na comunidade durante o processo de transição). Procurar ter sempre em atenção as expectativas, conhecimentos, crenças/valores e perceções da natureza individual de cada mulher. Estabelecer parcerias com a mulher na medida da vigilância de sinais e sintomas respeitantes aos tratamentos ou à evolução negativa da doença, bem como o planeamento das atividades inerentes ao processo de cuidar.

Promoção da saúde

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMOG ajuda o cliente a alcançar o máximo potencial de saúde.” (Ordem Dos Enfermeiros , 2011)

Identificar as necessidades específicas da mulher de acordo com o estágio da doença e fase do tratamento. Deste modo desenvolvem-se intervenções para capacitar a mulher a colaborar com o enfermeiro especialista realizando um despiste de algum sinal de alarme primordial relacionado com os efeitos adversos do tratamento ou mesmo nas vivências e sentimentos que esta apresenta. Incentivar à mudança de hábitos promovendo estilos de vida saudáveis e adaptativos nesta fase de transição saúde doença. Realizar ensinamentos, fornecendo informação produtora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela mulher.

Prevenção de complicações

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMOG previne complicações para a saúde do cliente.” (Ordem Dos Enfermeiros , 2011)

Prevenir precocemente problemas potências relacionados com a a saúde sexual e reprodutiva durante o tratamento do quadro oncológico e consequente prescrição, implementação e avaliação de intervenções reduzindo os efeitos indesejáveis.

Referenciar situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados de saúde.

Autocuidado e autocontrolo e mestria do cliente

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMOG diagnostica as necessidades em cuidados e implementa as intervenções apropriadas para a promoção do autocuidados, promoção do autocontrolo e mestria no exercício do papel parental” (Ordem Dos Enfermeiros , 2011)

Identificar precocemente situações e intercorrências relacionadas com a capacidade da mulher cuidar da sua saúde sexual, ginecológica e reprodutiva, bem como estratégias de coping para a resolução de problemas. Maximizar o bem estar da mulher aquando situações de maior fragilidade do seu autocuidado substituindo (se necessário) assistindo e incentivando. Pode mesmo existir necessidade de reaprender capacidades em que o EESMO identifica e atua conforme o conhecimento especializado. Responsabilizar o enfermeiro da tomada de decisão no decurso do processo de tratamento e adaptação.

Readaptação funcional

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMOG em parceria com o cliente promove processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde” (Ordem Dos Enfermeiros , 2011)

Desenvolver mecanismos eficazes nos processos de adaptação no retorno à vida quotidiana da mulher no domicílio, assegurar a continuidade da prestação de cuidados no processo de cuidar em interface com outros órgão de cuidados e recurso na comunidade que possam apoiar a mulher, bem como na contínua avaliação do estado de saúde e na evolução dos pós cirúrgico e/ou no pós tratamento.

Organização dos cuidados de enfermagem

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ESMOG contribui para a máxima efetividade na organização dos cuidados especializados em enfermagem SMOG.” (Ordem Dos Enfermeiros , 2011).

Promover a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. Promover a existência de uma política de formação contínua dos EESMO, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade no âmbito do tratamento da mulher com patologia oncológica da mama.

2. EXECUÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo pretende-se fazer a planificação do projeto supracitado, por forma a ser implementado, expondo a metodologia a aplicar bem como definição dos temas e estratégias. A população alvo será mulheres mastectomizadas ou com diagnóstico de cancro da mama, que pertençam à área de abrangência da UCC Norton de Matos.

2.1 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para estas sessões será as rodas de conversa.

Segundo Figueiredo e Queiroz (2013) citado por Afonso e Abade (2008), as rodas de conversa permitem a “constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida. Para que isso ocorra, as rodas devem ser desenvolvidas em um contexto onde as pessoas possam se expressar, buscando superar seus próprios medos e entraves.” (p.1).

Desta forma com o intuito de refletir e dialogar, as nossas rodas de conversa, irão promover um ambiente que favorece a partilha de sentimentos, desenvolvimento de habilidades para lidar com situações difíceis, educação em saúde, informação e discussão de problemas.

Serão realizadas sessões de sensibilização (1 em cada mês), realizadas pelos estudantes da licenciatura em Enfermagem e da Pós-licenciatura.

As sessões serão conversas informais, a lanchar, de acordo com as temáticas anteriormente identificadas como prioritárias, podendo ser divididas em cinco áreas:

- Perceção sobre o diagnóstico e o tratamento;
- Técnicas não farmacológicas para o alívio de sintomas;

- Técnicas de promoção da auto estima e valorização;
- Percepção sobre o apoio familiar e social;
- Sexualidade na mulher mastectomizadas.

As sessões serão planeadas de acordo com o número de mulheres a frequentar a UCC Norton Matos, bem como a disponibilidade dos alunos.

As mulheres serão convocadas e estimuladas à participação via telefone.

2.2 ESTRATÉGIAS

As técnicas utilizadas irão permitir trabalhar de forma sistematizada e estruturada as habilidades das mulheres, assim como irá permitir analisar e refletir sobre a eficácia das estratégias.(Publica, 2009)

Nas mesas de conversa, cada grupo irá abordar uma temática podendo ser com um testemunho, ou com a participação de um *expert* na área. O propósito de cada mesa de conversa será sempre a expressão de sentimento, vivências, opiniões por parte das mulheres.

Em cada sessão no planeamento da mesma, será explanado a metodologia e a estratégia para analisar e abordar a temática.

Durante as sessões será sempre proporcionado uma oferta às participantes, nomeadamente lanche (bolachas e chá), flores, sessão de maquilhagem, sessão de relaxamento, entre outros.

2.4 AVALIAÇÃO

Cada sessão será avaliada no final, de acordo com os objetivos estipulados para a mesma. Ao fim de 5 sessões será realizado um questionário pelas participantes para validar se consideram este tipo de encontros importantes e sugestões para os próximos. (apêndice I)

CONCLUSÃO

As mamas fazem parte do universo feminino e masculino. No entanto, no que diz respeito à mulher, as mamas são um símbolo da feminilidade, da sexualidade e da maternidade. Assim, estes valores profundamente enraizados afetam a mulher que sofre a mutilação causada pela mastectomia e, também, todos aqueles que se relacionam com esta.

As mulheres que viveram uma situação de doença oncológica, em particular que tenham tido ou têm cancro da mama, passaram ou passam por um conjunto de situações e emoções que as marcam para o resto da vida e às quais elas têm que se adaptar.

O cancro de mama, tem um grande impacto na perceção da imagem corporal pela mulher. A perceção que a mulher tem do seu corpo, a importância que lhe atribui, e o apoio familiar e dos profissionais de saúde são os principais fatores condicionantes da sua reação, podendo esta conduzir ou não à adaptação.

Nesta perspetiva, as mulheres com cancro da mama, nomeadamente as mulheres Mastectomizadas, poderão centrar as suas preocupações essencialmente, sobre a Auto perceção do seu corpo, podendo a imagem corporal ficar seriamente afetada, não só pelo valor atribuído pela sociedade atual ao corpo e ao que é belo, mas também por tudo aquilo que a mama feminina representa em termos de feminilidade, atrativo sexual e reprodução.

Ainda neste sentido, constata-se através da pesquisa realizada, que a mulher Mastectomizada atribui uma grande importância à aparência física e aos problemas relacionados com a dimensão do corpo. Todavia, atribui também uma grande importância à sua doença e à sua existência, muitas vezes mais até do que à

aparência, demonstrando que os problemas com o corpo poderão ir mais além dos meramente relacionados com o seu aspeto exterior.

Posto isto, torna-se importante que o EESMO cuide das mulheres numa perspetiva integral, ajudando-as a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise recorrendo a todos os recursos que possui. O acompanhamento da doente e do seu companheiro, torna-se fundamental ao bem-estar e à qualidade de vida da mulheres com cancro de mama. O ouvir, compreender e ajudar o casal a enfrentar esta nova e indesejável realidade ajudará ambos os cônjuges a reajustarem-se aos novos papéis.

É importante que o EESMO compreenda como a mulher se sente a nível emocional e psicológico, principalmente quando se começa a ajustar à nova imagem corporal, assim como conhecer e validar com a mesma o significado do corpo e da aparência física, bem como o significado da mama e a sua perda. Ao facultar que a mulher expresse e reconheça os seus sentimentos e emoções, o EESMO está ajudá-la a ultrapassar o seu processo de luto, devendo estimulá-la a não centrar a sua vida nas alterações corporais ocorridas e na doença, levando-a a valorizar o lado positivo da vida.

BIBLIOGRAFIA

- BRITO, M. A. (Março de 2012). A Reconstrução da Autonomia após um Evento Gerador de Dependência no Autocuidado. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- BRUGES, M. – Mastectomia e Auto-conceito. (2007) Lusociência. Loures
- CAMÕES, M. (2014) A mulher mastectomizada – o enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado (Dissertação de mestrado) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- CARVALHO A.; Santos T.; Linhares F. (2012) Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. Cogitare Enferm. 2012 Jul/Set; 17(3):485-91
- CEREJO, Nazaré [et al.] – Vivências da Mulher Mastectomizada – Relatos Experienciais de Mulheres Mastectomizadas do “Movimento Vencer e Viver”. (2008) Revista Investigação em Enfermagem. ISSN 0874-7695. Nº 18 p. 72-76.
- CRANE, Rebecca – Cancro da mama.(2000) In: OTTO, Shirley E. – Enfermagem em oncologia. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- FERNANDES, Ana Fátima Carvalho – O cotidiano da mulher com câncer de mama. (1997) Fortaleza: Fundação Cearense de pesquisa e Cultura.
- FERREIRA, MAMEDE, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. (2003) Revista latino-am Enfermagem, V.11 nº3, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/>
- FRANCO, H. (Julho de 2014). Melhoria da Qualidade dos Cuidados na Área de Ambulatório de Oncologia. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- GALVÃO, M.T.; JANEIRO, J.M. (2013) - O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. Reme Rev Min Enferm. jan/mar;17(1): 225-230.
- LOPES, Ademar et al – Câncer de Mama, in Prevenção do câncer.
- LOWDERMILK, D. ; PERRY, S. (2008) - Enfermagem na Maternidade. Sétima

- edição. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.
- MARQUES, Sónia Dias de Jesus; LÊDO, Vera Lúcia Loução – Impacto emocional da mastectomia na mulher. (Janeiro 2003) Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, nº173. p. 7-10.
- NUNES, Maria de Jesus e NEVES, Maria da Ajuda – A mulher mastectomizada: que reacções? Que consequências? Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 10, Nº. 112 (1997), p.19-22.
- OLIVEIRA, Irene – Vivências da mulher mastectomizada: abordagem fenomenológica da relação com o corpo. (2004) Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Porto ISBN 972-99144-0-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS . (2011). Regulamento dos padrões de qualidade do cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras. *Ordem Dos Enfermeiros, 1*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.00>
- OTTO, Shirley E. – Enfermagem em oncologia. (2000) 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6. p. 893-912.
- PEREIRA, M. d. (Outubro de 2012). A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- PEREIRA, M.; LOPES, C. – O doente oncológico e a sua família. Lisboa. Climepsi Editores, 2002.
- PETRONILHO, Fernando (2012) - Autocuidado: Conceito central da Enfermagem. 1ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-17-1.
- PHIPPS, Wilma J.; et al. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica. 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. 2670p. ISBN 972-8383-65-7.
- RAMOS, Ana Sofia; PATRÃO, Ivone. Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. Análise psicológica, nº3, 2005, p.295-304.
- RODRIGUES, Alexandra [et al.] – A satisfação sexual da mulher mastectomizada. Coimbra: s.e., 2003, (Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular

“Trabalho de Investigação”, no 4º ano do I Curso de Licenciatura em Enfermagem).

SARAIVA, António – Cancro da Mama e qualidade de vida. *Vivo*. (Jun./Jul., 2001), p. 30-31.

TALHAFERRO, Belisa; LEMOS, Suyane; OLIVEIRA, Elmari. Mastectomia e as suas consequências na vida da mulher. (2007) *Arq. Ciências Saúde*, nº14, p.17-22.

WHO. (2015). Sexual health, human rights and the law. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 193–195. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.013>

Sites:

<https://www.ligacontracancro.pt/> Consultado em maio de 2019

Avaliação do Projeto

Data:

Para continuação e melhoria do projecto ” Chá das 17”, gostaríamos de contar com a sua participação, com o preenchimento deste questionário. Obrigado

Desenvolvimento	Muito	Bastante	Pouco	Nada
Gostou da forma como se desenvolveu o projeto?				
Considerou atrativo?				
Considera que os temas foram tratado adequadamente?				
Considera interessante ter-se aprofundado os temas?				
Considera adequada a duração das sessões?				

Como este projeto a ajudou

O que podemos melhorar

Apêndices

APÊNDICE VIII – Sessão “Como sou bonita! – Promoção do autocuidado” do projeto
“Chá das 17”



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade

Plano da 1ª Sessão Chá das 17

Tema: Como sou bonita!

Data: 25/06/2019 **Hora:** 17.30

Tempo previsto: 60 min

População-alvo: Mulheres vítimas de cancro da mama e mastectomizadas

Local: Salão do Centro Saúde Norton Matos

Dinamizadora: Cristiana Faria Aluna do CPLESMO

Orientação Pedagógica: Enfermeira Amélia Cunha e Professora Maria Neto

Finalidade: Melhorar a valorização pessoal

Conceitos: Auto-estima

Adaptado de: Protocolo do Rendimento Social de Inserção de S.Jorge 2014/2015

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	PROCEDIMENTO	RECURSOS	TEMPO PREVISTO	AVALIAÇÃO
<p>- Apresentação das participantes;</p> <p>-Reconhecer semelhanças no grupo.</p>	<p>Semelhanças</p>	<p>Interativo</p>	<p>- São entregues às participantes lápis e papel sendo-lhes pedido que coloquem no papel as suas características pessoais (virtudes e defeitos);</p> <p>- Depois é pedido que cada participante procure identificar outra pessoa que tenha pelo menos uma característica igual a si;</p> <p>- Depois de encontrado o participante com característica comum, os mesmos reúnem-se e têm cerca de 3 minutos para se conhecerem um pouco melhor;</p> <p>- Ao fim dos 3 minutos o outro participante terá de apresentar a companheira de características ao restante grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel branco e lápis ou canetas 	<p>15 min</p>	<p>Observar se as participantes aderiram à dinâmica e se consegue apresentar a sua companheira de semelhanças.</p>
<p>- Estimular a valorização pessoal.</p>	<p>Valorização pessoal</p>	<p>Interativo</p>	<p>- O dinamizador cola previamente no fundo do chapéu um espelho pequeno;</p> <p>- Depois escolhe uma pessoa do grupo e explica-lhe que no chapéu se encontra a fotografia de uma pessoa e que, sem o participante dizer quem está na fotografia, terá de dizer ao restante grupo se seria capaz de “tirar o chapéu” a essa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chapéu • Espelho 	<p>20min</p>	<p>Para validar se as participantes recolhessem a necessidade de se valorizarem, no final da atividade serão realizadas as seguintes questões em suporte de papel:</p> <p>- Como é que eu me vejo?</p> <p>- Como é que acho que os</p>

			<p>pessoa, ou seja, se essa pessoa lhe merece todo o respeito e admiração do mundo e o porquê, sem nunca divulgar quem está na imagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seja qual for o sentimento que tenham ao olhar o conteúdo do chapéu, (surpresa, admiração, alegria, medo, etc...) não devem manifestar-se; - O exercício é realizado com todos as participantes, uma a uma e fora do ângulo de visão dos colegas para que ninguém perceba o que está no chapéu; - Logo após é aberto um espaço de discussão entre todas para que digam o que sentiram ao se verem no chapéu, sendo apresentados como a coisa mais importante do mundo. 			<p>outros me vêem?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como é que eu gostaria de ser? - Como é que os outros gostariam que eu fosse? - Como é que eu tenho medo de ser? - Como é que eu posso vir a ser realmente?
--	--	--	---	--	--	---

Nota: No final da sessão será oferecido uma sessão de maquiagem às participantes

APÊNDICE IX - Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação e respetiva autorização

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal: percepção das primíparas

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Cristiana Salomé Valença de Almeida Faria

Filiação Institucional: Estudante do Curso do VIII Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Professora Júlia Maria das Neves Carvalho

Co-orientadora: Professora Ana-Bela de Jesus Roldão Caetano

Justificação:

O termo parentalidade deriva do latim *parentâle*, sendo caracterizado por um processo de reestruturação afetiva, permitindo que dois adultos assumam o papel de pais, sabendo responder às necessidades específicas dos seus filhos (físicas, afetivas e psíquicas) (Leal, 2005).

Um processo de transição de acordo com a Teoria das Transições de Meleis caracteriza-se "pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo." (Guimarães 2016, p.2), podendo ser do tipo "desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional)." (*Idem*, p.2)

Ainda de acordo com a Teoria das transições de Meleis et al., (2000, p.12), a transição para a parentalidade insere-se nas transições de desenvolvimento, uma vez que implica “un logro de

integración, maduración y especialización en las esferas del componente humano de lo biológico, mental, social y espiritual” (Gladys et al. 2007, p. 15).

Neste processo de transição o casal tem de se adaptar e ajustar aos novos papéis. Necessitam de ajustes nas tarefas domésticas e financeiras que só serão atingidas com negociação, pelo que é caracterizado por um momento na vida do casal em que se redefine a sua relação (Carter & McGoldrick, 2001).

A tarefa de “ser mãe” em algumas mulheres, torna-se um processo inato, ou seja, nasce com elas, o intuito de cuidar e acarinhar um ser parece algo involuntário, contudo existem outras mulheres que consideram que não é importante, ou que simplesmente não se enquadram neste papel (Regan, 2005).

Mas independentemente da pretensão ou não de ser mãe, desde o planeamento à conceção, gravidez e pós-parto, todas as mulheres, são alvo de um processo de ambivalência de sentimentos entre pânico e prazer, medo e segurança (*Idem*).

O puerpério é um período de grandes transformações na vida da mulher, nomeadamente ao nível fisiológico, endócrino e genital e conseqüentemente pode levar a alterações do seio familiar, gerando diversas expectativas (Guimar, Gon, & Azevedo 2017).

A conjugalidade também poderá sofrer alterações, resultantes do desempenho de um novo papel, o papel parental, que deverá ser conciliado com a sexualidade da mulher/casal (Figueiredo, 2001).

Ainda segundo Edwards (2002), citado por Lowdermilk (2008), nas primeiras quatro semanas o casal reorganiza a sua dinâmica em função do recém-nascido, das suas necessidades e da interação com o mesmo. Nas semanas seguintes, reorganizam-se os papéis (marido-mulher, mãe-pai, pais-filho), havendo ajuste e negociação dos mesmos, sendo que caso seja bem-sucedida promove uma adaptação e integridade familiar de sucesso.

Parentalidade é “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006, p.43).

Face ao exposto, pretendo com este estudo verificar o impacto do nascimento do primeiro filho na relação conjugal.

Objetivos do Estudo: Conhecer a perceção das primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.

Data prevista de início dos trabalhos: logo que seja emitido parecer favorável à sua realização

Data prevista de fim dos trabalhos: 3º trimestre de 2020

Data prevista de início da colheita de dados: Junho de 2020

Data prevista de fim da colheita de dados: Julho de 2020

Metodologia

Tipo de Estudo:

De acordo com o objetivo exposto, optou-se pelo desenvolvimento de um estudo qualitativo exploratório-descritivo.

Os dados serão recolhidos através de questionário na aplicação *Google forms*, composto por dados sociodemográficos, aspetos obstétricos da recente gravidez e questões relacionadas com a temática.

População e Amostra/Informantes:

A amostra será constituída por mães que de forma voluntaria, concordem em participar. A amostra será do tipo não probabilística, por conveniência ou acidental e em bola de neve.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Critérios de Inclusão:

- Mulheres primíparas com filho com idade compreendida entre os 0 e 24 meses;
- Mulheres que percebam a língua portuguesa;
- Mulheres que aceitem participar no estudo;
- Mulheres que coabitem com o companheiro (a).

Critérios de Exclusão:

- Mulheres de parto gemelar;
- Mulheres que não entendam a língua portuguesa.

Locais onde Decorre a Investigação:

A recolha de dados é efetuada através da divulgação do questionário à comunidade em causa, online, devido à pandemia que ocorre no momento (Covid 19), com envio de link do *Google forms* com publicitação nas redes sociais, principalmente em mães que frequentaram e frequentam o projeto “Terna-Aventura” da ESEnfC referente ao pós-parto.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Cada participante irá responder a um questionário composto por dados sociodemográficos, aspetos obstétricos da recente gravidez e por questões relacionadas com a temática.

O instrumento de recolha de dados estará apenas disponível na plataforma *Google forms*.

Garantia de Confidencialidade:

A garantia da confidencialidade será assegurada às participantes pelo anonimato quer da identidade, quer dos dados obtidos, assim como, na garantia que os dados da investigação só serão usados de tal modo que ninguém, nem mesmo a investigadora conhece a fonte.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

É disponibilizado texto informativo sobre os objetivos do estudo. Considera-se que ao responder ao questionário e submete-lo está a dar o seu “Consentimento informado”.

Link para o questionário:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScfRJ68NU2A7Yr6qCyCHjPVJ-qUjZ00PboIY8vwpISEwFUCxg/viewform?vc=0&c=0&w=1>

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Não estão previstos qualquer tipo de danos para os sujeitos de investigação.

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Sim. Poderá contribuir para maior apoio às puérperas por parte dos EESMO.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Não tem custos.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnFC)

Parecer N° P663/04-2020

Título do Projecto: Impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal: percepção das primíparas.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Cristiana Salomé Valença de Almeida Faria

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Júlia Maria das Neves Carvalho; Prof.ª Ana-Bela de Jesus Roldão Caetano

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

O estudo proposto insere-se em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica centrando-se no impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal. É apresentado como objetivo "*Conhecer a percepção das primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.*"

O estudo é definido como "...*qualitativo exploratório-descritivo*", sendo a amostra do tipo não probabilístico, por conveniência ou acidental e em "*bola de neve*".

A amostra será constituída por mães participantes no projeto "*Terna-Aventura*" da ESEnFC.

No início, o processo de contacto com as participantes será efetuado pelas responsáveis pelo referido projeto que apresentam brevemente o estudo e indicam o link para o instrumento de colheita de dados (formulário do *Google forms*

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScfRJ68NU2A7Yr6qCyCHJPVJqUjZ00PboY8vwpISEwFUCxg/viewform?vc=0&c=0&w=1>).

Nos documentos submetidos:

- É justificada a pertinência e utilidade do estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados e link de acesso;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes sendo apresentado texto explicativo sobre o projeto. Considera-se que ao aceder, responder e submeter está a ser dado o consentimento para uso dos dados no estudo;
- Os dados serão tratados pela proponente;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar as participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para os participantes;
- A metodologia do estudo, os procedimentos e período de recolha de dados adequam-se à atual situação epidemiológica.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 20/05/2020 O Presidente da Comissão de Ética:

Maria Flomina Bokello

APÊNDICE X - Questionário através do *Google forms*

3 –Instrumento de Recolha de Dados- Questões presentes no aplicativo Google forms

QUESTIONARIO Parte I

Caracterização da participante

1. Idade: _____ anos

2. Estado Civil:

.....

Casada/ União de Facto.....

Divorciada/Separada.....

3. Habilitações Académicas:

1.º Ciclo (1.º - 4.º ano de escolaridade)

2.º Ciclo (5.º - 6.º ano de escolaridade)

3.º Ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano de escolaridade).....

Ensino Secundário (10.º,11.ºe 12.º ano de escolaridade).....

Ensino Superior

4. Situação actual no emprego

Empregado

Desempregado

5. Actividade Profissional

.....

Parte II

1. A gravidez foi planeada/desejada

Sim Não

2. A gravidez decorreu

Sem complicações Com complicações

3. Frequentou o curso de preparação para o parto e parentalidade?

Sim Não

4. Tipo de parto:

Vaginal Normal Ventosa Fórceps

Cesariana

Relativamente ao bebé

5. Idade (meses): _____ meses

6. Tipo de alimentação:

Exclusivamente ao peito

Ao peito com suplemento

Exclusivamente ao biberão

7. Situação de saúde do seu filho:

Sem problemas de saúde

Com alguns problemas de saúde

Parte III

1. Fazendo uma retrospectiva ao seu relacionamento conjugal antes do parto e após o parto, gostaria que me descrevesse os sentimentos/preocupações/desconfortos sentidos, durante o processo de transição.

2. O pós-parto decorreu como imaginava? Porquê?

3. Que impacto teve o nascimento do bebé na relação com o seu companheiro?

4. Quais os principais desafios de manter uma relação conjugal satisfeita com o nascimento do vosso filho?

5. Que papel considera que a relação conjugal tem na adaptação a esta nova fase?

6. Quais as estratégias que gostaria de usar para melhorar o seu relacionamento?

7. Considera “transição para a parentalidade: alteração da dinâmica familiar”, seria um tema importante de abordar nas sessões de preparação para o parto?

8. Que importância tem o papel parental na relação conjugal?

APÊNDICE XI - Consentimento informado antes do preenchimento do questionário

Link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScfRJ68NU2A7Yr6qCyCHjPVJ-qUjZ00PboIY8vwpISEwFUCxg/viewform?vc=0&c=0&w=1>



Impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal: percepção das primíparas

Pretende-se com este estudo conhecer a percepção das primíparas sobre o impacto da transição para a parentalidade na relação conjugal.

Assim, solicito a sua participação para o mesmo, através de um questionário composto por dados sociodemográficos, aspetos obstétricos da recente gravidez, e por questões relacionadas com a temática.

O estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco para si ou para o/a seu/sua filho/a.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

A participação neste estudo é voluntária, pelo que pode retroceder e cancelar o questionário em qualquer altura.

O resultado deste trabalho será apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no segundo semestre do ano 2020, podendo, se assim o desejar, contactar a sua autora, para se inteirar dos resultados obtidos.

Grata pela sua colaboração

Enfermeira Cristiana Salomé Valença de Almeida Faria
cristianaalmeida_6@hotmail.com

