



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Rita Matos Oliveira

Coimbra, setembro de 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Transição para a Parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência
da conjugalidade do casal

Ana Rita Matos Oliveira

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

Coorientadora: Mestre Helena Sofia Duarte

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, setembro de 2022

“Be the change you want to see in the world”

(Gandhi)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, ao meu irmão, ao Pedro e aos amigos por compreenderem a minha ausência ao longo de todo este tempo e pelo apoio incondicional que sempre demonstraram.

À professora Júlia e à professora Helena, pela orientação deste trabalho e por toda a dedicação e incentivo.

À minha turma que sempre soube manter-se unida mesmo nos momentos menos bons.

Aos casais que, voluntariamente, se disponibilizaram e despenderam o seu tempo para a realização deste estudo.

A todos os que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste sonho e me proporcionaram tantas experiências que me fizeram crescer pessoal e profissionalmente.

LISTA DE SIGLAS

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BSG – Boletim de saúde da grávida

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DIU – Dispositivo Intra Uterino

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

HAP – Hospital Apoio Perinatal

HPP – Hemorragia pós-parto

HTA – Hipertensão arterial

IG – Idade Gestacional

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

LA – Líquido amniótico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento Familiar

PPP –Preparação para o Parto e Parentalidade

RAM – Rotura artificial de membranas

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-Nascido

SBG – *Streptococcus* β hemolítico do grupo B

SFA – Sofrimento fetal agudo

SP – Sala de Partos

SU – Serviço de Urgência

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

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

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

Enquadramento: ao longo do seu ciclo vital, a família, vivencia transições e crises que exigem adaptações e transformações e o nascimento do primeiro filho integra uma dessas transições. Segundo Meleis, a transição revela uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades. Os casais que decidem serem pais, para além de todas as adaptações que necessitam de realizar no espaço físico e de aceitação do novo membro, passam também por um processo de transição, a transição para a parentalidade. A transição do subsistema conjugal para o parental assume um papel preponderante, na qual os elementos são desafiados a assumirem novos papéis: mãe e pai.

Objetivo: conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal.

Metodologia: estudo qualitativo exploratório-descritivo, de nível I. A amostra é não probabilística, tipo bola de neve, constituída por casais que aceitassem voluntariamente participar no estudo e cumprissem os critérios de inclusão definidos. A recolha de dados realizou-se através de uma entrevista semiestruturada ao casal, separadamente, para obtenção de respostas individualizadas. Os dados obtidos destas entrevistas foram depois analisados e categorizados segundo a análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2015).

Resultados: da análise dos discursos dos participantes emergiram quatro categorias principais: Quotidiano de vida do casal; Vivência da conjugalidade; Vivência da sexualidade e Sentimento de preparação para a parentalidade. A transição para a parentalidade leva a reestruturação da dinâmica familiar e redefinição de papéis e, consequentemente, tem impacto na vivência da conjugalidade do casal. Assim, é possível realçar a importância e a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em ESMO no período pré e pós-parto, como mediador e promotor da vivência da parentalidade e da conjugalidade de forma equilibrada, sem distúrbios para a saúde de pais e criança.

Palavras-chave: Conjugalidade, Parentalidade, Primeiro filho, Transição

ABSTRACT

Background: throughout its life cycle, the family experiences transitions and crises that require adaptations and transformations, and the birth of the first child is part of one of these transitions. According to Meleis, the transition reveals a change in health status, role relationships, expectations, or abilities. Couples who decide to be parents, in addition to all the adaptations they need to make in the physical space and acceptance of the new member, also go through a transition process, the transition to parenthood. This modification from the marital to the parental subsystem assumes a leading role, in which the elements are challenged to assume new roles: mother and father.

Objective: to know the impact of the birth of the first child on the couple's conjugal experience.

Methodology: qualitative exploratory-descriptive study, level I. The sample is non-probabilistic, snowball type, consisting of couples who voluntarily agreed to participate in the study and fulfilled the defined inclusion criteria. Data collection was carried out through a semi-structured interview with the couple, separately, to obtain individualized answers. The data obtained from these interviews were then analyzed and categorized according to Bardin's Content Analysis (Bardin, 2015).

Results: from the analysis of the participants' speeches, four main categories emerged: daily life of the couple; Experience of conjugality; Experience of sexuality and feeling of preparation for parenthood. The transition to parenthood leads to the restructuring of family dynamics and the redefinition of roles and, consequently, has an impact on the couple's experience of conjugality. Thus, it is possible to emphasize the importance and the need for intervention by the nurse specialist in ESMO in the pre and postpartum period, as a mediator and promoter of the experience of parenting and conjugality in a balanced way, without disturbances to the health of parents and children.

Keywords: Marriage, Parenthood, First child, Transition

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos Pais (Mãe e Pai)	78
Tabela 2 - Caracterização obstétrica (dados relativos à gravidez e ao parto)	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e subcategorias	80
Quadro 2 – Subcategoria: Rotina diária	81
Quadro 3 – Subcategoria: Alteração do padrão de sono dos Pais.....	82
Quadro 4 – Subcategoria: Adaptação às necessidades de cuidados ao bebê	82
Quadro 5 – Subcategoria: Redefinição de papéis	83
Quadro 6 – Subcategoria: Alteração na relação entre casal	84
Quadro 7 – Subcategoria: Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê	85
Quadro 8 – Subcategoria: Diminuição do tempo em casal	86
Quadro 9 – Subcategoria: Partilha de tarefas diárias	87
Quadro 10 – Subcategoria: Diminuição da frequência da relação sexual.....	88
Quadro 11 – Subcategoria: Face ao reinício da atividade sexual.....	88
Quadro 12 – Subcategoria: Sentiram-se bem preparados	89
Quadro 13 – Subcategoria: Sentiram-se menos preparados.....	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
PARTE I – COMPONENTE ESTÁGIO	27
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	29
1.1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM CONTEXTO HOSPITALAR	29
1.2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DA COMUNIDADE	30
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	33
2.1. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRECONCEPCIONAL	33
2.2. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL	34
2.3. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	41
2.4. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	45
2.5. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO	52
2.6. CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA.....	54
2.7. CUIDAR O GRUPO-ALVO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL) INSERIDO NA COMUNIDADE	54

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	57
PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA	59
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	59
4.1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – PERSPETIVA DA TEORIA DE MELEIS	59
4.2. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – VIVÊNCIA DA CONJUGALIDADE DO CASAL	66
5. METODOLOGIA	71
5.1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	71
5.2. TIPO DE ESTUDO.....	72
5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	73
5.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	74
5.5. TRATAMENTO DOS DADOS	74
5.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	75
6. RESULTADOS.....	77
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	77
6.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	79
6.2.1. Quotidiano de vida do casal	80
6.2.2. Vivência da conjugalidade.....	83
6.2.3. Vivência da sexualidade.....	87
6.2.4. Sentimento de preparação para a parentalidade	89
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
7.1. SÍNTESE CONCLUSIVA	96
CONCLUSÃO	97
BIBLIOGRAFIA.....	101

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

APÊNDICE II – Sessão de Educação para a Saúde – “Sexualidade e Afetos”

APÊNDICE III – Sessão de Educação para a Saúde – “Contraceção”

APÊNDICE IV – Panfleto informativo desenvolvido no estágio da sala de partos

APÊNDICE V – Instrumentos de recolha de dados

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, inserida no IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), um documento de reflexão e análise das atividades desenvolvidas no contexto de estágio nos cuidados de saúde primários e diferenciados, para a obtenção de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO).

A obtenção do título de enfermeiro especialista engloba a aquisição de três tipos de competências: as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO, estas duas reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e, para além destas, também é necessário desenvolver competências académicas para a obtenção do grau de mestre. Estas competências envolvem a aquisição de novos conhecimentos e mais profundos para a resolução dos problemas nos contextos mais complexos e multidisciplinares; a aplicação dos mesmos em investigação e desenvolvimento de novas aplicações ou ferramentas e comunicação desses mesmos resultados à comunidade científica e da sua área de especialização; a capacidade de atuação e reflexão sobre questões de responsabilidade ética e social e para uma aprendizagem contínua e autónoma ao longo da carreira (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes, a primeira parte onde será desenvolvida a componente estágio e a segunda parte onde será apresentada a componente investigativa. Na parte um, serão caracterizados os contextos onde decorreram os diferentes estágios e, posteriormente, as atividades desenvolvidas nos mesmos, tendo por base as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO e das competências comuns do enfermeiro especialista e será realizada uma análise reflexiva das mesmas. A segunda parte inclui uma componente investigativa, com o desenvolvimento de um estudo pertinente para a prática do enfermeiro especialista em ESMO. Portanto, a elaboração deste relatório tem como objetivos realizar uma análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, tendo

por base as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO e desenvolver competências no âmbito da investigação em enfermagem.

Com o propósito de dar resposta a este último objetivo foi desenvolvido um estudo de carácter exploratório-descritivo, de nível I, de maneira a desenvolver e aperfeiçoar capacidades no processo investigativo. Nesta parte do relatório, existem quatro capítulos: o primeiro engloba o enquadramento teórico, o segundo capítulo a metodologia, no terceiro capítulo, serão apresentados os resultados e o quarto capítulo, no qual é realizada a discussão dos resultados e uma síntese conclusiva dos mesmos. O estudo realizado tem como título “Transição para a parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal” e pretende-se desenvolver competências no domínio da investigação e dar resposta à questão: “Como é que vivenciaram a conjugalidade após o nascimento do primeiro filho?”.

A seleção da temática a investigar foi definida após a realização da componente teórica e ainda antes de iniciar a componente de estágio. Durante a realização da componente teórica verifiquei que esta temática não foi abordada e, posteriormente, o mesmo se verificou na componente de estágio. Foi notório não se abordar o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal, bem como, no estágio na comunidade e na unidade do puerpério, focando-se mais os cuidados ao bebé, as questões ligadas com a amamentação e recuperação física da mãe.

A transição para a parentalidade é descrita como uma das transições mais desafiadoras na vida, atendendo às grandes mudanças que ocorrem na vida do futuro pai e da futura mãe (Entsieh & Hallström, 2016). Envolve várias transformações e reorganizações na vida do casal implicado que, quer as mulheres, quer os seus parceiros saibam geri-las como indivíduos e como um casal. É um evento de vida normativo e, geralmente, positivo para os casais, contudo implica vários desafios para as mulheres, homens e para o casal, como um todo (Alves, 2019). 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).

A adaptação à parentalidade não é fácil, linear ou rápida. Envolve numerosas situações

que geram *stress* e perturbação emocional, associadas ao cansaço, perturbação do sono, sobrecarga de trabalho e reajustamentos da dinâmica da vida, que afetam especialmente a mulher. A preparação pré-natal e pós-natal deve ser encorajada e eficaz, como foco de intervenção de enfermagem de forma a melhorar este impacto (C. A. Martins, 2019).

Assim, tendo em conta estas transições e mudanças, que a evidencia científica nos reporta é crucial, promover a confiança e conforto entre a parentalidade e a satisfação conjugal, após o nascimento do primeiro filho. Relativamente ao que foi dito anteriormente e, visto que a sociedade está cada vez mais exigente no que diz respeito à redefinição de papéis por parte das mulheres e homens, é fundamental valorizar e respeitar o trabalho do enfermeiro especialista em ESMO no cuidar da família durante toda esta transição.

PARTE I – COMPONENTE ESTÁGIO

O Curso de Mestrado é constituído por uma componente teórica e uma componente de estágio, sendo esta última uma das etapas mais relevantes, é a possibilidade da realização de estágios, permitindo a aplicação da teoria na prática e o desenvolvimento dos cuidados especializados, nomeadamente à Mulher, no decorrer do seu ciclo vital. Portanto, é importante que tenhamos sempre presentes as Competências do enfermeiro especialista em ESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b):

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Para além, destas competências específicas também é necessário desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista que assentam nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

No final dos estágios foram atingidas as experiências mínimas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, para a aquisição do título de especialista, 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 Obstetrícia (Diário da República, 2017)

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Durante o período temporal de janeiro de 2021 a novembro de 2021, os estágios dividiram-se por blocos e foram realizados, no contexto hospitalar num Centro Hospitalar da região centro e, no contexto de comunidade, num Centro de Saúde da região centro. O primeiro bloco de estágio realizado foi no contexto de Sala de Partos (SP), durante 16 semanas (12 de janeiro a 14 de maio de 2021); o segundo bloco de estágio foi na unidade de Puerpério e unidade de Medicina Materno-Fetal, durante 7 semanas (17 de maio a 4 de junho de 2021 e 21 de junho a 16 de julho de 2021, respetivamente); o terceiro bloco de estágio realizou-se no contexto de Consulta Externa e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), durante 12 semanas (7 junho a 18 de junho de 2021 e 1 de setembro a 5 de novembro de 2021, respetivamente).

A componente de estágio, nomeadamente, caracterização dos contextos de estágio e a descrição das atividades, foram orientadas por um documento realizado ainda antes do início dos estágios, o Projeto de Estágio (APÊNDICE I), que teve como objetivo estruturar os objetivos e as atividades planeadas para as quarenta semanas de estágio, auxiliando o planeamento e desenvolvimento das competências, com a finalidade de potenciar o crescimento profissional individual e em equipa, nas diversas situações do ciclo vital da mulher inserida na família e comunidade. O Projeto de Estágio, tal como a organização da primeira parte do presente relatório, estão elaborados para dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

1.1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Os estágios (descritos em cima) que decorreram numa unidade hospitalar que integra a Rede de Referência Materno-Infantil e é um Hospital de Apoio Perinatal (HAP), constituído por:

um serviço de urgência com presença física 24/24 horas, de um obstetra, um pediatra e um anestesista e dispor de um corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço; laboratório de análises, imagiologia e serviço de sangue 24 horas; garantir a consulta de referência com apoio ecográfico e monitorização fetal; ter capacidade para reanimar, prontamente e com qualidade, todos os RN; assistir os RN normais continuidade de cuidados até à alta; garantir a estabilidade das funções vitais do RN até ao transporte (< 4h); possuir uma Unidade de Cuidados Intermédios; tratar os RN em fase de convalescença (ex: prematuros), após estadia no HAPD; contribuir para a formação dos Clínicos Gerais da sua área; elaborar, através da participação na UCF, e cumprir os protocolos das atividades principais e os protocolos de articulação com os CS e os HAPD (DGS, 2001, p.14).

No presente hospital, a urgência de ginecologia/obstetrícia encontra-se no mesmo piso da sala de partos e bloco operatório, permitindo uma articulação funcional entre serviços perante uma situação de emergência/urgência.

A admissão de todas as grávidas é efetuada no Serviço de Urgência (SU) geral e, posteriormente, encaminhadas para o SU Obstetrícia/Ginecologia, incluindo as grávidas provenientes de outras unidades hospitalares. De seguida e atendendo a cada caso, são internadas no internamento de Medicina Materno-Fetal ou para a SP, sendo realizado o acolhimento. Após o pós-parto imediato, as puérperas são encaminhadas para o serviço de internamento de Puerpério, acompanhadas do recém-nascidos (RN). Nos episódios que se verifique que os RN carecem de cuidados especializados, são transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN).

1.2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DA COMUNIDADE

O bloco que contempla o estágio no contexto da comunidade foi realizado na consulta externa do Centro Hospitalar e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF), no qual assegura cuidados especializados ao longo do ciclo vital da mulher, a mulheres grávidas e não grávidas. A unidade de consultas externas, é constituída por vários tipos de consultas: consultas de protocolo, de gravidez

de risco, de diagnóstico pré-natal, de diabetes, de hipertensão arterial, de infecções, de doenças autoimunes, gravidez múltipla e interrupção voluntária da gravidez (IVG). Para além destas, no âmbito da ginecologia, também são realizadas consultas: ginecologia geral, ginecologia urológica, ginecologia oncológica, infertilidade, planeamento familiar, consulta do colo e consulta da mama. As consultas de enfermagem na assistência pré-natal são asseguradas por um enfermeiro especialista ESMO, contudo a consulta de Enfermagem de Ginecologia, não é assegurada por enfermeiro especialista em ESMO, sendo assegurada por um enfermeiro de cuidados gerais, não indo ao encontro do que é recomendado pelo Parecer da Mesa da Especialidade: “A consulta de Enfermagem de Ginecologia, é assegurada por enfermeiro especialista em ESMO” (OE-MCEEESMO, 2017, p.2)

Na consulta de obstetrícia, várias são as intervenções que o enfermeiro especialista em ESMO realiza na assistência da grávida: monitorização de parâmetros vitais, monitorização do peso, registo cardiotocográfico (RCT), colheita de espécimes para análise, etc. Para além destas intervenções também é necessário realizar intervenções de promoção da saúde: ensinamentos relativos a uma alimentação equilibrada, hábitos de exercício, higiene do sono, prevenção e eliminação dos desconfortos, trabalho de parto, amamentação, orientações para a realização da mala da maternidade, orientações para a frequência do programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) como também orientações do regime terapêutico. O enfermeiro especialista em ESMO é o profissional de saúde mais capacitado para realização destas intervenções, sabendo adequá-las à idade gestacional (IG) da grávida e a linguagem a utilizar perante as características da pessoa de quem cuida. Para além das grávidas também são seguidas puérperas que desenvolveram alguma patologia durante a gravidez ou complicação no pós-parto.

Por fim, o último contexto de estágio foi no contexto dos CSP, realizado numa UCC e USF, locais onde existiu a oportunidade de integrar projetos implementados, nomeadamente o Projeto Parentalidade, constituído pelo Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade e Consulta de Aleitamento Materno. No âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, foram desenvolvidas sessões de Educação para a Saúde numa escola da área de intervenção na comunidade, em colaboração com a Unidade de Saúde Pública (USP). Para além destes projetos também me foi dada a oportunidade de colaborar em dois projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados já implementados nos CSP como a revisão e atualização do Manual de Acolhimento/Integração de Estudantes e

Profissionais de Saúde e a realização do Guia de acolhimento do Utente da UCC (área da Saúde Materna e Obstétrica).

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

Neste capítulo serão abordadas as Competências Específicas do enfermeiro especialista em ESMO desenvolvidas nos blocos de estágio, inseridos no contexto hospitalar e no contexto da comunidade.

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

A Direção Geral de Saúde (DGS) diz que “Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”. Para além disto, implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir quando e com que frequência têm filhos (DGS, 2008, p.5). Neste sentido, no decorrer do estágio na UCC programei e desenvolvi duas sessões de Educação para a Saúde, direcionadas a adolescentes (15 aos 18 anos) no âmbito da saúde sexual e reprodutiva com os seguintes temas: “Sexualidade e Afetos” (Apêndice I) e “Contraceção” (Apêndice II). Estas sessões decorreram numa escola e várias turmas tiveram a oportunidade de ver estes assuntos abordados e esclarecerem as suas dúvidas. Desta forma, os adolescentes tiveram acesso a informação sobre a vivência de uma sexualidade saudável. Tive a oportunidade de promover o bem-estar e a saúde sexual, proporcionar momentos de reflexão aos adolescentes relativamente a atitudes normalmente adotadas bem como o esclarecimento de dúvidas que naturalmente foram surgindo. Para além desta temática, os métodos contraceptivos mais adequados para esta faixa etária também foram abordados, para que seja possível terem a informação necessária para a decisão do método mais adequado.

Esta temática não foi apenas abordada neste contexto, mas também nas consultas de Planeamento Familiar (PF) na USF, bem como na consulta externa de IVG. Para além da interrupção da gravidez, esta consulta é utilizada para se realizar PF, com o objetivo de

as mulheres evitarem/minimizarem a quantidade de vezes que realizam este procedimento ao longo da sua vida e enquanto são férteis. Nestas consultas, sempre que surgiam dúvidas, consegui esclarecer junto da enfermeira orientadora, tive também necessidade de pesquisar e debruçar-me sobre esta temática para consolidação de conhecimentos. Acrescento ainda que na consulta de IVG, tive a oportunidade de colaborar com a equipa médica na colocação de Dispositivos Intra Uterinos (DIU) e de implantes subcutâneos, indo ao encontro do que diz o Parecer nº 50/2014: “formação/treino académico ou em contexto de formação contínua sobre a aplicação destes métodos contracetivos” (OE-MCEESMO, 2014, p.3).

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

Segundo a DGS (2015), no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, os profissionais de saúde devem tornar a aprendizagem e a partilha de informação componentes de cada consulta de vigilância, com a mulher e a sua família, abordando temas como a alimentação, atividade física, a saúde oral, os comportamentos aditivos, a sexualidade na gravidez, os desconfortos e sinais de alerta, a segurança rodoviária, o trabalho de parto e parto e amamentação. Estas temáticas devem ser abordadas contextualizando a idade gestacional e o contexto social de cada grávida/casal. Foram diversas as oportunidades, tanto no estágio das consultas externas como nos CSP.

Nos CSP, na valência da UCC estive bastante envolvida na retoma do programa de PPP devido à atual pandemia e, consequente, abertura dos centros de vacinação, sendo a enfermeira orientadora a coordenadora do centro de vacinação participei ativamente na retoma do programa de PPP. Segundo a DGS são programas de intervenção de base comunitária, desenvolvidos “junto de mulheres grávidas e casais, tendo em vista contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, do parto, do puerpério e da aprendizagem da Parentalidade” (DGS, 2020, p.8). Assim é fundamental a realização destes programas para que as famílias tenham acesso a informação fidedigna e proveitosa, para uma tomada de decisão responsável que influencie positivamente a saúde da mulher e da criança. O Programa tem como objetivos:

- promover comportamentos saudáveis e preparar os casais para o nascimento de uma criança, aumentando a confiança das mulheres na sua habilidade para ter filhos;
- promover a preparação para lidarem com o processo do parto e para exercerem o consentimento informado, esclarecido e livre, nomeadamente, em matéria de acompanhamento pessoal, controlo da dor e indução do parto;
- prestar esclarecimentos, incentivar e apoiar a amamentação; o fortalecer a relação de qualidade entre a mãe, o pai, o feto e a criança;
- promover a recuperação física e psicológica equilibrada no pós-parto; o preparar para a Parentalidade envolvida e cuidadora; o conhecer e desenvolver a rede de suporte social (DGS, 2020, p.16).

A realização do programa de PPP requer uma planificação e todo um trabalho anterior às sessões via online e presenciais, nomeadamente a realização de contatos com as grávidas, formação de grupos de acordo com a idade gestacional para as sessões práticas, preparação das sessões e, semanalmente, o envio de e-mails com a informação pertinente para as sessões teóricas e presenciais. A parte teórica (sessões via online) deste programa foi realizada em parceria com um projeto de uma Universidade, no qual vários enfermeiros especialistas em ESMO participam incluindo a enfermeira orientadora. Desta forma tive a oportunidade de participar e realizar as sessões pelas quais a enfermeira orientadora era responsável. As sessões que tive oportunidade de lecionar intitularam-se: “Vigilância da saúde da mulher e RN” e “Cuidados ao RN: choro, sono e roupa do bebé”. No que diz respeito às sessões práticas, houve a necessidade de efetuar algumas adaptações face ao período de pandemia que atravessamos, nomeadamente, no número de grávidas por grupo, optando-se por serem seis grávidas com a presença de acompanhante, ou seja, no total doze pessoas. Esta vertente prática era desenvolvida com a exemplificação da realização de exercícios que, posteriormente, as mulheres poderiam realizar no domicílio com a ajuda do acompanhante. Por exemplo técnicas não farmacológicas de alívio da dor (exercícios de relaxamento, movimentos, massagem, alongamentos, técnicas de massagem com rebozo, vocalizações, respiração, entre outros) e exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Para além dos conhecimentos teóricos transmitidos, estas sessões foram também momentos de partilha de experiências e de esclarecimento de dúvidas de alguns conteúdos não abordados de forma tão detalhada durante as sessões.

No decorrer do ensino clínico, compreendi que a realização dos programas de PPP durante o pré-natal não funciona apenas como um método de transmissão de informação, mas também permite à mulher/casal compreendi o seu potencial e a importância que as experiências da gravidez, parto e puerpério têm nas suas vidas. A mulher/casal mais informado e mais empoderado terão uma tomada de decisão em consonância com as suas expectativas e, naturalmente, uma experiência mais positiva e maiores ganhos em saúde.

Para além de estar muito envolvida na retoma do programa de PPP, tive ainda oportunidade de realizar consultas de vigilância pré-natal, tanto nos CSP, como na consulta externa. Assim, tive a oportunidade de preparar e realizar consultas a grávidas de várias idades gestacionais, nas quais sempre promovi a educação para a saúde tendo em conta as necessidades pessoais da grávida/casal e idade gestacional. Realizei exames físicos, nomeadamente, as manobras de Leopold e a auscultação cardíaca fetal com um aparelho *doopler*. Desta forma consegui elaborar diagnósticos de enfermagem, planear e executar intervenções direcionadas a cada grávida/casal. Para além destas intervenções realizadas no CSP, tive a oportunidade de realizar e interpretar registos cardiotocográficos (RCT), através da monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) e das contrações uterinas.

Relativamente ao campo de estágio da consulta externa na unidade hospitalar, foi-me possível prestar cuidados especializados de enfermagem no âmbito da gravidez nas consultas de obstetrícia de protocolo, consulta de hipertensão arterial, consulta da diabetes e consulta de gravidez de termo, consulta de medicina-materno fetal e consulta de IVG. Apesar do estágio ser apenas de duas semanas, o período mais reduzido de estágios, tive a oportunidade de realizar vários tipos de consultas de obstetrícia, com diferentes idades gestacionais.

As grávidas são referenciadas por meio dos protocolos de referência dos Cuidados de Saúde Primários, quer numa fase mais precoce da gravidez por risco associado (para detetar o grau de risco), quer numa fase mais tardia da gravidez para acompanhamento especializado. Na primeira consulta realizada, sendo que pode acontecer em qualquer idade gestacional, é realizada uma avaliação inicial pormenorizada através da observação física, de uma entrevista e da consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG). O registo de toda a informação é feito num programa que a instituição utiliza, o ObsCare. Esta avaliação é realizada pelo enfermeiro especialista em ESMO e a equipa médica fica com o acesso a toda a informação. Nesta consulta são identificados antecedentes de saúde

peçoais e familiares da mulher e do companheiro; identificados os antecedentes obstétricos e história da gravidez atual, bem como os aspetos psicossociais associados à gravidez.

Ainda neste campo de estágio, tive a experiência de uma morte fetal. A grávida estava com 35 semanas de gestação e apresentava como patologia diabetes *mellitus* tipo I, acompanhada em consultas de endocrinologia. Quando foi abordada relativamente aos movimentos fetais, a mesma respondeu que não sentia o bebé desde o dia anterior e então, solicitei que ela passasse para a área do RCT. Realizei rapidamente as manobras de Leopold para conseguir encontrar o foco máximo da FCF, contudo não foi audível, solicitei ajuda à enfermeira orientadora e como também não conseguia auscultar batimentos cardíacos, conduzimos a grávida ao gabinete médico. Foi efetuada toda a contextualização necessária à equipa médica que de imediato procedeu com a realização de uma ecografia. Desta forma, percebeu-se que, efetivamente, o feto não apresentava batimentos cardíacos e toda a situação foi explicada à grávida.

Posteriormente, fui procurar mais informação sobre morte fetal e a sua etiologia e, segundo Serrano, Centeno e Ramalho (2018) “a diabetes mellitus confere um aumento do risco de morte fetal, mais evidente em idades gestacionais mais tardias e com uma relação direta com um mau controlo metabólico” (p.2). Após algumas questões à grávida sobre o controlo da glicémia capilar, a mesma disse-nos que apresentou hipoglicémias ao final do dia, durante os dias anteriores. Foram realizados todos os procedimentos: história clínica e realização de zargatoas uretrais, vaginais e retais para várias pesquisas e a grávida foi internada para indução de trabalho de parto. Antes de se realizarem as colheitas, a grávida foi questionada se gostaria de ter alguém significativo para poder partilhar a situação e ter algum apoio, pediu que a sua irmã entrasse e foi dado o tempo que precisaram.

Para além dos contextos de estágio referidos anteriormente, também no internamento de grávidas/Medicina Materno Fetal, tive a oportunidade de prestar cuidados de saúde a grávidas/famílias em situação de risco, local onde o enfermeiro especialista em ESMO assume um papel preponderante na avaliação, deteção, informação e monitorização da sintomatologia da grávida, avaliação do bem-estar materno-fetal, realização das manobras de Leopold, na realização do RCT, auscultação da FCF, realização do toque vaginal, bem como a comunicação à equipa médica de algum desvio da normalidade que requeira avaliação médica. A realização destas intervenções enriqueceu a minha experiência de aprendizagem bem como a admissão, preparação e vigilância de grávidas

que iriam ser submetidas a cesariana eletiva (macrosomia fetal, feto em apresentação pélvica), indução de trabalho de parto (gestações de termo sem início de trabalho de parto (TP) espontâneo, restrição de crescimento fetal), vigilância e prestação de cuidados a grávidas de risco por patologia concomitante e/ou patologia associada à gravidez, como a diabetes gestacional e hipertensão arterial, ameaça de parto pré-termo (seja por encurtamento do colo, contratilidade uterina, rotura prematura de membranas pré-termo).

O acolhimento da grávida aquando da sua chegada ao serviço foi algo que tive a oportunidade de realizar neste internamento, sendo um momento privilegiado para os cuidados de enfermagem, pois permite a avaliação inicial das necessidades da grávida, o conhecimento dos seus antecedentes e preferências. O acolhimento é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de confiança, que por sua vez minimiza o medo e a ansiedade sentida no período de internamento.

O acompanhamento das grávidas/pessoa significativa algo com que me preocupei e tendo em conta algumas situações mais delicadas, mantive sempre uma atitude de prontidão, parceria, valorizando as preocupações e sentimentos demonstrados. Dou como exemplo, uma grávida de 33 semanas de gestação que foi transferida de uma das maternidades de Coimbra, com APPT às 31 semanas de gestação. Apesar de ter vindo ao serviço de urgência de um HAP foi transferida para um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) pela questão da idade gestacional e regressou ao hospital da área de residência quando completou as 33 semanas de gestação. Esta grávida tinha indicação de repouso no leito, apenas poderia ir à casa de banho e eu sempre que conseguia ter disponibilidade dava-lhe algum apoio para que se sentisse acompanhada não só do ponto de vista dos cuidados inerentes à sua condição, mas também para que sentisse acompanhada de outra forma visto que as visitas eram mais restritas tendo em conta a situação pandémica. Assim, Broca e Ferreira (2014) referem que a humanização do cuidado de enfermagem carece de uma comunicação eficiente e eficaz, que permita a partilha de informações entre enfermeiro, utente e família, favorecendo um cuidado individualizado, de acordo com as suas necessidades. De facto, ao longo da nossa formação aprendemos que a enfermagem é uma ciência humanista, que envolve pessoas e experiências distintas e, sobretudo, o cuidar de outro ser humano.

Os internamentos na unidade medicina materno-fetal, normalmente, significam que há algo que não se encontra tão bem como seria esperado com a mulher ou o feto e, por isso, estes internamentos por mais curtos que sejam são de grande destabilização para a

grávida/casal. Portanto, todo o apoio torna-se fundamental, bem como a informação transmitida à mulher/casal acerca da situação que estão a vivenciar e da sua evolução. Assim, tentei aproveitar todos os momentos que considerei propícios para realizar educação para a saúde, consoante as necessidades detetadas e para a prevenção de complicações. A presença e o envolvimento do pai são preponderantes, como também a sua inclusão no processo de cuidar.

As situações de que me deixaram mais receosa relativamente aos cuidados às grávidas, enquanto estudante, foram as APPT, requerendo uma avaliação e monitorização criteriosa do bem-estar materno-fetal. Considero ainda que exige do enfermeiro especialista em ESMO uma atitude confiante, mas humilde ao mesmo tempo, pois por um lado requer uma segurança e responsabilização pelas decisões a tomar e, por outro lado, a capacidade de encaminhar, no momento certo, para a equipa médica. Apesar de ter sido abordado na parte teórica do curso, tive necessidade de rever algumas temáticas sobre os cuidados a ter e o tratamento mais adequado de forma a garantir o bem-estar materno-fetal nestas situações mais específicas. No decorrer do estágio, colaborei na avaliação das contrações uterinas (referidas pela grávida, palpação abdominal e/ou registadas no RCT), na prescrição do repouso relativo e/ou absoluto, bem como na oportunidade de administração de terapêutica tocolítica e corticoterapia para promoção da maturação fetal (Andrade, 2016). Segundo Areia *et al.* (2018), a administração desta terapêutica tem uma importância enorme pois “diminui o risco de morte neonatal (31%), de síndrome de dificuldade respiratória (SDR; 44%) e de hemorragia intraventricular (HIV; 46%), como diminui a incidência de enterocolite necrotizante (ECN)” (p.1).

Outras situações que me deixaram mais apreensiva são as situações de hipertensão na gravidez, seja por doença crónica e/ou hipertensão decorrente da gestação e as suas complicações tanto maternas como fetais. A Sociedade Portuguesa de Hipertensão (n.d.) elucida que a hipertensão (HTA) é uma das intercorrências mais frequentes na gravidez acarretando riscos maternos e fetais: RCF, prematuridade e morte fetal. Esta patologia requer uma cuidada vigilância por uma equipa multidisciplinar face aos riscos acrescidos para a mãe e para o feto e cerca de 3% de todas as mulheres em idade fértil têm TA e 6-10% de todas as gravidezes são complicadas por esta patologia. Assim, quando prestava cuidados a grávidas hipertensas, apesar de a maior parte estar a realizar terapêutica anti hipertensora, avaliava com frequência a tensão arterial, antes da administração da terapêutica, algumas horas após para verificar o seu efeito e quando a grávida manifestava

alguma sintomatologia. Para além disto, questionava várias vezes ao longo do turno se apresentavam sintomas como cefaleias, escotomas, dor epigástrica, edemas em várias partes do corpo e reforçava que necessitavam de urinar para um determinado recipiente para posteriormente ser realizada análise à urina.

Neste bloco de estágio investi na interpretação dos RCT. Este registo contém informação importante existindo duas situações nas quais o mesmo fornece uma visão preciosa sobre a condição do feto; um registo normal, reativo identifica um feto sem problemas em enfrentar os episódios do parto, enquanto um RCT pré terminal com perda completa de reatividade e variabilidade identifica um feto incapaz de fornecer uma resposta (Santo, 2016). Contudo, não dispensa a monitorização e avaliação de um profissional de saúde, nomeadamente, o enfermeiro especialista em ESMO. As grávidas que estão internadas todas fazem RCT uma vez por turno e sempre que o enfermeiro especialista em ESMO identifica a necessidade de repetir o RCT.

Relembro um episódio de uma grávida que foi internada para indução do trabalho de parto. Duas horas após a indução têm de realizar novo RCT para se verificar a resposta do feto. Neste RCT pós indução, o registo era suspeito, apesar do feto apresentar variabilidade normal, a cada contração apresentava uma desaceleração prolongada, ou seja, início súbito, com duração de mais de 3 minutos (mas inferior a 10 minutos) e as desacelerações que excedam os 5 minutos com uma FCF na ordem dos 80 batimentos por minuto e com variabilidade reduzida requerem uma intervenção imediata, pois frequentemente estão associadas a hipoxia/acidose fetal aguda (Graça, 2018). Nesta situação, a equipa médica foi contactada, dando indicação da grávida ser transferida para a SP para realizar RCT contínuo e ter uma vigilância mais criteriosa. Contudo, passados alguns momentos de a grávida estar na SP decidiram realizar uma cesariana urgente

Em relação às situações de abortamento que tive oportunidade de experienciar e de prestar cuidados foram diferentes. No primeiro caso uma senhora que teve de realizar curetagem uterina porque ainda tinha restos ovulares retidos e para além disto, apresentou um pós-operatório com algumas intercorrências, nomeadamente, dor descontrolada a nível abdominal, intolerância ao levantar e apresentava-se bastante nauseada. Perante este quadro, a monitorização e avaliação da utente foi sempre mais criteriosa e sempre em cooperação com a equipa médica.

Outra situação que tive oportunidade de experienciar, foi a de uma mulher que engravidou e que o produto da fecundação se fixou na cicatriz da cesariana anterior e iniciou um quadro de perdas de sangue vaginais. Dirigiu-se à urgência e, após realização de ecografia, explicaram-lhe a situação, não sendo uma gravidez viável. Esta mulher teve necessidade de ficar internada para se perceber qual a evolução do quadro e, após dois dias, os valores β -hCG não estavam a descer e a equipa médica decidiu prescrever o protocolo de metotrexato da unidade hospitalar. Graça (2018) refere que antes da administração deste medicamento é necessário verificar valores de hemograma, função hepática e renal e apenas são elegíveis mulheres hemodinamicamente estáveis, com hemograma e funções hepáticas e renais normais, sem suspeita de rotura tubária (este não era o caso), massa anexial de diâmetro inferior a 4cm (que também não era o caso) e níveis de β -hCG inferiores a 3000 UI/L. Tendo em conta que esta senhora cumpria estes critérios, cumpriu a dose única de metotrexato, durante a administração e as horas seguintes monitorizei os sinais vitais, sinais e sintomas, apesar de a utente não apresentar alergias conhecidas, esta era uma terapêutica que iria fazer pela primeira vez e, por isso, necessitava de uma vigilância mais criteriosa.

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

Na sala de partos, a grávida pode ser proveniente do domicílio, entrando pelo serviço de urgência ou proveniente do internamento de Medicina Materno-Fetal. No momento do acolhimento na sala de partos, procurei sempre apresentar-me à grávida, perceber como gostava de ser tratada, se pretendia ter acompanhante durante o TP e, de forma breve, explicar como decorrerão as próximas horas e o que o acompanhante precisará de trazer consigo. Neste sentido e, depois de a enfermeira orientadora ter partilhado comigo que não existia nenhum documento específico da sala de partos, no qual estivesse disponível algumas informações importantes para o acompanhante, foi proposta a realização de um panfleto informativo com algumas indicações essenciais para o acompanhante (APÊNDICE III).

De forma a promover a saúde da mulher e do feto durante o trabalho de parto, é necessário realizar a vigilância do bem-estar materno-fetal. Esta vigilância faz-se através do RCT, registo este que requer a máxima atenção do enfermeiro especialista em ESMO, na

avaliação, interpretação e intervenção adequada. Durante o trabalho de parto, esta técnica torna-se essencial para evitar ocorrência de situações de hipoxia/acidose que originam lesões no feto e a realização de intervenções desnecessárias que podem desenvolver morbidade materna ou fetal. Segundo o Parecer da OE (2010) e de (Santo, 2016), a interpretação dos RCT tem os seguintes critérios: a linha de base da FCF, a variabilidade, a reatividade do feto e o aparecimento de desacelerações. Para além do descrito anteriormente, estes fatores devem ser também relacionados com o conhecimento dos mecanismos de defesa fetais e com situação clínica da grávida, de maneira à deteção precoce de problemas potenciais para resolução ou minimização de problemas reais identificados no bem-estar materno-fetal. Assim, para uma vigilância do bem-estar materno-fetal de qualidade é essencial que o enfermeiro especialista em ESMO sustente o conhecimento na evidência científica.

Relativamente ao exame vaginal, foi uma competência que tive a oportunidade de aperfeiçoar, sentindo uma maior confiança no final do estágio. Ao longo das semanas do estágio tive várias experiências, como por exemplo, uma parturiente que tinha como antecedente uma conização e, ao realizar o toque vaginal, não se observava um colo do útero com as características normais, mas sim um tecido endurecido e sem existir a possibilidade de dilatar e, portanto, a equipa médica optou por parto distócico, cesariana.

Existem situações em que existe um risco acrescido para o desenvolvimento de infeção intraparto, como por exemplo, grávidas com rotura de membranas amnióticas prolongada ou rotura prematura de membranas pré-termo, suspeita de corioamnionite, colonização por SBG e/ou prematuridade fetal. Nestes casos, foi realizada sempre a lavagem perineal antes e após a observação, como também foi sempre tida em atenção a assepsia do procedimento, percebendo também que a realização recorrente de toques vaginais é mais um fator para a promoção da infeção. Indo ao encontro do que a OMS (2018) recomenda, os toques vaginais devem ser realizados em intervalos de quatro em quatro horas, para avaliação de rotina da fase ativa do primeiro estágio do TP, em mulheres de baixo risco.

Outra técnica executada pela primeira vez foi a amniotomia e, sendo um procedimento a executar pela primeira vez, foi necessária uma pesquisa bibliográfica e a reflexão com a enfermeira orientadora sobre esta técnica de maneira a tomar decisões fundamentadas. Como é referido por Néné, Batista e Marques (2016), existem situações para a rotura artificial de membranas (RAM), como traçados anormais da FCF, colocação de monitorização fetal interna, indução e progressão do TP ou quando a bolsa amniótica

prolapso para o interior da vagina e, assim sendo, não permite a descida da apresentação e a evolução do TP. Este procedimento deve ser realizado com o RCT em curso e o enfermeiro especialista em ESMO deve permanecer atento a alterações da FCF e às contrações uterinas.

No seguimento da análise sobre a amniotomia, é importante refletir sobre as características do líquido amniótico (LA), como a cor, o odor, a quantidade e viscosidade. Por considerar que não me sentia tão à vontade nesta temática procurei estudar e aprofundar o meu conhecimento sobre as variadas colorações e sobre as possíveis associações a complicações maternas ou fetais. Deste modo, presenciei LA corado de verde, que sugere a presença de mecónio. Outra alteração da cor que percecionei foi a coloração vinho do porto, sugestiva de hemorragia relacionada com o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida. Para além destas alterações, também efetuei pesquisa bibliográfica relativa à presença de mecónio como indicador de asfixia fetal. Isto acontece quando o LA apresenta mecónio espesso, verde-escuro e não diluído. Estas características do LA são preditivas de baixos Índices de *Apgar* (IA) e maior incidência de síndrome de aspiração meconial no RN (Rebelo & Patrício, 2013).

Relativamente à realização da episiotomia, tive experiências de partos sem episiotomia (30 partos), partos nos quais não ocorreu qualquer laceração, outros em que ocorreram lacerações 1º e 2º grau e partos nos quais executei episiotomia médio-lateral (10 partos). A tomada de decisão para a episiotomia esteve sempre presente e foi suportada pela enfermeira orientadora. Tentei desenvolver esta competência no decorrer do estágio, através do conhecimento teórico (pesquisa bibliográfica), perceção anatómica do pavimento pélvico e através da segurança e confiança que fui adquirindo, apesar de ser uma técnica que exige muita prática, tanto na execução como na tomada de decisão. As recomendações para a episiotomia são lesão iminente perineal grave (tecidos rígidos e altura do períneo inferior ou igual a 3cm), SFA e parto instrumentado ou complicado (distócia de ombros, apresentação pélvica, macrosomia) (Ordem dos Médicos, n.d.). A OMS (2016) recomenda que o uso rotineiro da episiotomia não deve ser realizado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo.

Foram realizados 40 partos eutócicos, bem como 20 assistências a partos distócicos. Relativamente à participação 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.

Relativamente à fase da dequitação, etapa fundamental que carece da vigilância do enfermeiro especialista em ESMO, ao longo do estágio e dos partos que fui realizando fui aprimorando a técnica, tornando-me mais apta na técnica, como também no despiste de complicações inerentes a este período. Deste modo, optei sempre que o descolamento da placenta se desse de forma espontânea e observar os mecanismos de descolamento da placenta (Baudeloque-Shultze e Baudeloque-Duncan), estando sempre atenta ao risco hemorrágico, principalmente, associado ao segundo mecanismo.

Na SP onde realizei o estágio, o pós-parto imediato (até duas horas após o parto) faz-se na SP. A realização do pós-parto imediato na SP surgiu através de um projeto implementado pela equipa de enfermeiro especialista em ESMO. Num momento de partilha com a enfermeira orientadora, esta referiu que após a implementação deste projeto, as Hemorragias Pós-Parto (HPP) diminuíram drasticamente, evidenciando a importância da vigilância dos enfermeiros especialistas em ESMO.

De salientar o facto de ter visualizado um hematoma vaginal. A enfermeira orientadora referiu que não é muito frequente a identificação destes hematomas, ainda na SP, após realização da episiorrafia. Após a finalização da sutura da mucosa vaginal e antes de iniciar a sutura da pele, conseguiu-se identificar um hematoma da parede posterior da vagina. Foi solicitada a colaboração da equipa médica, sendo necessário transferir a parturiente para o bloco operatório, observar a cavidade vaginal com o auxílio de valvas para se proceder à drenagem do hematoma e à episiorrafia. Assim, penso ter desenvolvido as Competências Específicas do enfermeiro especialista em ESMO “3.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto”(Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13563).

Nos casos de RN com uma boa adaptação à transição para a vida extrauterina e, após uma avaliação sumária do pediatra ou do enfermeiro especialista em ESMO (partos eutócicos de baixo risco, sem complicações), monitorização do peso e, caso a parturiente demonstrasse vontade, era promovido o contacto pele a pele com a mãe, promovendo o vínculo precoce entre a díade. No momento de contacto pele a pele e, visto que a administração da vitamina K é um procedimento doloroso, utilizei este momento para o fazer, minimizando o desconforto do RN. Durante o período em que o RN se encontra sobre a mãe, é de extrema importância a vigilância do RN, para evitar a ocorrência de apneia, respiração irregular, gemido, cianose central e hipotonia. Sinais estes que merecem a atenção do enfermeiro especialista em ESMO sendo necessário transferir de

imediatamente o RN para o ressuscitador sob fonte calor. A termorregulação é um aspecto bastante importante para o RN. Deste modo, foi prática comum a mudança constante dos panos aquecidos, para que a perda de calor do RN fosse mínima e, assim, minimizar o gasto de energia.

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 evolutivo. Ao longo das 16 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.

No decorrer do estágio, de forma a atingir este objetivo, procurei inteirar-me dos projetos implementados no serviço. Um dos projetos implementados pela enfermeira orientadora e pelo grupo de trabalho, foi o projeto: “Liberdade de Movimentos”, idealizado com o objetivo de proporcionar que a grávida, durante o TP, adote a posição mais confortável para si, seja no leito, seja na posição verticalizada ou na bola de pilatos. Para além, do conforto, são também promovidas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor do TP.

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

As transições podem ser definidas como de desenvolvimento, de situação, de saúde/doença e organizacionais. Ocorrem devido a um evento significativo ou “ponto de viragem” e exigem novos padrões de resposta ao nível das capacidades, relações e papéis. Acontecem num determinado período de tempo e de forma dinâmica ao longo do tempo, dependendo da natureza da mudança e da forma como influencia outras dimensões da vida da pessoa. São complexas, multidimensionais e regidas por princípios gerais, apesar das evidentes diferenças em relação ao ponto do ciclo vital em que acontecem. Meleis debruçou-se sobre o alcance de uma série de experiências de transição, incluindo a da mulher se tornar mãe. Ao longo do tempo, as suas descobertas têm permitido o desenvolvimento de uma teoria explicativa de médio alcance sobre os processos de transição, a qual permite descrever, compreender, interpretar e explicar os fenómenos específicos da enfermagem que emergem da prática. Esta teoria constitui-se por três domínios: natureza da transição, condição da transição e padrões de resposta face à

transição permitindo-nos planejar e implementar os cuidados individualizados a cada situação (Meleis citado por Martins, 2013).

No que diz respeito ao estado de saúde da puérpera, tive oportunidade de prestar cuidados em dois momentos: pós-parto imediato (SP) e no internamento de puerpério. O pós-parto imediato das puérperas é realizado na SP e surgiu através de um projeto implementado pela equipa de enfermeiro especialista em ESMO para colmatar as intercorrências que ocorriam nesta fase, nomeadamente as HPP. Num momento de partilha com a enfermeira orientadora, esta referiu que após a implementação deste projeto, as HPP diminuíram drasticamente, evidenciando a importância da vigilância dos enfermeiros especialistas em ESMO neste período imediatamente após o parto.

O período de *Greenberg* corresponde à primeira hora após a saída da placenta, tempo fundamental para os processos hemostáticos e, consequentemente, neste período existe uma maior probabilidade de ocorrerem hemorragias consideráveis (Néné et al., 2016). No decorrer do estágio, foi possível realizar inúmeras vezes uma vigilância criteriosa das puérpera nestas duas horas após o parto: monitorização hemodinâmica, vigilância das perdas hemáticas, a involução uterina e a formação do globo de segurança de *Pinard*, perceção e valorização das queixas das puérpera, prevenção da perda de calor, bem como a manutenção de um ambiente tranquilo e de acordo com as suas preferências.

Após este período terminar, as puérperas são monitorizadas e avaliadas pela última vez antes de serem transferidas para o internamento do puerpério. Estas intervenções estão de acordo com as recomendações da OMS (2018), que refere a importância da avaliação do tônus uterino após o parto como medida de identificação precoce de atonia uterina e a inspeção da episiorrafia (caso exista) de modo a identificar possíveis focos hemorrágicos e/ou presença de sinais inflamatórios. Tive também a oportunidade de remover o cateter epidural tendo em consideração todas as particularidades adjacentes a este procedimento, nomeadamente: se a puérpera não realizou terapia anticoagulante nas doze horas anteriores e verificar se a ponta do cateter se encontrava íntegra. Tendo em conta que a maioria das puérperas realizou analgesia epidural, foi prática minha, para além dos cuidados acima descritos, questionar se tinham vontade para urinar após estas duas horas uma vez que o esvaziamento vesical fica comprometido. Posteriormente, todas as puérperas são higienizadas na região vulvoperineal, procedendo-se à aplicação de crioterapia, promovendo assim um maior conforto à puérpera e passam a utilizar a sua roupa interior e camisa. Todas as puérperas que não registam contraindicação são

questionadas relativamente ao início da ingestão de sólidos e são incentivadas a reforçar ingesta hídrica.

Relativamente aos cuidados imediatos ao RN, ainda na SP, segundo Lowdermilk e Perry (2008), através da primeira inspiração, o RN inicia uma sequência de alterações cardiopulmonares, essenciais para a sua sobrevivência. Rocha et al. (2011) referem que apesar das modificações, especialmente a nível cardio-circulatório e respiratório durante a transição para a vida extrauterina, o nascimento é um processo fisiológico. Apenas 10% dos RN necessitam de alguma assistência até conseguirem iniciar respiração espontânea e 1% do RN necessitam de reanimação avançada. Atendendo aos números apresentados, procurei sempre testar os equipamentos associados ao ressuscitador, caso fosse necessário utilizá-los, confirmar o material e verificar se se encontrava em boas condições de utilização. Desta forma, procurei minimizar o tempo gasto, desnecessariamente, no momento de uma eventual reanimação neonatal. De referir ainda que a roupa do RN era colocada a aquecer no ressuscitador imediatamente após a chegada da grávida à SP, otimizando assim a termorregulação e, consequentemente, minimizando o consumo de energia por parte do RN.

No decorrer do estágio procurei focar-me também nos cuidados ao RN para facilitar a transição para a vida extrauterina. Esta transição inicia-se imediatamente após o parto e, portanto, é importante que o enfermeiro especialista em ESMO também detenha conhecimentos e competências para prestar ao RN os cuidados necessários e não apenas o profissional responsável por receber o RN. Deste modo, fui aprimorando a técnica e os cuidados, pois inicialmente tinha alguma dificuldade na técnica de expressão da boca e nariz após a saída da cabeça, para libertar as vias aéreas superiores. Outro dos cuidados que procurei aplicar ao RN foi, após a saída do corpo e, ainda antes de laquear o cordão umbilical, efetuar a expressão, no sentido tórax, boca e, por fim, o nariz, de forma firme e coordenada, enquanto tentava estimular o dorso do RN.

Nas situações de RN com uma boa adaptação à transição para a vida extrauterina e, após uma avaliação sumária do pediatra ou do enfermeiro especialista em ESMO (partos eutócicos de baixo risco, sem complicações), monitorização do peso e, caso a parturiente demonstrasse vontade, era promovido o contacto pele a pele com a mãe, promovendo o vínculo precoce entre a díade. No momento de contacto pele a pele e, visto que a administração da vitamina K é um procedimento doloroso, utilizei este momento para o fazer, minimizando o desconforto do RN. Durante o período em que o RN se encontra

sobre o peito da mãe, é de extrema importância a vigilância do RN, para verificar a ocorrência de apneia, respiração irregular, gemido, cianose central e hipotonia. Sinais estes que merecem a atenção do enfermeiro especialista em ESMO. A termorregulação é um aspeto bastante importante para o RN. Deste modo, foi prática comum a mudança constante dos panos aquecidos, para que a perda de calor do RN fosse mínima e, assim, minimizar o gasto de energia.

Se estivermos perante um RN saudável, sem complicações no parto e com base na vontade da utente, outro aspeto que os enfermeiros especialistas em ESMO têm sempre em consideração é a amamentação na primeira hora de vida. É um momento muito significativo para o RN/mãe pois ainda vai reforçar o vínculo iniciado pelo contacto pele a pele. Após o parto e depois da parturiente estar em condições de iniciar a amamentação, procurei ajudar sempre na amamentação na primeira hora de vida, no sentido de seguir as recomendações da OMS (2018), o contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento como medida de prevenção da hipotermia neonatal e de promoção da amamentação. Após o puerpério imediato e aquando dos cuidados à puérpera, o RN é vestido. Neste momento, tentei promover a envolvimento do pai ou acompanhante, proporcionando uma experiência precoce dos cuidados ao RN. Alguns acompanhantes não mostraram vontade em realizar e apenas observaram enquanto ia explicando o que era necessário fazer e os principais cuidados a ter em atenção.

Nos partos em que o pediatra esteve presente e a receção do RN foi efetuada por mim, a examinação do RN é efetuada pelo pediatra. Nestes casos, tentei estar sempre presente durante a examinação estando alerta para possíveis alterações morfológicas. Por exemplo, num dos partos efetuados, foi detetado, por mim e pela enfermeira orientadora, alterações nos membros superiores e inferiores do RN. O pediatra responsável foi de imediato alertado e transferiu o RN para a UCIN para que fosse realizado um estudo mais aprofundado.

Em situações de parto distócico-cesariana e em que a responsabilidade pela receção do RN era minha, procurei confirmar todo o material do ressuscitador da sala anexa ao bloco operatório, preparar previamente o material, minimizando o tempo em que o RN se encontra exposto. Para além disso, e seguindo o conselho da enfermeira orientadora, preparei sempre uma seringa com adrenalina, salvaguardando o caso de o RN não apresentar uma boa adaptação à vida extrauterina e necessitar de reanimação. Relativamente à reanimação neonatal, não presenciei nenhum momento deste tipo e, por

isso, terei que estar alerta para essa questão e estar atualizada relativamente às *guidelines* a adotar para que, numa situação de reanimação, enquanto enfermeiro especialista em ESMO, a minha resposta seja rápida e adequada. Nas situações de parto por cesariana, no contexto de SP onde realizei o estágio ainda não é possível realizar o contacto pele a pele, nem iniciar a amamentação naquele espaço. As condições de temperatura e de assepsia do bloco operatório são os fatores que limitam estas intervenções de promoção da vinculação.

Deste modo, considero que as experiências que presenciei me ajudaram a alcançar as Competências Específicas do enfermeiro especialista em ESMO “3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (...); 3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 13563)

No internamento do puerpério, os cuidados e a vigilância das puérperas são continuados e tive oportunidade de desenvolver esta competência através da avaliação dos sinais vitais; realização do exame físico (observação e avaliação das mamas e mamilos); a avaliação da involução uterina e a localização do fundo do útero em relação à posição da cicatriz umbilical; a observação do períneo, da correção das lacerações e episiorrafias, despistando sinais inflamatórios, a avaliação (quantidade, cor e odor) dos lóquios, bem como a presença de globo vesical nas puérperas que ainda não tinham realizado primeira micção após retirada do cateter epidural na SP. Portanto, esta avaliação permitiu-me obter dados relativos à adaptação da puérpera ao período pós-parto e se a mesma decorreu da melhor forma.

Nas situações do parto ser um parto distócico – cesariana, a puérpera fica na sala de cuidados pós-anestésicos (local onde a monitorização e a vigilância é mais frequente), durante o tempo necessário até estabilização dos parâmetros vitais e à reversão do bloqueio subaracnoide ou até ficar desperta, no caso de ter sido cesariana sob anestesia geral. A monitorização dos sinais vitais, otimização do cateter epidural, a vigilância do penso da ferida cirúrgica, a involução uterina e a monitorização da eliminação urinária. Para além dos cuidados ao cateter epidural enumerados anteriormente, no momento da sua remoção também tive sempre em conta os seguintes aspetos: se a puérpera tinha prescrita terapêutica anticoagulante; administração da última toma tinha mais de dozes horas de intervalo; análise da integridade da ponta do cateter; verificação de sinais

inflamatórios no local de introdução do cateter. Assim, considero que valorizei e assegurei o conforto da puérpera, promovendo a sua saúde e minimizando as complicações.

Para além da promoção da saúde da puérpera no período pós-natal, é igualmente importante a promoção da saúde do RN neste período e para isto foi necessário inteirar-me dos protocolos implementados no serviço, bem como assegurar a vigilância do RN no seu processo de adaptação ao meio extrauterino, para que seja realizada da melhor forma. Assim, destaco os cuidados com o objetivo de assegurar boas condições de termorregulação, circulatórias e respiratórias no serviço de puerpério. Durante o estágio procurei garantir as condições de termorregulação e ensinar/instruir os pais relativamente à importância do controlo da temperatura do RN, especialmente nos RN de baixo peso ou nos prematuros. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), o RN de termo tem uma barreira de termorregulação menor que o adulto. Uma maior relação superfície corporal/peso corporal e a exposição ao frio condiciona alterações metabólicas e fisiológicas, aumentando o consumo de oxigénio e energia e levando-o a um aumento do metabolismo basal, e um RN prematuro ou com baixo peso ao nascer apresenta ainda maior instabilidade térmica. Também tive a oportunidade de observar e avaliar o estado físico, neurológico e comportamental do RN, atentando sempre às suas necessidades e intervindo sempre que necessário, prestando cuidados de higiene e conforto. Durante a realização dos procedimentos, é importante transformar em momentos de educação para a saúde, realizando ensinamentos/treino de aspetos que não tivesse conhecimento. Durante estes momentos foi minha intenção criar e estabelecer um ambiente terapêutico, com o objetivo da promoção da vinculação da díade mãe-filho ou quando o pai se encontrava na hora da visita, da tríade pai-mãe-filho.

Relativamente à temática da amamentação, de um modo geral, senti que as puérperas se sentem inseguras, receosas e preocupadas com o facto de não serem capazes de amamentar. De salientar que, um dos aspetos que as mulheres mais referiram, era se a quantidade de leite que produzem é suficiente para o RN. Deste modo coloquei em prática os conhecimentos adquiridos na componente teórica e, adicionalmente, fui procurar e recordar alguma evidência científica para melhor responder às questões das puérperas. Lowdermilk e Perry (2008), referem que os RN apresentam alguns comportamentos que nos podem indicar que têm fome ainda antes de chorar vigorosamente, sendo mais difícil de acalmar. O ideal será iniciar a mamada quando o RN apresenta movimentos das mãos-

na-boca, movimentos de sucção, o reflexo dos pontos cardeais e movimentos da língua e boca. Assim, considero relevante, enquanto futura enfermeiro especialista em ESMO, ensinar as puérperas a reconhecerem os sinais de fome que o seu filho lhes mostra e não esperar apenas pelo sinal de choro, tendo em conta que o choro não necessariamente um sinal de fome, mas poderá estar relacionado com outro tipo de desconforto.

Ao longo do estágio procurei individualizar os cuidados/ensinos com cada mulher pois é um assunto influenciado por crenças, valores, pela rede social de cada mulher e, portanto, foi crucial identificar as necessidades reais de cada mulher e intervir de forma individualizada facilitando assim a amamentação. Ainda relativamente à amamentação, logo no primeiro contacto com cada mulher foi importante refletir sobre o conhecimento que a mulher tem relativamente à amamentação, o desejo que tem em amamentar e as expectativas em relação ao processo de amamentar. Neste processo de amamentação, a mulher é a pessoa central e por isso deve ser tratada pelos profissionais de saúde como tal e a sua tomada de decisão deve ser respeitada. Os enfermeiros especialistas em ESMO assumem um papel preponderante em assegurar os direitos da mulher e devem proporcionar a cada mulher informação para uma decisão esclarecida para a forma como querem alimentar o seu filho e proporcionar condições para que a sua vontade prevaleça, sem qualquer tipo de juízo de valor.

Neste estágio considerei importante a integração do pai, em todos os momentos, na prestação dos cuidados ao RN, não apenas para a promoção da vinculação, mas também para a capacitação para o cuidado do seu filho com o objetivo de conhecerem o RN e aprenderem com os sinais de que o mesmo lhes dá visando a uma autonomia crescente realizando neste sentido a promoção do papel parental. Assim, as horas de visitas do pai à puérpera e ao RN eram momentos que privilegiava para estar junto das famílias e se tornaram fundamentais para o esclarecimento de dúvidas, preocupações, receios, como também para reforçar positivamente as competências que já tinham desenvolvido e as potencialidades que apresentavam para outras que ainda não estavam tão desenvolvidas.

O enfermeiro especialista em ESMO tem um papel preponderante a desempenhar na promoção do papel parental, neste sentido prestei cuidados centrados na família, considerando os pais parceiros no cuidar, envolvendo-os na participação dos cuidados e apoiando-os neste momento de transição, com o objetivo de os capacitar de competências parentais de forma a satisfazerem as necessidades do RN. Contudo, o contexto de pandemia, trouxe às instituições de saúde restrições nas visitas e, nesta instituição, o

tempo de visita do pai diminuiu para apenas uma hora/dia, contrariamente ao que acontecia anteriormente, em que o pai podia estar o dia completo no internamento. A equipa de enfermagem era flexível e quando possível eram realizados alguns ensinamentos/treinamentos relativos aos cuidados ao RN, nomeadamente os cuidados de higiene, neste horário. Desta forma, foi possível a integração do pai nos cuidados ao RN.

Relativamente à consulta de pós-parto, tive oportunidade participar nos cuidados especializados para facilitar a adaptação ao período pós-parto, nomeadamente nas consultas de revisão pós-parto, tanto em contexto hospitalar (consulta externa) como nos CSP. Colaborei no planeamento, realização e desenvolvimento das consultas de revisão pós-parto, dando resposta às necessidades das puérperas e dos RN no seu contexto familiar. Também tive a oportunidade de perceber qual o método contraceptivo que utilizavam e/ou pretendiam utilizar e esclarecer as questões e dúvidas que apresentavam. Nos CSP, para além das consultas de revisão pós-parto, na valência da UCC são realizadas as consultas de amamentação, muito direcionadas para as dificuldades com que a mulher se depara e pretende ultrapassar. Estas consultas integram o Projeto da Parentalidade que está implementado na UCC e o agendamento das consultas é realizado pela enfermeira especialista em ESMO e num curto espaço de tempo desde o contacto (email, telefone ou outro meio). Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p.656) “o apoio da mãe reforça a sua e promove uma experiência de amamentação satisfatória e bem-sucedida”. Esta consulta pode demorar até mais de uma hora e tem como objetivo a observação/avaliação de uma mamada com o intuito de identificar as necessidades da mulher e intervir nas mesmas, de forma a ajudar nas dificuldades e dando estratégias para que sejam ultrapassadas e a amamentação seja uma experiência positiva.

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

Este período é caracterizado por “um estágio de mudança entre a fase reprodutiva e não reprodutiva do ciclo de vida da mulher, de forma não patológica.” e evidencia-se “por alterações hormonais que, logo acarretarão em implicações em diversos aspetos na vida da mulher, como biológicas, psicológicas, sociais e culturais” (Alvarenga, Visgueira, Araújo, 2021, pp.1,2). Esta transição integra uma relevante etapa na vida da mulher que se caracteriza por uma diminuição gradual da produção de hormonas pelos ovários e que,

consequentemente, leva a que a mulher manifeste um conjunto de sintomas físicos e psicológicos, bem como um aumento da suscetibilidade a desenvolverem patologias decorrentes de todas as alterações hormonais. Para que seja identificada esta etapa, é necessário que a mulher identifique o último ciclo menstrual, após doze meses da sua ausência. Em contexto de consulta externa e CSP não tive a oportunidade de prestar cuidados a utentes nesta fase, apenas em contexto de internamento. No entanto, considero importante a identificação das necessidades das mulheres nesta fase, o reconhecimento dos sintomas, bem como perceber o significado que cada mulher atribui a esta nova etapa do ciclo de vida desmistificando algum preconceito existente. Para além disto, como enfermeiro especialista em ESMO é importante colocar a mulher no centro dos meus cuidados e dar resposta aos sinais de saúde/doença no decorrer de toda a sintomatologia desta fase, de forma a promover um bem-estar da mulher como também na sua relação em contexto familiar e social.

Apesar dos blocos de estágio não contemplarem estágio de Ginecologia, o enfermeiro especialista em ESMO, segundo o Regulamento das Competências Específicas, tem as seguintes competências: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13564) . Tive a oportunidade de prestar cuidados a uma mulher à qual lhe foi diagnosticado uma doença do foro oncológico e que também se encontrava na fase do climatério. Ao longo do internamento desta mulher, para além de ter oportunidade de cooperar com outros profissionais no tratamento da mesma, tive a oportunidade de conceber, planear e implementar medidas de suporte emocionais e psicológicas e também direcionadas à família. Tendo em conta que esta utente permaneceu internada durante algumas semanas, as visitas tinham um tempo mais alargado, como também era possível esta senhora ter mais do que a visita do familiar de referência. Também proporcionei videochamadas com um familiar em específico, uma das netas, visto terem uma relação muito próxima.

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

No decorrer destes estágios, as oportunidades relacionadas com esta competência foram reduzidas, contudo procurei, quer na consulta externa quer nos CSP promover a saúde das mulheres devido ao impacto negativo que as doenças do foro ginecológico têm na qualidade de vida das mulheres, para além dos indicadores de saúde e nos custos a elas associados.

Como enfermeiro especialista em ESMO, é necessário e importante que as mulheres sejam motivadas a participarem nos rastreios de saúde para uma vigilância da saúde sexual e reprodutiva e de outros rastreios também disponíveis, sendo uma meta em saúde “expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar as taxas de cobertura populacional até 2020: rastreio do cancro da mama 90%, rastreio do cancro do colo do útero 75% e rastreio do cancro do colon e reto 50%” (DGS, 2019, p.10). Deste modo, o enfermeiro especialista em ESMO deve procurar estabelecer uma relação positiva e de proximidade com as mulheres a quem presta cuidados para que estas se sintam mais recetivas e motivadas para a adesão aos rastreios disponíveis no Serviço Nacional de Saúde. Assim, consegui desenvolver conhecimentos e colaborar em atividades de prestação de cuidados, que me permitiram de forma positiva consolidar competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

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

Relativamente à competência cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, considero que ao longo destes dois campos de estágio fui desenvolvendo e adquirindo conhecimentos que me permitiram conhecer e identificar infraestruturas de saúde e as suas condições de acesso para que o encaminhamento e referência fosse possível e atempado. Durante as consultas de planeamento familiar, as mulheres foram aconselhadas e orientadas na tomada de decisão para os métodos contraceptivos, bem como esclarecimento e avaliação de possíveis complicações decorrentes de comportamentos de risco.

Nestes contextos tive sempre presente a transmissão de informação pertinente e direcionada às mulheres em período fértil, informação do programa nacional de vacinação, de forma a promover e a manter a saúde da população e no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.

Também se torna importante o enfermeiro especialista em ESMO reconhecer os fatores de morbi-mortalidade materna e neonatal, tendo por base o conhecimento epidemiológico, para que consiga prestar cuidados de enfermagem no sentido de promover o empoderamento das mulheres. Ou seja, conhecendo os riscos associados, disponibilizando toda a informação e os ensinamentos transmitidos às mulheres nas diferentes etapas do seu ciclo vital tiveram como objetivo a uma tomada de decisão informada e consciente por parte de cada mulher, no sentido da proteção da sua saúde e/ou da sua família, promovendo a qualidade de vida e melhorando também os indicadores de saúde.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019a), as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p. 4745).

Para atingir os objetivos, tive a oportunidade de integrar alguns projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados já implementados nas diferentes unidades de estágio, na SP tive a oportunidade de conhecer e a enfermeira orientadora explicou-me o percurso percorrido até à implementação dos projetos (“Liberdade de Movimentos”, “Ingestão de líquidos durante o TP” e o “Pós-Parto imediato na SP”). Nos CSP, tive a oportunidade de realizar a revisão e atualização do Manual de Acolhimento/Integração de Estudantes e Profissionais de Saúde e a realização do Guia de acolhimento do Utente da UCC (área da Saúde Materna e Obstétrica), bem como na colaboração na retoma do Projeto da parentalidade com o programa PPP. Colaborei neste projeto ao longo das dez semanas de estágio, no planeamento necessário antes de realizar os contactos com as grávidas, preparação, realização e dinamização das sessões online e presenciais. Através da enfermeira orientadora, consegui perceber as várias fases do processo à implementação dos projetos, as dificuldades encontradas, como também as oportunidades que potenciaram a elaboração e a implementação dos projetos. O facto de ter tido esta oportunidade de colaborar nestes projetos e rever/atualizar os documentos fez com que conseguisse desenvolver e evoluir nesta competência, sendo o estágio no qual mais tive oportunidade para o meu desenvolvimento.

No decorrer dos estágios 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. Os constantes momentos de reflexão relativos às situações decorrentes do estágio e relativos ao meu desempenho tornaram-se extremamente importantes e enriquecedores, pois fizeram-me compreender as áreas que deveria investir e, assim, adquirir de forma mais consolidada conhecimento e competências. Refiro ainda que, para que qualquer enfermeiro especialista em ESMO possa prestar cuidados de saúde adequados é essencial que seja detentor de conhecimentos técnico-científicos, como também de prática reflexiva contante sobre o que é feito e o modo como é feito.

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA

A segunda parte deste relatório destina-se à componente investigativa, onde será apresentado, o estado da arte, a metodologia e os resultados de um estudo desenvolvido sobre a Transição para a parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal. Nesta segunda parte pretende-se desenvolver a parte investigativa, estudar um determinado fenómeno, bem como desenvolver a componente empírica e apresentar os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será realizado o enquadramento teórico, onde serão sistematizados conceitos relevantes para o desenvolvimento da investigação e a teoria orientadora para a mesma.

4.1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – PERSPETIVA DA TEORIA DE MELEIS

A família constitui o alicerce fundamental do desenvolvimento infantil, sendo o papel dos cuidadores e a parentalidade de grande importância, uma vez que condicionam a existência de experiências de vida estimulantes e adequadas que promovam o desenvolvimento holístico da criança e o seu bem-estar. Por outro lado, a compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas nas quais os pais carecem de apoio para exercerem o seu papel e as suas responsabilidades (Lopes et al., 2010)

A mestria nas competências parentais altera o modo como a mãe e o pai interpretam o seu próprio desempenho e o comportamento da criança, quanto maior o nível de conhecimentos e habilidades parentais, maior a probabilidade de criar um ambiente adequado a um desenvolvimento saudável e maior percepção e resposta às necessidades da criança (Cardoso & Marín 2018, p.2).

Como referem Reticena et al. (2019, p.2), “o termo parentalidade, derivado do original em inglês *parenting* é descrito como um conjunto de atividades que visam promover a sobrevivência e desenvolvimento pleno das crianças, executadas pelos adultos de referência da mesma”, sendo estes “responsáveis por cuidar, estimular, educar, amar, impor limites, fortalecer a autonomia e preparar a criança para os desafios e oportunidades da vida presente e adulta”. A parentalidade consiste no comportamento dos pais com base nos melhores interesses da criança e que assegura uma relação nutridora, fortalecedora, não violenta, proporcionando o reconhecimento e orientação que envolvem o estabelecimento de limites para possibilitar o pleno desenvolvimento da criança (Reticena et al., 2019).

A parentalidade pode ser definida como “assumir as responsabilidades de ser mãe/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” (ICNP, 2019, p.13). A parentalidade implica transição, cujo termo transição pode ser definido como a “passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro”, sendo um “conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções” (Silva et al., 2010, p.21).

Deste modo, a transição para a parentalidade tem apresentado uma série de definições e foi ampliada da definição tradicional de período que começa com uma gravidez e termina alguns meses após o nascimento, para o início da transição com a decisão do casal de engravidar e o seu *terminus* quando a criança tiver entre dois a três anos (Polomeno, 2014). É descrita como uma das transições mais desafiadoras na vida, atendendo às grandes mudanças que ocorrem na vida do futuro pai e da futura mãe (Entsieh & Hallström, 2016).

A literatura é unânime ao referir que a família passa por um ciclo natural de desorganização e reorganização, num esforço para alcançar um nível desejável de equilíbrio (Polomeno, 2014). O relacionamento do casal durante a transição para a parentalidade é mais frágil, pois precisa de aprender a adaptar-se às mudanças físicas, psicológicas, emocionais e relacionais que ocorrem. Essa transição, quando apoiada pelos enfermeiros, pode melhorar o relacionamento do casal (Entsieh & Hallström, 2016). De todas as transições que acompanham a existência humana, a transição para a parentalidade

é um dos momentos de grande vulnerabilidade emocional. “Tanto os homens, como as mulheres tendem a sofrer transformações com a gravidez e nascimento dos seus filhos” (Garcês, 2011, p.33).

Neste contexto, a identificação dos mecanismos através dos quais “os pais exercem uma parentalidade saudável é a chave para o desenvolvimento eficaz de intervenções”. A parentalidade é influenciada por múltiplos determinantes, “incluindo os recursos pessoais dos pais, as características da criança e fontes sociais de stresse e suporte”. A interação entre estes fatores condiciona as competências parentais que têm sido definidas como “os sentimentos e habilidades que os pais possuem para criarem os seus filhos”. Dependendo do desenvolvimento destas competências, “os pais estarão ou não aptos para promover estilos de vida saudáveis nos seus filhos, sendo que existem evidências que sugerem a necessidade de ajudar os pais no desenvolvimento dessas competências” (Ruiz-Zaldibar et al., 2018, p.239).

É importante ressaltar que o bem-estar psicológico dos pais é conhecido por influenciar as interações precoces pais/filho e pode ter um forte impacto no desenvolvimento social, emocional, comportamental e cognitivo das crianças a curto e a longo prazo (Flacking et al., 2012). Nas sociedades ocidentais, houve mudanças significativas nas estruturas e composições familiares nos últimos 30-40 anos e isso inclui mudanças nas expectativas dos papéis dos pais no período pós-natal. Como consequência, a “transição” dos pais foi afetada, pois eles procuram estabelecer um relacionamento com o filho e apoiarem-se mutuamente, um tema que tem sido cada vez mais explorado (Traub & Boynton-Jarrett, 2017).

O nascimento do primeiro filho é um marco importante, um acontecimento marcante na vida dos pais, caracterizado por uma mudança, o que requer uma nova reorganização familiar, redefinição de papéis e tarefas dos pais. Nas famílias, as transições representam períodos de mudança em que há alterações nos seus estilos de vida de um estágio para outro. A gravidez e a transição para a parentalidade são um período importante do desenvolvimento com implicações importantes para os pais, para a relação pais-bebé e para o desenvolvimento do bebé. A pesquisa tem demonstrado consistentemente que muitas vezes é um evento stressante e traz mudanças mais profundas do que qualquer outro estágio de desenvolvimento do ciclo da vida familiar. As mulheres relatam mudanças massivas no seu estilo de vida e rotinas, a adaptação fácil não é comum, é

uniformemente problemática e não está limitada por nenhum período de tempo (Holopainen & Hakulinen, 2019).

Como salientam Tralhão et al., “o nascimento de um filho marca uma nova fase de transição do ciclo vital familiar. A existência de filhos implica um conjunto de adaptações no quotidiano e na estrutura familiar”. Ainda de acordo com os mesmos autores, a nível “da transição para a parentalidade e do ciclo vital da família” tem de se ter em consideração “os estádios de união do casal e da fase “famílias com filhos pequenos”, sendo igualmente relevante ter-se em conta “para a parentalidade os ciclos vitais da família”, bem como as “situações de divórcio e de segundos casamentos devem ser considerados quando se promove a transição da parentalidade na família” (2020, p.19).

A parentalidade é um projeto de vida que implica transformações e tarefas de adaptação desenvolvimental. Por conseguinte, “o nascimento de um filho marca a passagem para uma nova fase do ciclo familiar, pois leva à necessidade de reformulações nos papéis e regras de funcionamento familiar” (Gonçalves, 2018, p. 23). De acordo com a mesma autora, a parentalidade consiste num “processo dinâmico de construção e desenvolvimento em que se modifica a identidade, o papel e função de cada progenitor da família” (p. 23). Importa referir que a parentalidade se inicia durante o processo gravídico, sendo nesse período que ocorre o início da ligação afetiva com o bebé. Assim, com a transição para a parentalidade, os pais experienciam muitos desafios, o que implica a reorganização material e, sobretudo, emocional, uma vez que estes vão preparar-se para uma nova realidade face a um novo elemento dependente de si (Gonçalves, 2018).

Há muito tempo que se entende que a transição para a parentalidade pode ser um período stressante e difícil para os pais. Ajudar e apoiar os pais durante este período difícil requer a intervenção sistemática dos enfermeiros que assumem a educação e empoderamento dos pais (pré-natal e pós-natal) como uma importante missão. A educação dos pais é definida como um processo que envolve a expansão de *insights*, compreensão, atitudes e aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o desenvolvimento da díade pais e filho e as suas relações. O apoio dado aos pais reduzirá o seu stress, melhora o conhecimento e a consciência de comportamentos parentais saudáveis e promove relacionamentos saudáveis entre pais e filhos. O objetivo final deste apoio é melhorar os laços entre pais e filho, bem como potenciar o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança (Redshaw & Martin, 2014).

Para ajudar a apoiar os pais durante este período desafiador, os enfermeiros devem ajudar os pais, como uma estratégia primária (May & Fletcher, 2013, Redshaw & Martin, 2014). A educação dos pais é definida como um processo que envolve a expansão de percepções, compreensão e atitudes e a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o desenvolvimento de ambos os pais e seus filhos e as relações entre eles (Gilmer et al., 2016). De acordo com os mesmos autores, os programas de educação dos pais têm sido aplicados com a convicção de que o aumento do conhecimento reduzirá o stresse dos pais, aumentará o conhecimento e a consciência de comportamentos e as atividades parentais saudáveis, bem como promoverá relacionamentos saudáveis entre pais e filhos, potenciando uma parentalidade positiva.

A corroborar, Barimani et al. (2017) referem que a transição para a parentalidade é um evento de vida avassalador. De uma perspectiva teórica, a transição para a parentalidade é uma transição de desenvolvimento que contém fases e padrões. Neste sentido, os mesmos autores desenvolveram um estudo para descrever e compreender as condições de transição que os pais percebem como facilitadoras e inibidoras durante a transição para a parentalidade e usar esse conhecimento para desenvolver recomendações para intervenções de enfermagem que apoiam e facilitam a transição para a parentalidade. A teoria da transição de Meleis enquadrou a abordagem qualitativa dedutiva do estudo - do planeamento à análise. Numa análise secundária, os dados foram analisados (conforme a teoria da transição de Meleis) de dois estudos que implementaram entrevistas com 60 pais na Suécia entre 2013 e 2014. As perguntas da entrevista tratavam das experiências dos pais na transição para a parentalidade, em relação às experiências com pais integrantes de grupos de educação, apoio profissional e continuidade após o parto. Os resultados mostram que os fatores facilitadores da transição para a parentalidade foram: perceber a parentalidade como uma parte normal da vida; valorizar o crescimento da criança; estar preparado e ter conhecimento; ter apoio social e profissional; receber informações sobre os recursos na área da saúde; participar em grupos de formação de pais para a transição para a parentalidade; os fatores inibidores foram ter expectativas irreais; sentir stresse e perda de controlo; dificuldades na amamentação e falta de sono; enfrentar uma atitude de julgamento sobre a amamentação; estar despreparado para a realidade; falta de informação sobre a realidade; falta de apoio e informação profissional; falta de recursos em saúde. Os autores concluíram que a teoria da transição de Meleis é apropriada para

ajudar os profissionais a perceber e identificar práticas que possam apoiar os pais durante a transição para a parentalidade.

A figura proeminente na definição de transição na pesquisa em enfermagem é Afaf Meleis, que escreveu pela primeira vez sobre o conceito em relação à insuficiência e suplementação de papéis. A transição, em várias áreas de pesquisa, não é destacada como elemento central de um referencial teórico, como na enfermagem. No entanto, a transição como um conceito tem sido usada na saúde e no bem-estar social pelo menos desde a década de 1930 (Lindmark et al., 2019).

A transição é uma mudança de papel de um estado conhecido para outro estado desconhecido. As percepções pessoais e sociais podem facilitar ou dificultar a transição. Os enfermeiros estão no centro destas transições. A Teoria da Transição de Afaf Meleis orienta os enfermeiros para compreenderem a transição para a parentalidade que se reflete em ambos os membros do casal. Utilizando a Teoria da Transição, os enfermeiros conseguem compreender o nível de consciência de cada membro do casal, as responsabilidades que estes precisam de assumir e a mudança a ser experimentada, o início e o fim esperado da transição, os pontos críticos e os mais importantes, o impacto da mudança na sua vida quotidiana, as fases individuais e as reações nas diferentes fases deste processo (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000).

Segundo Meleis (2012), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. A enfermagem assume-se como um processo e relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar se constituem como resultados da intervenção. A transição para a parentalidade é um período de tempo que pode ser encarado como transição. De acordo com Meleis (2012), as mudanças criam um processo de transição e as pessoas em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem, por sua vez, afetar a sua saúde. A descoberta desses riscos pode ser aprimorada pela compreensão do processo de transição. A emergente teoria de transições de médio alcance consiste em tipos e padrões de transições, propriedades de experiências de transição, condições facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo, indicadores de resultado e terapêutica de enfermagem. Na perspectiva de Meleis (2012), o enfermeiro, é um profissional que detém competências para intervir com a pessoa que vivencia processos de transições, ou seja, este trabalha com as pessoas antes, durante e depois do processo de transição. Aplicando este princípio à transição para a parentalidade, os enfermeiros desempenham um papel

relevante no reforço de competências e no apoio ao desenvolvimento de habilidades aos pais, possibilitando que estes tenham um papel ativo em toda a intervenção.

A gravidez, o parto e o pós-parto são períodos de tempo que podem ser encarados como transições. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com os casais durante o processo de transição o que lhes permite ter uma visão holística do casal. Deste modo, os enfermeiros desempenham um papel ativo na promoção de uma transição saudável; são fulcrais no suporte e apoio aos casais no processo da mudança, que implica a necessidade de ajustamento e/ou adaptação do casal à sua nova condição de pais.

O processo de transição para a parentalidade, como sustentam Tralhão et al. (2020, p.19), “não deve ser considerado apenas como função biológica, mas como a ação de tomar conta de alguém inserido num contexto socioeconómico específico. A parentalidade, nos dias de hoje, não se entende apenas como a inclusão de um recém-nascido na família”. Os mesmos autores reforçam que as alterações operadas na sociedade levam a considerar que parentalidade é, como refere Bayle (2005, citado por Tralhão et al., 2020, p.19), “o processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspetiva antropológica designa os laços de aliança, filiação”.

O nascimento do primeiro filho é considerado um momento-chave, pois marca um momento de transição no ciclo da família. Essa transição pode resultar em instabilidade, mas também constitui uma oportunidade de desenvolver e adquirir competências psicológicas e sociais (Ramalhal et al., 2013). Para as mesmas autoras, os pais enfrentam tarefas de desenvolvimento que são cruciais para cuidar e criar um filho. Portanto, a aprendizagem dos pais terá um efeito no desenvolvimento saudável da criança e no próprio crescimento pessoal dos pais. Consequentemente, a transição para a parentalidade poderá representar não apenas um momento de confusão e instabilidade para os pais, mas também um momento de satisfação, o que é considerado por McKellar et al. (2009), como um grande evento da vida e pode ser uma das mais complexas mudanças experimentadas durante a vida de uma pessoa.

Das várias transições que o “sistema familiar enfrenta, a transição para a parentalidade é considerada como uma das mais dramáticas e intensas” (Martins et al., 2017, p.146).

Assim, “o nascimento de um filho, particularmente no caso de ser o primeiro, gera um período de instabilidade que determina comportamentos que promovem a transição para a parentalidade”, ou seja, “marca a passagem para uma nova fase do ciclo vital da família, com ampliação e complexificação do sistema familiar” (Martins et al., 2017, p.147). Criar um filho é sinónimo de uma grande responsabilidade, onde os pais são confrontados com “situações novas na prestação de cuidados ao filho, que exigem diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, até então desconhecidas” (Martins et al., 2017, p.147). “A aquisição de competências parentais, ou capacidade para cuidar dos filhos e responder adequadamente às suas necessidades, é uma tarefa complexa”, que “exige aptidões para criar e coordenar respostas flexíveis e adaptativas, a curto e a longo prazo, face às exigências associadas à realização das tarefas” (Martins et al., 2017, p.147).

Visto que a transição para a parentalidade é um “acontecimento normativo, previsível e irreversível na vida do casal, deve valorizar-se o facto de ser um evento potencialmente desestabilizador a diferentes níveis, quer pessoal, familiar, social e laboral” (Trindade, 2018, p.38). Deste modo, o enfermeiro poderá “avaliar e gerir com a família o impacto desta transição, ajudando-a na consciencialização dos papéis desempenhados dentro da sua estrutura, fomentando a reestruturação de uma nova dinâmica familiar” (Trindade, 2018, p.38). A parentalidade conduz a mudanças significativas em todos os elementos da família, representando o início de uma nova fase do ciclo vital e o enfermeiro deve acompanhar a mulher/casal/família nesse processo de transição.

4.2. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – VIVÊNCIA DA CONJUGALIDADE DO CASAL

A transição para a parentalidade envolve várias transformações e reorganizações na vida do casal, implicado que quer as mulheres, quer os seus parceiros saibam geri-las como indivíduos e como um casal. Este é um evento de vida normativo e, geralmente, positivo para os casais, mas implica vários desafios para as mulheres, os homens e para o casal, como um todo (Alves, 2019). É simultaneamente um acontecimento alegre e um desafio numa relação. Estudos realizados até à data encontraram sobretudo efeitos negativos do nascimento do primeiro filho na conjugalidade. Neste sentido, Ter Kuile et al. (2021) referem que a transição para a parentalidade não é apenas um dos eventos mais alegres da vida do casal, mas também pode ser um momento desafiante na relação. Ter o primeiro

filho requer uma adaptação que pode ser acompanhada de *stress* parental e perturbação na conjugalidade. A opinião geral que tem dominado a literatura é que a transição para a parentalidade tem efeitos negativos na conjugalidade. De facto, ainda segundo os autores supracitados, a maioria dos estudos mostra, em média, uma pequena diminuição do funcionamento da relação após o parto. Alguns casais experimentam uma diminuição da qualidade da sua conjugalidade, enquanto outros não notam qualquer mudança ou mesmo um aumento da qualidade da relação entre ambos.

O modelo *Vulnerability-Stress-Adaptation* pode ser utilizado pelos enfermeiros para compreender o impacto de eventos da vida, como a transição para a parentalidade, o que permite dotar os casais a adaptarem-se melhor à transição e sentirem menos vulnerabilidades ao *stress* parental e mais recursos pessoais. É um indicador importante da qualidade da relação conjugal e estabilidade, com as evidências científicas a mostrarem variações individuais quanto às alterações na conjugalidade após o nascimento do primeiro filho (Doss & Rhoades, 2017).

O nascimento do primeiro filho é, para a maioria dos casais, uma experiência profunda com o potencial de mudar as orientações e os valores da vida. A transição para a parentalidade é um importante acontecimento na vida que muda frequentemente as orientações de vida e, por vezes, aumenta os conflitos entre casais (Kusner et al., 2014; Prinds et al., 2018; Spiteri et al., 2014).

Algumas evidências científicas revelam que, em alguns casos, o nascimento do primeiro filho resulta na decadência da qualidade da relação conjugal durante a transição para a parentalidade (Pereira, 2020). Tendo por base estes pressupostos, a mesma autora realizou um estudo com o objetivo de analisar as alterações nas interações positivas e negativas da relação conjugal, do primeiro trimestre da gravidez até aos três meses pós-parto, bem como as diferenças e os efeitos do género e da paridade nas interações positivas e negativas da relação conjugal desde o primeiro trimestre da gravidez até aos três meses pós-parto. O seu estudo teve como amostra 206 mães e 189 pais que, em cada trimestre da gravidez, no parto e nos três meses pós-parto, responderam a um questionário para avaliação das interações positivas e negativas na relação conjugal. A autora registou um decréscimo das interações negativas na relação conjugal entre o primeiro trimestre de gravidez e os três meses pós-parto, sobretudo relatada pelos pais primíparos entre o primeiro trimestre de gravidez e o parto. Os resultados mostram ainda que as interações

positivas na relação conjugal se mantiveram firmes entre o primeiro trimestre de gravidez e os três meses pós-parto.

A fim de se adaptarem à transição para a paternalidade, ambos os membros do casal devem realizar várias tarefas de desenvolvimento. A realização positiva das tarefas de desenvolvimento está relacionada com mudanças positivas na qualidade do casal e da relação familiar, enquanto a realização negativa destas tarefas de desenvolvimento pode levar a uma transição incompleta. A satisfação e a qualidade da relação do casal têm influência na satisfação face à transição para a parentalidade (Figueiredo et al., 2018). A qualidade da relação do casal e a sua satisfação são construções multidimensionais das perceções individuais de ambos sobre a sua relação. A qualidade da relação do casal refere-se ao que é estabelecido entre ambos e inclui interações negativas e positivas (Canário & Figueiredo, 2016). As interações positivas referem-se a interações partilhadas da realização das atividades, apoio e parceria, enquanto as interações negativas incluem a irritabilidade, a falta de apoio do parceiro e críticas (Figueiredo et al., 2018). Num estudo realizado por Mortensen et al. (2012), os casais primíparos mostraram uma melhor qualidade da relação durante a transição para a parentalidade do que os casais múltiparos.

Quando um casal se torna mãe e pai pela primeira vez, como sustenta (Leite, 2018), este, por norma, é confrontado com uma experiência extremamente complexa, exigente e desafiante, todavia, também muito feliz e recompensadora. De facto, o nascimento do primeiro filho resulta numa multiplicidade de transformações na vida de um casal, causando uma “crise”, expectável e normativa, que implica uma reorganização individual e conjugal, e leva a uma redefinição da identidade e da maneira de ser de cada um” (Leite, 2018, p.3). Em conformidade com a autora citada, ser pai e ser mãe configura-se como uma fase importante na vida, resultando na “realização total dos pais enquanto seres humanos”. Não obstante, “o cansaço e a rápida mudança das rotinas e hábitos do casal podem dar origem a dificuldades de adaptação ao papel parental, o que poderá ter impacto, não só na relação conjugal, como também na interação com a criança e no seu desenvolvimento” (Leite, 2018, p.3).

Tendo em conta estas evidências, Leite (2018), no seu estudo de caso qualitativo, cujo objetivo consistiu na compreensão do processo de transição para a parentalidade, na tentativa de explorar a maneira como os pais de “primeira viagem” vivem esta experiência, quer a nível individual, quer a nível conjugal, obteve os principais resultados:

A gravidez é vivida com mais intensidade e entusiasmo pelas mulheres do que pelos homens; (2) na adaptação à parentalidade é fundamental o desenvolvimento de uma relação coparental efetiva; (3) a relação conjugal é ameaçada nos primeiros tempos depois do nascimento do bebé, cabendo ao casal encontrar estratégias para lidar com essa ameaça; (4) a experiência da parentalidade é mais intensa para a mãe nos primeiros meses de vida do bebé e mais entusiasmante para o pai quando o bebé começa a dar mais sinais de interação; e (5) ser pai e ser mãe gera, nos pais, uma mudança completa do sentido da vida (Leite, 2018, p.3).

A adaptação do casal ao nascimento do primeiro filho difere de pessoa para pessoa. Pai e mãe apresentam necessidades acrescidas, todavia, as mães, na globalidade, sofrem transformações mais fortes, pois são estas quem assumem a maior parte dos cuidados da criança, nos primeiros tempos. Os primeiros dias a seguir ao parto são de fragilidade e dependência para as mulheres, pelo que o pai tem um papel fundamental (Felgueiras & Graça, 2013). De facto, as mães primíparas apresentam dificuldades de ajustamento acrescidas, nos dias a seguir ao nascimento, comparando com mães múltiparas, além de uma maior necessidade de reorganização. Mas, também, os homens, sofrem profundas transformações nesta fase, o que os deixa mais instáveis e sensíveis ao comportamento da mulher (Gameiro et al., 2009).

Quando os casais não estão preparados para a transição para a parentalidade, alguns problemas podem surgir, desde o processo de união até à relação com a família de origem, ou mesmo com a desidealização do cônjuge. Quando essas tarefas não são corretamente realizadas, podem ser reveladas incompatibilidades latentes. A maioria das separações ocorre nesta fase. O nascimento de um filho traz mudanças complexas ao casal, transformando-o numa família, com a emergência do primeiro triângulo. A relação romântica é colocada para um segundo plano, emergindo conflitos com os cuidados do recém-nascido. Sentem-se pressões sociais paradoxais e surgem as primeiras dificuldades sexuais. Em geral, a realização desta etapa levará ao reforço do vínculo entre os cônjuges (Abreu-Afonso et al., 2015). No entanto, ainda em conformidade com os mesmos autores, se os conflitos não forem resolvidos, podem aumentar quando os filhos chegam à adolescência. Esta nova etapa coexistirá com a crise existencial do casal, provavelmente entre os 40 e 50 anos de idade, e a necessidade de avaliar a vida e redefinir o seu significado. Têm também de lidar com o envelhecimento dos seus próprios pais. Todas estas dificuldades podem levar a problemas na conjugalidade (Abreu-Afonso et al., 2015).

A transição para a parentalidade é uma das mais dramáticas transições de desenvolvimento no ciclo de vida familiar. Requer mudanças profundas no estilo de vida, papéis e relações, pode aumentar os níveis de *stress* e afetar tanto a qualidade de vida dos homens como a das mulheres (Martins, 2019). Tendo por base estes pressupostos, a mesma autora realizou um estudo qualitativo no qual explorou os efeitos na saúde e bem-estar do casal durante os primeiros seis meses de transição para a parentalidade. A recolha de dados foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas (n=60 participantes). O estudo revela a categoria “viver no limite das capacidades”, que é composta pelas seguintes subcategorias: "sentir exaustão pessoal", "sentir exaustão na mãe", "emoções extremas" e "sentir menos exaustão", para explicar o impacto que o nascimento do primeiro filho teve na vida do casal, ao assumir todas as tarefas e responsabilidades da parentalidade. A autora concluiu, através dos discursos dos participantes, que a adaptação à parentalidade não é fácil, linear ou rápida. Envolve numerosas situações que geram *stress* e perturbação emocional, associadas ao cansaço, perturbação do sono, sobrecarga de trabalho e reajustamentos da dinâmica da vida, que afetam especialmente a mulher. A preparação pré-natal e pós-natal para este impacto deve, portanto, ser encorajada e eficaz, como foco de intervenção de enfermagem.

A gravidez e a parentalidade representam um período de transição em qualquer casal, particularmente aquando do nascimento do primeiro filho. A parentalidade é um dos componentes da identidade de cada elemento do casal, na medida em que se transformam e contribui para a dinâmica intersubjetiva. Mas, antes desta transição, o casal é primeiro casal e é a expectativa e a chegada da criança que constitui a base da entidade “família”. Tanto para os homens como para as mulheres que estão prestes a tornar-se pais, a gravidez e o nascimento condensam o projeto e o desejo de uma criança, a espera de um filho e as fantasias conscientes e inconscientes sobre os papéis da criança por nascer e dos pais (Labalestra et al., 2021). As mudanças psicológicas e de identidade têm sido mais estudadas a partir da perspetiva da mãe e não tanto na perspetiva do pai, o que consubstancia ainda mais a realização do presente estudo de investigação.

5. METODOLOGIA

A opção metodológica de um estudo científico deve ter em conta a natureza do problema a investigar e depende da perspetiva teórica dos investigadores relativamente às várias formas de abordar esse mesmo problema (Carvalho, 2010).

O paradigma de investigação constitui o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às respostas. A mesma autora, refere que a metodologia tem como finalidade velar pelos métodos, analisar os seus limites e alcance, clarificar e valorizar os seus princípios, procedimentos e estratégias mais adequadas para a investigação. Por conseguinte, a metodologia é o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso dos métodos (Coutinho, 2021).

Da descrição metodológica deste estudo farão parte a formulação dos objetivos da investigação, a definição do tipo de estudo, a população e amostra, os procedimentos de recolha de dados e procedimentos éticos e formais.

5.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

Toda a investigação está sustentada em objetivos que a fazem movimentar nas direções que mais concorrem para o resultado final esperado, pois o objetivo do estudo indica a principal intenção da investigação, ou seja, corresponde ao produto final que a investigação quer atingir (Baptista & Sousa, 2011).

“(...) objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue.” (Fortin, 2009, P. 106).

O objetivo indica, então, a direção que o investigador deve dar á sua investigação. Desta forma definiram-se para este estudo os seguintes objetivos:

- Conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal;

5.2. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo de acordo com Fortin (2009), varia em função do pretendido, isto é, podemos descrever variáveis ou grupo de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis dependentes e independentes. Tendo em conta a natureza desta investigação, o presente estudo enquadra-se no domínio da investigação qualitativa de nível I, do tipo exploratório-descriptivo que pretende dar resposta à questão “Como é que vivenciaram a conjugalidade após o nascimento do primeiro filho?”.

A opção pela abordagem qualitativa prende-se pelo carácter descritivo e holístico enraizado neste tipo de investigação e também como nos refere Freitas (2013), os dados, neste tipo de investigação serem habitualmente usados para descrever um fenómeno, conceitos e teorias, e não para comprovar, testar ou validar concepções pré-existentes.

A investigação qualitativa recorre a uma variedade de métodos para abordar uma problemática de forma naturalista e interpretativa, isto é, o problema é estudado em ambiente natural, procurando interpretar os fenómenos em termos do que eles significam para os sujeitos, recorre a uma multiplicidade de materiais empíricos – estudo de caso, experiência pessoal, entrevistas, histórias de vida, introspeção – que descrevem rotinas e significados nas vidas dos sujeitos (Coutinho, 2021, p. 328).

O nascimento de um filho é uma experiência com um significado único para a maioria dos casais, faz parte do ciclo de vida expectável da família, sendo uma transição que implica o ajustamento e adaptação de cada elemento para um desenvolvimento positivo da família (Gouveia et al., 2015). A primazia das necessidades associadas ao bebé, que verificamos por vezes no início da parentalidade pode, numa fase inicial motivar o desinvestimento na relação por parte de ambos os membros do casal, comprometendo assim a qualidade da conjugalidade (Carvalho, 2020).

Face ao exposto, com este estudo pretende-se compreender de que forma é vivenciada a transição para a parentalidade, por ambos os Pais, concretamente qual o impacto desta transição na vivência da conjugalidade.

5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O processo de seleção de um grupo de pessoas ou um subconjunto para participar num estudo é denominado de amostragem e é de extrema importância para o curso da investigação. Este método permite que se selecione um grupo de pessoas que seja representativo da população que se relaciona com o fenómeno em estudo. Por sua vez, população consiste num conjunto de elementos que possuem características comuns, segundo critérios de inclusão previamente definidos para determinado estudo.

Neste estudo o processo de seleção da amostra define-se do tipo não probabilístico, em bola de neve, uma vez que pressupõe que os participantes iniciais sugiram e incentivem outros participantes, que correspondam aos critérios de inclusão, como é o caso de pessoas conhecidas, colegas, amigos ou familiares a participarem 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 aos participantes no nosso estudo que se encontram nas suas casas centrados nos seus bebés.

Para a presente investigação definiu-se como população alvo casais que tenham sido Pais pela primeira vez há pelo menos três meses e que correspondam aos seguintes critérios de inclusão:

- Casais que tenham sido Pais pela primeira vez,
- Pais de bebés até aos 3 meses de idade;
- Pais de bebés saudáveis;
- Pais casados ou em união de facto;
- Casais com mais de 18 anos de idade;
- Casais que percebam e falem língua portuguesa;
- Pais que demonstrem disponibilidade para participar no estudo de forma voluntária e que se disponibilizem para a realização da entrevista.

Fizeram parte deste estudo 8 casais, 8 mães e 8 pais, num total de 16 participantes.

5.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O método de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, precedido de um formulário que continha os dados de caracterização sociodemográfica dos casais (Parte I), e ainda informação relativa à vigilância da gravidez, parto e pós-parto da mãe (Parte II). As entrevistas (Parte III) foram na totalidade efetuadas pelo investigador e decorreram em duas modalidades, presenciais ou por videoconferência, consoante a disponibilidade dos participantes. No caso das entrevistas não presenciais, por videoconferência, recorremos à plataforma “*Colibri V3 - Videoconf - A web collaboration – Zoom*”. Foi solicitado autorização aos participantes para a gravação de voz das mesmas, e posteriormente, foi feita a sua transcrição na íntegra, que foi validada pelo orientador deste trabalho.

5.5. TRATAMENTO DOS DADOS

Depois de recolher os dados é necessário sistematizá-los e codificá-los numa base de dados que possa ser trabalhada e analisada em função dos objetivos e questões de investigação previamente formuladas.

Neste estudo os dados foram analisados considerando a natureza das variáveis. Assim no caso dos dados sociodemográficos foi realizada a análise descritiva dos mesmos através do cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%), sendo posteriormente apresentados em tabelas. Em relação aos discursos dos casais que resultaram das entrevistas, estes dados foram tratados com recurso à análise de conteúdo segundo a perspetiva de Bardin (2015) e apresentados em quadros.

Na pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo, enquanto método de organização e análise dos dados, possui algumas características. Primeiramente, aceita-se que o seu foco seja qualificar as vivências do sujeito, bem como as suas perceções sobre determinado objeto e os seus fenómenos. Assim, a análise das entrevistas foi feita através da análise de conteúdo, que consiste na organização das informações, sem, todavia, se induzirem desvios no material em análise, mas de tal forma que permita revelar “índices invisíveis ao nível dos dados brutos” (Bardin, 2015). Esta mesma fonte refere ainda que esta análise pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias emergente “da classificação analógica e progressiva

dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Definiu-se como estratégia de análise uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*. O processo descrito refere-se a uma visão interpretativa da realidade do ponto de vista dos casais entrevistados, o que permite compreender as suas vivências a partir do discurso dos mesmos.

Após a transcrição do conteúdo das entrevistas, este foi analisado e transformado em unidades de registo, onde se procurou identificar palavras, proposições, temas e acontecimentos (Unidades de Registo), que nos permitissem criar categorias. Nesta análise foram destacadas as palavras-chaves por forma a criar a primeira categorização, dando origem às categorias iniciais. Estas categorias iniciais foram agrupadas tematicamente, de onde emergiram as categorias finais que serão posteriormente apresentadas no capítulo dos Resultados.

5.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Qualquer processo de pesquisa deve iniciar-se com a explicação dos objetivos do estudo. Foi garantida e assegurada a confidencialidade dos participantes no estudo, bem como a confidencialidade dos dados aquando da sua análise. As entrevistas foram gravadas apenas pela investigadora envolvida no projeto, que as guardou em computador próprio com sistema de bloqueio. A investigadora realizou a transcrição das entrevistas que serão destruídas, conforme vontade dos participantes, após discussão e apresentação do trabalho em provas públicas. Todos os dados foram codificados com atribuição de um nome fictício, impossibilitando a sua identificação com a fonte. Assegurou-se que estes procedimentos estavam em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados). Foi garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes, através do consentimento informado. A participação dos casais neste estudo foi voluntária, tendo-lhes sido dada a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento se essa fosse a sua vontade, sem que daí adviesse qualquer prejuízo para o mesmo. O respeito pela intimidade foi assegurado, bem como o tratamento equitativo e justo dos dados colhidos.

Ao longo do estudo, na análise a apresentação dos resultados, nos discursos dos participantes os casais serão referidos da seguinte forma: as mães serão referidas como EM(x) e os pais como EP(x), como são casais, a mulher e o homem pertencentes ao mesmo casal serão identificados com o mesmo número. Em que x designa o número da entrevista pela ordem da realização.

Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da (Apêndice IV).

6. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo será apresentada uma breve descrição da amostra e apresentados os resultados que emergiram dos discursos dos casais apresentados sob a forma de categorias e subcategorias.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na caracterização da nossa amostra, consideramos os seguintes dados sociodemográficos: a idade, as habilitações literárias, a situação atual de emprego, a profissão e local de residência (cf. Tabela 1). Conforme já anteriormente referido a amostra deste estudo ficou constituída por 8 casais, isto é, oito mães e oito pais, cuja caracterização sociodemográfica se apresenta seguidamente.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

As idades dos casais variam entre o mínimo de 27 anos e um máximo de 40 anos, sendo, no global, os homens mais velhos. A maioria possuía a licenciatura, estando todos empregados a tempo integral. Quanto às profissões, maioritariamente para as mulheres, é “Enfermeira” (62,5%) e nos homens “Engenheiro” (50%). Prevaleceram os casais residentes na aldeia (75%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos Pais (Mãe e Pai)

Variáveis		Mães n=8	Pais n=8	Total n 16 (100%)
Idade	20-30 anos	4 (50%)	3 (37,5%)	7 (43,75%)
	31-40 anos	4 (50%)	5 (62,5%)	9 (56,25%)
Habilitações literárias	Ensino secundário	0 (0%)	2 (25%)	2 (12,5%)
	Licenciatura	6 (75%)	2 (25%)	8 (50%)
	Mestrado	2 (25%)	4 (50%)	6 (37,5%)
Situação atual de emprego	Empregado/a	8 (50%)	8 (50%)	16 (100%)
	Desempregado/a	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Profissão	Enfermeiro/a	5 (62,5%)	0 (0%)	5 (31,25%)
	Engenheiro/a	0 (0%)	4 (50%)	4 (25%)
	Técnico/a de Recursos Humanos	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)
	Funcionário/a forense	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)
	Empresário/a	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (6,25%)
	Delegado/a comercial	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)
	Diretor de marketing	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)
	Soldador	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)
	Operador	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (6,25%)
Local de residência	Aldeia	6 (75%)	6 (75%)	12 (75%)
	Vila	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)
	Cidade	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (12,5%)

Caracterização obstétrica (dados relativos à gravidez e ao parto)

Para além dos dados sociodemográficos, foram também incluídos os dados obstétricos como o tempo de gestação, o planeamento da gravidez, o número de consultas de vigilância da gravidez, com quantas semanas se realizou a primeira consulta, o tipo de gravidez (normal ou de risco), a participação num programa de PPP, o tipo de parto, a presença ou não do pai nas consultas de vigilância, a presença do pai no parto e ainda a informação sobre qual dos elementos do casal gozou da licença parental (cf. Tabela 2).

No que se refere ao tempo de gestação, este varia entre 37 semanas e 5 dias e as 40 semanas e 6 dias. Na maioria dos casais (62,5%), a gravidez foi planeada, enquanto em três casais, esta não foi planeada. Todas as mulheres tiveram mais de seis consultas de vigilância da gravidez e a primeira consulta foi realizada antes das doze semanas de gestação. A maioria das mulheres (75%) teve uma gravidez normal, duas delas tiveram gravidez de risco, tal se deveu a FIV. Todos os casais participaram num programa de PPP, com a maioria dos casais (75%) a referir que o pai esteve presente nas consultas de vigilância da gravidez. Em três casais, a licença parental foi usufruída apenas pela mãe, enquanto os restantes cinco referiram que ambos estão a usufruir (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização obstétrica (dados relativos à gravidez e ao parto)

Variáveis		Mulheres n=8 (100%)
Tempo de gestação	37-37semanas+6dias	1 (25%)
	38-38semanas+6dias	3 (37,5%)
	39-39semanas+6dias	3 (37,5%)
	40-40semanas+6dias	1 (25%)
Gravidez planeada	Sim	5 (62,5%)
	Não	3 (37,5%)
Número de consultas de vigilância da gravidez	Mais de 6 consultas	8 (100%)
	Menos de 6 consultas	0 (0%)
Primeira consulta	Antes das 12 semanas	8 (100%)
	Depois das 12 semanas	0 (0%)
Gravidez	Normal	6 (75%)
	Risco (FIV)	2 (25%)
Participação em programa de PPP	Sim	8 (100%)
	Não	0 (0%)
Tipo de parto	Eutócico	5 (62,5%)
	Distócico: Ventosa ou Fórceps	2 (25%)
	Distócico: Cesariana	1 (12,5%)
Presença do pai nas consultas de vigilância	Sim	6 (75%)
	Não	2 (25%)
Presença do pai no parto	Sim	8 (100%)
	Não	0 (0%)
Licença parental	Exclusivamente pela mãe	3 (37,5%)
	Exclusivamente pelo pai	0 (0%)
	Por ambos	5 (62,5%)

6.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na investigação qualitativa, a flexibilidade dos métodos usados na recolha e análise da informação emergente das entrevistas “favorece a descoberta de novos fenómenos ou o aprofundamento de fenómenos conhecidos”. São sintetizados os resultados, possibilitando ao leitor uma consulta rápida e geral dos mesmos. Na etapa da análise de resultados o desígnio é “considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial” (Fortin, 2009). Como referido anteriormente, este estudo pretende conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal. Da análise dos dados constantes nos relatos dos casais emergiram quatro categorias principais: **Quotidiano de vida do casal; Vivência da conjugalidade; Vivência da sexualidade; Sentimento de preparação para a parentalidade** e as respetivas subcategorias como se pode observar no quadro 1.

De seguida desenvolveu-se cada uma delas considerando as suas subcategorias.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria
Quotidiano de vida do casal	Rotina diária Alteração do padrão de sono dos Pais Adaptação às necessidades de cuidados ao bebê
Vivência da conjugalidade	Redefinição de papéis Alteração na relação entre casal Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê Diminuição do tempo em casal Partilha de tarefas diárias
Vivência da sexualidade	Diminuição da frequência da relação sexual Face ao reinício da atividade sexual
Sentimento de preparação para a parentalidade	Sentiram-se bem preparados Sentiram-se menos preparados

6.2.1. Quotidiano de vida do casal

A primeira categoria que emergiu deste estudo diz respeito ao “**Quotidiano de vida do casal**” e contém quatro subcategorias, que são, Rotina diária; Alteração do padrão de sono dos Pais; Na adaptação às necessidades de cuidados ao bebê. Nesta categoria, emergiram os aspetos relacionados com o quotidiano da vida do casal e como é que o nascimento do primeiro filho alterou a sua dinâmica.

De seguida serão então apresentadas as subcategorias, tendo em conta as unidades de registo de cada membro dos casais entrevistados.

Rotina diária

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiu que uma das mudanças ocorridas foi ao nível da rotina diária e que existiu uma adaptação aos horários do bebê (cf. quadro 2).

Quadro 2 – Subcategoria: Rotina diária

Rotina diária	
EM1 “(...) gestão do tempo, das tarefas, dos cuidados ao bebê”.	EP1 “Toda a rotina diária, os horários, temos outras prioridades (...) o retomar da vida normal, a rotina, o emprego, não saber quando tinha tempo para mim (...), foi um choque”.
EM2 “Inicialmente é uma mudança enorme, fiquei sem tempo para os dois, não jantávamos ao mesmo tempo, fazíamos turnos, nada era feito em conjunto”.	EP2 “Deixei de conseguir fazer coisas que gostava, as refeições não são feitas em conjunto”.
EM3 “Não consigo fazer os horários que anteriormente fazia, planeio os meus dias, os meus banhos, por exemplo”.	EP3 “As rotinas mudaram todas”. “Deixamos de ter tempo para fazer refeições em conjunto, deixamos de fazer atividades que fazíamos os dois, de ver séries/filmes.”
EP4 “O tempo tem que ser dividido, não saímos praticamente, a não ser para casa dos avós”.	
EM5 “Outro desafio é a gestão do tempo”.	
EM6 “As nossas rotinas”.	EP6 “Sinto que tenho menos tempo com amigos e sinto que me faz falta”. A nível profissional, tento sair mais cedo para estar com elas”.
EP7 “Deixei de conseguir treinar”.	
EM8 “Tudo mudou, tínhamos uma rotina a dois que já não temos (...). A rotina mudou, temos que nos adaptar constantemente”.	EP8 “O choque maior foram as rotinas, não temos os horários, por exemplo, as manhãs passam a voar (...) Toda a logística para sair de casa com a bebé é enorme, demoramos imenso tempo para sair de casa.”

Alteração do padrão de sono dos Pais

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiu que o padrão do sono é uma das alterações que mais interfere na disponibilidade para o outro e, consequentemente, o cansaço e irritabilidade (cf. quadro 3). Uma das mães referiu que a alteração do sono tem mais impacto para a mulher devido à amamentação.

Quadro 3 – Subcategoria: Alteração do padrão de sono dos Pais

Alteração do padrão de sono dos Pais	
EM1	
<i>“A privação do sono deixa-nos mais frágeis, sem paciência, sinto-me mais irritada e isso dificulta a relação”.</i>	
EM2	EP2
<i>“A privação do sono é das piores coisas que senti inicialmente e isso influencia em muito a nossa disposição”.</i>	<i>“O sono é muito partido”.</i>
EM5	
<i>“Em relação ao sono, nunca mais tive uma noite completa como anteriormente”.</i>	
EP7	
<i>“A privação do sono, para a mãe é mais impactante, para mim, não havia tanta dependência da questão da amamentação”.</i>	

Adaptação às necessidades de cuidados ao bebê

A partir do nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiram que todas as atividades são realizadas tendo em conta as necessidades de cuidados ao bebê (cf. quadro 4).

Quadro 4 – Subcategoria: Adaptação às necessidades de cuidados ao bebê

Adaptação às necessidades de cuidados ao bebê	
EM1	EP1
<i>“(...) mudança do foco de atenção, o mundo passou a girar em torno dela”.</i>	<i>“(…) é muito difícil encaixar uma terceira pessoa na nossa relação, sendo ela dependente e precisar de nós para tudo (...) Temos que respeitar os horários da bebé (...)”.</i>
<i>“O tempo passou a ser para ela, praticamente todo”.</i>	<i>“Adaptação a novas rotinas, prioridades, adaptação a um ser totalmente dependente de nós”.</i>
EM2	EP2
<i>“Não temos tanta disponibilidade um para o outro por causa dos cuidados ao bebé”.</i>	<i>“Há sempre alguma coisa para fazer relacionado com o bebé”. “Conseguir lidar com a pressão do dia a dia”.</i>
EP3	
<i>“(…) adaptação às necessidades do bebé”.</i>	
<i>“Adaptação às rotinas do bebé (as fraldas, a mama, o cansaço, a preocupação se o bebé estar bem) (...) já houve situações em que ficámos mais tensos por não saber o que fazer, principalmente, em relação ao choro do bebé (...)”. “A nossa rotina é toda direccionada para o bebé, a nossa atenção, o nosso foco”.</i>	
EM5	
<i>“As rotinas alteraram-se todas, assumimos os horários do bebé”.</i>	
EM6	EP6
<i>“As noites no primeiro mês foram muito complicadas (...) difícil de gerir. O cansaço e a nova rotina com a bebé são os maiores desafios”.</i>	<i>“A nossa prioridade é sempre a bebé”</i>

6.2.2. Vivência da conjugalidade

A segunda categoria resultante deste estudo diz respeito à “**Vivência da conjugalidade**” e contém cinco subcategorias, que são, Redefinição de papéis; Alteração na relação entre casal; Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê; Diminuição do tempo em casal; Partilha de tarefas diárias. Nesta categoria, emergiram os aspectos relacionados com a vivência da conjugalidade e como o nascimento do primeiro filho interfere na dinâmica do casal.

De seguida serão então apresentadas as subcategorias, tendo em conta as unidades de registo de cada membro dos casais entrevistados.

Redefinição de papéis

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais refere que existiu a alteração para o papel de mãe e de pai, deixando apenas de ser mulher/esposa e homem/esposo (cf. quadro 5).

Quadro 5 – Subcategoria: Redefinição de papéis

Redefinição de papéis	
EM2 <i>“Sinto que tenho mais responsabilidade em relação ao filho por ser a mãe”.</i>	EP2 <i>“Pressão em relação a ser pai e ser marido. É difícil ser marido, pai e trabalhar e gerir isto tudo”.</i>
EM3 <i>“Encontrar tempo para fazer coisas enquanto casal e também integrar o bebé nas nossas coisas”.</i>	EP3 <i>“Enquanto casal passamos a ser três e estamos a trabalhar em equipa para que essa adaptação seja feita da melhor forma”.</i>
EM5 <i>“A mudança de papéis, como há um terceiro elemento, refiro-me ao meu marido como pai”.</i>	
EP6 <i>“Foi muito positivo, não me vejo de forma diferente, não me vejo sem a minha filha”</i>	
EM7 <i>“Seremos cúmplices no papel de pai e mãe (...)”</i>	

Após o parto, não nasce apenas um bebé, nasce uma mãe, um pai e uma família. Nesta redefinição ocorre a integração da parentalidade e redefinição do papel de esposa/companheira e de esposo/companheiro. Assim, existe uma mudança radical, transformando a relação dual, homem/mulher, esposa/marido, para uma relação triangular mãe/pai/filho.

Alteração na relação entre casal

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiu que existiu alteração na relação entre o casal, existindo menos tempo para dedicar ao outro. Contudo, também se verificou que há casais que referiram que o nascimento do bebé fortaleceu a relação do casal, originando uma maior união (cf. quadro 6).

Quadro 6 – Subcategoria: Alteração na relação entre casal

Alteração na relação entre casal	
EM1	EP1
<i>“Não temos tanta disponibilidade um para o outro”</i> <i>“(…) antes era focada apenas nos dois, tínhamos tempo para dedicar ao outro e depois do nascimento o tempo passou a ser para ela, praticamente todo”</i> <i>(…) o tempo da intimidade, o tempo dedicado ao afeto, ao amor, à relação sexual ficou para segundo plano (…)</i>”	<i>“O relacionamento conjugal em si não mudou, mas sim as prioridades. Foco-me mais na bebé e não tanto na minha esposa (…).”</i>
EM3	EP3
<i>“(…) Ficámos mais unidos, mais fortalecidos, ganhei mais respeito e admiração pela pessoa que tenho comigo e isso faz com que a relação fique mais forte e continue saudável”.</i>	<i>“A parte afetiva ficou muito mais forte com a chegada do bebé, o meu respeito e a minha admiração por ela aumentou muito depois do nascimento (…). A nossa ligação ficou mais forte enquanto casal”.</i>
EM4	EP4
<i>“(…) a frequência de momentos com o meu marido diminuiu”.</i>	<i>“(…) Alguns desentendimentos, algumas opiniões divergentes relativamente ao bebé podem causar alguns atritos [todavia] foi positivo, foi muito desejado. Fortaleceu a nossa relação conjugal”.</i>
EM5	EP5
<i>[A relação conjugal] “Ficou mais para segundo plano, a prioridade é ele, não estamos só um para o outro, (…) noto muita diferença nesta parte (…)”.</i>	<i>“Na relação, senti uma ligeira separação (…)”</i> <i>“O tempo para os dois é que acabou por deixar de existir. A atenção que tínhamos um para o outro está muito diminuída.”</i>
EM6	EP6
<i>“O cansaço faz com que não tenhamos tanta paciência para o outro, acho que a relação sofre um bocadinho com isso (…). Há dias que parece que estamos fartos um do outro, temos que fazer uma adaptação diária”.</i>	<i>“A relação mudou, no primeiro mês, a bebé fez com que nos apaixonássemos de novo, ficámos muito alegres [ainda que] o cansaço mude o nosso humor e a forma como reagimos com o outro”.</i>
EM7	EP7
<i>“Nada se alterou, está melhor até. Tentamos fazer tudo em conjunto para que também passemos algum tempo juntos (…). Acho que a relação conjugal está mais completa, faltava a nossa pequenina”.</i>	<i>“Nada, não senti que se tenha alterado nada (…). Foi muito positivo, não me sinto arrependido. Apesar da nossa disponibilidade não ser a mesma para a outra pessoa, claro, mas não vejo isso como negativo”.</i>
EM8	EP8
<i>“A nível da relação, tornou-a mais forte, só o facto de ele ter estado comigo no parto e de todo o apoio vejo-o de forma diferente. A relação ficou melhor (…)”</i>	<i>“A nível de casal, a afetividade manteve-se, por exemplo, manteve-se o beijinho de boa noite (…). A nossa filha veio fortalecer a nossa relação”</i>

Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê

Depois do nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiram que a conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê é um desafio, a maioria dos casais referiu que fica para segundo plano. No entanto, dois casais referiram que o nascimento foi muito construtivo para a relação conjugal, aproximando-os enquanto casal (cf. quadro 7).

Quadro 7 – Subcategoria: Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê

Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebê	
EM1	EP1
<i>“A adaptação a esta nova fase gera mais conflitos entre o casal, estamos mais cansados, mais irritados e menos tolerantes. “(...) é o não haver intimidade nos primeiros tempos, senti falta de um carinho, de um afeto. E saber que eu também não estava a dar isso fez-me sentir culpada (...)”</i>	<i>“Adaptação a novas rotinas, prioridades, adaptação a um ser totalmente dependente de nós. Saber diferenciar o meu espaço, o nosso espaço e o espaço da bebé”.</i>
EM2	EP2
<i>“Enquanto casal anulamo-nos um pouco em prol do nosso filho (...) O cansaço influencia em muito o nosso humor, menos paciência para o meu marido (...) São bem vistas as repercussões, apesar das adaptações que temos que fazer”.</i>	<i>“Gerir o que há para fazer e ter bom humor para a minha esposa”.</i>
EM3	EP3
<i>“(...) é desafiante e estamos mais unidos (...) O impacto foi positivo. Torna a relação mais forte”.</i>	<i>“A parte afetiva ficou muito mais forte com a chegada do bebé, o meu respeito e a minha admiração por ela aumentou muito depois do nascimento (...) A nossa ligação ficou mais forte enquanto casal”.</i>
EM4	EP4
<i>“A extensão do nosso amor, foi muito construtivo, uma adaptação muito positiva e é a construção da nossa família”.</i>	<i>“O tempo é mais para o bebé, deixa de ser tanto para nós” “Parece que fui posto um bocadinho de parte, mas não sinto ciúmes em relação ao bebé, mas o tempo que a minha mulher dispensa para mim não é o mesmo”</i>
EM5	EP5
<i>“O cansaço [devido aos cuidados ao RN] influencia muito o meu humor”.</i>	<i>“Andamos tão envolvidos com o bebé (...). O cansaço afeta o humor, há menos paciência para a outra pessoa”.</i>
EP6	
<i>“O maior desafio é ter paciência, ter muita calma, saber ouvir e pensar duas vezes antes da resposta”.</i>	
EM7	EP7
<i>“Veio complementar a nossa relação, era uma bebé muito desejada (...)”</i>	<i>“Aproximou-nos mais o nascimento da bebé, temos a nossa família, para mim, é espetacular”.</i>
EP8	
<i>“O cansaço é o mais difícil, o tempo que não descansamos interfere no nosso humor e, consequentemente, interfere na relação, somos menos tolerantes”.</i>	

Diminuição do tempo em casal

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiram que o tempo em casal diminuiu e que os momentos a sós são muito poucos, bem como para realizarem atividades que ambos gostem. Apenas conseguem alguns momentos juntos enquanto o bebé dorme e já solicitaram apoio a familiares para conseguirem estar a sós (cf. quadro 8).

Quadro 8 – Subcategoria: Diminuição do tempo em casal

Diminuição do tempo em casal	
EM1 <i>“Antes [a vida] era focada apenas nos dois, tínhamos tempo para dedicar ao outro e depois do nascimento o tempo passou a ser para ela”.</i>	EP1 <i>“(…) temos menos vezes momentos a sós, para um carinho (...). Antes eram momentos mais espontâneos, agora são menos os momentos, antes não havia restrições.</i>
EM2 <i>“Não são tantos momentos quanto queríamos (...)”.</i>	EP2 <i>“Não, acho que não é possível [mais tempo para o casal] (...). Sim, poucos [momentos]”.</i>
EM3 <i>“Tentamos encontrar alguns momentos, principalmente enquanto ele dorme”</i>	
EM4 <i>“(…) ainda não conseguimos [ter tempo como casal]”</i>	EP4 <i>“Poucos, mas há momentos em que falamos, não é o tempo que desejamos, mas é uma adaptação que temos que fazer”.</i>
EM5 <i>“(…) Ainda não conseguimos [ter muito tempo para como casal]. Mas há momentos em que penso nisso”.</i>	
EM6 <i>“Até agora só conseguimos estar os três”.</i>	EP6 <i>“Tenho tentado passar um bocadinho de tempo com a minha mulher (...) já temos esses momentos, não todos os dias, mas vamos acabando por ter. Acho que temos conseguido gerir melhor o tempo”.</i>
EM7 <i>“(…) Já fomos sair os dois”.</i>	
EM8 <i>“Antes tínhamos mais saídas, passeávamos mais”.</i>	EP8 <i>“Apesar de gostarmos muito do estilo de vida que tínhamos anteriormente, não notamos um impacto negativo, não estamos angustiados por não podermos continuar com a nossa vida anterior”.</i>

Partilha de tarefas diárias

Após o nascimento do primeiro filho, os casais referiram que a partilha de tarefas diárias é fundamental para uma melhor gestão da vida em família (cf. quadro 9).

Quadro 9 – Subcategoria: Partilha de tarefas diárias

Partilha de tarefas diárias	
EM2	
<i>“(…) gestão do tempo, das tarefas, dos cuidados ao bebé” [são para os dois]</i>	
EM4	
<i>“Enquanto casal, dividimos muito bem as tarefas”.</i>	
EM5	EP5
<i>“Partilhamos as tarefas, senão era impossível (…)”</i>	<i>“(…) as tarefas têm que ser obrigatoriamente partilhadas”.</i>
EM7	EP7
<i>“Durante o dia as tarefas são muitas e ele ajuda-me muito, fazia tudo inicialmente quando estava em casa, agora que já retomou o trabalho ajuda sempre que está”.</i>	<i>“O que se alterou foi em relação às tarefas domésticas, passei a ser só eu a realizar depois de a bebé nascer”.</i>
EM8	
<i>“Dividimos quase tudo. As refeições quase sempre são feitas por turnos, dividimos as tarefas para que esteja alguém com ela (…). Foi muito positivo. Como foi algo planeado, acho que tem sido muito positivo para a nossa relação”.</i>	

6.2.3. Vivência da sexualidade

A terceira categoria que emergiu deste estudo diz respeito ao “**Vivência da sexualidade**” e contém duas subcategorias, que são, Diminuição da frequência da relação sexual; Face ao reinício da atividade sexual. Nesta categoria, emergiram os aspetos relacionados com a vivência da sexualidade e o impacto do nascimento do primeiro filho na sexualidade do casal. De seguida, serão então apresentadas as subcategorias, tendo em conta as unidades de registo de cada membro dos casais entrevistados.

Diminuição da frequência da relação sexual

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiu que existiu diminuição da frequência da relação sexual, contudo alguns pais percebem e referiram que é uma questão de respeito do tempo da companheira (cf. quadro 10).

Quadro 10 – Subcategoria: Diminuição da frequência da relação sexual

Diminuição da frequência da relação sexual	
EM2	EP2
<i>“A nível sexual também já conseguimos [algum tempo]”.</i>	<i>“(…) tive que respeitar, tive que respeitar o tempo da minha mulher (…). A frequência é menor, as interrupções são algumas”.</i>
EM3	
<i>“(…) sinto diferença pela questão da diminuição da libido”. “É raro” [a relação sexual].</i>	
EP4	
<i>“(…) o respeito é muito importante nesta questão”.</i>	
EM5	EP5
<i>“A frequência da relação sexual é muito menor”.</i>	<i>“Sim, houve alterações. A frequência é menor, mas sei que faz parte”.</i>
EM6	
<i>“(…) não sinto que tenha menos desejo. Nem acho que a frequência dos nossos momentos de carinho seja menos.”</i>	
EP7	
<i>“(…) menos frequente a relação sexual”.</i>	

Face ao reinício da atividade sexual

Após o nascimento do primeiro filho, os casais referiram que o reinício da atividade sexual foi uma das áreas que teve maior impacto pela questão da recuperação da mulher e todos os casais retomaram a atividade sexual após a consulta de revisão pós-parto. (cf. quadro 11).

Quadro 11 – Subcategoria: Face ao reinício da atividade sexual

Face ao reinício da atividade sexual	
EM2	
<i>“Inicialmente também devido à episiorrafia tinha muito receio (…) nesta parte da sexualidade”.</i>	
EP3	
<i>“A parte da recuperação inicialmente, o meu corpo estava a restabelecer-se e não pensava sequer na parte sexual, sentia-me insegura, no ato sexual”.</i>	
EM4	EP4
<i>“Ter medo da relação sexual foi o maior desafio, de ter dor, a diminuição da libido”.</i>	<i>“Enquanto ela não se sentiu confortável não tivemos relação sexual”. “E a questão do medo, do receio de a magoar, também pensava muito nisso”.</i>
EM6	EP6
<i>“Não acho que tenha mudado nada, retomámos a relação sexual após a consulta de revisão pós-parto</i>	<i>“No início eu tinha muito desejo ter de ter relação sexual, mas sabia que não deveríamos ter antes consulta e então aguardámos”.</i>
EM7	
<i>“A parte sexual foi retomada normalmente depois da consulta de revisão para o parto”.</i>	
EM8	EP8
<i>“Acho que temos medo e queremos ir primeiro à consulta para verificar se está tudo bem”.</i>	<i>“Ainda não retomámos a atividade sexual”.</i>
<i>“Ainda não houve relação sexual depois do parto”.</i>	

6.2.4. Sentimento de preparação para a parentalidade

A quarta categoria resultante deste estudo diz respeito ao “**Sentimento de preparação para a parentalidade**” e contém duas subcategorias, que são, sentiram-se bem preparados e sentiram-se menos preparados. Nesta categoria, emergiram os aspetos relacionados com o impacto do nascimento do primeiro filho no sentimento de preparação para a transição para a parentalidade.

De seguida serão apresentadas as subcategorias, tendo em conta as unidades de registo das mães e pais entrevistados.

Sentiram-se bem preparados

Após o nascimento do primeiro filho, os casais referiram que a frequência dos programas de PPP foi uma mais-valia para esta transição. No entanto, os casais referiram que os programas de PPP abordam mais temáticas relativas aos cuidados ao bebé e não da alteração da relação conjugal (cf. quadro 12).

Quadro 12 – Subcategoria: Sentiram-se bem preparados

Sentiram-se bem preparados	
EP2 <i>“(…) era uma coisa que queria muito, mais que a minha mulher. O facto de termos participado no curso de preparação para o parto (…) ajudou muito, mas mais na parte do bebé, não tanto nesta questão da relação”.</i>	
EM4 <i>“Sim, há sempre receios claro, mas penso que estávamos preparados e não tinha noção que era tão bom. O curso de preparação para o parto ajudou-nos muito”.</i>	EP4 <i>“Sim, mas claro que há sempre receio se vamos ser capazes. O curso de preparação para o parto também ajudou mais na parte do bebé”.</i>
EM6 <i>“Sim, penso que sim, é um desafio todos os dias, mas acho que sim. “Foi positivo, parece que estávamos novamente apaixonados, no global foi muito positivo, apesar dos momentos menos bons, o balanço é muito positivo”.</i>	
EM7 <i>“Sim, apesar de ficarmos com medo de não estar à altura. O curso de preparação ajudou, deu algumas dicas”.</i>	EP7 <i>“Sim, eu não fiz preparação para o parto fez só a minha esposa, mas ela transmitia-me o que falavam no curso”.</i>

Sentiram-se menos preparados

Após o nascimento do primeiro filho, a maioria dos casais referiu que não se sentiram preparados para esta transição, apesar de considerarem que iria ser uma grande mudança, não estavam preparados para esta transição (cf. quadro 13).

Quadro 13 – Subcategoria: Sentiram-se menos preparados

Sentiram-se menos preparados	
EM1	
<i>“Se calhar pensava que estava, mas só metade do meu eu é que estava preparada (...) O curso de preparação para o parto (...). Contudo, só a realidade é que percebemos a mudança total. Contudo, não se fala quase desta temática, da relação conjugal após o nascimento do primeiro filho”.</i>	
EM2	EP2
<i>“Não. O curso ajudou, nós ouvimos a teoria, mas a prática é um bocado diferente”.</i>	<i>“Mais ou menos, acho que ninguém está preparado para este acontecimento”.</i>
EM3	EP3
<i>“Li sobre esta questão, mas sinto que não estava preparada até acontecer (...)”.</i>	<i>“(…) Senti que nunca estamos preparados até sermos pais e todas as mudanças que acarreta para a relação (...)”.</i>
EM5	EP5
<i>“Não, principalmente nos primeiros dias”.</i>	<i>“Não me sentia preparado até ao nascimento (...) Preparamo-nos mais para os cuidados ao bebé, não lemos nada sobre esta questão” [da conjugalidade].</i>
EP6	
<i>“Acho que não, acho que ninguém está preparado, quando temos o nosso filho nas mãos é que nos apercebemos da grande mudança.</i>	
EM8	
<i>“Sinceramente não, sabia que seria uma mudança, mas não tão grande, as rotinas alteram-se todas de um momento para o outro”.</i>	

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização de um trabalho de pesquisa atinge o seu auge quando se procede à discussão dos resultados obtidos, pois a essência de um trabalho está nas conclusões que a investigação permite completar (Carvalho, 2010).

Neste capítulo iremos proceder à discussão e interpretação dos resultados obtidos, confrontando-os com os resultados de outros estudos realizados por diferentes autores por nós consultados, tendo em consideração as principais evidências apresentadas.

Deste modo, a apresentação deste capítulo seguirá a mesma sequência da apresentação anteriormente efetuada, ou seja, pela ordem das quatro categorias já mencionados.

Constatamos através do discurso de ambos os pais que o nascimento do primeiro filho tem impacto na vivência da conjugalidade a diversos níveis como é o caso do **“Quotidiano de vida do casal”**, concretamente, na “Rotina diária”, na “Alteração do padrão de sono dos Pais” e “Na adaptação às necessidades de cuidados ao bebé”, estando estes resultados em conformidade com as evidências encontradas noutros estudos (Spiteri et al., 2014; Trillingsgaard et al., 2014). Um estudo desenvolvido por Trillingsgaard et al. (2014), com casais (n=228), durante a gravidez, aos 6 e 30 meses pós-parto, revelou como principais mudanças ocorridas no quotidiano da vida dos casais, após nascimento do primeiro filho as alterações nas rotinas de vida diárias e particularmente no que se refere aos cuidados ao recém-nascido. De igual modo, Sabey (2020) relata que o nascimento do primeiro filho influencia a vida quotidiana do casal, tendo estes que alterar as suas rotinas, realizar uma adaptação às necessidades dos cuidados ao bebé e alteração do seu padrão de sono.

A **“Vivência da conjugalidade”** foi a segunda categoria que emergiu como impactante do discurso de ambos os pais, integrando cinco subcategorias, nomeadamente: “Redefinição de papéis”, “Alteração na relação entre casal”, “Conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebé”, “Diminuição do tempo em casal” e “Partilha de tarefas diárias”. Também Prinds et al. (2018) referem que a transição para a parentalidade é um preponderante acontecimento de vida que, muitas vezes, muda as orientações da vida do casal e, consequentemente, potencia os conflitos. Os mesmos

autores salientam que o nascimento primeiro filho é para a maioria dos casais uma experiência profunda, pois requer uma reorganização da vida dos elementos do casal. Assim, no seu estudo, com 499 casais dinamarqueses, das quais 127 tiveram um tempo de gestação de 32 semanas e 372 com 39/40 semanas de gestação, observaram que a maioria dos inquiridos relatou que o nascimento do primeiro filho implicou uma redefinição de papéis, quer como casal, quer como pais. Sabey (2020) também refere que o nascimento do primeiro filho tem implicações na vivência da conjugalidade, cujas evidências científicas demonstram que a maioria dos casais experiencia um pequeno declínio na conjugalidade, o que interfere na relação entre casal. Os casais relataram ter menos tempo em casal e dificuldade na conciliação da vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebé, o que, por sua vez, leva a uma redefinição de papéis. A mesma autora salienta que muitos casais fazem esta transição sem os devidos ajustamentos e realça que a transição para a parentalidade decorre de forma diferente em cada casal, dependendo da sua preparação para esta transição e suporte social e familiar.

Um estudo longitudinal, realizado por Doss et al. (2009), no qual foi avaliado o impacto do nascimento do primeiro filho na conjugalidade, ao longo dos primeiros 8 anos de casamento de 218 casais, verificou que comparativamente com os níveis e trajetórias pré-natais, os casais mostraram uma deterioração súbita após o nascimento do primeiro filho. Nos discursos destes casais observaram-se relatos de aspetos positivos e negativos, sobressaindo, como aspetos menos positivos, a alteração na relação entre casal, as dificuldades em conjugar a vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebé e a redução do tempo em casal, como aspeto positivo salientaram uma maior partilha de tarefas diárias. Estas evidências estão em conformidade com a literatura mais recente, que documenta que o nascimento do primeiro filho afeta a dinâmica da relação do casal para incluir uma terceira pessoa, o que implica enfrentar vários desafios, com destaque para a necessidade de conciliação entre a vida conjugal e os cuidados ao bebé (Canário & Figueiredo, 2016; Figueiredo et al., 2018). A chegada de um bebé na vida de um casal exige uma reorganização da relação. Os casais precisam de se adaptar à transição para a parentalidade, exigindo uma mudança de um estado para outro e estes abrangem uma mudança nos papéis, na relação conjugal e nos padrões de comportamento. A forma como as mudanças são assimiladas irá afetar a qualidade da relação conjugal (Pereira, 2020). Neste contexto, enfatiza-se que os enfermeiros desempenhem um papel ativo nos programas de preparação para o parto e parentalidade, e também nos programas de

recuperação pós-parto, cujas intervenções devam ocorrer através da educação para a saúde, na promoção do autocuidado e adaptação à parentalidade, transmitindo conhecimentos específicos e esclarecendo dúvidas. Neste contexto, e mais especificamente, o enfermeiro especialista em ESMO tem um papel determinante na capacitação do casal, fornecer-lhes as “ferramentas” necessárias para que possam solucionar as suas dúvidas e para que não haja um declínio na sua relação conjugal. Entsieh e Hallström (2016) referem que os programas de preparação para o parto e nascimento destinam-se a preparar adequadamente os futuros e novos pais durante a transição para a parentalidade, sobre elementos da própria gravidez, trabalho de parto e parto, bem como sobre as competências gerais sobre parentalidade, o que se assume de grande importância, consciencializando-os da adaptação a novos papéis, envolvendo-se ambos nos cuidados ao bebé e na partilha de tarefas domésticas. Os homens têm estado cada vez mais envolvidos na preparação para o parto e nascimento, sendo a sua participação considerada como benéfica para a saúde de toda a família. Van Vulpen et al. (2021), após uma revisão de oito estudos qualitativos acerca do tema, verificaram que os homens vivenciam uma falta de conhecimentos e uma necessidade de estar mais bem preparados, expressando querer estar mais envolvidos, precisando de orientação, informação e respostas claras para os ajudar a cumprir um papel de apoio à companheira, após o regresso a casa. Estar presente nos programas de programa de PPP tem estado associado a uma parentalidade mais empenhada, madura e tem sido descrito como um benefício para a saúde das famílias. Pode também fortalecer a relação entre os casais e facilitar a ligação entre pais (pai/mãe/bebé) (Allport et al., 2018; Yu & Hara, 2021).

Note-se, contudo, que o nascimento do primeiro filho afeta homens e mulheres de forma diferente, com consequências desiguais na relação. A maioria dos homens tem dificuldade em equilibrar o tempo com a sua companheira, levando o casal a desenvolver “regras” de comportamento para aliviar as tensões na relação. Os homens podem sentir uma sensação de perda e rejeição quando experimentam uma relação em mudança com a sua companheira. Precisam de restabelecer e renegociar isto, bem como de desenvolver uma diáde pai-filho (Mortensen et al., 2012).

A “**Vivência da sexualidade**”, foi a terceira categoria que emergiu do presente estudo e os casais referiram mudanças na vivência da sexualidade e intimidade, surgindo dois subcategorias “Diminuição da frequência da relação sexual” e “Face ao reinício da atividade sexual”, corroborando com os resultados de Woolhouse et al. (2014), que no

seu estudo exploraram as experiências da vivência sexual e intimidade de casais após o nascimento do seu primeiro filho e os dados resultados revelaram uma queda considerável tanto na satisfação emocional como no prazer físico nas relações íntimas após o nascimento do primeiro filho, com a satisfação emocional a continuar a cair até aos 4,5 anos após o parto. As entrevistas revelaram que as relações de intimidade entre os casais eram questões importantes quer para as mulheres, quer para os homens, após o parto, tendo as mulheres relatado que procuraram ajuda junto de profissionais de saúde sobre as suas experiências de mudança na relação sexual e intimidade após o parto. Os autores citados concluíram que as relações de intimidade foram significativamente tensas nos anos que se seguiram ao parto e que os casais expressam a necessidade de serem mais bem informados pelos profissionais de saúde acerca das mudanças na vivência da sexualidade após o parto. A corroborar, Martins (2019) salienta que a adaptação à parentalidade não é fácil, linear ou rápida, particularmente para o casal primíparo, na medida em que compreende situações que geram *stress* e perturbação emocional, associadas ao cansaço, perturbação do sono, sobrecarga de trabalho e reajustamentos da dinâmica da vida, que afetam a vivência da sexualidade entre o casal. Trillingsgaard et al. (2014) também verificaram que os casais participantes do seu estudo revelaram sintomas de ansiedade, menor tempo para a vivência em casal, redução da frequência da relação sexual, sobretudo por medo, bem como níveis mais baixos de comunicação construtiva, fatores que são preditores do declínio da satisfação na relação conjugal após o nascimento do primeiro filho.

A preparação pré-natal e pós-natal para este impacto deve fazer parte das preocupações e intervenções dos enfermeiros especialistas em ESMO. Neste sentido, procurou-se saber se os casais entrevistados se sentiam preparados para a parentalidade, constituindo a quarta e última categoria **“Sentimento de preparação para a parentalidade”**, constatando-se que quatro mulheres e quatro homens relataram sentir-se bem preparados, contrariamente aos restantes, que se sentiram menos preparados. Estes resultados reforçam a necessidade de maior intervenção do enfermeiro especialista em ESMO no apoio e ajuda aos casais na transição para a parentalidade, procurando conhecer as necessidades de cada casal e os fatores que podem inibir ou potenciar essa transição de forma positiva (Bäckström et al., 2018; Korukcu et al., 2017).

Neste sentido, faz-se referência à Teoria da Transição de Meleis (Silva et al., 2010), segundo a qual, é necessário determinar os fatores que facilitam e inibem a transição, bem

como os indicadores do processo e dos resultados que mostram a resposta à transição. De acordo com Silva et al. (2010), os tipos de transição são um conceito importante, onde se inclui a transição para a parentalidade. Uma transição saudável é caracterizada por processos e indicadores de resultados, tendo em conta que as transições se desenrolam com o tempo, a identificação de indicadores de processo que movem os clientes quer na direção da saúde ou para a vulnerabilidade e o risco permite uma avaliação e intervenção de enfermagem que facilite resultados saudáveis (Silva et al., 2010). Assim, e tendo em conta as experiências vivenciadas pelos casais entrevistados, constata-se que os seus padrões de resposta à transição incluem sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver a confiança e a capacidade de lidar com a situação.

Por conseguinte, os seus testemunhos deixam transparecer que, ao nível do domínio de novas competências necessárias para gerir as transições, ou seja, assumir novos papéis, adaptarem-se à nova vivência da relação conjugal, conciliar a vida conjugal com as necessidades de cuidados ao bebé, a partilha de tarefas diárias e enfrentar as alterações na vivência sexual e relações de intimidade, sob a orientação do enfermeiro especialista em ESMO, essa transição e desenvolvimento alcançados ao longo dos programas de preparação e recuperação devem conferir-lhes uma identidade integradora fluida, que se constituam como indicadores de resultados de acordo com a Teoria da Transição de Meleis. Nesta transição, a tarefa mais importante do enfermeiro é ajudar as pessoas que estão a experimentar transições ao longo do ciclo vital, proporcionando transições saudáveis e minimizando as transições insalubres durante este processo. Nessa perspetiva, o enfermeiro especialista em ESMO pode recorrer à teoria da transição de Meleis, para ajudar os casais a terem uma transição positiva para que ocorra a transição de um período de instabilidade para um período de estabilidade, ou seja, segundo Silva et al. (2010), no contexto dos cuidados de enfermagem, a fase de instabilidade transicional deve ser delimitado e analisado através de etapas, sendo primordial diagnosticar-se a natureza, os fatores facilitadores e inibidores da transição e os padrões de resposta de cada elemento do casal, de forma que o impacto do nascimento do primeiro filho seja o mais positivo possível numa perspetiva holística.

7.1. SÍNTESE CONCLUSIVA

A análise de conteúdo dos discursos de oito casais participantes neste estudo permitiu compreender o impacto do nascimento do primeiro filho na conjugalidade. Com esta investigação, pretende-se que se reflita na prática o seu contributo e potencial para permitir uma melhor preparação dos casais para o nascimento do primeiro filho, ou seja, para a transição para a parentalidade, que deve integrar os programas de PPP, traduzindo-se em ganhos ao nível da conjugalidade e dotar os casais para poderem enfrentar as adaptações necessárias na relação conjugal.

Pelos testemunhos fornecidos pelos participantes, considera-se que as intervenções do enfermeiro especialista em ESMO são essenciais para perceber qual a melhor forma de transmitir os conhecimentos sobre todo o processo de transição para a parentalidade, perceber a eficácia com que estes conhecimentos se mobilizam para a prática dos casais na sua experiência de serem pais pela primeira vez e poderem ter uma vivência da sua conjugalidade positiva.

É importante salientar que, como exposto no enquadramento teórico, a transição para a parentalidade tem sido descrita como uma das mais radicais mudanças que têm lugar na vida da maioria das pessoas. Esta transição envolve ajustamentos fisiológicos, psicológicos e sociais para o casal. Embora a parentalidade possa ser uma oportunidade de crescimento para o casal, também pode ser vivenciada como stressante. Assim, para que não ocorra um declínio na qualidade da vida conjugal, é fundamental que o enfermeiro especialista em ESMO os informe sobre diferentes fatores, tais como: a mudança de papéis de parceiros e pais; o aumento do stress familiar e possíveis conflitos conjugais, para que a interação entre o casal seja positiva, apesar de ser uma tarefa exigente, proporcione um ambiente acolhedor para o bebé.

Independentemente da experiência dos casais, a transição para a parentalidade é um período sensível da sua vida, o que implica que estes estejam capacitados para responder a todos os desafios que possam estar ligados à sua conjugalidade. Além disso, o apoio social tem sido descrito como uma componente essencial para reforçar os resultados positivos nas famílias que experimentam eventos transitórios da vida, tais como a transição para a parentalidade.

CONCLUSÃO

O presente relatório expõe as atividades desenvolvidas quer em contexto de estágio, com o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESMO, quer as competências académicas na área da investigação.

Na primeira parte, para dar resposta ao primeiro objetivo deste relatório fizemos a análise e reflexão crítica das experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, tendo por base as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESMO. As atividades foram descritas tendo em consideração os contextos onde decorreram os estágios de forma reflexiva sobre as diferentes práticas desenvolvidas tendo sempre por base a evidência científica. Para além disto, também foram referidas as dificuldades sentidas ao longo dos estágios, nomeadamente, toda a adaptação necessário ao contexto pandémico, a forma como as dificuldades foram ultrapassadas, o empenho e atitude de questionamento contínuos, pesquisa contínua e o interesse demonstrado para com as enfermeiras orientadoras e professoras.

Para responder ao segundo objetivo deste relatório, que pretendia desenvolver competências no âmbito da investigação científica, foi realizado um estudo de carácter exploratório-descritivo, de nível I, de maneira a desenvolver e aperfeiçoar competências no processo investigativo. A componente investigativa deste estudo teve como objetivos, conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal. A transição para a parentalidade, como descrito por ambos os pais e apoiado pela evidência científica leva a uma redefinição de papéis, a mudanças no quotidiano e alterações na vivência da intimidade/sexualidade. Torna-se também necessário que o casal se adapte a novos comportamentos, atitudes e preocupações, conduzindo a um ajustamento na relação conjugal. Considera-se que esta investigação possibilitou a compreensão de como a transição para a parentalidade é impactante para a vivência da conjugalidade, pois permitiu compreender as preocupações, os sentimentos, as emoções e de como esta redefinição de papéis influencia a conjugalidade. O facto de a relação deixar de ser apenas de dois e passar a ser uma tríade, teve como implicações o afastamento entre casal, em alguns casais, e no caso de outros casais, existiu uma

aproximação entre ambos. Destacamos como principais resultados deste estudo o facto de a transição para a parentalidade ter um impacto importante da vivência da sexualidade do casal, concretamente no quotidiano de vida do casal, na vivência da conjugalidade, na vivência da sexualidade e no sentimento de preparação para a parentalidade.

Como sugestão para estudos futuros e uma vez que usámos como método de recolha de dados neste estudo a entrevista, recomendamos a abordagem desta temática com outras metodologias, nomeadamente de natureza quantitativa.

O presente estudo vem reforçar esta ideia, da necessidade de intervenções alargadas, uma vez que dele emergiram um conjunto de dificuldades verbalizadas pelos casais suscetíveis de gerar barreiras à vivência da conjugalidade de forma equilibrada, sem conflitos durante a transição para a parentalidade. Quando se pretende uma perspetiva salutogénica da vivência da conjugalidade torna-se necessário um investimento no *empowerment* dos casais, no seu conhecimento, nas suas capacidades, na sua motivação de forma que estes se sintam mais autónomos e mais confiantes. A intervenção dos enfermeiros especialistas nesta área, pode mudar este cenário ao criar e promover programas de intervenção parental sensíveis a todas estas dificuldades, capazes de dotar os casais de conhecimentos, capacidades, atitudes e habilidades interpessoais que promovam a sua reestruturação harmoniosa enquanto casal durante a transição para a parentalidade.

Para a prática futura, este relatório pretende ser um instrumento de auxílio para uma reflexão crítica para as intervenções específicas do enfermeiro especialista em ESMO, como também através do estudo incluído. Com este estudo foi também possível realçar a importância e a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em ESMO desde a gravidez (programas de PPP) até ao período pós-parto de forma a apoiar os casais durante a fase de transição para a Parentalidade, podendo intervir e apoiar os mesmos, promovendo a interação entre o casal, demonstrando que existe a possibilidade da manutenção da relação conjugal estável e saudável, enquanto se tornam e assumem o papel de Pais.

Certa de que o interesse pela área da transição para a parentalidade se irá manter e que procurarei desenvolver mais competências/projetos nesta área, manter um papel ativo na melhoria de cuidados às famílias. Como projetos futuros, pretendo participar no planeamento e desenvolvimento de programas de PPP e recuperação pós-parto de modo a contribuir para o aprofundamento do conhecimento, aquisição de competências nesta

área e a produção de ganhos em saúde pela adequação e otimização dos cuidados prestados a cada família.

Apesar de terminar mais uma etapa, sinto que é uma continuação do que já tem vindo a ser realizado no sentido de alcançar a excelência do cuidar, quer do ponto de vista científico, ético, deontológico, técnico e humano na construção da minha identidade profissional e pessoal no futuro, enquanto enfermeiro especialista em ESMO e sentindo que não poderia ter selecionado melhor área de especialidade.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu-Afonso, J., Leal, I., & Proença, V. (2015). Motivation for Conjuality in Couples Life Cycle and Its Relation to Happiness and Satisfaction. *Psychology*, 06(11), 1394–1412. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.611136>
- Allport, B., Johnson, S., Aqil, A., Labrique, A., Nelson, T., KC, A., Carabas, Y., & Marcell, A. (2018). Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Academic Pediatrics*, 18(7), 746–753. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.03.011>
- Alvarenga, A., Visgueira, C., & Araújo, R. (2021). A vivência da mulher no período do climatério: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10, 1–10.
- Alves, S. (2019). *Transition to parenthood in parenthood in transition: from women-to couples-based approaches*. Universidade de Coimbra.
- Andrade, R. (2016). Trabalho de parto prematuro: Revisão integrativa da literatura. In *Applied Microbiology and Biotechnology* (Vol. 85, Issue 1).
- Areia, A., Almeida, M., Braga, A., Pereira, N., Macedo, C., & Nogueira-Silva, C. (2018). Corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Normas de Orientação Clínica. *Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*, 12(4), 311–313.
- Bäckström, C., Kåreholt, I., Thorstensson, S., Golsäter, M., & Mårtensson, L. B. (2018). Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.001>
- Baptista, C., & Sousa, M. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios Segundo Bolonha*. Pactor.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2014). A Equipe de Enfermagem e a comunicação não verbal. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(3), 697–702. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140051>
- Canário, C., & Figueiredo, B. (2016). Partner relationship from early pregnancy to 30 months postpartum: Gender and parity effects. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 5(4), 226–239. <https://doi.org/10.1037/cfp0000066>
- Cardoso, A. M. R., & Marín, H. F. (2018). Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associados à saúde do recém-nascido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1859>
- Carvalho, J. (2010). *Adaptação à parentalidade: Um desafio para novos pais: Estudo do stresse parental em pais primíparos*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da

Educação da Universidade de Coimbra.

Carvalho, J. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma Intervenção de Educação Parental em Mães Primíparas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª). Edições Almedina, S. A.

DGS. (2001). *Rede de Referência materno-infantil*. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-materno-infantil-pdf.aspx>

DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*.

DGS. (2019). *Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020*.

DGS. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de recuperação pós-parto – CRPP*.

DGS. (2015). Indução do trabalho de parto. *Orientação N°002/2015*, 4.

Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>

Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>

Entsieh, A. A., & Hallström, I. K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006>

Felgueiras, M. C., & Graça, L. C. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), 77–84.

Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., & Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 238, 204–212. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., & Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032–1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta (ed.)).

Freitas, M. (2013). Investigação qualitativa: contributos para a sua melhor compreensão e condução. *Tecnologias Da Informação Em Educação*, 1081–1101.

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(3), 269–286.

Garcês, M. M. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento*

- no processo de transição para a parentalidade [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1783/1/Dissertação final.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1783/1/Dissertação%20final.pdf)
- Gilmer, C., Buchan, J., Letourneau, N., Bennett, C., Shanker, S., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 118–133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015>
- Gonçalves, C. S. P. (2018). *Envolvimento do pai no nascimento*. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Gouveia, P., Pires, M., & Hipólito, J. (2015). O novo ciclo familiar após o nascimento do primeiro filho. In *Psique* (pp. 135–160).
- Graça, L. M. (2018). *Medicina Materno-fetal* (5ª). Lidel.
- Hipertensão, S. P. de. (n.d.). *HTA na Grávida*.
- Holopainen, A., & Hakulinen, T. (2019). Easing the transition to parenthood. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), 1727–1728. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00244>
- ICNP. (2019). *No Title*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Korukcu, O., Deliktaş, A., & Kukulcu, K. (2017). Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. *International Nursing Review*, 64(4), 593–601. <https://doi.org/10.1111/inr.12383>
- Kusner, K. G., Mahoney, A., Pargament, K. I., & DeMaris, A. (2014). Sanctification of marriage and spiritual intimacy predicting observed marital interactions across the transition to parenthood. *J Fam Psychol*, 28, 604–614.
- Labalestra, M., Culot, S., & Gaugue, J. (2021). Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. *Périnatalité*, 13(1), 46–53. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0107>
- Leite, M. L. M. M. R. (2018). *A experiência psicológica da transição para a parentalidade: estudo de casos*. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37900/1/ulfpie053299_tm.pdf
- Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J., Rönning, H., Ahlstrand, I., Broström, A., Fransson, E. I., Fridlund, B., Gunnarsson, N., Henricsson, M., Kjellström, S., & Sandgren, A. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, 6(3), 664–675. <https://doi.org/10.1002/nop2.249>
- Lopes, M. O. C., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Referência*, III(1), 109–118.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª). Lusodidacta.
- Martins, C. A. (2019). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 29(4), 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.04.005>
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Atas CIAIQ2017*, 40–49. <https://core.ac.uk/download/pdf/132797469.pdf>

- Martins, Cristina Araújo. (2013). A Transição no Exercício da Parentalidade Durante o Primeiro Ano de Vida da Criança: Uma Teoria Explicativa de Enfermagem. In *Universidade De Lisboa*. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf
- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29, 474–478. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>
- McKellar, L., Pincombe, J., & Henderson, A. (2009). ‘Coming ready or not!’ Preparing parents for parenthood. *British Journal of Midwifery*, 17, 160–167.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (Lippincott Williams & Wilkins (ed.); 5ª).
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mortensen, Ø., Torsheim, T., Melkevik, O., & Thuen, F. (2012). Adding a Baby to the Equation. Married and Cohabiting Women’s Relationship Satisfaction in the Transition to Parenthood. *Family Process*, 51(1), 122–139. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01384.x>
- Néné, M., Batista, M. A., & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- OE-MCEESMO. (2014). *Parecer nº 50/2014 - Colocação de DIU, Implanon e Marcação de Consultas de Vigilância de Gravidez de baixo risco assim como em grávidas diabéticas gestacionais por EE ESMO*.
- OE-MCEESMO. (2017). *Parecer n.º 21/ 2017- Cálculo de dotações seguras de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria*.
- OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: Vol. WHO-RHR-18 (Issue 8)*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- OMS. (2016). *Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)*. 2, 108. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2015.11.011>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer N.º 275/2010 - Realização de cardiotocografia*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República, 2ª Série, 85*, 13560–13565.
- Ordem dos Médicos. (n.d.). *Episiotomia: realização seletiva ou rotineira*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005123.pub2>
- Pereira, M. I. D. (2020). *Couple relationship during the transition to parenthood*:

gender and parity effects over time [Universidade do Minho].
[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/67963/1/Dissertacao Mariana Pereira.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/67963/1/Dissertacao_Mariana_Pereira.pdf)

- Polomeno, V. (2014). The teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 29(1), 78–85.
https://www.researchgate.net/publication/302975211_The_teaching_of_conjugal_vulnerability_during_the_transition_to_parenthood
- Prinds, C., Mogensen, O., Hvidt, N. C., & Bliddal, M. (2018). First child's impact on parental relationship: an existential perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(157), 2–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1802-5>
- Ramalhal, T., Lagarto, A., Matos, A., Cruz, H., & Ribeiro, H. (2013). Transition to Parenthood: Nursing intervention to promote paternal competences. *NERP*, 5(1), 164–169.
- Rebelo, I., & Patrício, B. (2013). *Líquido Amniótico e suas Perspetivas Clínicas*. Lidel.
- Redshaw, M., & Martin, C. (2014). The couple relationship before and during transition to parenthood. *J. Reprod. Infant Psychol*, 32(2), 109–111.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2014.896146>
- República, D. da. (2017). *Lei nº 26/2017 de 30 de maio*.
- Reticena, K. O., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L. D., Abreu, F., & Fracolli, L. A. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Rocha, G., Saldanha, J., Macedo, I., Areias, A., Graça, A., & Tomé, T. (2011). Condições de assistência ao recém-nascido na sala de partos. *Acta Medica Portuguesa*, 24(SUPPL.2), 213–228.
- Ruiz-Zaldibar, C., Serrano-Monzó, I., & Mujika, A. (2018). Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94(3), 238–250.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717304965?via%3Dihub>
- Sabey, A. (2020). Marital Satisfaction After Children: Is It Possible? *Family Perspectives*, 2(1), 2.
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstet Ginecol Port*, 10(1), 8–11.
http://www.fspog.com/fotos/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf
- Serrano, F., Centeno, M., & Ramalho, C. (2018). *Normas de Orientação Clínica*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042>
- Silva, C., Valente, G., Bitencourt, G., & Brito, L. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 15(3), 548–551.
- Spiteri, G., Borg, Xuereb, R., Carrick-Sen, D., Kaner, E., & Martin, C. R. (2014). Preparation for parenthood: a concept analysis. *J Reprod Infant Psychol*, 32, 148–165.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing*:

- Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer.
- Superior, M. da C. T. e E. (2006). *Decreto-Lei nº 74/2006*.
- Ter Kuile, H., Finkenauer, C., van der Lippe, T., & Kluwer, E. S. (2021, February 16). Changes in Relationship Commitment Across the Transition to Parenthood: Pre-pregnancy Happiness as a Protective Resource. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.622160>
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista Da UIIPS (Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém)*, 8(1), 17–30. <https://doi.org/http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS> REPETIDA~
- Traub, F., & Boynton-Jarrett, R. (2017). Modifiable Resilience Factors to Childhood Adversity for Clinical Pediatric Practice. *Pediatrics*, 139(5), e20162569. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2569>
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J. W., & Heyman, R. E. (2014). Predictors of Change in Relationship Satisfaction during the Transition to Parenthood. *Family Relations*, 63(5), 667–679. <https://doi.org/10.1111/fare.12089>
- Trindade, M. (2018). *VIVÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA*.
- van Vulpen, M., Heideveld-Gerritsen, M., van Dillen, J., Oude Maatman, S., Ockhuijsen, H., & van den Hoogen, A. (2021). First-time fathers' experiences and needs during childbirth: A systematic review. *Midwifery*, 94, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102921>
- Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. J. (2014). Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Australian Journal of Primary Health*, 20(3), 298. <https://doi.org/10.1071/PY13001>
- Yu, W., & Hara, Y. (2021). Motherhood Penalties and Fatherhood Premiums: Effects of Parenthood on Earnings Growth Within and Across Firms. *Demography*, 58(1), 247–272. <https://doi.org/10.1215/00703370-8917608>

ANEXOS

**ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em
Ciências da Saúde: Enfermagem**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer N° 863/03-2022

Título do Projeto:

Transição para a Parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Ana Rita Matos Oliveira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Investigador Responsável: Ana Rita Matos Oliveira

Orientadores: Professora Doutora Júlia Maria das Neves Carvalho (ESENFC) e Mestre Helena Sofia Duarte (ESENFC).

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

A transição para a parentalidade implica o ajustamento e adaptação do subsistema conjugal para um desenvolvimento positivo da família. A falta de preparação para a experiência do papel parental pode inibir ou dificultar a transição do casal para os novos papéis. A proponente fundamenta o estudo a realizar pelo contributo que o conhecimento sobre a forma como esta transição é vivenciada pelo casal pode trazer à "aquisição de competências nesta área e a produção de ganhos em saúde pela adequação e otimização dos cuidados de saúde prestados".

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório-descritivo, tendo como objetivos: conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal e identificar as adaptações vivenciadas pelo casal na relação conjugal.

Os participantes são casais com mais de 18 anos de idade, pais pela primeira vez, de bebés saudáveis até aos 3 meses de idade.

O acesso aos participantes será concretizado através de curso de formação para o parto, e a amostra será intencional obtida por bola de neve, constituída por casais que demonstrem disponibilidade para participar no estudo e para a realização posterior de entrevista.

A voluntariedade dos participantes é assegurada através do seu consentimento prévio formalizado com a assinatura de Declaração de consentimento informado que é apresentada em anexo na versão escrita, onde consta a informação sobre a investigação e síntese das condições de participação com garantia de anonimização e confidencialidade dos dados, identificação da investigadora, e possibilidade de esclarecimento de eventuais questões inerente ao estudo.

A recolha de dados será com recurso a entrevista semiestruturada realizada aos 2 elementos do casal separadamente, presencialmente ou por via digital de acordo com as suas preferências, sendo áudio-gravada e se realizada por via zoom será apenas áudio-gravada, aspeto que surge devidamente especificado e salvaguardado na Declaração de consentimento informado.

Não há previsão de danos ou custos para as participantes no estudo, assim como benefícios.

Abril de 2022 é a data prevista para o início da colheita de dados e o seu fim está previsto para maio de 2022.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento dos requisitos éticos específicos para o estudo, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator:

Assinado por: **Marília Maria Andrade Marques da
Conceição e Neves**
Num. de Identificação: 04421986
Data: 2022.04.27 14:13:01+01'00'



Data: 27 /04/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IX Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Rita Matos Oliveira

PROJETO GLOBAL DE ESTÁGIO

Coimbra, janeiro 2021



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Ano Letivo 2020-2021

IX Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Rita Matos Oliveira

PROJETO GLOBAL DE ESTÁGIO

Projeto de Estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia sob a orientação das Professoras Cláudia Brás, Teresa Silva e Ana Poço

Coimbra, janeiro 2021

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	5
1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO	7
1.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO A DESENVOLVER NA SALA DE PARTOS	7
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO A DESENVOLVER NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS E UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PUÉRPERAS.	11
1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO A DESENVOLVER NA UNIDADE DE CONSULTAS EXTERNAS E UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	16
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA A DESENVOLVER AO LONGO DOS ENSINOS CLÍNICOS	25

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e, tomando as competências específicas e comuns do EE ESMO (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) como ponto de fulcral para elaboração e desenvolvimento do presente Projeto Global de Estágio. Este documento segue as orientações do Guia Orientador e da Professora Cláudia Brás.

Este planeamento terá um contributo no percurso e desenvolvimento do ensino clínico, permitindo no final a confrontação do que foi planeado e do executado. Os objetivos do projeto são estruturar os objetivos e as atividades planeadas para as quarenta semanas de ensino clínico, auxiliando o planeamento e desenvolvimento das atividades, com a finalidade de potenciar o crescimento profissional individual e em equipa, nas diversas situações do ciclo vital da mulher inserida na família e comunidade.

Esta unidade encontra-se dividida em três blocos de ensino clínico que decorrerão ao longo de quarenta semanas, iniciando-se a 12 de janeiro de 2021 e com término a 29 de outubro de 2021 nos seguintes contextos:

- 12 de janeiro de 2021 a 14 de maio de 2021 – Sala de Partos do Centro Hospitalar Baixo Vouga, sob a orientação da Professora Cláudia Brás e tutora Enfermeira Sandra Campinos. Ensino Clínico no qual serão prestados cuidados de enfermagem a mulheres em trabalho de parto e aos seus acompanhantes, incluindo o pós-parto imediato;
- 17 de maio de 2021 a 23 de julho de 2021 – Unidade de Internamento de Grávidas, Unidade de Internamento de Puérperas e Unidade de Consultas Externas Centro Hospitalar Baixo Vouga. O Ensino Clínico no internamento de grávidas, no qual serão prestados cuidados de enfermagem a grávidas no contexto de internamento, com doença concomitante à gravidez, como também a grávidas em indução de trabalho de parto e em início de trabalho de parto. O Ensino Clínico no internamento de puérperas, no qual serão prestados cuidados de enfermagem à mulher e acompanhante no pós-parto e ao recém-nascido. O Ensino Clínico no contexto de consultas externas, no qual serão prestados cuidados a grávidas e acompanhantes na vigilância da gravidez;
- 1 de setembro de 2021 a 29 de outubro de 2021 – Unidade Cuidados na Comunidade/Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados de Saúde Primários de Aveiro, sob a orientação da Professora Ana Poço e tutora Enfermeira Rita Leal. Ensino Clínico,

onde serão prestados cuidados de enfermagem à mulher ao longo de todo o seu ciclo vital, inserida na família e comunidade.

Por fim, esta unidade curricular exige que um número mínimo de experiências descritas no guia orientador para que aprendizagem seja realizada da melhor forma:

- Consultas de grávidas, pelo menos 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização de, pelo menos, 40 partos ou 30 partos e 20 partos exista colaboração;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura;
- Vigilância e cuidados a 40 grávidas, durante e após o parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados a, pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos;
- Observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologia no domínio da ginecologia e obstetrícia.

1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO

1.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO A DESENVOLVER NA SALA DE PARTOS

Competências Específicas	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extrauterina	Atuação em conformidade com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e acompanhante Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/acompanhante Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno Cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor Colaboração em projetos implementados no serviço: “Liberdade de movimentos”, relativo à ingestão hídrica durante o TP

	Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN	Identificação e monitorização do trabalho de parto Identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação e monitorização dos desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto Aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina Assegura a reanimação do RN em situação de emergência Coopera com outros profissionais no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais. Identificação das alterações morfológicas e funcionais do RN, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.
--	--	---

	Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto	Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e acompanhante Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto Cooperação com outros profissionais no tratamento em caso de retenção placentar, hemorragia pós-parto Avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Cooperação com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto
	Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal (pós-parto imediato)	Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno Promoção do envolvimento do convivente significativo/pai durante o internamento Colaboração no projeto implementado no serviço: Pós-parto imediato na sala de partos
	Diagnosticar e prevenir complicações da mulher e RN durante o período pós-natal (pós-parto imediato)	Informação, orientação e apoio à mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho

		Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do RN, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação das complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto
	Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde mulher e RN no período pós-natal (pós-parto imediato)	Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto Coopera com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal

1.2.DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS E UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PUÉRPERAS

- Internamento de grávidas

Competências Específicas	Objetivos	Atividades a desenvolver
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Promoção do plano de parto, aconselhamento e apoio na tomada de decisão da grávida/casal Promoção do envolvimento do acompanhante no internamento; Informação e orientação relativa a estilos de vida saudáveis na gravidez Informação e orientação da grávida/casal sobre os sinais e sintomas de risco Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados Identificação e monitorização desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação e monitorização dos desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Avaliação do bem-estar materno-fetal

		Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável Informação e orientação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, com patologia associada e/ou concomitante
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Informação e orientação da grávida e convivente significativo sobre os sinais e sintomas de risco Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados Identificação e monitorização dos desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação e monitorização dos desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação

		Avaliação bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável Identificação e monitorização do trabalho de abortamento Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto Identificação de complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação
	Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Informação e orientação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante

		Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto
--	--	--

- Internamento de puérperas

Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal (puerpério)	Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal	Informação e orientação sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN, promovendo a decisão esclarecida Informação e orientação da mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no RN Informação e orientação da mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. Promoção do envolvimento do convivente significativo/pai durante o internamento
--	---	--

	Diagnosticar e prevenir complicações da mulher e RN durante o período pós-natal	Informação, orientação e apoio à mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho Identificação e monitorização das alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do RN, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação das complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto
	Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde mulher e RN no período pós-natal;	Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN

		Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto Coopera com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal
--	--	--

1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO A DESENVOLVER NA UNIDADE DE CONSULTAS EXTERNAS E UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Competências Específicas	Objetivos	Atividades a desenvolver
Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional	Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de educação sexual para adolescentes Informa e orienta sobre os recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e preconcepcional Promoção da decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional Fornecimento de métodos contraceptivos e supervisão da sua utilização
	Diagnosticar e prevenir complicações para a saúde	Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher

	da mulher no âmbito da saúde sexual, do planejamento familiar e durante o período preconcepcional	Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identifica e monitoriza o potencial de risco preconcepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos
	Providenciar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Promover a saúde da mulher/acompanhante durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável Promoção do plano de parto, aconselhamento e apoio na tomada de decisão da grávida/casal Promoção do envolvimento do acompanhante nas consultas de vigilância Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade Informação e orientação relativa a estilos de vida saudáveis na gravidez; Promoção da decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, dando informações e orientações para os recursos disponíveis na comunidade
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal	Informação e orientação da mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós IVG

		Informação e orientação da grávida/casal sobre os sinais e sintomas de risco Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados Identificação e monitorização desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Identificação e monitorização dos desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Avaliação do bem-estar materno-fetal Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável
	Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal	Informação e orientação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez; Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, com patologia associada e/ou concomitante

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal	Informação e orientação da puérpera/casal sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no RN Informação e orientação da puérpera/casal sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN Informação e orientação da mulher sobre a sexualidade e contraceção no período pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação ao período pós-parto
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN o durante o período pós-natal	Informação, orientação e apoio para o autocuidado e o cuidar filho Identificação e monitorização das alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da área de atuação Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do RN, referenciando as situações que estão para além da área de atuação Identificação de complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher no período pós-parto

	Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal	Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação no período pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno nas consultas de aleitamento materno Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações no período pós-parto Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações no período pós-parto Cooperação com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante Coopera com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal.
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	Promover a saúde da mulher no período do climatério, apoiando o processo de transição	Informação e orientação da mulher com alterações associadas ao climatério Informação e orientação da mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério

		Identificação e monitorização do estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da área de atuação Identificação e monitorização do potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da área de atuação Identificação das alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da área de atuação Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério
	Providenciar cuidados à mulher que vivencia o climatério e processos de adaptação à menopausa.	Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério
	Promover a saúde ginecológica da mulher	Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica Informação e orientação da mulher sobre a saúde ginecológica

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica		Informação e orientação da mulher para recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida
	Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama	Diagnostica e monitorização potencial de risco da mulher para afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama Diagnostica e monitoriza afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação Cooperação com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
	Providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilitar a sua adaptação à nova situação	Informação e orienta da mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama
Cuida o grupo-alvo: mulheres em idade fértil, inserido na comunidade	Promover a saúde do grupo-alvo	Identificação de necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva Identificação de infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso Diagnostica e monitorização o estado de saúde das mulheres em idade fértil Identificação das causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico

		Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade
	Diagnosticar precocemente e intervir no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva	Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva Aplicação do programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização
	Intervir na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal	Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno - fetal Cooperação com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA A DESENVOLVER AO LONGO DOS ENSINOS CLÍNICOS

Competências Comuns	Objetivos	Atividades a desenvolver
Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com normas legais, princípios éticos e deontológicos; Garantir a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos, os valores, costumes, crenças espirituais e a responsabilidade profissional;	Comprometimento com a segurança, a privacidade e dignidade da mulher/família; Tomada de decisão suportada por princípios, valores e normas deontológicas; Assegura o respeito pelo direito da mulher/família no acesso à informação e consentimento informado; Responsabilização pelos atos realizados e de possíveis atos delegados e a sua supervisão;
Domínio da melhoria contínua da qualidade	Mobilizar conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade; Promover a informação dos acompanhantes das mulheres em TP;	Identificação de oportunidades de melhoria; Colaboração em projetos implementados no serviço; Desenvolvimento de folheto informativo com ensinamentos sobre as adaptações necessárias ao contexto atual de pandemia em contexto de EC na sala de partos;

	Promover um ambiente gerador de segurança e proteção dos indivíduos;	
Domínio da gestão dos cuidados	Participar na gestão e organização do serviço, nos recursos materiais e humanos, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança dos cuidados	Adaptação ao serviço, adequando o comportamento ao clima organizacional para uma melhor resposta; Conhecimento da organização e funcionamento do serviço e da equipa multiprofissional; Participação nos cuidados de enfermagem à mulher/família e utilização dos recursos de forma eficiente; Colaboração na gestão dos cuidados da área de EE ESMO, de recursos humanos e materiais;
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolver o autoconhecimento; Desenvolver a prática clínica baseada na evidência científica	Identificação de necessidades formativas; Procura de informação necessária para desenvolver os ensinos clínicos.

APÊNDICE II – Sessão de Educação para a Saúde – “Sexualidade e Afetos”

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

SEXUALIDADE E AFETOS



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



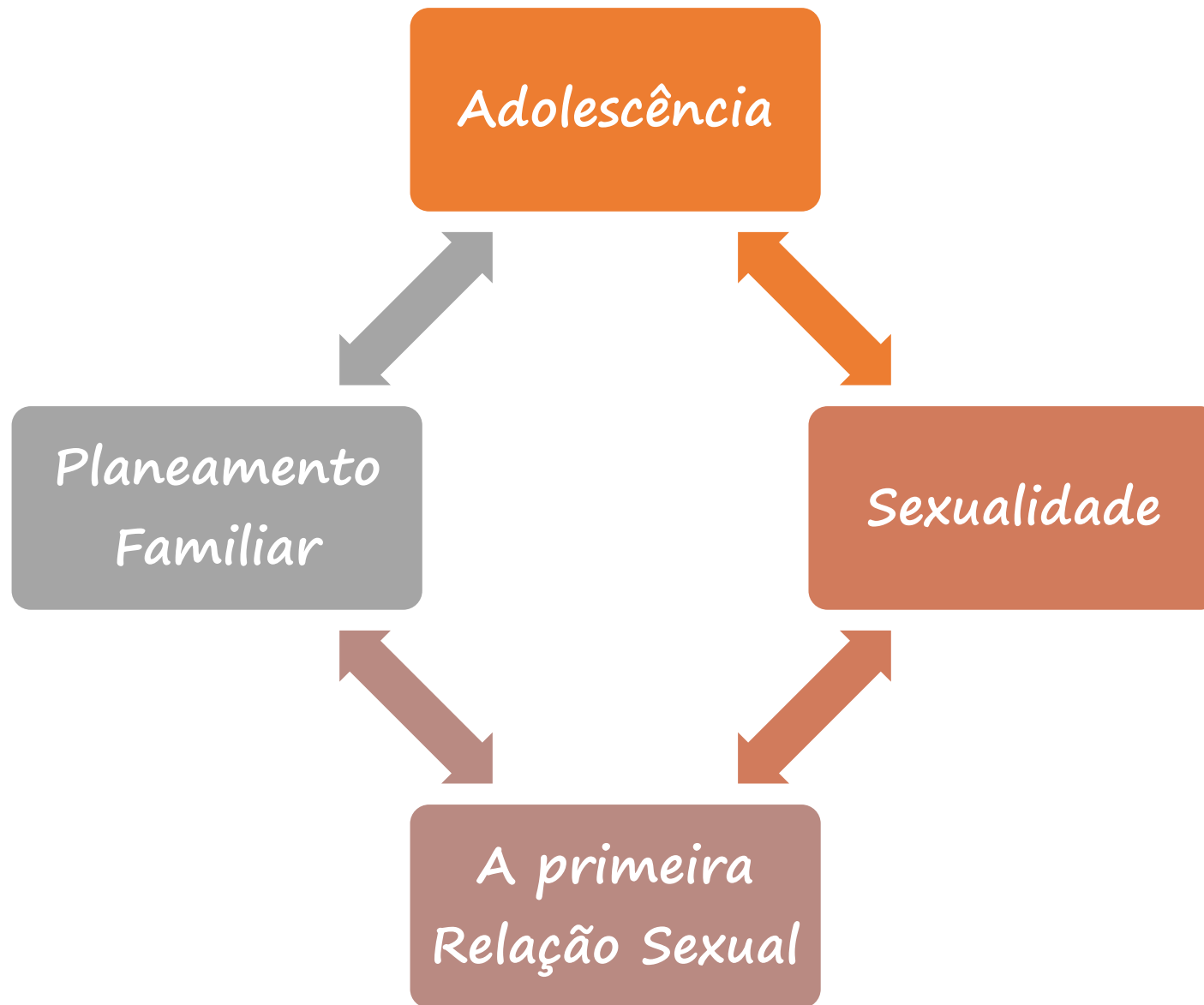
UCC
AVEIRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

SEXUALIDADE e AFETOS

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

**SEXUALIDADE
e AFETOS
Adolescência**

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

ADOLESCÊNCIA?



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



Conceito

SEXUALIDADE
e AFETOS
Adolescência

“A adolescência é uma etapa da vida marcada por profundas alterações fisiológicas, psicológicas, afectivas, intelectuais e sociais vivenciadas num determinado contexto cultural.”

Monteiro e Santos (1998)

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

SEXUALIDADE
e AFETOS
Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Período da vida em que já não se é criança mas ainda não se é adulto

Período de transformações profundas , no corpo, nas relações com os pais e com outras pessoas

Período de dificuldades e conflitos

Período rico em ideias, experiências, sonhos, projetos

SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



Fase em que duas
pessoas podem
sentir o desejo
intenso de
estabelecer uma
relação afetiva
especial

É na adolescência
que a afetividade,
até aí circunscrita
à família, se orienta
mais intensamente
para os amigos e
outros adultos



SEXUALIDADE
e AFETOS
Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

*Por vezes tens a sensação que mais
valia andar com um letreiro a dizer:*

*ATENÇÃO, pede-se a quem me
encontrar que me devolva porque
estou à minha procura...*

SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



*De um dia para o outro, sentes-te diferente,
sentes te pequeno demais para a imensidão do
mundo...*

SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

É difícil fazer amigos, mas
mais difícil é perdê-los. Dói
tanto ou mais que perder
um amor. Um amigo é um
confidente, um
conselheiro...



As amizades crescem,
modificam-se, acabam,
mas nunca se
esquecem...

A amizade é o
ingrediente mais
importante na receita
da vida

SEXUALIDADE
e AFETOS
Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

*Viver a vida é somar amigos,
experiências e conquistas
dando-lhes sempre significado*



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.





Não vires as costas à RESPONSABILIDADE...

Vive, experimenta, curte ao máximo, mas não te esqueças de ser
CONSCIENTE e RESPONSÁVEL!!!

SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

- Período compreendido entre os 10 e 20 anos (OMS).
- Significa crescer ou aquele que está em crescimento



**Transformação
pubertária**



**Desenvolvimento
da identidade
sexual**

SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



Corpo

Pensamento

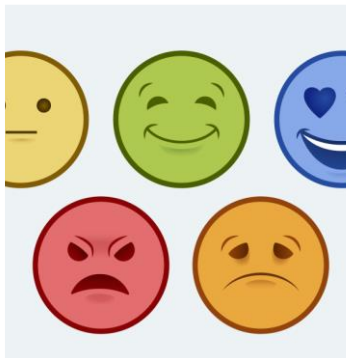


Relações

- Família
- Colegas
- Amigos
- Namorado(a)

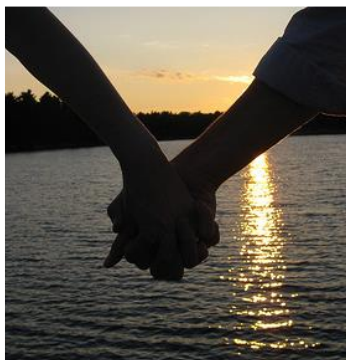
SEXUALIDADE e AFETOS Adolescência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



Emoções

Atitudes

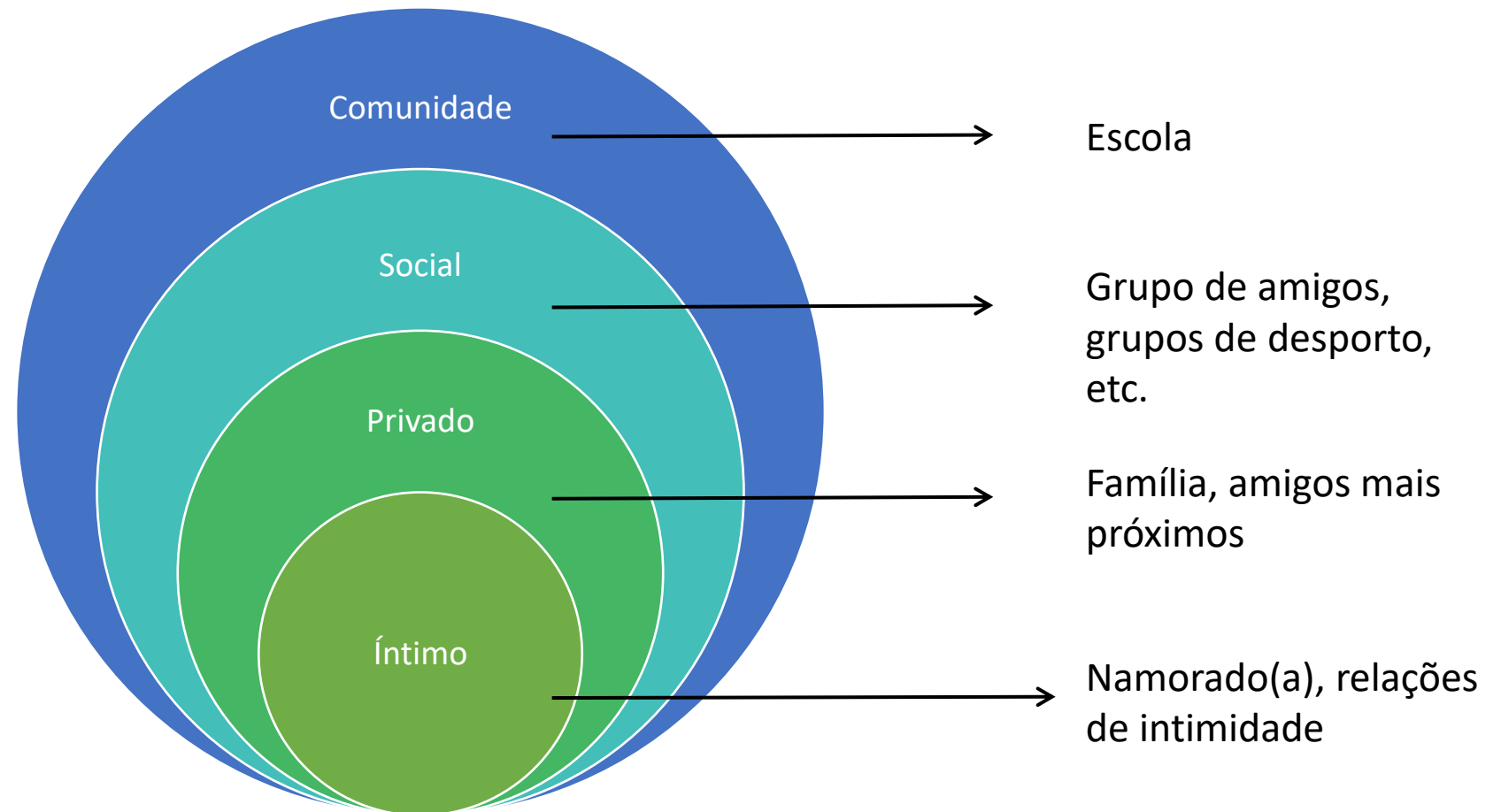


- Responsabilidade
- Liberdade

Estratificação da partilha de informação

**SEXUALIDADE
e AFETOS
Adolescência**

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS

ARSC
ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



UCC
AVEIRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



Sexualidade

SEXUALIDADE
e AFETOS
Sexualidade

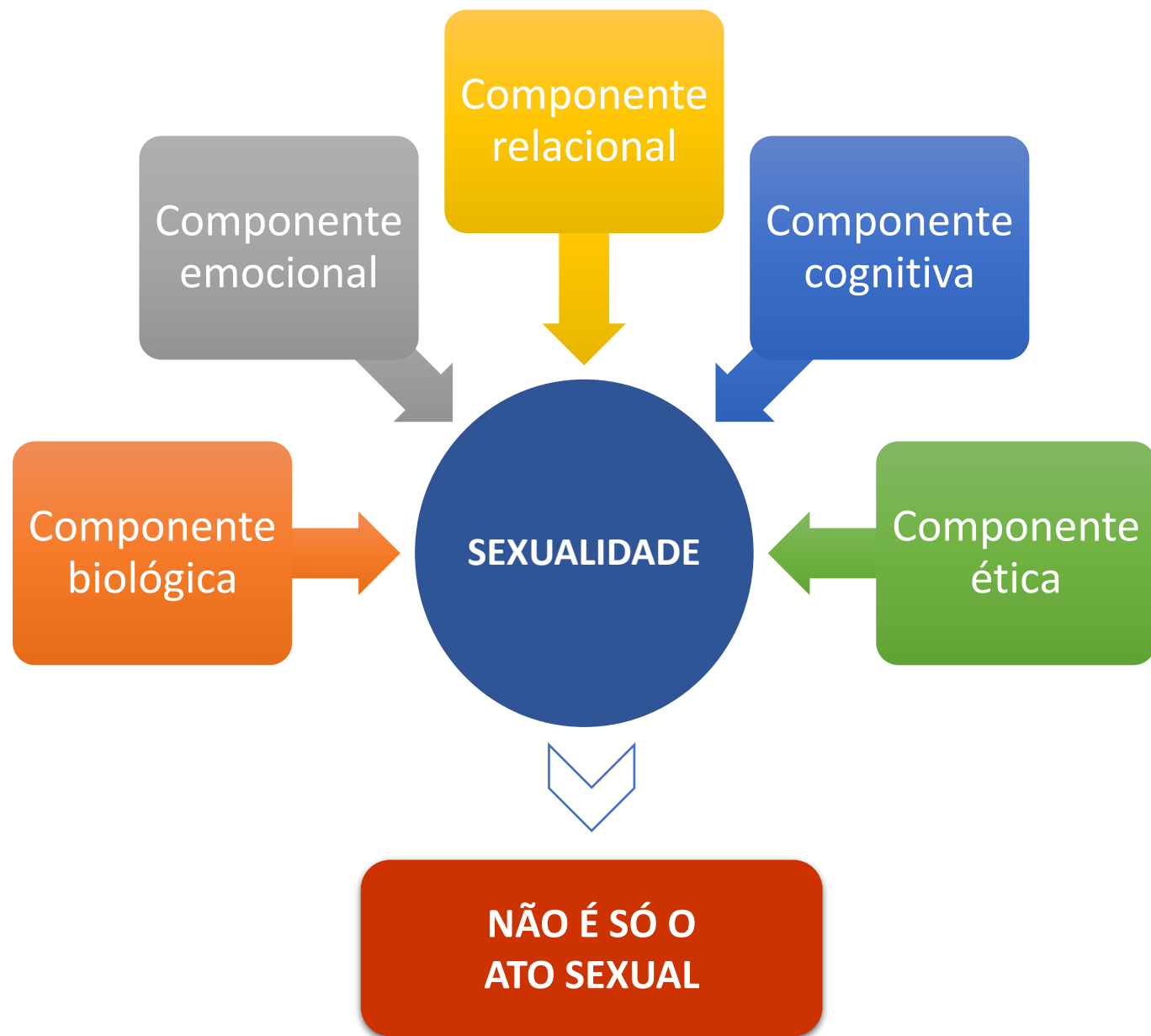
Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

"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 isso, influencia também a nossa saúde física e mental".

Organização Mundial de Saúde

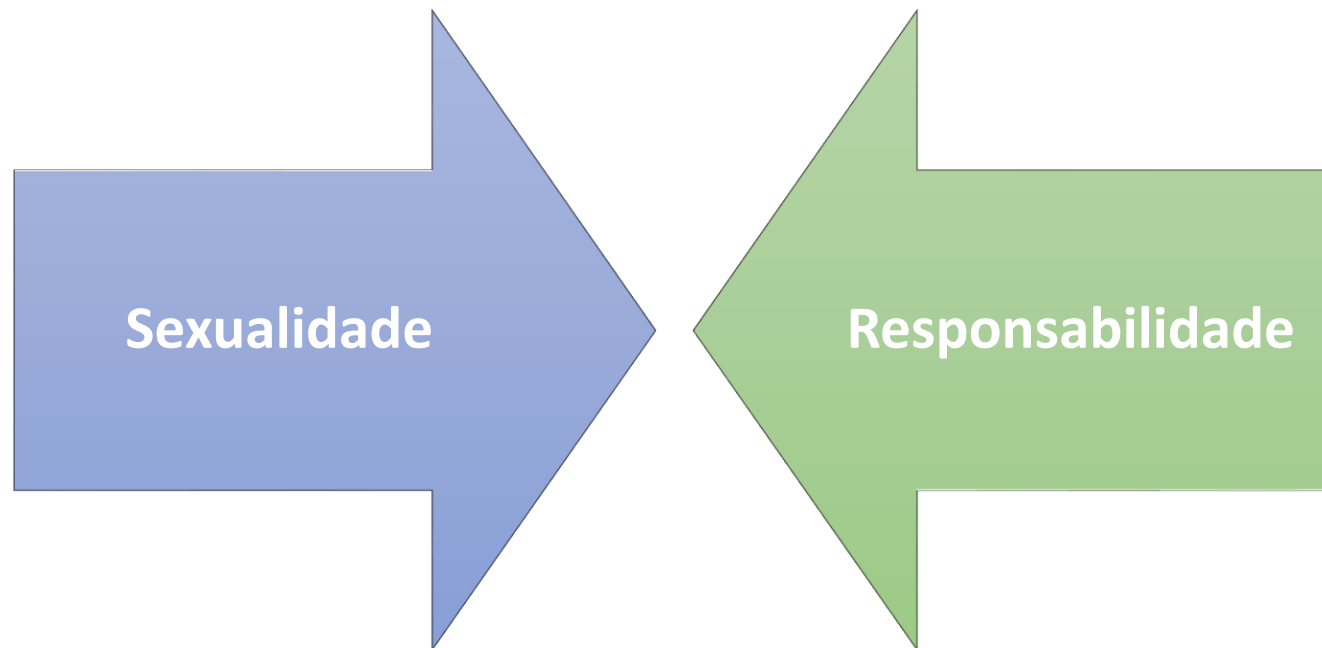
SEXUALIDADE e AFETOS Sexualidade

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



SEXUALIDADE e AFETOS

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



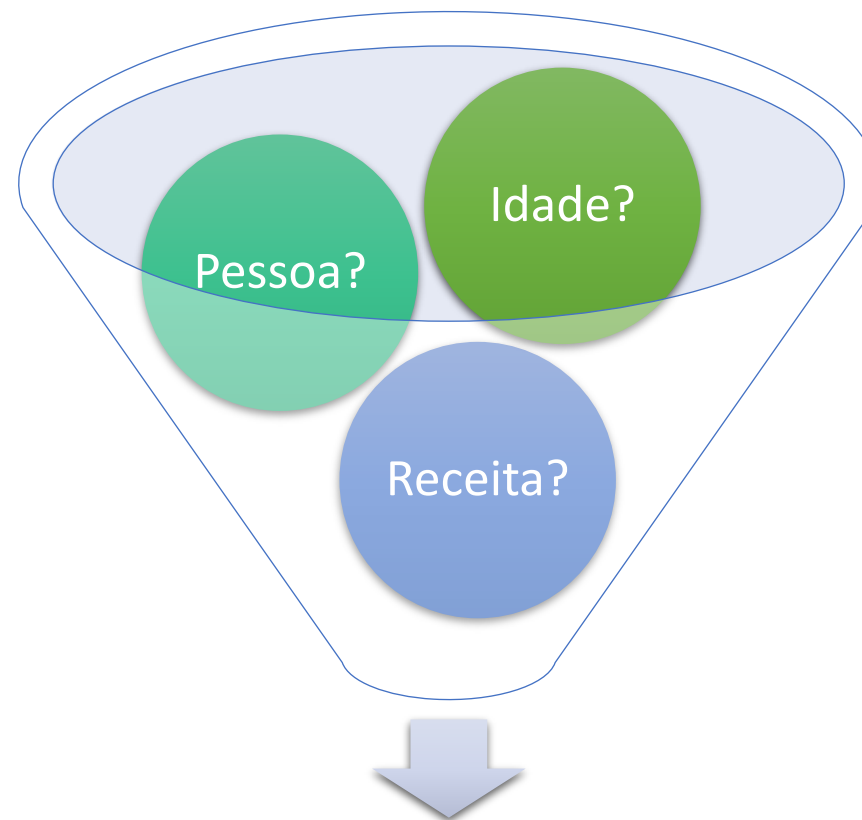
ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Primeira relação sexual



Não há idade **CERTA** ou **ERRADA** ou receitas infalíveis para a primeira relação sexual

SEXUALIDADE
e AFETOS

Primeira relação sexual

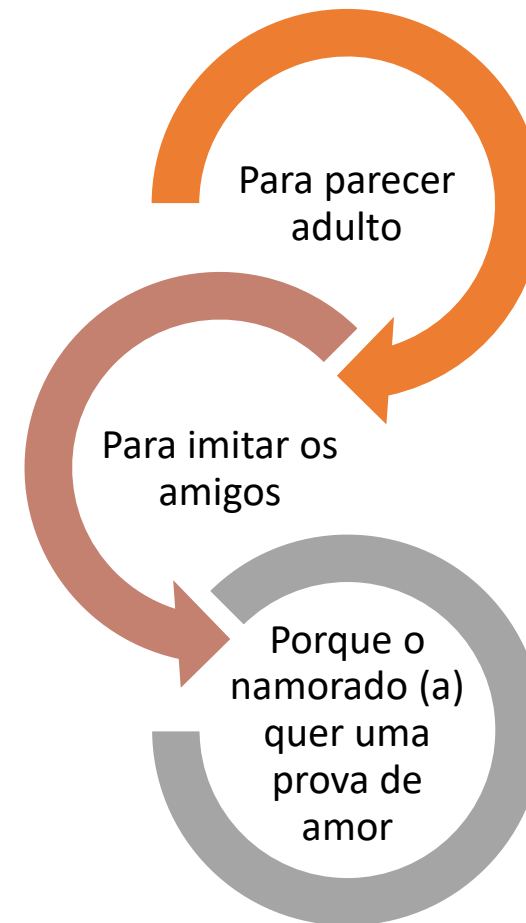
Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

NINGUÉM SE DEVE SENTIR OBRIGADO A TER RELAÇÕES SEXUAIS...

SEXUALIDADE e AFETOS

Primeira relação sexual

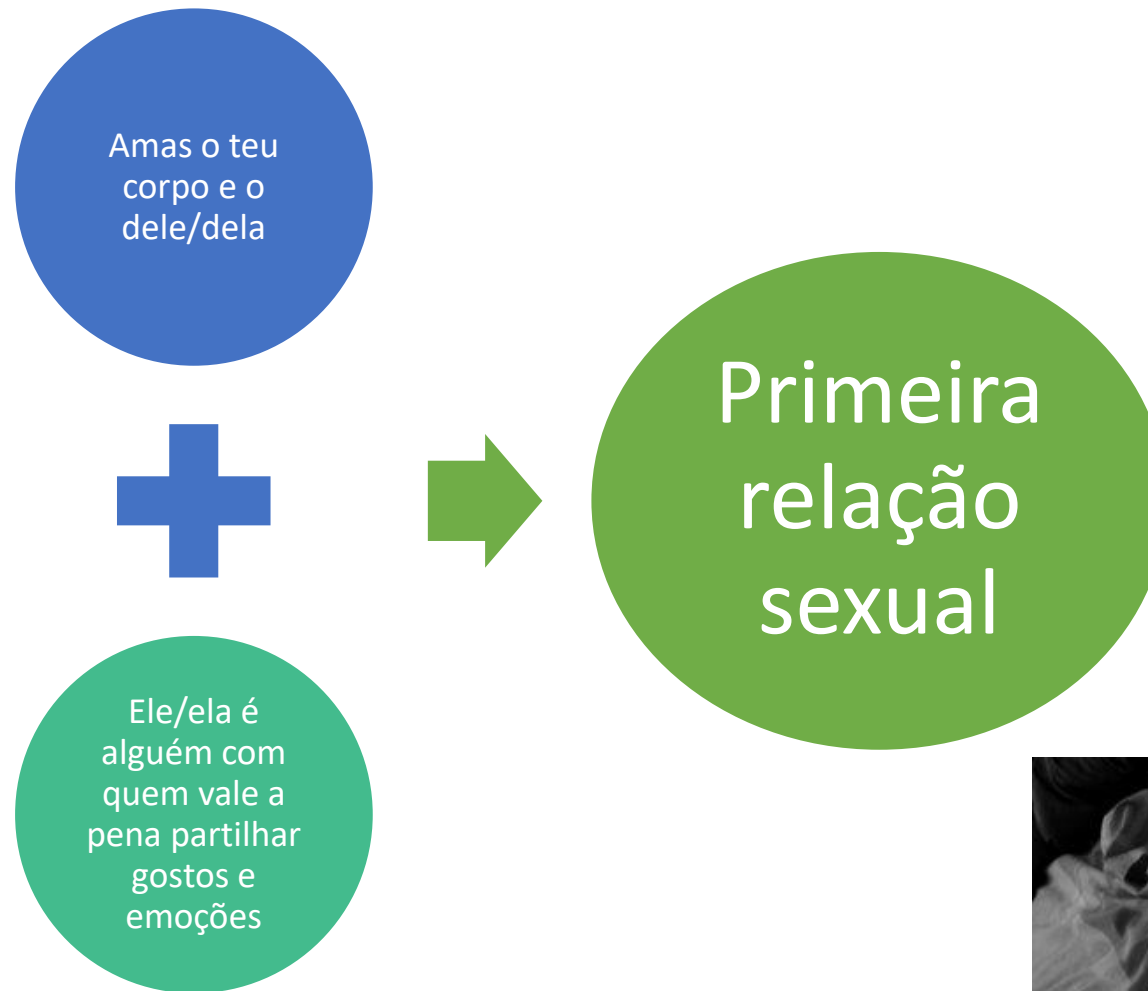
*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



SEXUALIDADE e AFETOS

Primeira relação sexual

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.

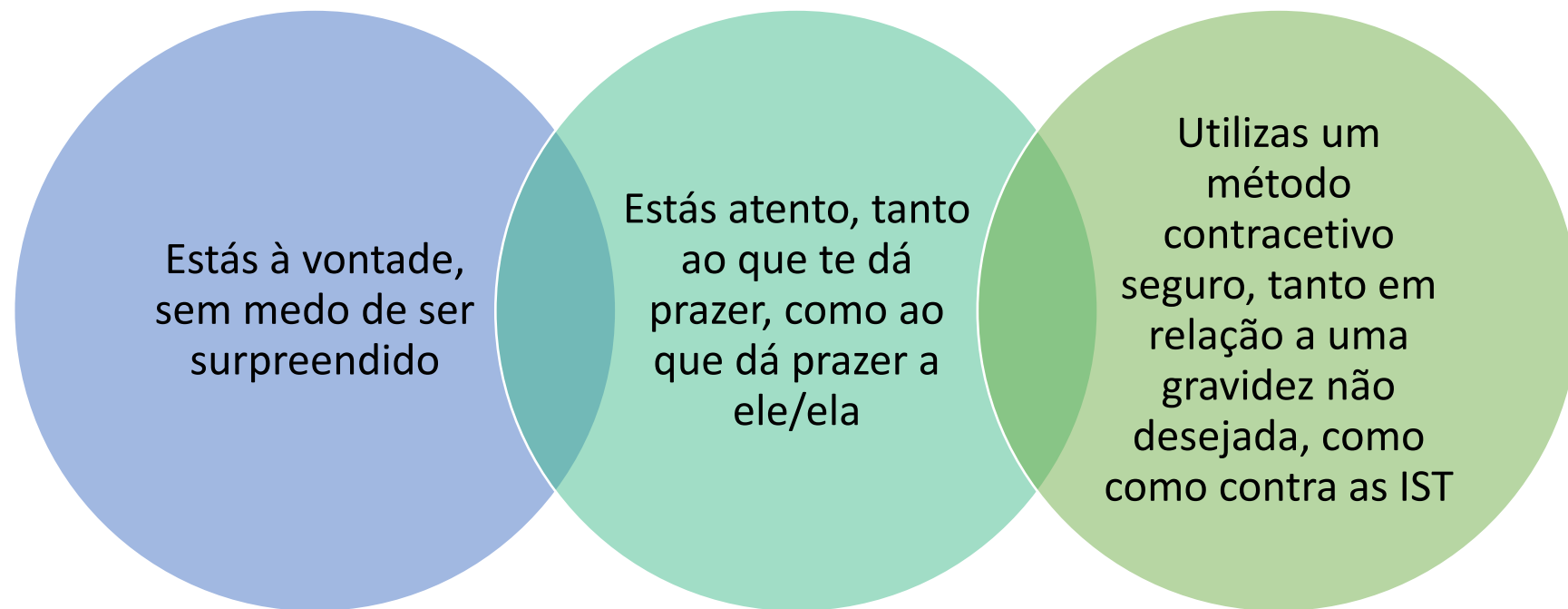


A tua primeira relação sexual deve acontecer quando...

**SEXUALIDADE
e AFETOS**

Primeira relação sexual

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



SEXUALIDADE
e AFETOS
Planeamento familiar

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Planeamento Familiar

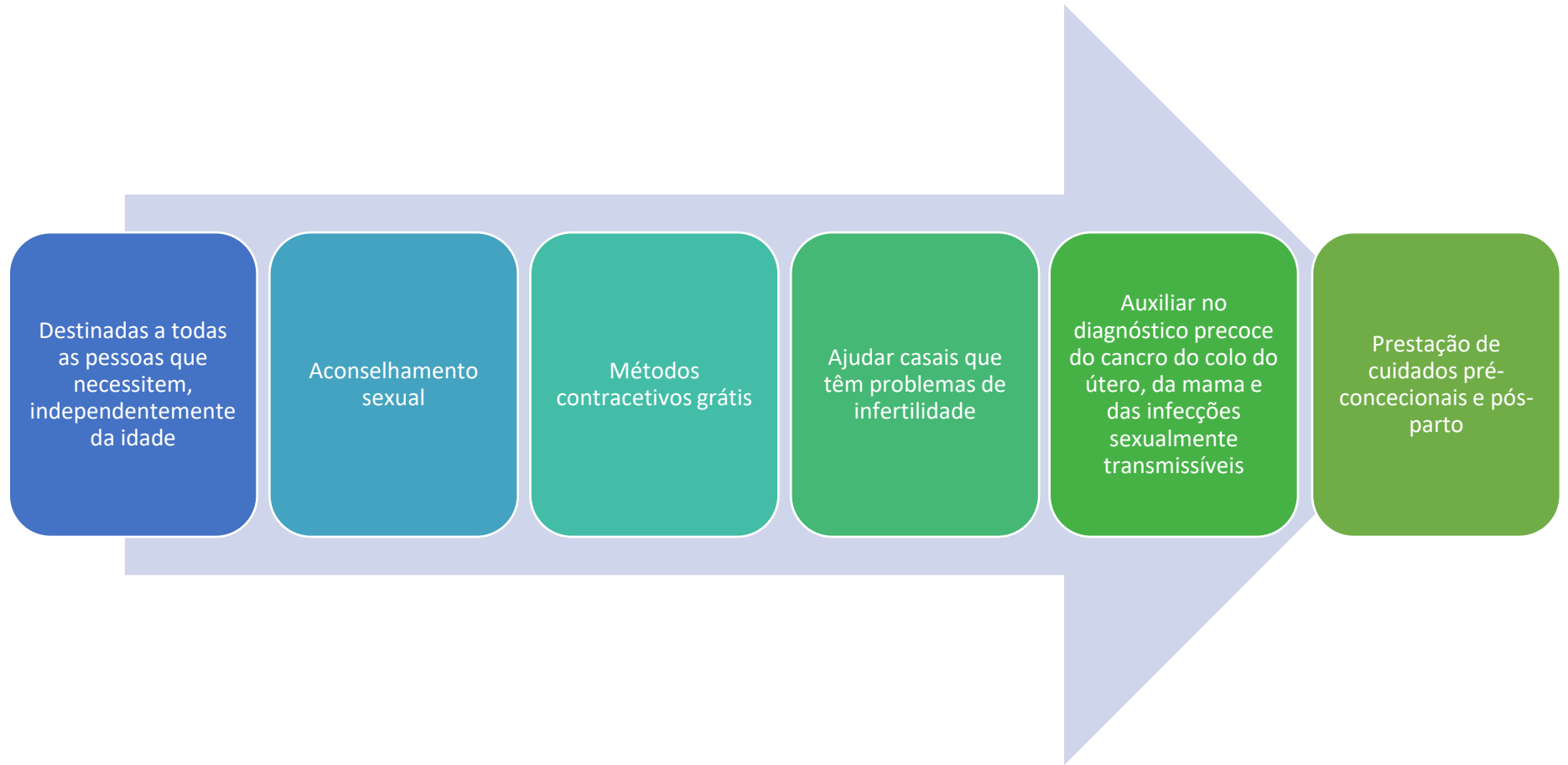
O Planeamento Familiar é o meio de proporcionar informação às pessoas que lhes permita decidir o número de filhos que querem ter e quando os querem ter. Isto implica o acesso a informação sobre métodos de contraceção e serviços de saúde apropriados que permitam a vivência da sexualidade de uma forma saudável, feliz e segura, bem como o planeamento de uma gravidez e parto nas condições mais adequadas.

DGS

SEXUALIDADE e AFETOS

Planeamento familiar

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

- Espaço privilegiado
- Partilhar dúvidas anatomia, fisiologia, contraceção, infeções, etc
- Obter todo o apoio.

Consulta



- Habitado a observar e a conversar com adolescentes, jovens, homens e mulheres
- Não vai julgar
- Não vai emitir juízos de valor sobre aspetos da vida, saúde e intimidade de cada pessoa
- Sigilo / segredo profissional
- Preocupação com saúde individual
- Disponível para ouvir, apoiar e aconselhar

Profissional de saúde



Sabias que...

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

Não existe “a melhor altura” para se ter a primeira relação sexual

Não é igual para todas as raparigas nem para todos os rapazes

Cada um sabe quando chega “o momento” e quando se sente preparado

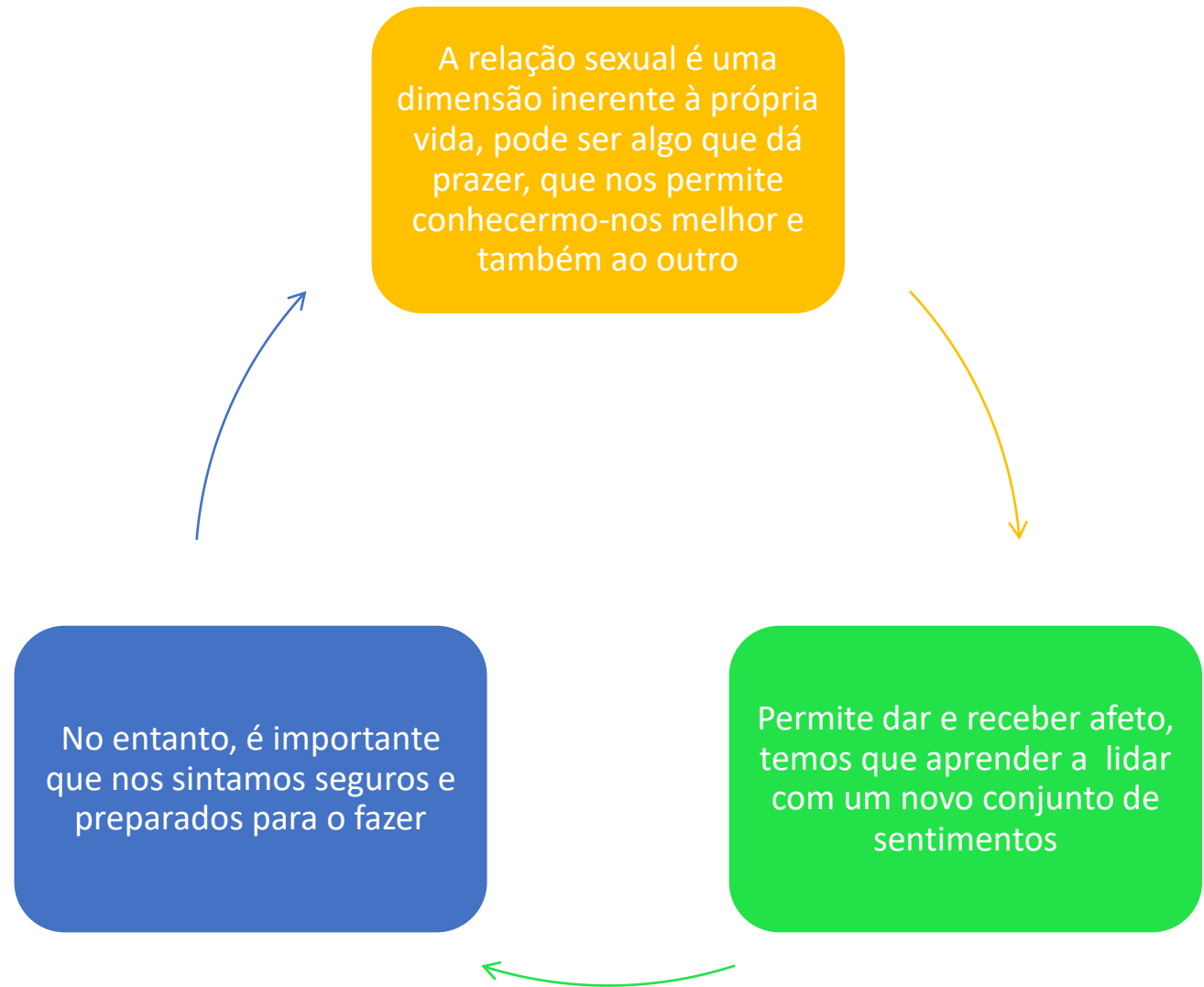
Evitar ceder às pressões do grupo ou do(a) namorado(a)

Cada pessoa tem o seu tempo e o seu ritmo.

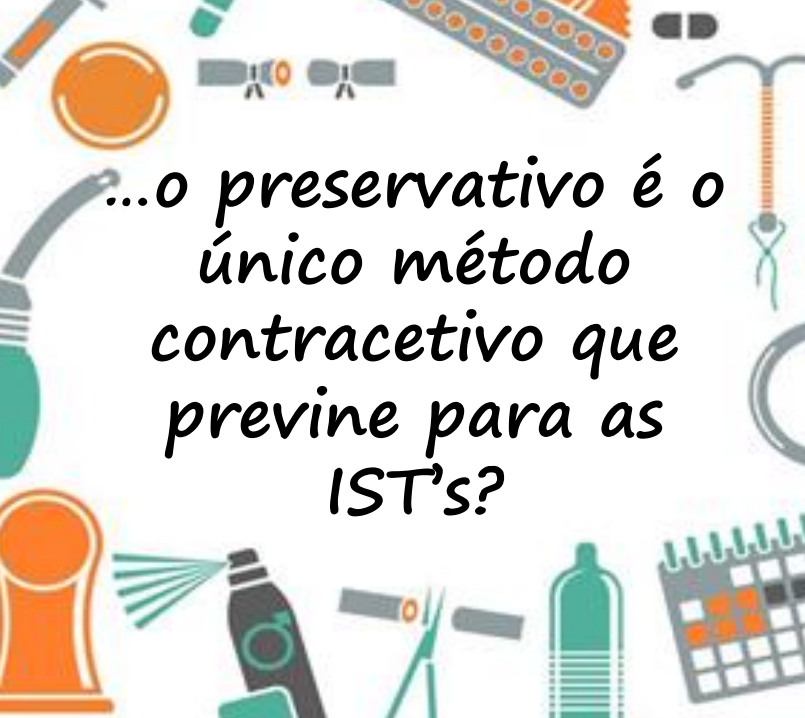
Ter relações sexuais com alguém é algo muito mais íntimo do que um simples encontro

SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



...o preservativo é o
único método
contracetivo que
previne para as
IST's?

SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

SEXUALIDADE
e AFETOS
Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

Sabias que...

...é possível engravidar sem existir penetração vaginal?



SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

A mulher pode engravidar quando existe a possibilidade de entrada de espermatozoides dentro da sua vagina



Os fluidos pré-ejaculatórios libertados pelo rapaz na fase de excitação contém espermatozoides

Portanto, quando se dá a ejaculação ou a libertação de líquido pré-ejaculatório perto da vagina (mesmo sem penetração) é necessário ter cuidado, podendo existir a possibilidade de entrarem espermatozoides para o canal vaginal

**SEXUALIDADE
e AFETOS**
Sabias que?

Por existir risco de uma gravidez não desejada, é aconselhada a utilização sistemática de um método contraceptivo seguro em todas as relações sexuais

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

...é possível engravidar durante a menstruação?



SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



Sabias que...

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

O ciclo menstrual, em média,
dura 28 dias, no entanto durante
a adolescência é frequente os
ciclos serem irregulares

Esta situação dificulta a
compreensão, em rigor, a
ovulação e também pode
permitir que num determinado
ciclo ocorra uma ovulação
durante a menstruação ou
mesmo logo de seguida, podendo
por isso serem muito próximas

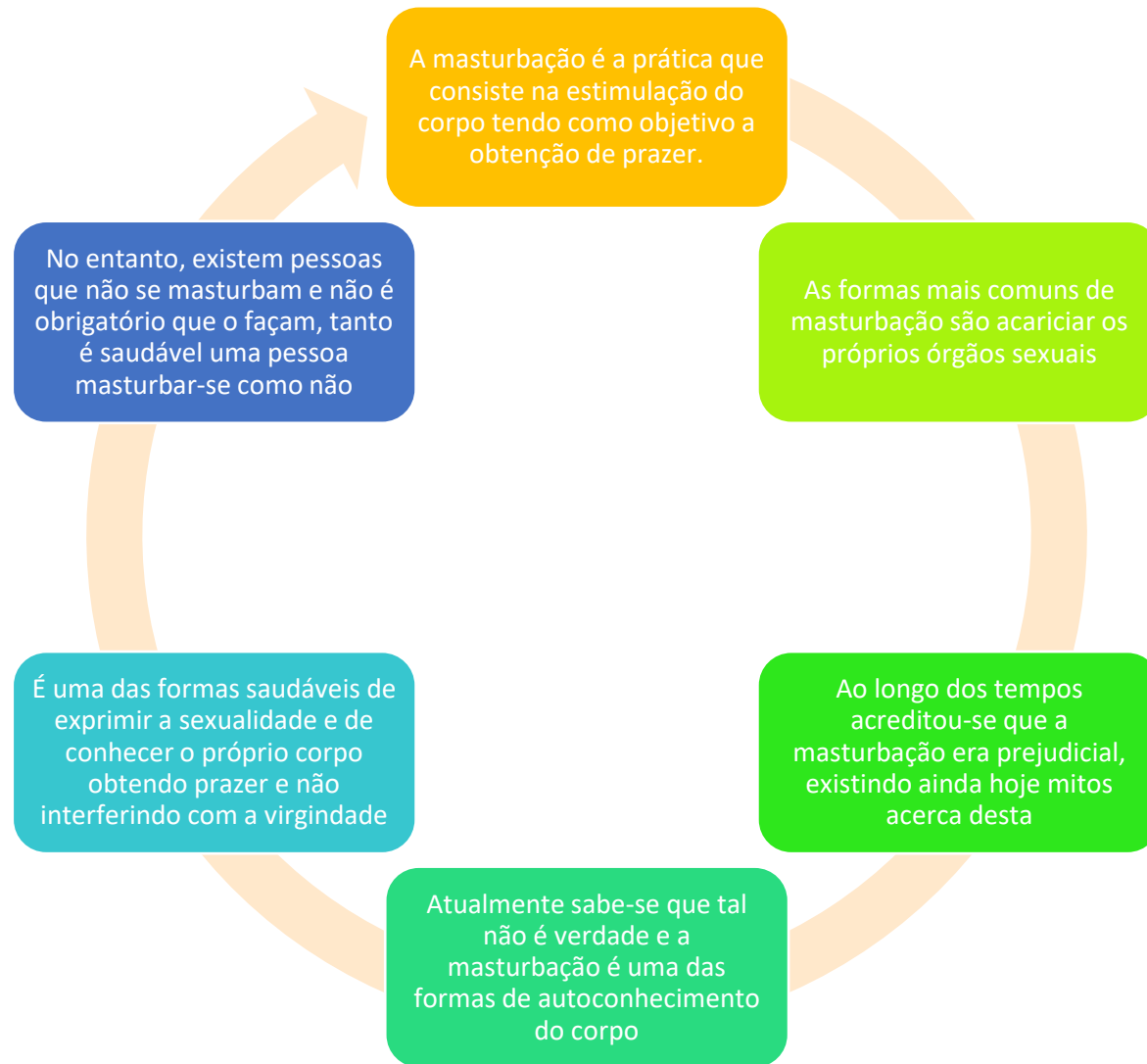
*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

...a masturbação
pode ser uma
prática saudável?



SEXUALIDADE e AFETOS *Sabias que?*

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

[illegible]

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

*Obrigada pela
atenção!*



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



UCC
AVEIRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

APÊNDICE III – Sessão de Educação para a Saúde – “Contraceção”

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



CONTRACEÇÃO



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Objetivos

CONTRACEÇÃO

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

Conceito

Métodos
Contracetivos

Dúvidas,
Mitos



*DIA MUNDIAL
DA
CONTRACEÇÃO*

Contraceção - Conceito



CONTRACEÇÃO

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

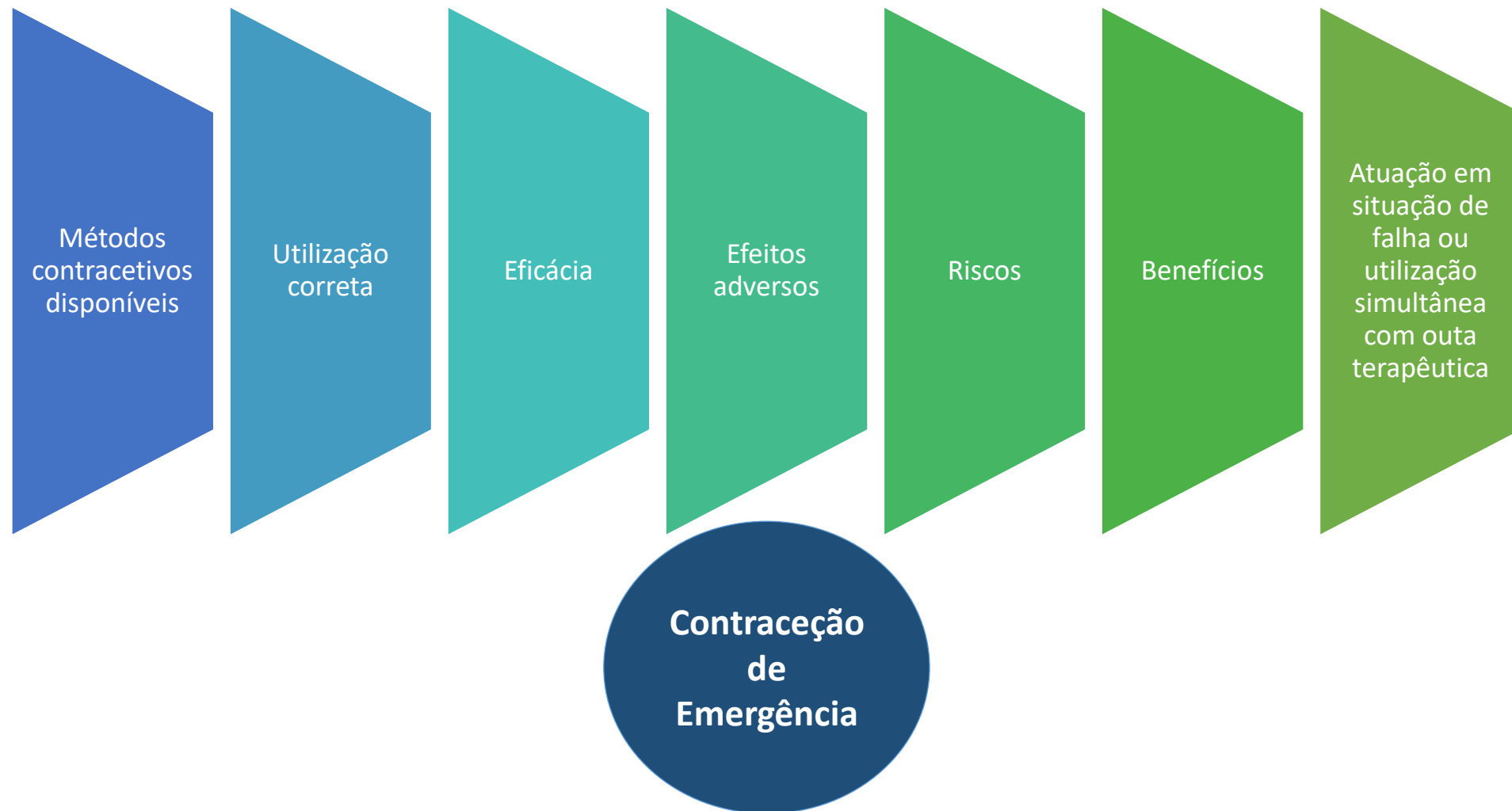
“Os Estados devem considerar prioritário a prevenção da gravidez não desejada através da promoção do planeamento familiar e da educação sexual. A acessibilidade aos cuidados de saúde reprodutiva deve ser garantida universalmente e livre de discriminação”.

High Commissioner for Human Rights

Aconselhamento...

CONTRACEÇÃO

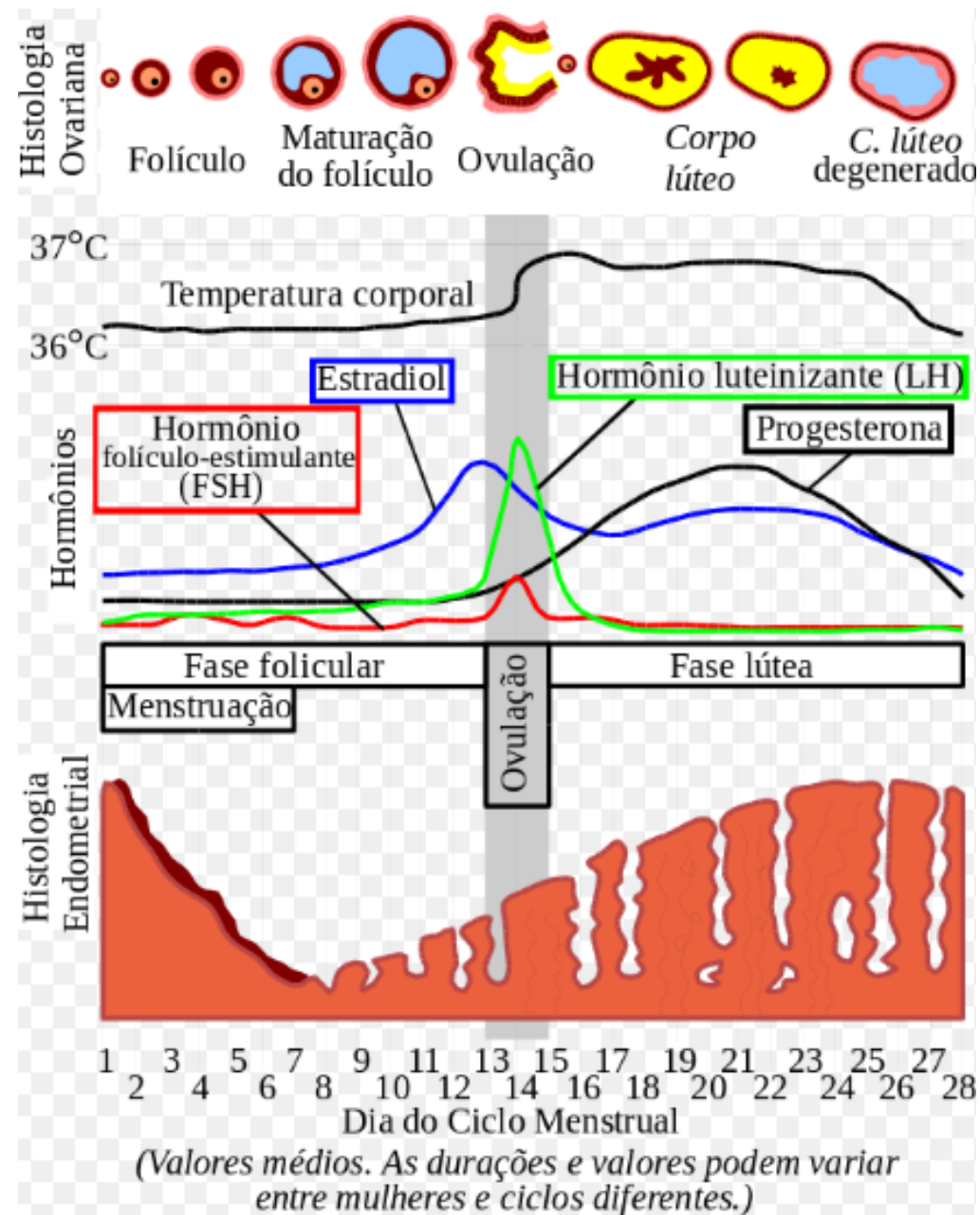
Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



CONTRACEÇÃO

O ciclo menstrual

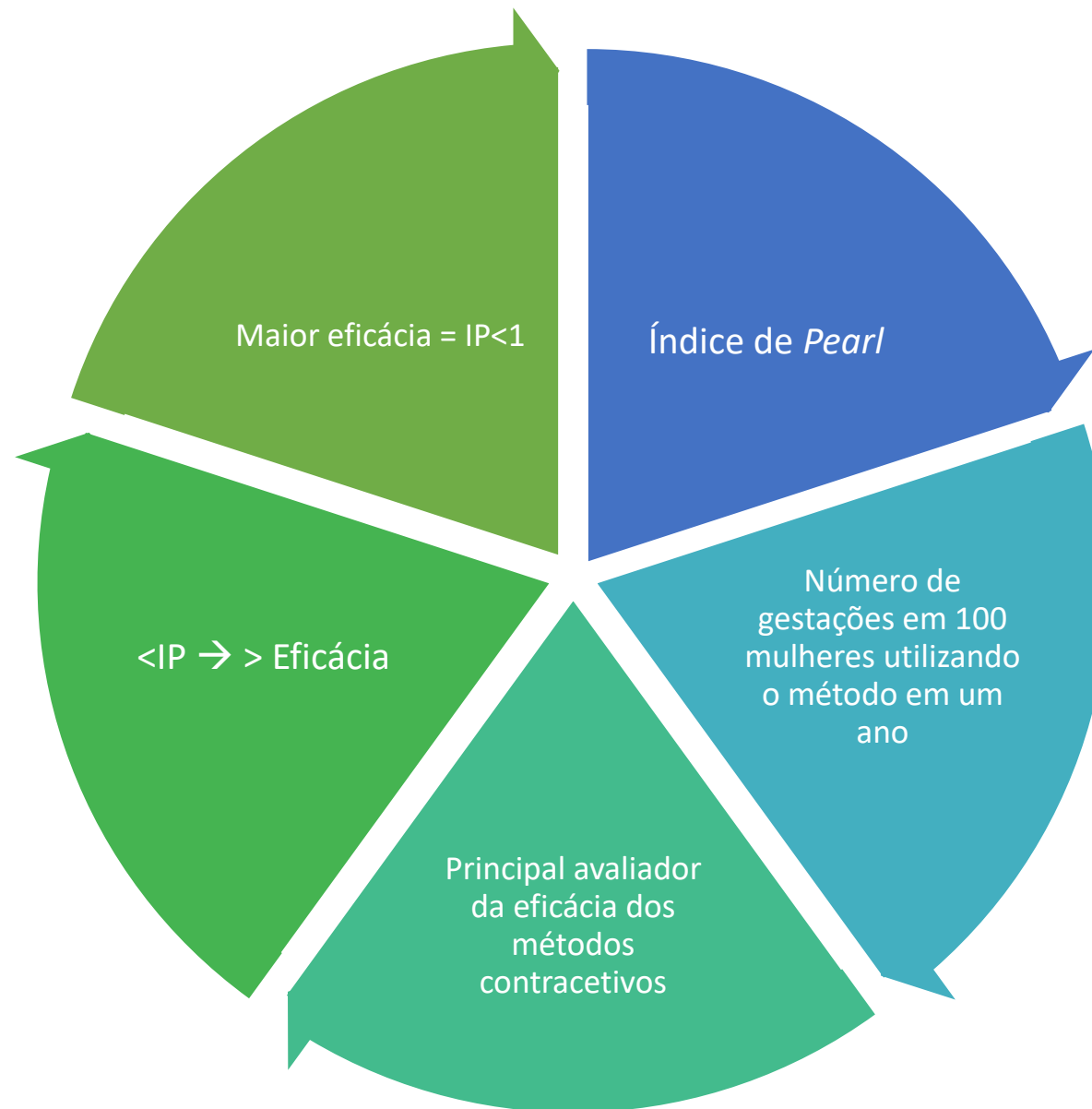
Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



CONTRACEÇÃO

Eficácia

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

CONTRACEÇÃO Eficácia

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Tab. 1

PERCENTUAL DE MULHERES QUE APRESENTAM FALHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE USO (TÍPICO OU PERFEITO) E PERCENTUAL DE CONTINUIDADE DO USO AO FIM DO PRIMEIRO ANO

Método	Taxa de falha do método (%) em 100 mulheres em 1 ano de uso		Taxa de continuidade do método (%) após 1 ano
	Uso típico	Uso perfeito	
Nenhum	85	85	n/a
Espermicida	28	18	42
Coito interrompido	22	4	46
Abstinência periódica	24	3 a 5	47
Diafragma	12	6	57
Preservativo:			
Feminino	21	5	41
Masculino	18	2	43
Pílula (combinada ou apenas de progestógeno)	9	0,3	67
Adesivo/anel	9	0,3	67
Injetável trimestral	6	0,2	56
DIU:			
Cobre	0,8	0,6	78
SIU de levonorgestrel	0,2	0,2	80
Implante de etonorgestrel	0,05	0,05	84
Cirúrgicos:			
Vasectomia	0,15	0,1	100
LT	0,5	0,5	100

DIU: Dispositivo Intrauterino; SIU: Sistema Intrauterino; LT: Laqueadura Tubária.

Adaptada do livro "Endocrinologia Feminina & Andrologia", 2ª ed., 2016.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



UCC
AVEIRO



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Métodos Contracetivos

CONTRACEÇÃO

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

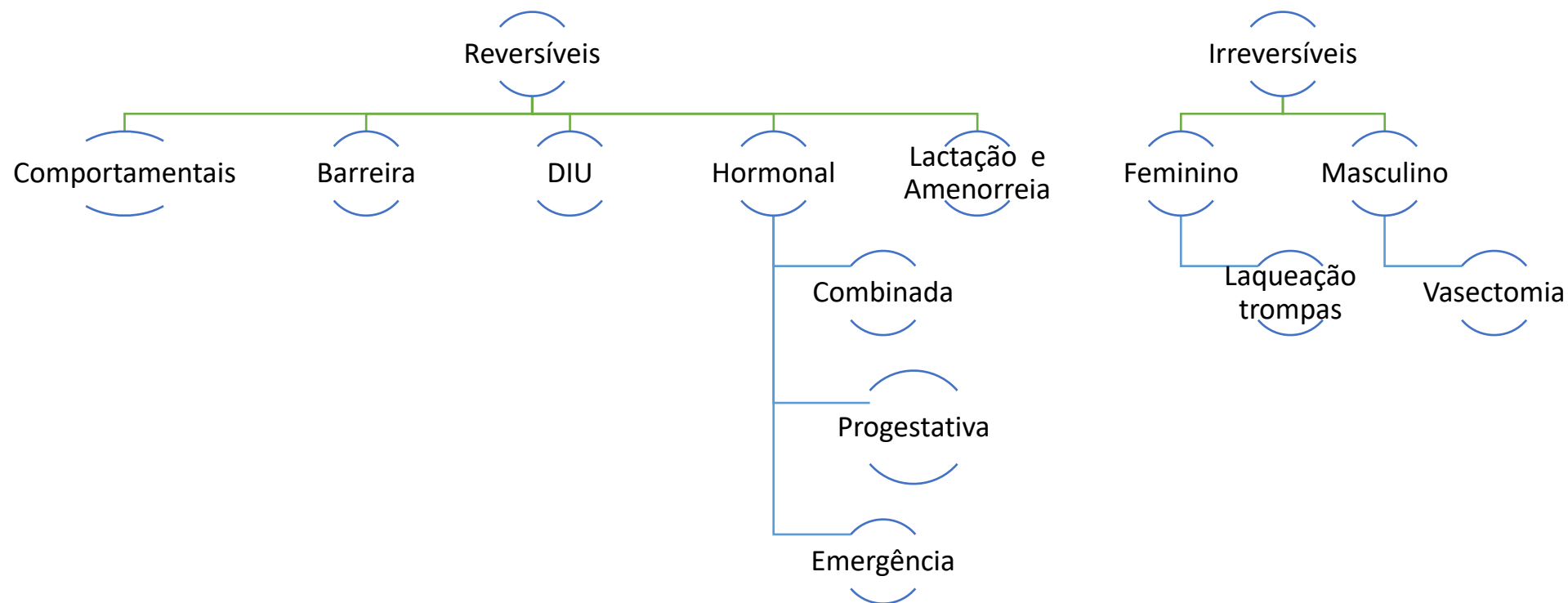
Reversíveis

Irreversíveis

Métodos Contracetivos

CONTRACEÇÃO

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



CONTRACEÇÃO

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Métodos Comportamentais:

- Calendário
- Muco cervical
- Coito interrompido
- Temperatura



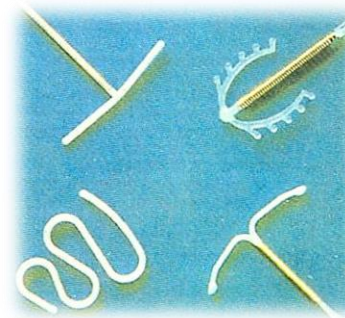
PARA FIXAR...

Uma paciente registrou seus ciclos menstruais nos últimos oito meses. O ciclo mais curto durou 26 dias e o mais longo 32 dias.

- Diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto: $32 - 26 = 6 \Rightarrow$ O método pode ser usado.
- Cálculo do período fértil:
 - Subtrai-se 18 do ciclo mais curto:
 $26 - 18 = 8 \Rightarrow$ Início do período fértil;
 - Subtrai-se 11 do ciclo mais longo:
 $32 - 11 = 21 \Rightarrow$ Término do período fértil;
 - O casal deve abster-se de relações sexuais entre o 8º dia e o 21º dia do ciclo menstrual.

Métodos Químicos:

- DIU
- Espermicida

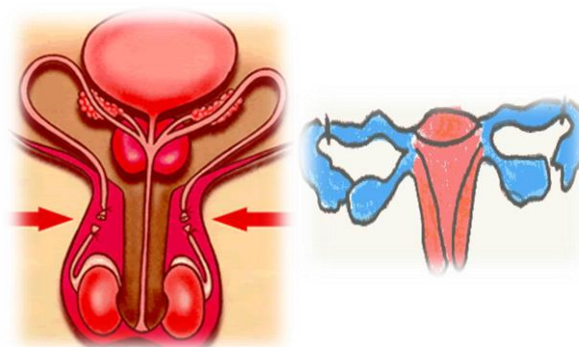


CONTRACEÇÃO

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Métodos Hormonais:

- Pílula oral
- Implante subcutâneo
- Anel Vaginal
- Contraceção de Emergência (pílula do dia seguinte)



Métodos Cirúrgicos:

- Laqueação de trompas
- Vasectomia

Métodos de Barreira:

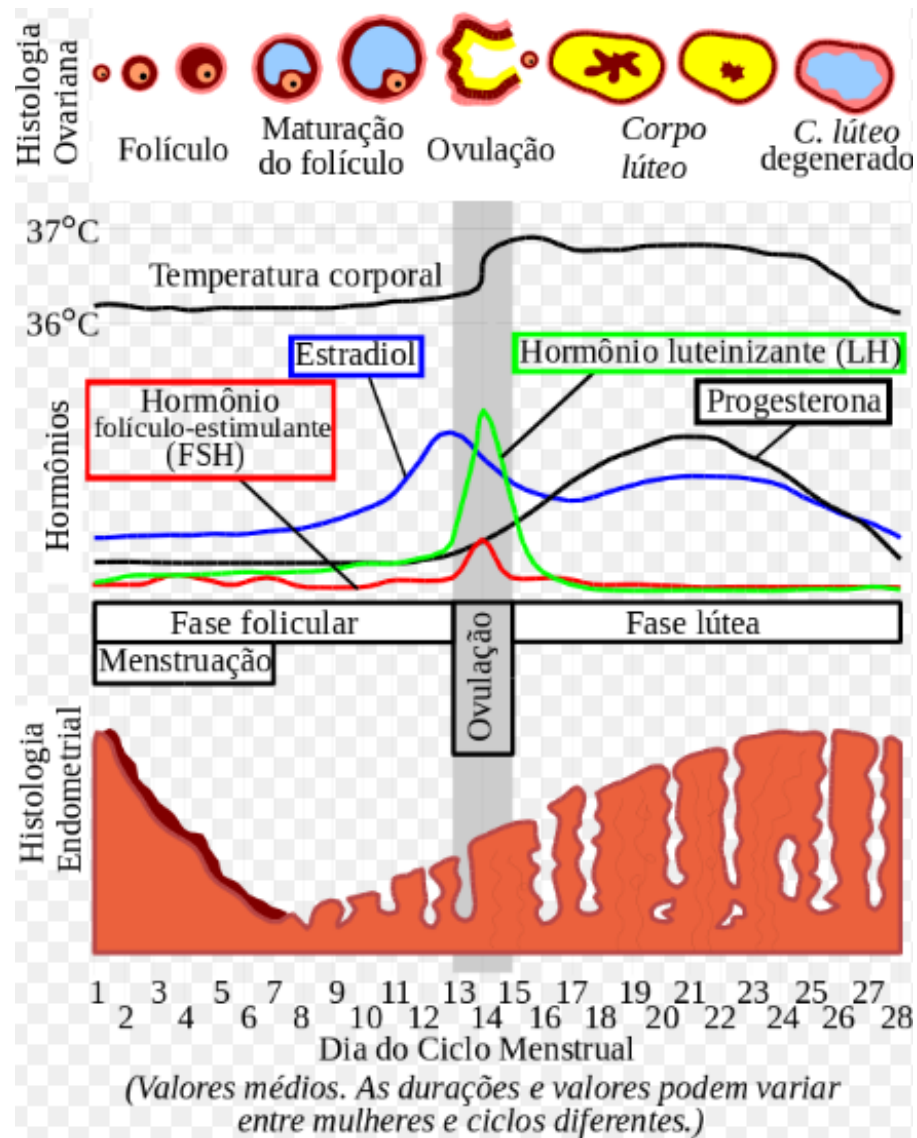
- Preservativo



CONTRACEÇÃO

Contraceção hormonal

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



- Modo de ação:
 - Inibe a ovulação
- Vantagens:
 - Gravidez não desejada
 - Gravidez extrauterina
 - Acne
 - Dismenorreia (dor menstrual)
 - Cancro do ovário
 - Quistos do ovário
 - Cancro do endométrio
 - Quistos da mama

Efeitos Colaterais da Contraceção Hormonal Oral

CONTRACEÇÃO
Contraceção hormonal
oral

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Estrogénios

- Cefaleias
- Tonturas
- Vómitos
- Náuseas
- Edema
- Irritabilidade
- Cloasma

Progestativos

- Depressão
- Cansaço
- Alterações da libido
- Amenorreia
- Acne
- Aumento de peso

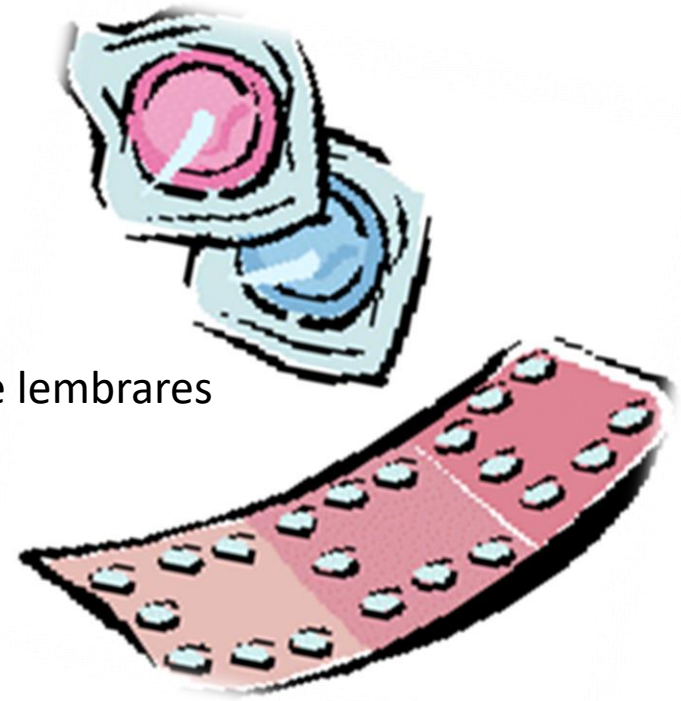
O que fazer em caso de esquecimento de uma pílula?

CONTRACEÇÃO Contraceção hormonal oral

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Caso te esqueças de tomar um comprimido:

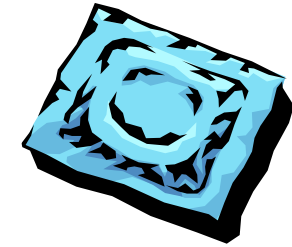
- Tomar o comprimido esquecido imediatamente, quando te lembrares
- Tomar o comprimido seguinte no horário normal
- Tomar os restantes comprimidos diariamente
- Uso de preservativo



Evita a gravidez

Previne as Infecções Sexualmente

Transmissíveis



CONTRACEÇÃO
Preservativo

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

ÚNICO



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS



ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO I.P.



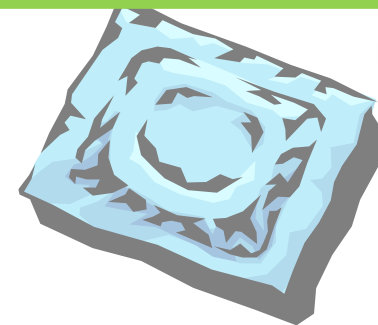
UCC
AVEIRO

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

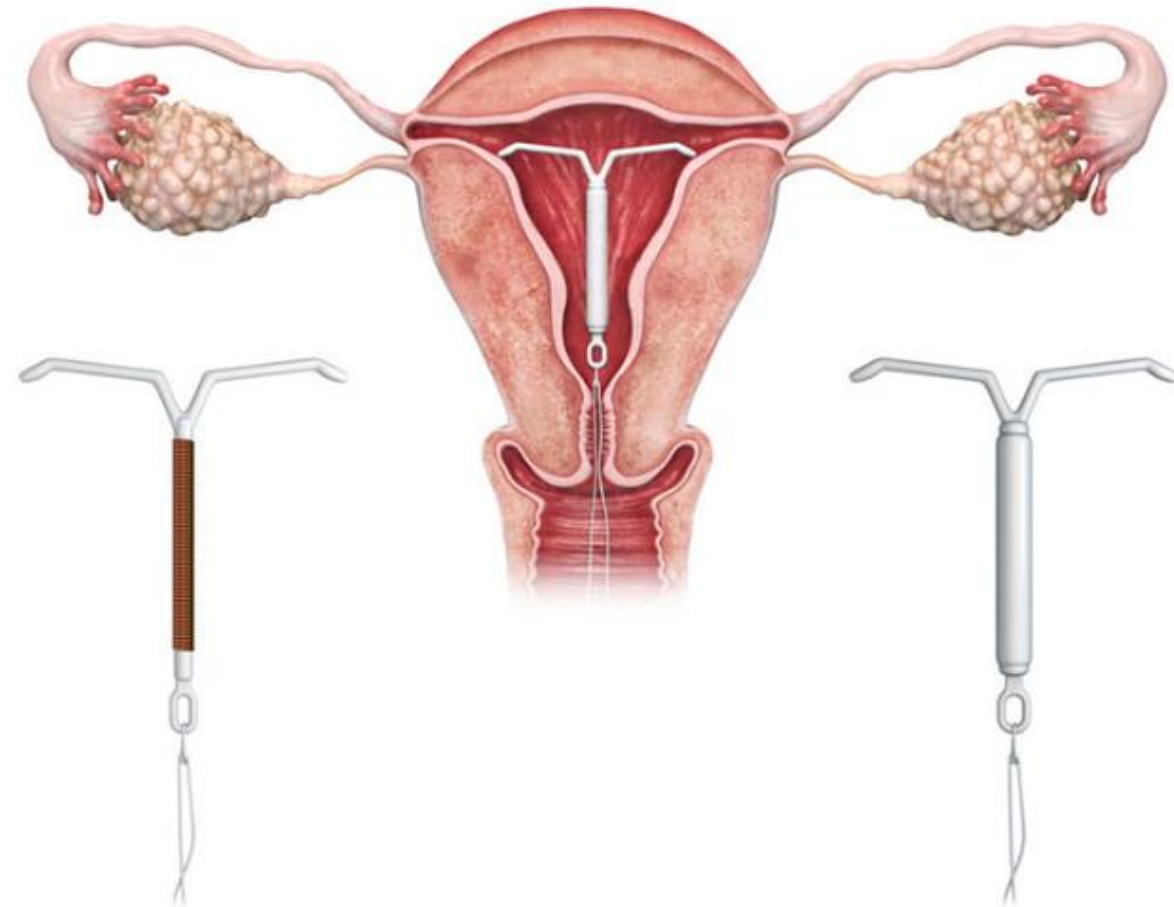
CONTRACEÇÃO Preservativo

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

- Verificar prazo de validade
- Proteger do calor e da humidade
- Abrir a embalagem com cuidado
- Colocar antes de qualquer contacto entre o pénis e a vagina
- Retirar logo após a ejaculação
- Dar um nó na extremidade



DIU – Dispositivo Intrauterino



DIU não hormonal
DIU de cobre, DIU de prata

DIU hormonal
DIU Mirena®, DIU Kyleena®

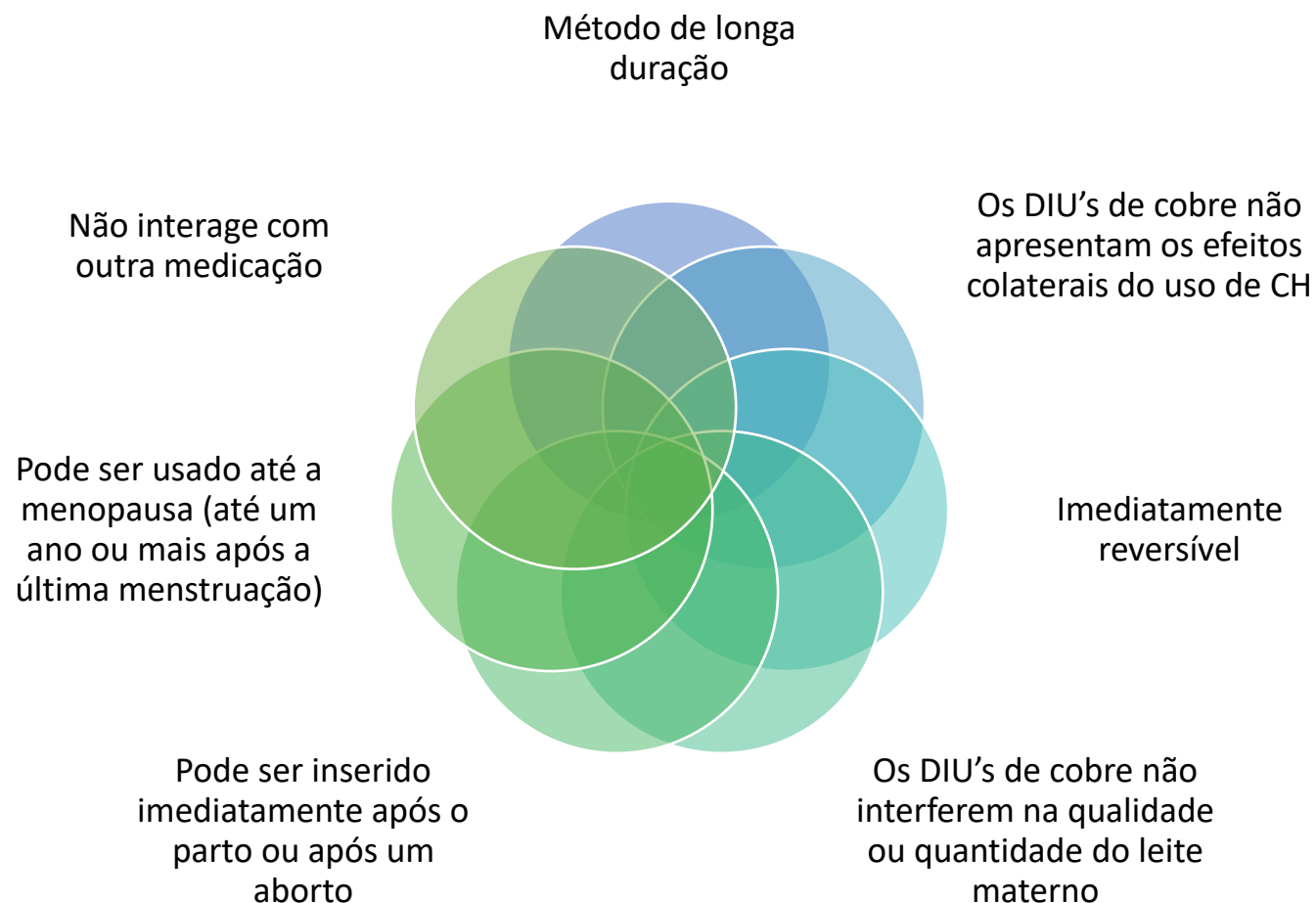
CONTRACEÇÃO DIU

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

CONTRACEÇÃO DIU

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

DIU de Cobre



Implante Subcutâneo

CONTRACEÇÃO Implante Subcutâneo

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Vantagens:

- Amenorreia (40% após 1 ano)
- Diminuição da dismenorreia (cólicas menstruais)
- Melhora da TPM



Desvantagens:

- A ausência menstrual pode não ser bem vista por algumas mulheres
- Exige profissional habilitado para sua colocação
- Mulheres com mais de 70 kg apresentam maior taxa de falha do método

CONTRACEÇÃO Adesivo Transdérmico

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



- Adesivo fino, bege e quadrado
- Liberta doses contínuas de estrogénio e progesterona, impedindo a ovulação
- Os locais mais adequados para a sua aplicação são as coxas, nádegas ou braço

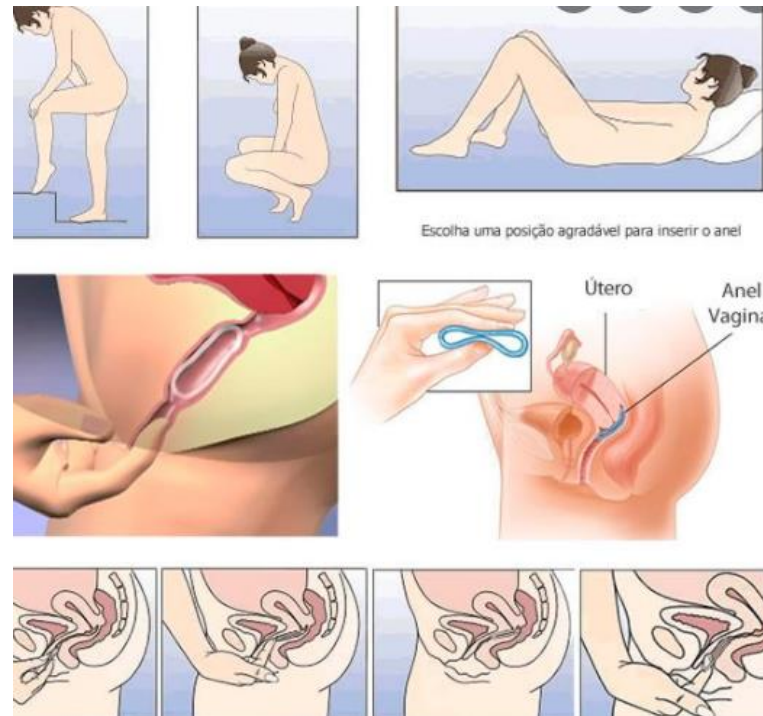
Vantagens

- Contém uma dose hormonal inferior à pílula, causando menos reações adversas
- Não é necessário lembrar-se diariamente, embora seja importante não esquecer do dia da troca do adesivo

CONTRACEÇÃO Anel Vaginal

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

- Anel de silicone, transparente e bastante flexível
- Possui cerca de 5 centímetros de diâmetro
- Liberta progressivamente uma combinação hormonal semelhante à existente nas pílulas
- Tem uma duração de 3 semanas na vagina, após as quais é retirado (menstruação)



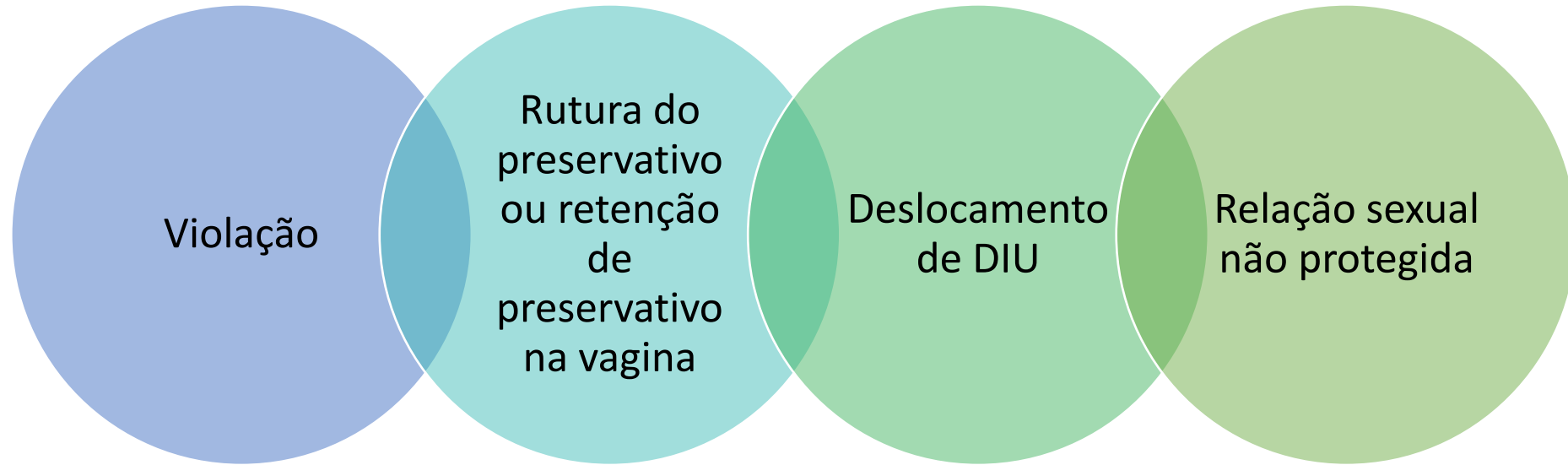
Vantagens

- Contém uma dosagem hormonal menor do que a das pílulas orais
- Menos efeitos colaterais
- Não perde eficácia em caso de diarreia ou vômitos

Contraceção de Emergência

CONTRACEÇÃO Contraceção de Emergência

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



Eficácia:

- 95% quando utilizado < 24h
- 85% quando utilizado 24-48h
- 58% quando utilizado 49-72h, após a relação sexual não protegida

Contraceção de emergência

CONTRACEÇÃO
Emergência

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

Substância: Levonorgestrel

Duas tomas (12/12h) de 0,75mg

OU

Toma única (1,5mg)

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

1 - Qual é o mecanismo de ação da contraceção de emergência?



CONTRACEÇÃO Emergência Questões

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Se utilizada na
primeira fase do
ciclo menstrual

Altera o
desenvolvimento
dos folículos

Impede a ovulação

ou

Retarda a ovulação
por vários dias

Se utilizada na
segunda fase do
ciclo menstrual

Após a ovulação

Alterar o
transporte dos
espermatozoides

Altera o transporte
do óvulo nas
trompas

Mas também:

Modifica o muco
cervical (espesso e
hostil)

Impede ou dificulta
a migração dos
espermatozóides
até ao óvulo

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

2 - O que fazer em caso de vômito?



CONTRACEÇÃO

Emergência

Questões

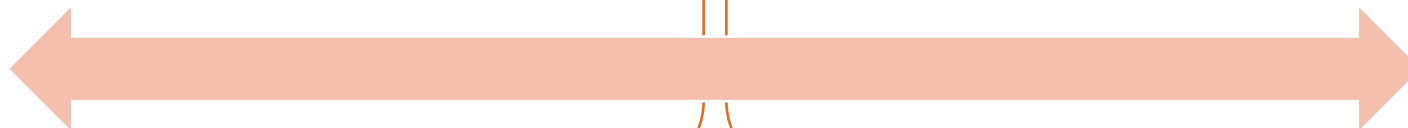
Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



Se ocorrer vômito nas primeiras 3 horas após a ingestão do comprimido, a dose deve ser repetida

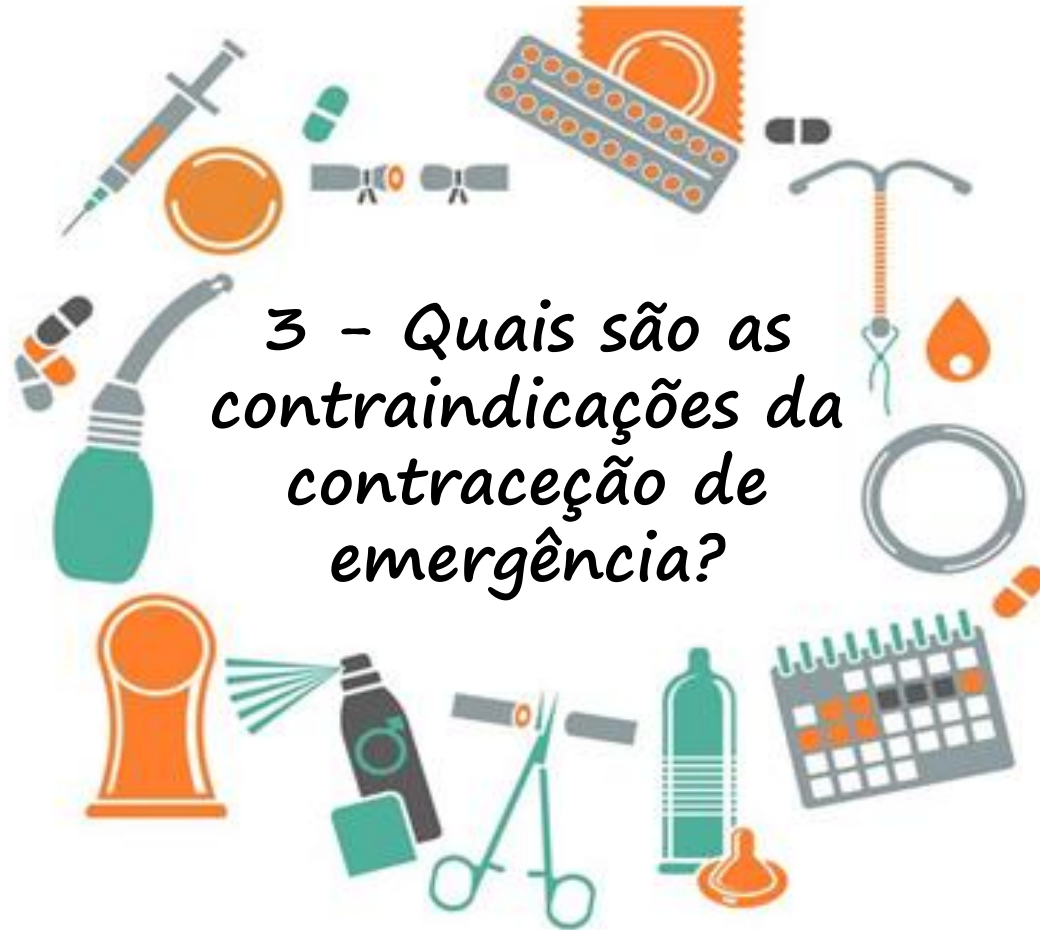


Se persistirem episódios de vômitos, pode optar-se pela utilização da via vaginal, tendo eficácia semelhante



Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

3 - Quais são as contraindicações da contraceção de emergência?



CONTRACEÇÃO
Emergência
Questões

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



Não há contraindicação para o método



Utilizar com precaução em mulheres com hipersensibilidade à substância.



Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



CONTRACEÇÃO

Emergência

Questões

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



CONTRACEÇÃO

Sabias que?

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



...uma consulta com
ginecologista/médico de
família pode ser muito
mais do que uma
consulta de rotina?

CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

- Espaço privilegiado
- Partilhar dúvidas de anatomia, fisiologia, contraceção, infeções, etc.
- Obter todo o apoio

Consulta

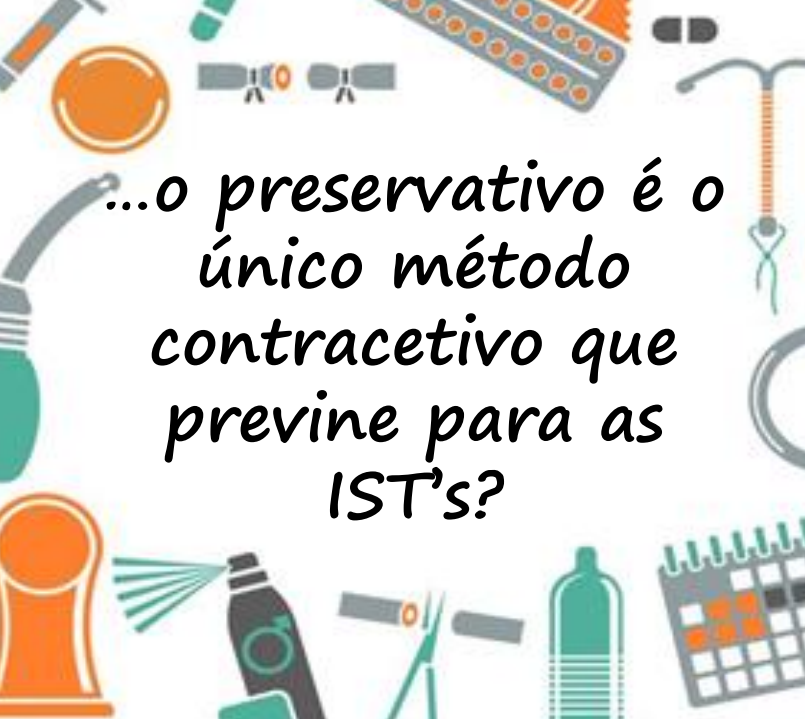


- Habitado a observar e a conversar com adolescentes, jovens, homens e mulheres
- Não vai julgar
- Não vai emitir juízos de valor sobre aspetos da vida, saúde e intimidade de cada pessoa
- Sigilo/segredo profissional
- Preocupação com saúde individual
- Disponível para ouvir, apoiar e aconselhar

Profissional de saúde



Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



...o preservativo é o
único método
contracetivo que
previne para as
IST's?

CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



CONTRACEÇÃO

Sabias que?

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência

Sabias que...

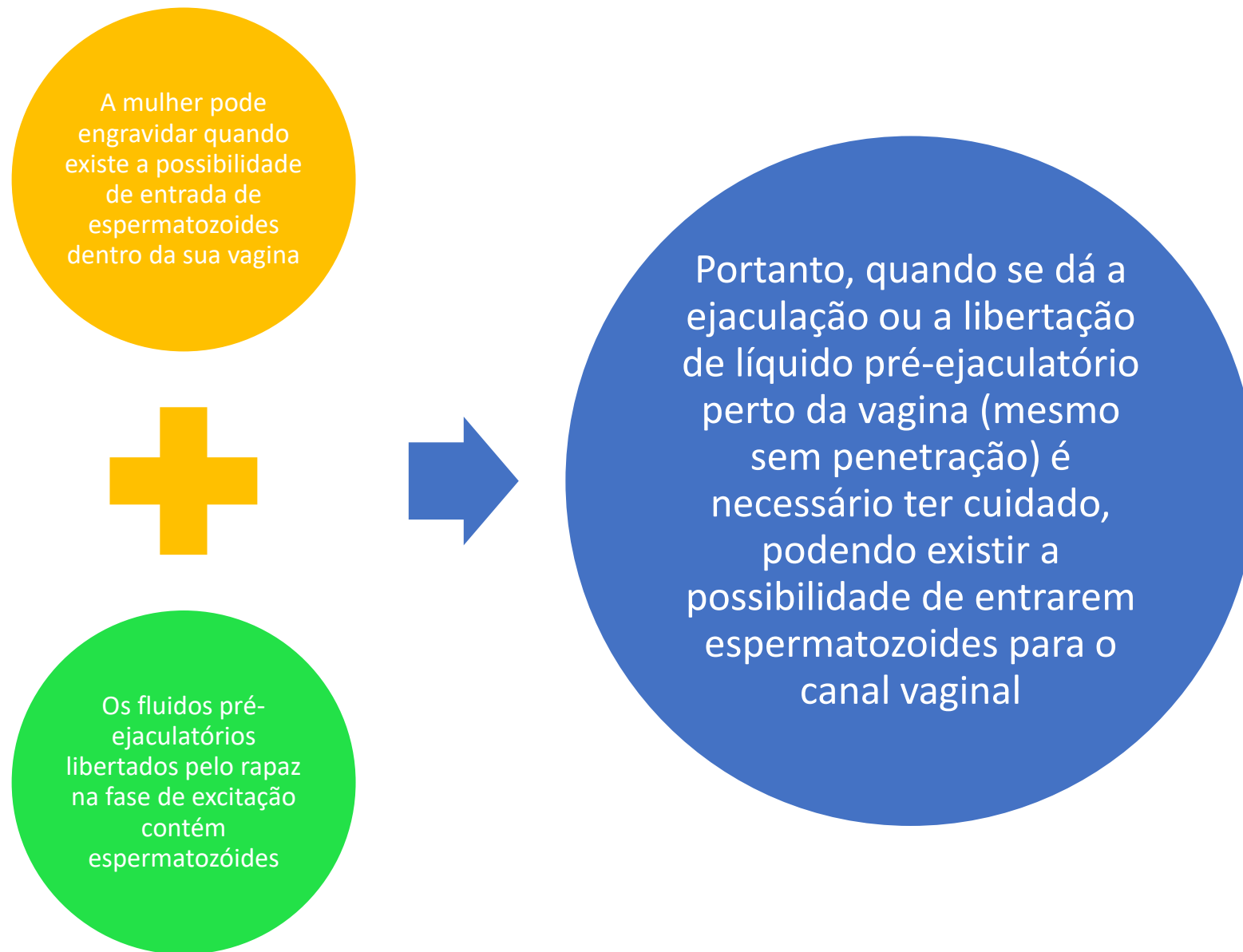
...é possível engravidar sem existir penetração vaginal?



CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



CONTRACEÇÃO

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

Por existir risco de uma gravidez não desejada, é aconselhada a utilização sistemática de um método contraceptivo seguro em todas as relações sexuais

CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

Sabias que...

...é possível engravidar durante a menstruação?



CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



CONTRACEÇÃO

Sabias que?

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*

O ciclo menstrual, em média, dura 28 dias, no entanto durante a adolescência é frequente os ciclos serem irregulares

Esta situação dificulta a compreensão, em rigor, a ovulação e também pode permitir que num determinado ciclo ocorra uma ovulação durante a menstruação ou mesmo logo de seguida, podendo por isso serem muito próximas

Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência



CONTRACEÇÃO

Obrigada!

*Sessão de Educação
para a Saúde na
Adolescência*



APÊNDICE IV – Panfleto informativo desenvolvido no estágio da sala de partos

Nascer em tempo de pandemia

Informação para o acompanhante:

- Deslocar-se ao hospital e referir ao serviço informativo que irá assistir ao parto, após isso será encaminhado ao serviço
- Utilizar máscara e realizar higienização das mãos quando chega à sala de partos
- Preparar um pequeno lanche, não poderá deslocar-se a outros locais do hospital para se alimentar
- Permanecer junto da grávida durante o trabalho de parto e duas horas após o parto
- Visitas de 30 minutos durante o internamento à puérpera e ao recém-nascido



Devem ser asseguradas as condições necessárias para que todas as grávidas que testem negativo para a COVID-19 estejam acompanhadas por uma pessoa significativa durante o trabalho de parto

(DGS, 2020)



Deve cumprir as indicações dos profissionais de saúde
Não deve manifestar sinais e sintomas sugestivos de COVID-19
Não se pode ausentar do serviço e regressar
Não pode utilizar o telemóvel durante o trabalho de parto por interferência com os equipamentos



APÊNDICE V – Instrumentos de recolha de dados

Estudo: Transição para a Parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na conjugalidade

Ano: 2022

Equipa de Investigação:

Professora Júlia Carvalho, PhD;

Professora Helena Duarte;

Estudante Ana Rita Oliveira

Caro/a Senhor/a:

No âmbito da unidade Curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, do IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), pretende-se realizar um estudo de investigação com o tema “Transição para a Parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na conjugalidade”, cujo objetivo principal é “Compreender o impacto do nascimento do primeiro filho na relação conjugal”.

Desta forma, solicitamos a sua colaboração na resposta às questões estabelecidas nesta entrevista. A sua participação é voluntária e anónima. Mais informamos que poderá desistir a qualquer momento, caso seja a sua vontade, sem que daí advenha qualquer prejuízo para si.

As questões deverão ser respondidas por si de forma honesta, sendo que não existem respostas certas ou erradas, apenas respostas específicas para cada pessoa.

As respostas e os dados fornecidos neste questionário serão codificados de modo a preservar o seu anonimato. Servirão para tratamento estatístico e serão apenas lidos pela equipa de investigação, que assegurará a sua confidencialidade e destruirá os instrumentos de recolha de dados após a conclusão e discussão do estudo.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste inquérito.

Muito obrigada.

A equipa de investigação,

Orientadora: Júlia Carvalho

Coorientadora: Helena Duarte

Estudante: Ana Rita Oliveira

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMONGRÁFICA

Mulher	Homem
1. Idade: _____ anos	1. Idade: _____ anos
2. Habilitações: ☐ 1.º Ciclo do ensino básico ☐ 2.º Ciclo do ensino básico ☐ 3.º Ciclo do ensino básico ☐ Ensino secundário ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outra _____	2. Habilitações: ☐ 1.º Ciclo do ensino básico ☐ 2.º Ciclo do ensino básico ☐ 3.º Ciclo do ensino básico ☐ Ensino secundário ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outra _____
3. Situação profissional: ☐ Empegada a tempo integral ☐ Empegada a tempo parcial ☐ Em formação ☐ Desempregada ☐ Outra _____	3. Situação profissional: ☐ Empegado a tempo integral ☐ Empegado a tempo parcial ☐ Em formação ☐ Desempregado ☐ Outra _____
4. Profissão: _____	4. Profissão: _____
5. Local de residência: ☐ Aldeia ☐ Vila ☐ Cidade	5. Local de residência: ☐ Aldeia ☐ Vila ☐ Cidade

PARTE II – INFORMAÇÕES SOBRE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ E PARTO

1. Tempo de gestação _____(semanas)

2. Gravidez planeada:

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Número de consultas de vigilância da gravidez:

- ☐ < 6 consultas
- ☐ ≥ 6 consultas

4. A primeira consulta foi:

- ☐ Antes das 12 semanas
- ☐ Depois das 12 semanas

5. Gravidez

- ☐ Normal
- ☐ Risco. Quais os motivos: _____

6. Participou num Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Tipo de parto:

- ☐ Eutócico
- ☐ Distócico: Ventosa ou Fórceps
- ☐ Distócico: Cesariana

8. Presença do pai nas consultas de vigilância da gravidez?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9. O pai esteve presente no Parto?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. A licença parental foi usufruída por:

- ☐ Exclusivamente pela mãe
- ☐ Exclusivamente pelo pai
- ☐ Por ambos

PARTE III – ENTREVISTA

1. Que mudanças ocorreram depois do nascimento do filho?
2. O que é que se alterou na relação conjugal?
3. Quais os principais desafios que tiveram de passar para manter uma relação conjugal satisfeita após o nascimento do vosso filho?
4. Que impacto teve o nascimento do filho na relação com o seu/sua companheiro/a?
5. Como são vistas as repercussões do nascimento do filho na relação conjugal?
6. Que mudanças ocorrerem ou não na vivência da sua intimidade/sexualidade com o seu/sua companheiro/a
7. Sentiram que estavam preparados para esta mudança?
8. Conseguem nos dias de hoje separar a tarefa de serem pais da conjugalidade? Conseguem enquanto marido e mulher ter tempo para estarem os dois, para namorar?
9. Com que frequência tiram um tempo para os dois (passear, ir ao cinema, conversar, etc.)?